

Anhang 1

TP 1: Entwicklung, Erprobung und Vorbereitung der Implementierung von modularen wissenschaftlichen Zertifikatsangeboten an Hochschulen zur Kompetenzentwicklung von Gesundheitsberufen (WWBm – modular) zum Schlussbericht

Stand: 09. Juli 2020

Zuwendungsempfänger:	Universität Osnabrück
Förderkennzeichen:	FKZ 16OH22027
Vorhabenbezeichnung:	Verbundprojekt Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens (KeGL)
	Teilvorhaben Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlicher Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (KeGL-UOS)
Laufzeit des Vorhabens:	1. Februar 2018 bis 31. Juli 2020
Berichtszeitraum:	1. Februar 2018 bis 31. Juli 2020
Autorinnen:	Babitsch, Birgit; Borchering, Gesa; Hübner, Jenny; Götz, Nina; Mansholt, Hilke; Lienenbrink, Simone; Rechenbach, Simone; Sieverding, Maike; von Moeller, Karin

Förderhinweis (gemäß Nr. 6.5 BNBest-BMBF 98)

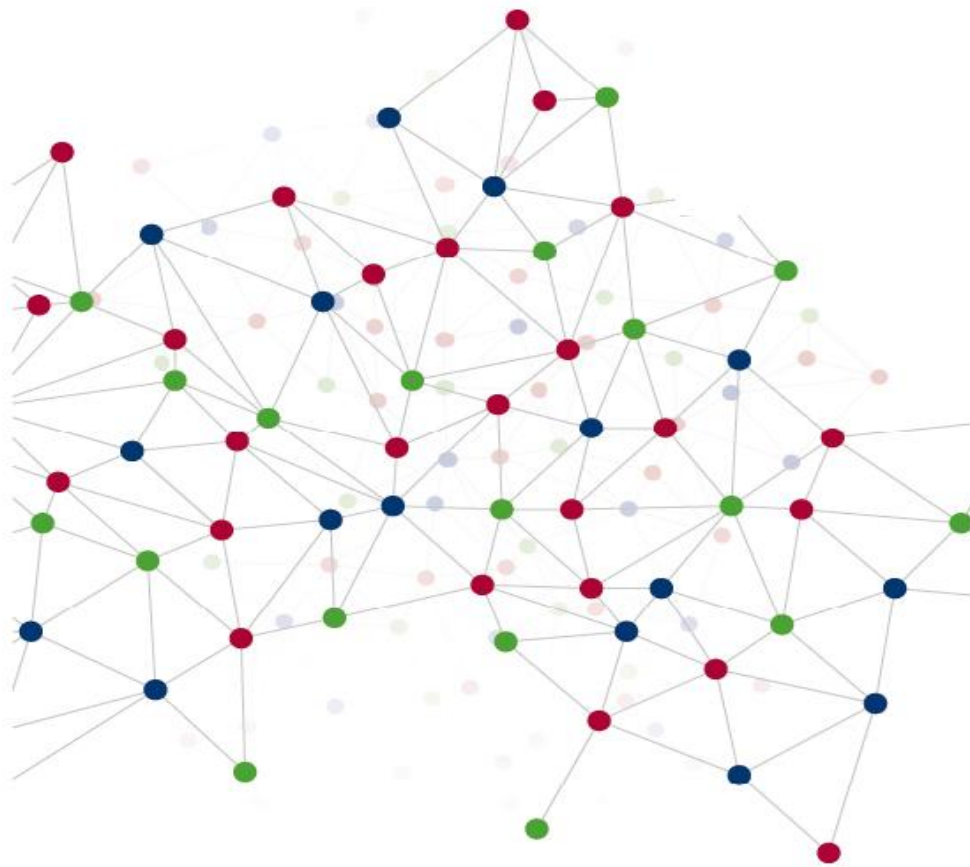
„Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen [FKZ 16OH22027] gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen.“

Anhang 1

Anhang 1/1	Modulhandbuch
Anhang 1/2	Zeitliche und inhaltliche Ausgestaltung der Module
Anhang 1/3	Lernmaterialien
Anhang 1/4	Modul 1: Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen
Anhang 1/5	Modul 2: Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten
Anhang 1/6	Modul 3: Teilhabeorientierung in der Rehabilitation
Anhang 1/7	Modul 4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken
Anhang 1/8	Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten
Anhang 1/9	Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen
Anhang 1/10	Tag der offenen Tür
Anhang 1/11	Informationsmaterial - Flyer

Modulhandbuch

Wissenschaftliche Weiterbildungsangebote der Universität Osnabrück



Universität Osnabrück
Abteilung New Public Health
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
FB 8 - Humanwissenschaften
Barbarastraße 22c
49076 Osnabrück

Stand 13. Juli 2020

Impressum

Wissenschaftliche Zertifikatsangebote der Universität Osnabrück

Modulhandbuch

Stand:

1. Auflage, 13.07.2020

Herausgeber:

Universität Osnabrück
Abteilung New Public Health
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
FB 8 - Humanwissenschaften
Barbarastraße 22c
49076 Universität Osnabrück

Projektleitung:

Prof. Dr. Birgit Babitsch

Universität Osnabrück
Neuer Graben 29 / Schloss
49074 Osnabrück
Tel. +49 541 969 0
Fax +49 541 969 4888

Modulbeschreibungen

Modul 1: Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen

Lehrende	Frau Dr. Brigitte Borrmann, Frau Prof. Dr. Gudrun Faller, Frau Dr. Dorothee Imsieke	
Kurzbeschreibung	Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt u. a. durch eine hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die dort Tätigen. Dass Angehörige der Gesundheitsberufe dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie ihren Berufsalltag und ihren Arbeitsplatz nachhaltig gesundheitsfördernd mitgestalten können. Das Zertifikatsangebot vermittelt gesetzliche Rahmenbedingungen und theoretische Grundlagen sowie Strategien und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist es, die Sichtweisen und das Verständnis von Gesundheitsförderung zu verdeutlichen. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung im Betrieb. Die Teilnehmer*innen erhalten die Gelegenheit anhand von Praxisbeispielen ihre Gesundheitskompetenz zu erweitern, im Berufsalltag umzusetzen und gemeinsam zu reflektieren. Möglichkeiten der Verstetigung und Bewertung von Maßnahmen im Betrieb werden aufgezeigt.	
Lehr-/Lernform	3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)	
Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe, etc.	
Lehrniveau	Bachelorniveau (HQR 1)	
Teilnehmendenzahl	Maximal 16 Teilnehmer*innen	
Präsenztermine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Präsenzphase: 07./08.09.2018 2. Präsenzphase: 02./03.11.2018 3. Präsenzphase: 11./12.01.2019 4. Modulabschluss: 26.01.2019 	
Veranstalter und Veranstaltungsort	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Gebäude 93 Barbarastraße 22c 49076 Osnabrück	
Stundenumfang und Leistungspunkte	180 Stunden, 6 ECTS Aufteilung: 43,5 Stunden Präsenz 114 Stunden onlinebasiertes Lernen 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung	
Gebühren	Im Rahmen der Erprobung kostenfrei	
Abschlussmöglichkeiten	<p>Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.</p> <p>Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster etc.</p>	
Anrechenbarkeit	Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.	
Weitere Informationen und Anmeldung	Sebastian Flottmann sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2469	Jenny Hübner jenny.huebner@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2945
	https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/	

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

Wissensverbreiterung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - rechtliche Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung des Settings Betrieb einzuordnen und anzuwenden, - bezogen auf den Arbeitsplatz - gemeinsam mit dem Team - verantwortungsvoll und nachhaltig gesundheitsförderliche Maßnahmen einzuleiten, umzusetzen und zu bewerten.
Wissensvertiefung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - Theorien und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer beruflichen und privaten Bedeutung zu reflektieren und in Bezug auf die Stärkung der eigenen Gesundheit einzubeziehen.
Wissensverständnis	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - die Gesundheit beeinträchtigende Einflussfaktoren, Belastungen und Risiken im Berufsalltag und privaten Umfeld zu erkennen sowie zu analysieren, - die eigenen Ressourcen wahrzunehmen, zu stärken und für die Gesundheitsförderung zu nutzen, an der Verhältnisprävention im Betrieb mitzuwirken.

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer	Die Teilnehmer*innen können gesundheitsförderliche Methoden für ihren Berufsalltag organisieren, Bedürfnisse erkennen und Maßnahmen dazu nachhaltig bewerten und verstetigen.
Wissenschaftliche Innovation	Die Teilnehmer*innen sind in der Lage Literatur wissenschaftlich zu analysieren sowie Ergebnisse im Rahmen einer Abschlussarbeit durch methodisch-systematisches Vorgehen zu reproduzieren.

Kommunikation und Kooperation

Die Teilnehmer*innen können ihre Erkenntnisse über die Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting planen und umsetzen. Die Teilnehmer*innen sind in der Lage eine Posterpräsentation zu gestalten.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Teilnehmer*innen sind in der Lage, die eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der Verstetigung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb einzuschätzen und zu begründen.

Modulbeschreibungen

Modul 2: Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten

Lehrende	Frau Prof. Dr. Mirjam Körner, Frau Dr. Andrea Glässel, Frau MScN Birgit Wershofen, Frau Lea Abdel Ghani	
Kurzbeschreibung	Eine effektive und effiziente Gestaltung der interprofessionellen Kommunikation ist essentiell, um gegenwärtigen Problemlagen und komplexen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung zu begegnen. Dies ist für Angehörige interprofessioneller Teams gleichermaßen bedeutsam wie für Akteure, die in loseren Strukturen interprofessionell zusammenarbeiten. Im Rahmen des Zertifikatsangebots werden Grundlagen der Kommunikation im Hinblick auf eine interprofessionelle Teamarbeit/Zusammenarbeit behandelt sowie ein gemeinsames Verständnis einer Fachsprache erarbeitet. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet dazu einen Rahmen, um zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen eine gemeinsame, klientenzentrierte Kommunikation zu unterstützen. Des Weiteren wird ein erprobtes Modell zur Gestaltung von interprofessionellen Fallbesprechungen vorgestellt und anhand von praxisnahen Fällen erarbeitet. Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen werden thematisiert und die Teilnehmer*innen erweitern dahingehend ihr Handlungsrepertoire.	
Lehr-/Lernform	3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)	
Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe	
Lehrniveau	Bachelorniveau (HQR 1)	
Teilnehmendenzahl	Maximal 16 Teilnehmer*innen	
Präsenztermine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Präsenzphase: 07./08.09.2018 2. Präsenzphase: 19./20.10.2018 3. Präsenzphase: 30.11./01.12.2018 4. Modulabschluss: 19.01.2019 	
Veranstalter und Veranstaltungsort	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Gebäude 93 Barbarastraße 22c 49076 Osnabrück	
Stundenumfang und Leistungspunkte	180 Stunden, 6 ECTS Aufteilung: 43,5 Stunden Präsenz 114 Stunden onlinebasiertes Lernen 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung	
Gebühren	Im Rahmen der Erprobung kostenfrei	
Abschlussmöglichkeiten	<p>Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.</p> <p>Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster.</p> <p>Unitbescheinigung: Anwesenheit in der jeweiligen Präsenzphase und Einreichung der Selbstlernaufgabe (Workload von 30-45 Stunden).</p>	
Anrechenbarkeit	Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.	
Weitere Informationen und Anmeldung	Sebastian Flottmann sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2469 https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/	Jenny Hübner jenny.huebner@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2945

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

Wissensverbreiterung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - mit Mitgliedern des interprofessionellen Teams in einer gemeinsamen Sprache unter Anwendung verschiedener Gesprächsformen sowie Kommunikationsstrategien und -strukturen zu kommunizieren.
Wissensvertiefung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - professionsspezifische Erfordernisse und Interessen im interprofessionellen Team begründet zu argumentieren und zu vertreten, - Konflikte im interprofessionellen Team zu analysieren und unter Anwendung von Konfliktlösungsstrategien zu bewältigen.
Wissensverständnis	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - die Bedürfnisse und Perspektiven der Klient*innen sowie Bezugspersonen in die von allen Berufsgruppen gemeinsam gestalteten Kommunikations- und Entscheidungsprozesse zu integrieren, - die Chancen und Herausforderungen im Rahmen der interprofessionellen Kommunikation zu erkennen, - ihre berufsgruppenübergreifende Kommunikation zu reflektieren und fortwährend zu verbessern.

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer	Die Teilnehmer*innen können mithilfe der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Chancen und Herausforderungen im Rahmen von interprofessioneller Kommunikation analysieren und Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen bewältigen.
Wissenschaftliche Innovation	Die Teilnehmer*innen sind in der Lage Literatur wissenschaftlich zu analysieren sowie Ergebnisse im Rahmen einer Abschlussarbeit durch methodisch-systematisches Vorgehen zu reproduzieren.

Kommunikation und Kooperation

Die Teilnehmer*innen können ihre Erkenntnisse über die Grundlagen der Kommunikation im interprofessionellen Team anwenden. Die Teilnehmer*innen sind in der Lage eine Posterpräsentation zu gestalten.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Teilnehmer*innen sind in der Lage die eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der fallbasierten interprofessionellen Kommunikation im Rahmen der ICF einzuschätzen und ihre Entscheidungen zu begründen.

Modulbeschreibungen

Modul 3: Teilhabeorientierung in der Rehabilitation

Lehrende	Frau Prof. Dr. Katharina Rathmann, Herr Prof. Dr. Gerd Grampp, Herr Tobias Knoop, Frau Prof. Dr. Mirjam Körner	
Kurzbeschreibung	Teilhabeorientiertes Arbeiten in der Rehabilitation ist eine Aufgabe, die zukünftig weiter an Bedeutung zunehmen wird. Personen in Gesundheitsberufen werden deshalb nicht nur gegenwärtig, sondern auch in Zukunft verstärkt damit konfrontiert. Durch Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Bundesteilhabegesetz) in Bezug auf Teilhabe und Rehabilitation haben sich neue Chancen und Herausforderungen in der rehabilitativen Versorgung ergeben. Dieses Zertifikatsangebot vermittelt Grundlagen der Teilhabe und zielt darauf ab, die Kompetenzen der Teilnehmer*innen in Bezug auf klientelgerechte Bedarfsbestimmung, Ressourcenermittlung und Beratung zu erweitern bzw. zu stärken. In diesem Zusammenhang werden einerseits die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und andererseits kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung in der Rehabilitation fokussiert. Mithilfe einer Kombination aus Theorie- und Praxisbezug erhalten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit die aufgeführten Aspekte im Berufsalltag umzusetzen und zu reflektieren.	
Lehr-/Lernform	3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)	
Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe, etc.	
Lehrniveau	Bachelorniveau (HQR 1)	
Teilnehmendenzahl	Maximal 16 Teilnehmer*innen	
Präsenztermine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Präsenzphase: 07./08.09.2018 2. Präsenzphase: 19./20.10.2018 3. Präsenzphase: 30.11./01.12.2018 4. Modulabschluss: 19.01.2019 	
Veranstalter und Veranstaltungsort	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Gebäude 93 Barbarastraße 22c 49076 Osnabrück	
Stundenumfang und Leistungspunkte	180 Stunden, 6 ECTS Aufteilung: 43,5 Stunden Präsenz 114 Stunden onlinebasiertes Lernen 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung	
Gebühren	Im Rahmen der Erprobung kostenfrei	
Abschlussmöglichkeiten	<p>Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.</p> <p>Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster etc.</p>	
Anrechenbarkeit	Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.	
Weitere Informationen und Anmeldung	Sebastian Flottmann sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2469	Jenny Hübner jenny.huebner@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2945
	https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/	

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

Wissensverbreiterung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der Teilhabe in die berufliche Praxis einzuordnen und in das berufliche Handeln einzubeziehen.
Wissensvertiefung	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Kontext von Teilhabeorientierung fallbasiert zu nutzen.
Wissensverständnis	Teilnehmer*innen sind nach Besuch des Weiterbildungsangebotes in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> - individuelle Lebenssituationen, Bedarfe und Ressourcen von Klient*innen einzuschätzen sowie Klient*innen und Angehörige entsprechend zu beraten, - kommunikative Methoden zur Teilhabeorientierung anzuwenden, - die Chancen und Herausforderungen im Rahmen der teilhabeorientierten Rehabilitation zu erkennen, - gemeinsam mit Klient*innen erreichbare Ziele zu definieren.

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer	Die Teilnehmer*innen können die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) teilhabeorientiert in der Rehabilitation anwenden und individuelle Lebenssituationen von Klient*innen erkennen sowie Bedarfe und Ressourcen ermitteln.
Wissenschaftliche Innovation	Die Teilnehmer*innen sind in der Lage Literatur wissenschaftlich zu analysieren sowie Ergebnisse im Rahmen einer Abschlussarbeit durch methodisch-systematisches Vorgehen zu reproduzieren.

Kommunikation und Kooperation

Die Teilnehmer*innen können ihre Erkenntnisse über die Grundlagen der Teilhabe in der Rehabilitation fallbasiert mit Klient*innen anwenden. Die Teilnehmer*innen sind in der Lage eine Posterpräsentation zu gestalten.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Teilnehmer*innen sind der Lage die eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der fallbasierten, teilhabeorientierten Anwendung der ICF in der Rehabilitation einzuschätzen und ihre Entscheidungen zu begründen.

Modulbeschreibungen

Modul 4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Lehrende

Frau Prof. Dipl. Päd. PhD Annette C. Seibt, Frau Dr. Dorothee Imsieke, Frau Dr. Kerstin Schrader

Kurzbeschreibung

Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt durch hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die Beschäftigten. Dass sie dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie ihren Berufsalltag und ihren Arbeitsplatz gesundheitsfördernd mitgestalten können. Um Gesundheitsförderung nachhaltig umsetzen zu können, sind Maßnahmen notwendig, die sowohl die betrieblichen Verhältnisse, als auch das individuelle Verhalten berücksichtigen. In diesem Modul liegt der Schwerpunkt auf dem individuellen Verhalten, insbesondere auf Strategien zur Verhaltensänderung. Hierzu werden Methoden- und Fachkompetenzen entwickelt, welche die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb oder in der Praxis erleichtern.

Auf der Grundlage von Theorien und Modellen erfahren Sie zunächst, warum gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen so schwierig umzusetzen sind (Stichwort „innerer Schweinehund“) und was nötig ist, um sie anzustoßen. Hierzu bekommen Sie Methoden und Konzepte an die Hand, die es Ihnen ermöglichen, sich in unterschiedlichen Lebensbereichen gesundheitsförderlich zu verhalten und dieses Wissen in der beruflichen Praxis anzuwenden. An Beispielen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen werden Qualitäts- und Bewertungskriterien für Maßnahmen aufgezeigt. Mit diesem Rüstzeug sind Sie in der Lage, gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrer Gesundheitseinrichtung für die Mitarbeitenden zu planen, umzusetzen und zu bewerten.

Arbeitgebende profitieren von den verbesserten Methoden- und Fachkompetenzen ihrer Mitarbeitenden, um Gesundheitsförderung im Betrieb effektiver umzusetzen und sie profitieren langfristig von gesunden, gestärkten und motivierten Mitarbeitenden.

Lehr-/Lernform

3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)

Voraussetzungen

Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe, etc.

Lehrniveau

Bachelorniveau (HQR 1)

Teilnehmendenzahl

Maximal 16 Teilnehmer*innen

Präsenztermine

5. Präsenzphase: 13./14.09.2019
6. Präsenzphase: 25./26.10.2019
7. Präsenzphase: 29./30.11.2019
8. Modulabschluss: 11.01.2020

Veranstalter und Veranstaltungsort

Universität Osnabrück
 Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
 Gebäude 93
 Barbarastraße 22c
 49076 Osnabrück

Stundenumfang und Leistungspunkte

180 Stunden, 6 ECTS
 Aufteilung:
 43,5 Stunden Präsenz
 114 Stunden onlinebasiertes Lernen
 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung

Gebühren

Im Rahmen der Erprobung kostenfrei

Abschlussmöglichkeiten

Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.

Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster etc.

Unitbescheinigung: Anwesenheit in der jeweiligen Präsenzphase und Einreichung der Selbstlernaufgabe (Workload von 30-45 Stunden)

Anrechenbarkeit Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.

Weitere Informationen und Anmeldung

Dr. Maïke Sieverding
maïke.sieverding@uni-osnabrueck.de
+49 (0)541 969-2469

Jenny Hübner
jenny.huebner@uni-osnabrueck.de
+49 (0)541 969-2945

<https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/>

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

- Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens/der Gesundheitspsychologie und der Arbeitspsychologie
- Spezifische Interventionen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen
- Qualitätskriterien von Interventionen zur Gesundheitsförderung auf der Verhaltensebene
- Zielgruppenspezifische Planung, Umsetzung und Bewertung/Evaluation von Interventionen zur Gesundheitsförderung auf der Verhaltensebene

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer Die Absolvierenden setzen ihr Wissen zu gesetzlichen Vorgaben, Empfehlungen der WHO sowie Modellen und Theorien des Gesundheitsverhaltens für die Maßnahmenplanung im Bereich der Prävention von psychischen und physischen Belastungen ein. Sie leiten wissenschaftlich fundiert Lösungsansätze zur Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens im Bereich der psychischen und physischen Prävention in Gesundheitseinrichtungen ab, planen entsprechende Maßnahmen, führen diese durch und bewerten sie.

Kommunikation und Kooperation

Die Absolvierenden können auf Basis ihres Wissens zu Theorien und Modellen zum Gesundheitsverhalten argumentieren, welche Maßnahme für die individuelle Verbesserung des Gesundheitsverhaltens geeignet ist. Sie berücksichtigen in ihren Argumenten unterschiedliche Sichtweisen und können diese Maßnahmen gegenüber Kollegen und Kolleg*innen sowie anderen Stakeholdern des beruflichen Umfelds vertreten.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Absolvierenden planen und realisieren Konzepte zum verbesserten Gesundheitsverhalten und bewerten deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen. In diesem Zusammenhang übernehmen sie Verantwortung für ihr eigenes Gesundheitsverhalten und nutzen ihre Kenntnisse, um das Gesundheitsverhalten von Kollegen und Kolleg*innen in Gesundheitseinrichtungen positiv zu beeinflussen.

Modulbeschreibungen

Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitsberufen gestalten

Lehrende

Frau Prof. Dr. Mirjam Körner Frau M. Sc. Julia Dinius, Frau M. Sc. Psych. Jana Küllenberg

Kurzbeschreibung

Der Berufsalltag in den Gesundheitsberufen wird zunehmend durch Teamarbeit bestimmt. Heute und in Zukunft wird die Fähigkeit zu guter Teamarbeit vor allem durch die Anforderungen, die eine integrierte Gesundheitsversorgung mit sich bringt, immer wichtiger. Hier braucht es v.a. ein gemeinsames Verständnis von Teamarbeit und Teamkultur sowie die Transparenz von Aufgaben, Rollen und Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Kompetenzen, die dazu nötig sind, sollen in diesem Modul gestärkt werden.

Im Modul werden Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken vermittelt, die das nötige Basiswissen zur Ausgestaltung guter Teamarbeit darstellen. Im Modul profitieren die Teilnehmenden von einem regelmäßigen interprofessionellen Erfahrungsaustausch, auf dessen Grundlage Teamregeln und persönliche Kompetenzen zum Umgang mit Vielfalt und Konflikten vermittelt und erlernt werden können. Anhand praxisbezogener Beispiele werden Kompetenzen vermittelt, die es den Teilnehmenden ermöglichen Konflikte im Team zu lösen bzw. zukünftig Konflikte im Team zu vermeiden.

Darüber hinaus werden Aushandlungsprozesse zu ethischen Konflikten in den Gesundheitsberufen erprobt und eine gemeinsame Wertebasis im Team ermittelt. Ziel des Moduls ist es, die Teilnehmenden in die Lage zu versetzen, Teamarbeit in einem interprofessionellen Team effektiv, positiv und patienten-/klientenzentriert zu gestalten und bestehende Teamstrukturen zu optimieren.

Lehr-/Lernform

3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)

Voraussetzungen

Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe, etc.

Lehrniveau

Bachelorniveau (HQR 1)

Teilnehmendenzahl

Maximal 16 Teilnehmer*innen

Präsenztermine

1. Präsenzphase: 13./14.09.2019
2. Präsenzphase: 25./26.10.2019
3. Präsenzphase: 29./30.11.2019
4. Modulabschluss: 17.01.2020

Veranstalter und Veranstaltungsort

Universität Osnabrück
 Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
 Gebäude 93
 Barbarastraße 22c
 49076 Osnabrück

Stundenumfang und Leistungspunkte

180 Stunden, 6 ECTS
 Aufteilung:
 43,5 Stunden Präsenz
 114 Stunden onlinebasiertes Lernen
 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung

Gebühren

Im Rahmen der Erprobung kostenfrei

Abschlussmöglichkeiten

Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.

Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster etc.

Unitbescheinigung: Anwesenheit in der jeweiligen Präsenzphase und Einreichung der Selbstlernaufgabe (Workload von 30-45 Stunden).

Anrechenbarkeit

Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.

**Weitere
Informationen
und Anmeldung**

Dr. Maïke Sieverding
maike.sieverding@uni-osnabrueck.de
+49 (0)541 969-2469

Jenny Hübner
jenny.huebner@uni-osnabrueck.de
+49 (0)541 969-2945

<https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/>

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

- Grundlagen der interprofessionellen Teamarbeit: Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken, Entwicklung eines settingspezifischen Teamverständnisses, Grundlagen der Teambildung und Teamentwicklungsmodelle
- Entwicklung und Aufrechterhaltung kollaborativer Arbeitsbeziehungen im Team
- Anforderungen der integrierten klient*innen-/patient*innenzentrierten Versorgung an die interprofessionelle Teamarbeit, Rollen und Verantwortlichkeiten, Verhaltens- und Kommunikationsregeln für eine positive Teamkultur
- Nutzen von Vielfalt in der Teamarbeit, Entstehung von Konflikten im interprofessionellen Team und Anwendung von Konfliktlösungsstrategien
- Ethisches Handeln im Team – Teamethik: interprofessionelle Teamarbeit als wertbasiertes Handeln
- Interprofessionelle Kooperation und Teamarbeit im Rahmen der klient*innen-/patient*innenzentrierten und interprofessionellen Fallarbeit

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer

Die Absolvierenden analysieren Rollen, Verantwortlichkeiten sowie Verhaltens- und Kommunikationsregeln in der interprofessionellen Teamarbeit und entwickeln eine gemeinsame Zielorientierung im interprofessionellen Team. Sie setzen die Vielfalt in interprofessionellen Teams für die Teamarbeit ein und entwickeln kollaborative Arbeitsbeziehungen. Durch den Einsatz von Verhaltens- und Kommunikationsregeln sind die Absolvierenden in der Lage zur Aufrechterhaltung dieser kollaborativen Arbeitsbeziehungen im interprofessionellen Team beizutragen.

Kommunikation und Kooperation

Die Absolvierenden nutzen in interprofessionellen Fallbesprechungen ihre erweiterten Kompetenzen im Bereich der Verhaltens- und Kommunikationsregeln und tragen zu kollaborativen Arbeitsbeziehungen im interprofessionellen Team bei. Sie diskutieren in der interprofessionellen Fallarbeit positiv und effektiv ethische Standpunkte und fördern die interprofessionelle Interaktion im Team. Sie kooperieren mit den interprofessionellen Teammitgliedern im Rahmen der klient*innen-/patient*innenzentrierten interprofessionellen Fallarbeit und tragen zur positiven interprofessionellen Teamkultur bei.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Absolvierenden reflektieren Strukturen, Modelle und Dynamiken interprofessioneller Teamarbeit und realisieren auf Basis dieser Analyse klient*innen-/patient*innenzentrierte interprofessionelle Fallarbeit im interprofessionellen Team. Durch ethische Aushandlungsprozesse im interprofessionellen Team erkennen sie unterschiedliche ethische Standpunkte der Professionen und können diese für die Schaffung einer gemeinsamen Wertebasis nutzen.

Modulbeschreibungen

Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

Lehrende	Herr Hendrik Graßme, Frau Prof. Dr. Erika Adam, Herr Prof. Dr. Hartmut Remmers, Frau Prof. Dr. Helen Kohlen	
Kurzbeschreibung	In diesem Modul erfahren Teilnehmende persönliche Entlastung von moralischem Stress, indem Sie Strategien zur Konfliktlösungen für Ihren Berufsalltag kennenlernen. Durch die Auseinandersetzung mit ethischen Prinzipien und ethischen Konflikt- und Krisensituationen aus der Berufspraxis können das Handeln besser reflektiert und Entscheidungen, die sonst schnell und routiniert abgehandelt werden, bewusster getroffen werden. Die Moduleilnehmenden werden befähigt, problematische Situationen leichter zu erkennen, ethische Entscheidung im Team zu fällen und Handlungsschlüsse zu ziehen, um eine klienten-/patientenzentrierte Behandlung und eine gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam zu gewährleisten. Eine ethische Entscheidungsfindung im Team wird nicht selten durch unterschiedliche Normen, Werte und Erwartungen erschwert - insbesondere, wenn dies in einem interprofessionellen Team stattfindet. Die Urteilsfindung und die Erarbeitung einer ethisch vertretbaren, gerechten Lösung insbesondere in einem interprofessionellen Team bedürfen spezieller Entscheidungshilfen und Strategien, die in diesem Modul praxisnah mit Hilfe von Fallbeispielen erarbeitet werden.	
Lehr-/Lernform	3 Selbstlernphasen und 4 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)	
Voraussetzungen	Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe	
Lehrniveau	Bachelorniveau (HQR 1)	
Teilnehmendenzahl	Maximal 16 Teilnehmer*innen	
Präsenztermine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Präsenzphase: 13./14.09.2019 2. Präsenzphase: 25./26.10.2019 3. Präsenzphase: 29./30.11.2019 4. Modulabschluss: 18.01.2020 	
Veranstalter und Veranstaltungsort	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Gebäude 93 Barbarastraße 22c 49076 Osnabrück	
Stundenumfang und Leistungspunkte	180 Stunden, 6 ECTS Aufteilung: 43,5 Stunden Präsenz 114 Stunden onlinebasiertes Lernen 22,5 Stunden Prüfungsvorbereitung	
Gebühren	Im Rahmen der Erprobung kostenfrei	
Abschlussmöglichkeiten	<p>Teilnahmebescheinigung: Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 43,5 Stunden Präsenz und/oder die Teilnahme an 2 von 3 Präsenzphasen unter Voraussetzung der Einreichung der Selbstlernaufgabe.</p> <p>Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Modulabschlussaufgabe. Präsentation der Ergebnisse der Modulabschlussaufgabe im Rahmen einer Präsentation, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster etc.</p> <p>Unitbescheinigung: Anwesenheit in der jeweiligen Präsenzphase und Einreichung der Selbstlernaufgabe.</p>	
Anrechenbarkeit	Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben.	
Weitere Informationen und Anmeldung	Dr. Maike Sieverding maike.sieverding@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2469 https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/	Jenny Hübner jenny.huebner@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2945

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

- Reflexion der Relevanz des Themas Ethik für den eigenen Beruf
 - Grundlagen der Ethik sowie der Medizinethik als angewandte Ethik
 - Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in den Gesundheitsberufen: Problemfelder, Wertekonflikte, Konfliktursachen, Konflikthanlässe und Lösungsstrategien
 - Organisationsformen zur Konfliktlösung/ ethische Institutionen im Gesundheitswesen
 - Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung
 - Ethisches Handeln im Team – Teamethik: interprofessionelle Teamarbeit als wertbasiertes Handeln
 - Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining
-

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer Die Absolvierenden diskutieren ethische Konfliktsituationen und identifizieren ethische Problemfelder, Wertekonflikte und Konflikthanlässe. Sie nutzen ethische Theorien und Prinzipien als normativen Orientierungsrahmen für die Lösung belastender ethischer Konfliktsituationen und erfahren durch die Anwendung von Methoden zur ethischen Konfliktlösung Entlastung von moralischem Stress. Durch die Beschäftigung mit ethischen Standpunkten in (interprofessionellen) Teams erkennen sie die Vielfalt von Einschätzungen zu ethischen Fragestellungen und nutzen diese Erkenntnisse für die Analyse und Ausgestaltung einer alltagsrelevanten Professionsethik.

Kommunikation und Kooperation

Die Absolvierenden diskutieren ethische Konfliktsituationen fallbasiert und unter Einbeziehung ethischer Theorien und Prinzipien mit dem Ziel, ethische Entscheidungen im Team zu fällen und Handlungsschlüsse zu ziehen, die eine klient*innen-/patient*innen zentrierte Zusammenarbeit im Behandlungsteam gewährleisten. Sie argumentieren in ethischen Fallbesprechungen auf der Basis einer alltagsrelevanten Professionsethik und diskutieren lösungsorientiert Möglichkeiten der Entscheidungsfindung in ethischen Konfliktsituationen.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Absolvierenden treffen in ethischen Konflikt- und Dilemmata-Situationen Entscheidungen auf Grundlage ihrer Professionsethik. In diesem Zusammenhang nehmen sie Vielfalt wahr und analysieren die daraus resultierenden Konflikte. Die Ergebnisse der Analyse nutzen die Teilnehmenden für die Ausgestaltung/Weiterentwicklung einer alltagsrelevanten Professionsethik.

Modulbeschreibungen

Modul 7: Wissenschaft berufspraktisch anwenden

Lehrende	Frau Hilke Mansholt, Frau Nina-Alexandra Götz	
Kurzbeschreibung	Die Suche und Anwendung der Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens in Verbindung mit denen des Projekt- und Changemanagements ist für viele Beschäftigte im Gesundheitswesen eine Herausforderung bei der Umsetzung eigener Projekte. In diesem Modul werden den Modulteilnehmenden deshalb die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, der empirischen Sozialforschung, Evaluationsmöglichkeiten von Projekten sowie die Grundlagen des Projekt- und Changemanagements vermittelt. Das Basiswissen zu den einzelnen Themenbereichen ist onlinebasiert auf der Lernplattform Moodle dargestellt. Im Anschluss an die Wissensvermittlung erarbeiten und entwickeln die Modulteilnehmenden unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ein wissenschaftlich fundiertes Projekt in ihrem Betrieb, das sie auch eigenständig umsetzen. Im letzten Schritt evaluieren die Weiterbildungsteilnehmenden ihr selbstentwickeltes Praxisprojekt aus ihrem Betrieb durch geeignete Methoden.	
Lehr-/Lernform	5 Selbstlernphasen und 2 Präsenzphasen und lernplattformgestütztes Lernen (Moodle)	
Voraussetzungen	Bachelorabschluss oder Abschluss einer Berufsausbildung und mindestens einjährige modulrelevante Berufspraxis bzw. ergänzender anderweitiger Eignungsnachweis. Mindestanforderung für die Teilnahme am Modul ist mind. der Abschluss eines CBS (Certificate of Basic Studies).	
Lehrniveau	Bachelorniveau (HQR 1)	
Teilnehmendenzahl	Maximal 16 Teilnehmer*innen	
Präsenztermine	Noch nicht erprobt (zwei Präsenztermine)	
Veranstalter und Veranstaltungsort	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Gebäude 93 Barbarastraße 22c 49076 Osnabrück	
Stundenumfang und Leistungspunkte	180 Stunden, 6 ECTS Aufteilung: 46,5 Stunden Selbststudium/onlinebasiertes Lernen 114 Stunden Distance Learning 19,5 Stunden Präsenz	
Gebühren	Im Rahmen der Erprobung kostenfrei	
Abschlussmöglichkeiten	Teilnahmebescheinigung: Bearbeitung der Aufgaben und Tests in Moodle sowie Anwesenheit in den Präsenzphasen: mind. 75% von 19,5 Stunden Präsenz. Hochschulzertifikat mit 6 ECTS: Hierfür müssen zusätzlich zu den o. g. Anforderungen folgende Prüfungsleistungen erfolgreich erbracht werden: Bearbeitung einer Projektarbeit. Präsentation der Ergebnisse der Projektarbeit, welche am Prüfungstag gehalten wird. Entsprechende Visualisierung durch Power-Point, Poster.	
Anrechenbarkeit	Dieses wissenschaftliche Weiterbildungsangebot befindet sich in Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung der Veranstaltung an der Hochschule vergeben. Bei Abschluss von zwei CBS kann durch die Teilnahme am anwendungsbezogenen Modul „Wissenschaft berufspraktisch anwenden“ ein DBS (Diploma of Basic Studies) erworben werden.	
Weitere Informationen und Anmeldung	Hilke Mansholt hilke.mansholt@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-2078 https://www.kegl-unios-anmeldung.uni-osnabrueck.de/	Nina-Alexandra Götz nina.goetz@uni-osnabrueck.de +49 (0)541 969-3488

LERNERGEBNISSE DES MODULS

Wissen und Verstehen

Die Absolvierenden erläutern die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, der empirischen Sozialforschung und Evaluationsmöglichkeiten von Projekten sowie des Projekt- und Changemanagements.

- Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens
- Grundlagen der empirischen Sozialforschung
- Grundlagen des Projekt- und Changemanagements
- Planung, Entwicklung und Durchführung eines Praxisprojekts
- Spezifische Evaluationsmethoden

Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen

Nutzung und Transfer Die Absolvierenden erörtern die Relevanz des wissenschaftlichen Arbeitens für ihre Berufspraxis. Die Teilnehmenden charakterisieren interne und externe Gründe sowie Hindernisse für einen Unternehmenswandel und planen ein wissenschaftlich fundiertes Projekt in ihrem Betrieb, welches sie auch umsetzen und evaluieren.

Wissenschaftliche Innovation Die Absolvierenden beziehen die Grundlagen des Projekt- und Changemanagements, des empirischen Arbeitens sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Entwicklung ihres Praxisprojekts ein.

Kommunikation und Kooperation

Die Absolvierenden diskutieren und reflektieren in den Präsenz- und Distance Learning-Phasen auf Grundlage des Gelernten die wissenschaftlichen Fragestellungen, Projektideen und -umsetzungen sowie die Transfermöglichkeit in die Praxis.

Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität

Die Absolvierenden erarbeiten, bearbeiten und reflektieren eigene wissenschaftliche Fragestellungen und realisieren diese durch ein selbstentwickeltes Praxisprojekt in ihrem Betrieb, welches sie durch geeignete Methoden evaluieren.

Anhang 4: Zeitliche und inhaltliche Ausgestaltung der Module 1-6

M1: Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5. Std.)	Freitag, 07.09.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase		Erfahrungsaustausch		
	Samstag, 08.09.2018 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung			Lern-reflexion	
	Freitag, 02.11.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Gesund bleiben trotz Belastungen und Risiken im Berufsalltag: Ansätze, Konzepte und Modelle zur Gesundheitsförderung			
	Samstag, 03.11.2018 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Gesundheitsförderliche Methoden für den Berufsalltag organisieren: Bedürfnisse erkennen - Maßnahmen planen und umsetzen			Lern-reflexion	
	Freitag, 11.01.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb (1)			
	Samstag, 12.01.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb (2)			Lern-reflexion	
	Samstag, 26.01.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 30 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)				
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 180 Std.		

M1: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte

Modultitel	Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen
Kurzbeschreibung des Moduls	<p>Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt u. a. durch eine hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die dort Tätigen. Dass Angehörige der Gesundheitsberufe dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie ihren Berufsalltag und ihren Arbeitsplatz nachhaltig gesundheitsfördernd mitgestalten können.</p> <p>Das Zertifikatsangebot vermittelt gesetzliche Rahmenbedingungen und theoretische Grundlagen sowie Strategien und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist es, die Sichtweisen und das Verständnis von Gesundheitsförderung zu verdeutlichen. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung im Betrieb. Die Teilnehmer*innen erhalten die Gelegenheit anhand von Praxisbeispielen ihre Gesundheitskompetenz zu erweitern, im Berufsalltag umzusetzen und gemeinsam zu reflektieren. Möglichkeiten der Verstetigung und Bewertung von Maßnahmen im Betrieb werden aufgezeigt.</p>
Lernergebnisse	<p>Die Teilnehmer*innen sind in der Lage,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rechtliche Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung des Settings Betrieb einzuordnen und anzuwenden, ▪ Theorien und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer beruflichen und privaten Bedeutung zu reflektieren und in Bezug auf die Stärkung der eigenen Gesundheit einzubeziehen, ▪ die Gesundheit beeinträchtigende Einflussfaktoren, Belastungen und Risiken im Berufsalltag und privaten Umfeld zu erkennen sowie zu analysieren, ▪ die eigenen Ressourcen wahrzunehmen, zu stärken und für die Gesundheitsförderung zu nutzen, ▪ an der Verhältnisprävention im Betrieb mitzuwirken, ▪ bezogen auf den Arbeitsplatz - gemeinsam mit dem Team - verantwortungsvoll und nachhaltig gesundheitsförderliche Maßnahmen einzuleiten, umzusetzen und zu bewerten.
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechtliche Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung ▪ Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung ▪ Verhaltens- und Verhältnisprävention ▪ Ansätze und Modelle, Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung ▪ Gesundheitsförderung in Settings, insbesondere betriebliche Gesundheitsförderung ▪ Organisation, Bewertung und Verstetigung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen

M1: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Titel: Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungsvorbereitung	Workload/ LP
Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Ansätze, Konzepte und Modelle zur Gesundheitsförderung & Entwicklung von Maßnahmen im Betrieb	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungsvorbereitung)	30 Std. / 1 LP
Gesamt:	43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

M2: Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)	Unit 1 (1 LP)	Freitag, 07.09.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	
	Unit 2 (1 LP)	Samstag, 08.09.2018 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Kommunikation		Lern- reflexion
	Unit 3 (1,5 LP)	Freitag, 19.10.2018 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern- reflexion	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - ICF-Grundlagen	
	Unit 4 (1,5 LP)	Samstag, 20.10.2018 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Fallbasierte Anwendung: Chancen und Herausforderungen im Rahmen von interprofessioneller Kommunikation		Lern- reflexion
	Unit 5 (1 LP)	Freitag, 30.11.2018 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern- reflexion	Interprofessionelle Fallbesprechungen - Fallbasierte Durchführung und Reflexion	
	Unit 6 (1 LP)	Samstag, 01.12.2018 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen analysieren und bewältigen		Lern- reflexion
	Unit 7 (1 LP)	Samstag, 19.01.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 30 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)		
		Selbstlernzeit 114 Std.	Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.	Gesamt: 136,5 Std.	

M2: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte

Modultitel	Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten
Kurzbeschreibung des Moduls	Eine effektive und effiziente Gestaltung der interprofessionellen Kommunikation ist essentiell, um gegenwärtigen Problemlagen und komplexen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung zu begegnen. Im Rahmen des Zertifikatsangebots werden Grundlagen der Kommunikation im Hinblick auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit behandelt sowie ein gemeinsames Verständnis einer Fachsprache erarbeitet. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet dazu einen Rahmen, um zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen eine gemeinsame, klientenzentrierte Kommunikation zu unterstützen. Des Weiteren wird ein erprobtes Modell zur Gestaltung von interprofessionellen Fallbesprechungen vorgestellt, diskutiert und anhand von praxisnahen Fällen konkret erprobt. Darüber hinaus werden Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen thematisiert und die Teilnehmer*innen erweitern dahingehend ihr Handlungsrepertoire.
Lernergebnisse	Die Teilnehmer*innen sind in der Lage <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Mitgliedern des interprofessionellen Teams in einer gemeinsamen Sprache unter Anwendung verschiedener Gesprächsformen sowie Kommunikationsstrategien und -strukturen zu kommunizieren, ▪ professionsspezifische Erfordernisse und Interessen im interprofessionellen Team begründet zu argumentieren und zu vertreten, ▪ Konflikte im interprofessionellen Team zu analysieren und unter Anwendung von Konfliktlösungsstrategien zu bewältigen, ▪ die Bedürfnisse und Perspektiven der Klient*innen sowie Bezugspersonen in die von allen Berufsgruppen gemeinsam, gestalteten Kommunikations- und Entscheidungsprozesse zu integrieren, ▪ die Chancen und Herausforderung im Rahmen der interprofessionellen Kommunikation zu erkennen, ▪ Ihre berufsgruppenübergreifende Kommunikation zu reflektieren und fortwährend zu verbessern.
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikationsmodelle ▪ Kommunikationstechniken im interprofessionellen Team, z. B. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF), „SBAR - Situation, Background, Assessment, Recommendation“ ▪ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Grundlagen und fallbasierte Anwendung ▪ Interprofessionelle Aushandlungs- und Zielführungsprozesse ▪ Interprofessionelle Fallbesprechungen ▪ Konfliktanalyse und Konfliktlösungsstrategien

M2: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Units	Titel: Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungs-vorbereitung	Workload/ LP
Unit 1	Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 2	Grundlagen der Kommunikation	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 3	„ICF“ - Chancen und Herausforderungen im Rahmen von interprofessioneller Kommunikation	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Unit 4	Interprofessionelle Fallbesprechungen durchführen / Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen bewältigen	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Unit 5	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungs-vorbereitung)	30 Std. / 1 LP
Gesamt:		43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

M3: Teilhabeorientierung in der Rehabilitation

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)	Freitag, 07.09.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase		Erfahrungsaustausch		
	Samstag, 08.09.2018 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Teilhabe				Lern- reflexion
	Freitag, 19.10.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern- reflexion	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - ICF-Grundlagen			
	Samstag, 20.10.2018 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Fallbasierte teilhabeorientierte Anwendung in der Rehabilitation				Lern- reflexion
	Freitag, 30.11.2018 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern- reflexion	Individuelle Lebenssituationen erkennen, Bedarfe und Ressourcen mit Klient*innen ermitteln			
	Samstag, 01.12.2018 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung im Berufsalltag anwenden				Lern- reflexion
	Samstag, 19.01.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 30 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)				
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 136,5 Std.		

M3: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte

Modultitel	Teilhabeorientierung in der Rehabilitation
Kurzbeschreibung des Moduls	<p>Teilhabeorientiertes Arbeiten in der Rehabilitation ist eine Aufgabe, die zukünftig weiter an Bedeutung zunehmen wird. Personen in Gesundheitsberufen werden deshalb nicht nur gegenwärtig, sondern auch in Zukunft verstärkt damit konfrontiert. Durch Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Bundesteilhabegesetz) in Bezug auf Teilhabe und Rehabilitation haben sich neue Chancen und Herausforderungen in der rehabilitativen Versorgung ergeben.</p> <p>Dieses Zertifikatsangebot vermittelt Grundlagen der Teilhabe und zielt darauf ab, die Kompetenzen der Teilnehmer*innen in Bezug auf klientelgerechte Bedarfsbestimmung, Ressourcenermittlung und Beratung zu erweitern bzw. zu stärken. In diesem Zusammenhang werden einerseits die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und andererseits kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung in der Rehabilitation fokussiert. Mithilfe einer Kombination aus Theorie- und Praxisbezug erhalten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit die aufgeführten Aspekte im Berufsalltag umzusetzen und zu reflektieren.</p>
Lernergebnisse	<p>Die Teilnehmer*innen sind in der Lage,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen der Teilhabe in die berufliche Praxis einzuordnen und in das berufliche Handeln einzubeziehen, ▪ die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Kontext von Teilhabeorientierung fallbasiert zu nutzen, ▪ individuelle Lebenssituationen, Bedarfe und Ressourcen von Klient*innen einzuschätzen sowie Klient*innen und Angehörige entsprechend zu beraten, ▪ kommunikative Methoden zur Teilhabeorientierung anzuwenden, ▪ die Chancen und Herausforderungen im Rahmen der teilhabeorientierten Rehabilitation zu erkennen, ▪ gemeinsam mit Klient*innen erreichbare Ziele zu definieren.
Weiterbildungsinhalte	<p>Die wesentlichen Lerninhalte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen der Teilhabe ▪ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Grundlagen und teilhabeorientierte Anwendung in der Rehabilitation ▪ Erkennung individueller Lebenssituationen ▪ Klientenzentrierte Bedarfs- und Ressourcenermittlung ▪ Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung

M3: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Titel: Teilhabeorientierung in der Rehabilitation	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungs- vorbereitung	Workload/ LP
Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Grundlagen der Teilhabe	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Teilhabeorientierte Anwendung der „ICF“ in der Rehabilitation	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Klientenbezogene Bedarfe und Ressourcen ermitteln und partizipativ mit Klient*innen in der Rehabilitation entscheiden	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungs- vorbereitung)	30 Std. / 1 LP
Gesamt:	43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

M4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Einstieg in das Modulthema	
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Gesundheitspsychologie – Konzepte und Theorien des gesundheitsförderlichen Verhaltens und Verhaltensänderung			Einführung in die Lern-reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teil 1: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung		
	Samstag, 26.10.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)		Teil 2: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung		Abschlussrunde / Feedback
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teil 1: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung		
	Samstag, 30.11.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)		Teil 2: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung		Abschlussrunde / Feedback
	Samstag, 11.01.2020 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)			
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 100 Std.	 Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)

M4: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte



Modultitel	Gesundes Verhalten in Gesundheitseinrichtungen stärken
Kurzbeschreibung des Moduls	<p>Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt durch hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die Beschäftigten. Dass sie dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie ihren Berufsalltag und ihren Arbeitsplatz gesundheitsfördernd mitgestalten können. Um Gesundheitsförderung nachhaltig umsetzen zu können, sind Maßnahmen notwendig, die sowohl die betrieblichen Verhältnisse, als auch das individuelle Verhalten berücksichtigen. In diesem Modul liegt der Schwerpunkt auf dem individuellen Verhalten, insbesondere auf Strategien zur Verhaltensänderung. Hierzu werden Methoden- und Fachkompetenzen entwickelt, welche die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb oder in der Praxis erleichtern.</p> <p>Auf der Grundlage von Theorien und Modellen erfahren Sie zunächst, warum gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen so schwierig umzusetzen sind (Stichwort „innerer Schweinehund“) und was nötig ist, um sie anzustoßen. Hierzu bekommen Sie Methoden und Konzepte an die Hand, die es Ihnen ermöglichen, sich in unterschiedlichen Lebensbereichen gesundheitsförderlich zu verhalten und dieses Wissen in der beruflichen Praxis anzuwenden. An Beispielen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen werden Qualitäts- und Bewertungskriterien für Maßnahmen aufgezeigt. Mit diesem Rüstzeug sind Sie in der Lage, gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrer Gesundheitseinrichtung für die Mitarbeitenden zu planen, umzusetzen und zu bewerten. Arbeitgebende profitieren von den verbesserten Methoden- und Fachkompetenzen ihrer Mitarbeitenden, um Gesundheitsförderung im Betrieb effektiver umzusetzen und sie profitieren langfristig von gesunden, gestärkten und motivierten Mitarbeitenden.</p>
Lernergebnisse	<p>Die Teilnehmenden sind in der Lage,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte, Theorien und Modelle zum individuellen Gesundheitsverhalten zu reflektieren und auf die eigene Zielgruppe anzuwenden. • Konkrete Interventionen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen vor dem Hintergrund der eignen Zielgruppenbedürfnisse zu reflektieren. • Interventionen, die der Verbesserung der persönlichen psychischen und physischen Gesundheit dienen, im Kontext von Gesundheitseinrichtungen auszuwählen, umzusetzen und zu bewerten. • Die Qualität von Interventionen zur Gesundheitsförderung zu beurteilen und angepasst an die angestrebte Intention umzusetzen.
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens/Gesundheitspsychologie und der Arbeitspsychologie • Spezifische Interventionen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen • Qualitätskriterien von Interventionen zur Gesundheitsförderung auf der Verhaltensebene • Zielgruppenspezifische Planung, Umsetzung und Bewertung/Evaluation von Interventionen zur Gesundheitsförderung auf der Verhaltensebene

M4: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Unit	Titel: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungsvorbereitung	Workload / LP
	Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 1	Grundlagen der Gesundheitspsychologie – Konzepte und Theorien des gesundheitsförderlichen Verhaltens	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 2	Interventionen zur Prävention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Unit 3	Interventionen zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungsvorbereitung)	30 Std. / 1 LP
	Gesamt:	43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

M5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Blitzlicht: Teamarbeit als Herausforderungen in Gesundheitsberufen	Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)	
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Teamarbeit: Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken				Einführung in die Lern-reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teambildung und -entwicklung: Konflikte im Team; Auseinandersetzung mit dem eigenen Konfliktverhalten			
	Samstag, 26.10.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Teamkultur: Gewaltfreie Kommunikation; Mediation als nichtförmliches, strukturiertes Verfahren der Konfliktlösung				Abschlussrunde / Feedback
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Teamethik - ethisches Handeln im Team: Teamarbeit als wertbasiertes Handeln, World Café mit Modul 6				
	Samstag, 30.11.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Teamarbeit in der Fallarbeit: Teamarbeit als gelebte Praxis				Abschlussrunde / Feedback
	Freitag, 17.01.2020 09:00 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Modulabschluss: interprofessionelle Fallbearbeitung im Team (Vorbereitung, Teamarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)				
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 136,5 Std.		

M5: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte

Modultitel	Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitsberufen gestalten
Kurzbeschreibung des Moduls	<p>Der Berufsalltag in den Gesundheitsberufen wird zunehmend durch Teamarbeit bestimmt. Heute und in Zukunft wird die Fähigkeit zu guter Teamarbeit vor allem durch die Anforderungen, die eine integrierte Gesundheitsversorgung mit sich bringt, immer wichtiger. Die Fähigkeiten, die zur Entwicklung einer guten und effektiven Teamarbeit benötigt werden, sollen in diesem Modul erlernt und gestärkt werden.</p> <p>Im Modul werden Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken vermittelt, die das nötige Basiswissen zur Ausgestaltung guter Teamarbeit darstellen. Im Modul profitieren die Teilnehmenden von einem regelmäßigen interprofessionellem Erfahrungsaustausch, auf dessen Grundlage Teamregeln und persönliche Kompetenzen zum Umgang mit Vielfalt und Konflikten vermittelt und erlernt werden können. Anhand praxisbezogener Beispiele werden Kompetenzen vermittelt, die es den Teilnehmenden ermöglichen Konflikte im Team zu lösen bzw. zukünftig Konflikte im Team zu vermeiden. Darüber hinaus werden Aushandlungsprozesse zu ethischen Konflikten in den Gesundheitsberufen erprobt und eine gemeinsame Wertebasis im Team ermittelt. Ziel des Moduls ist es, die Teilnehmenden in die Lage zu versetzen, Teamarbeit in einem interprofessionellen Team effektiv, positiv und patienten-/klientenzentriert zu gestalten und bestehende Teamstrukturen zu optimieren.</p>
Lernergebnisse	<p>Die Teilnehmenden sind in der Lage,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturen, Modelle und Dynamiken von Teamarbeit zu beschreiben und für gezielte Teambildungsprozesse anzuwenden. • durch klare Rollen, Verantwortlichkeiten sowie Verhaltens- und Kommunikationsregeln Teamarbeit positiv und effektiv zu gestalten und zu optimieren sowie eine gemeinsame Zielorientierung zu entwickeln. • Konflikte im Team zu erkennen und Strategien zur Konfliktlösung anzuwenden. • Vielfalt wahrzunehmen und für die Teamarbeit zur Gestaltung einer positiven Teamkultur zu nutzen. • durch die Beschäftigung mit ethischen Standpunkten im Team eine gemeinsame Wertebasis zu schaffen. • Teamarbeit im Rahmen der klienten-/patientenzentrierten und interprofessionellen Fallarbeit positiv und effektiv zu gestalten und zu optimieren.
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Teamarbeit: Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken, Entwicklung eines settingspezifischen Teamverständnisses, Grundlagen der Teambildung und Teamentwicklungsmodelle • Entwicklung und Aufrechterhaltung kollaborativer Arbeitsbeziehungen im Team • Anforderungen der integrierten patientenzentrierten Versorgung an die Teamarbeit, Rollen und Verantwortlichkeiten, Verhaltens- und Kommunikationsregeln für eine positive Teamkultur • Nutzen von Vielfalt in der Teamarbeit, Entstehung von Konflikten im Team und Anwendung von Konfliktlösungsstrategien • Ethisches Handeln im Team - Teamethik: (interprofessionelle) Teamarbeit als wertbasiertes Handeln • interprofessionelle Kooperation und Teamarbeit im Rahmen der klienten-/patientenzentrierten und interprofessionellen Fallarbeit

M5: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Unit	Titel: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitsberufen gestalten	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungsvorbereitung	Workload / LP
	Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 1	Grundlagen der Teamarbeit : Teamstrukturen; -modelle, -dynamiken	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 2	Teambildung und –entwicklung, Teamkultur	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Unit 3	Teamethik / Teamarbeit in der Fallarbeit	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungsvorbereitung)	30 Std. / 1 LP
Gesamt:		43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

M6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Einstieg in das Modulthema	Präsenzzeit (58 UE/ 43,5, Std.)	
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std.+ 90 min Pause)	Einführung in die Grundlagen der Ethik und in die Ethik des Gesundheitswesens				Einführung in die Lern- reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 12:30 - 18:30 Uhr (7 UE, 5,25 Std. + 45 min Pause)	Lern- reflexion	Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in den Gesundheitsberufen: Problemfelder, Wertekonflikte und Konflikthanlässe			
Unit 3	Samstag, 26.10.2019 08:15 - 16:15 Uhr (9 UE, 6,75 Std. + 75 min Pause)	Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung: Erkennen, Lösen und Vermeiden von ethischen Konflikten				Abschluss- runde / Feedback
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Teamethik - ethisches Handeln im Team: Teamarbeit als wertbasiertes Handeln, World Café mit Modul 5				
Unit 3	Samstag, 30.11.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining: Organisation und Umsetzung (interprofessioneller) ethischer Fallbesprechungen				Abschluss- runde / Feedback
Unit 3	Samstag, 18.01.2020 09:00 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)				
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 136,5 Std.		

M6: Kurzbeschreibung, Lernergebnisse und Lerninhalte

Modultitel	Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen
Kurzbeschreibung des Moduls	In diesem Modul erfahren Teilnehmende persönliche Entlastung von moralischem Stress, indem Sie Strategien zur Konfliktlösungen für Ihren Berufsalltag kennenlernen. Durch die Auseinandersetzung mit ethischen Prinzipien und ethischen Konflikt- und Krisensituationen aus der Berufspraxis kann das Handeln besser reflektiert und Entscheidungen bewusster getroffen werden. Die Moduleilnehmenden werden befähigt, problematische Situationen leichter zu erkennen, ethische Entscheidung im Team zu fällen und Handlungsschlüsse zu ziehen, um eine klienten-/patientenzentrierte Behandlung und eine gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam zu gewährleisten. Eine ethische Entscheidungsfindung im Team wird nicht selten durch unterschiedliche Normen, Werte und Erwartungen erschwert - insbesondere, wenn dies in einem interprofessionellen Team stattfindet. Die Urteilsfindung und die Erarbeitung einer ethisch vertretbaren, gerechten Lösung bedürfen spezieller Entscheidungshilfen und Strategien, die in diesem Modul praxisnah mit Hilfe von Fallbeispielen erarbeitet werden.
Lernergebnisse	Die Teilnehmenden sind in der Lage, <ul style="list-style-type: none"> • die Relevanz der Auseinandersetzung mit Ethik im Rahmen des professionellen Handelns und Entscheidens zu begründen, • ethische Theorien und Prinzipien als normativen Orientierungsrahmen zu erfassen, zu reflektieren und für die eigene Berufspraxis zu nutzen, • moralisch belastende Konfliktsituationen zu erkennen und zu benennen und nutzen entsprechende Strategien und Methoden, um diese Situationen zu lösen und ethische Konflikte zu bewältigen, • in ethischen Konflikt- und Dilemmata-Situationen Entscheidungen auf Grundlage Ihrer Professionsethik zu treffen, • Vielfalt wahrzunehmen, die daraus resultierenden Konflikte zu analysieren, zu prüfen und diese im Rahmen der Ausgestaltung einer alltagsrelevanten Professionsethik zu nutzen, • durch die Beschäftigung mit ethischen Standpunkten im Team eine gemeinsame Wertebasis zu schaffen und gemeinsame Lösungswege zu erarbeiten
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der Relevanz des Themas Ethik für den eigenen Beruf • Grundlagen der Ethik sowie der Medizinethik als angewandte Ethik • Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in den Gesundheitsberufen: Problemfelder, Wertekonflikte, Konfliktsachen, Konflikthanlässe und Lösungsstrategien • Organisationsformen zur Konfliktlösung/ ethische Institutionen im Gesundheitswesen • Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung • Ethisches Handeln im Team - Teamethik: (interprofessionelle) Teamarbeit als wertbasiertes Handeln • Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining

M6: Übersicht Modulstruktur mit Workload

Unit	Titel: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen	Präsenz	Selbstlernzeit + Prüfungsvorbereitung	Workload / LP
	Einführungsveranstaltung	4,5 Std.	25,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 1	Grundlagen der Ethik – Ethik des Gesundheitswesens	7,5 Std.	22,5 Std.	30 Std. / 1 LP
Unit 2	Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in Gesundheitsberufen	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
Unit 3	Teamethik – ethisches Handeln im Team Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining	12 Std.	33 Std.	45 Std. / 1,5 LP
	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)	7,5 Std.	22,5 Std. (Prüfungsvorbereitung)	30 Std. / 1 LP
	Gesamt:	43,5 Std.	136,5 Std.	180 Std. / 6 LP

Lernmaterialien

bedarforientiert
Hochschulen
Wissenschaftlich
Weiterbildung
praxisnah
Gesundheitsberufe

Einführung in Moodle

KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter
Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption
von Weiterbildungsmodulen

Autor*innen

Hagenbrock, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzpassung für Fachkräfte des Gesundheitswesens: 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, Zentrum für Studium und Weiterbildung (ZSW)
- 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 diesem Lernmaterial zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen/den Autoren.

Osnabrück, 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	3
2	Definition	3
3	Die ersten Schritte in Moodle.....	3
	3.1. Anmeldung/Login.....	3
	3.2. Kennwort vergessen	4
	3.3. Das Kennwort ändern	4
	3.4. Das eigene Profil bearbeiten	5
4	Die Kurse.....	6
	4.1. Die eigenen Kurse.....	6
	4.2. Kursoberfläche	7
5	Arbeitsmaterial und Aktivitäten in Moodle.....	8
	5.1. Hochladen von Dateien.....	8
	5.2. Aufgaben	8
	5.3. Kommunikation.....	9
	5.3.1. Forum.....	9
	5.3.2. Chat.....	10
	Literaturverzeichnis	12

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Die E-Learning-Plattform Moodle dient im Rahmen der Weiterbildung der Erstellung internetbasierter Kurse, die ein interaktives Arbeiten ermöglichen. Die Selbstlernzeit der Weiterbildung wird mittels Moodle sowohl gestaltet als auch organisiert. Diese Lernplattform bietet demnach eine Zusammenführung der klassischen Präsenzlehre mit den Vorteilen des E-Learnings. Im Folgenden finden Sie eine Kurzanleitung zur Durchführung der ersten Schritte auf der Lernplattform aus der Perspektive einer Teilnehmer*in.

2 Definition

Moodle ist ein Open Source Lernmanagementsystem. Es ist ein Werkzeug, um internetbasierte Kursangebote zu erstellen (Moodle, 2017, online). Das Akronym Moodle steht für *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*. Moodle ist modular, da es die Option bietet, Kurse/Module hinzuzufügen oder zu entfernen. Das Programmierparadigma wurde verwendet, um Moodle als objektorientiert zu kodieren. Aufgrund der Möglichkeit des interaktiven Gebrauchs und der Bereitstellung von Informationen in flexibler und variabler Weise ist Moodle dynamisch. Es ist eine Lernumgebung zum Lehren auf unterschiedlichen Bildungsebenen (Raadt, 2010, S. 2).

3 Die ersten Schritte in Moodle

Die Moodle-Installation zum Zertifikatsprogramm der Hochschule Osnabrück und der Universität Osnabrück ist mittels der Eingabe folgender URL in die Adresszeile eines Webbrowsers wie Safari, Firefox, Internet Explorer etc. zu finden: <http://kegl.zemit.wi.hs-osnabrueck.de/login/>

3.1. Anmeldung/Login

Die Anmeldung erfolgt mittels Benutzername und zugehörigem Kennwort, das allen Teilnehmer*innen vorab per E-Mail zugeteilt wird. Diese Angaben werden in das vorgesehene Login-Blockfenster (siehe Abbildung 1) auf der oben angegebenen Startseite eingetragen. Dabei gilt es die richtige Groß- und Kleinschreibung zu beachten.

Abbildung 1: Das Login-Fenster

KeGL-Zertifikatsprogramme

Anmeldename
Kennwort

Anmeldnamen merken

Login

Anmeldename oder Kennwort vergessen?

Cookies müssen aktiviert sein! ?

Einige Kurse könnten für Gäste zugelassen sein.

Als Gast anmelden

3.2. Kennwort vergessen

Sollte das Kennwort in Vergessenheit geraten sein, kann eine neue Kennung mittels der bereits hinterlegten E-Mail-Adresse zugeteilt werden. Hierzu ist ein Link hinterlegt: *Anmeldnamen oder Kennwort vergessen* (siehe Abbildung 2). Dort erfolgt die Ermittlung des Zugangs über die Eingabe des Benutzernamens oder der E-Mail-Adresse.

3.3. Das Kennwort ändern

Das Kennwort kann durch einen Klick auf den Benutzernamen, den Link *Einstellungen* und den Reiter *Kennwort ändern* individuell verändert werden.

1. Eintragen des aktuellen Kennwortes
2. Neues Kennwort eintragen
3. Wiederholte Eingabe des neuen Kennwortes
4. Änderungen speichern

Abbildung 2: Das Kennwort ändern

Kennwort ändern

Anmeldename: Petra Test

Kennwortregeln:
mindestens 8 Zeichen, 1 Ziffer(n)

Aktuelles Kennwort *

Neues Kennwort *

Neues Kennwort (noch einmal) *

Anderungen speichern Abbrechen

Pflichtfelder*

3.4. Das eigene Profil bearbeiten

Nach dem erfolgreichen Login ist der Name der Nutzer*in in der rechten oberen Ecke des Browserfensters zu lesen.

Abbildung 3: Das Profil bearbeiten

Petra Test

Dashboard

Profil

Bewertungen

Mitteilungen

Einstellungen

Logout

Mehr Details

Land: Deutschland

Stadt/Ort: Berlin

Profil bearbeiten

Kursdetails

Kursprofile

- Kurs 1 - Themenformat
- Kurs 2 - Wochenformat
- Kurs 3 - Soziales Format
- Kurs 4 - Einzelaktivität
- Kurs 5 - Grid-Format

Inaktive Nutzer benachrichtigen und löschen

Test Video-Stream- Hosting

Auf der Lernplattform sind bereits der Vor- und Nachname, die E-Mailadresse, der Wohnort und das Herkunftsland hinterlegt. Diese Informationen können ergänzt oder bearbeitet werden (Moodle, 2009, online). Die Bearbeitung des Profils kann durch einen Klick auf den Benutzernamen, den Link *Profil* und den darauf ersichtlichen Reiter *Profil bearbeiten* erfolgen (siehe Abbildung 3).

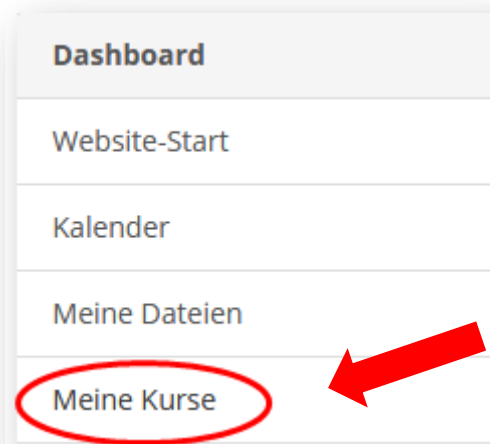
4 Die Kurse

4.1. Die eigenen Kurse

Kurse sind Bereiche in Moodle in denen Lerninhalte für Kursteilnehmer*innen bereitgestellt werden können (Moodle, 2016, online). Es gibt verschiedene Möglichkeiten einen Kurs zu finden:

1. Mithilfe des Navigationsblocks (siehe Abbildung 4), der auf jeder Seite zur Verfügung steht.
2. Nach dem erfolgreichen Einloggen erscheint auf der Startseite bzw. dem Dashboard eine Kursübersicht.

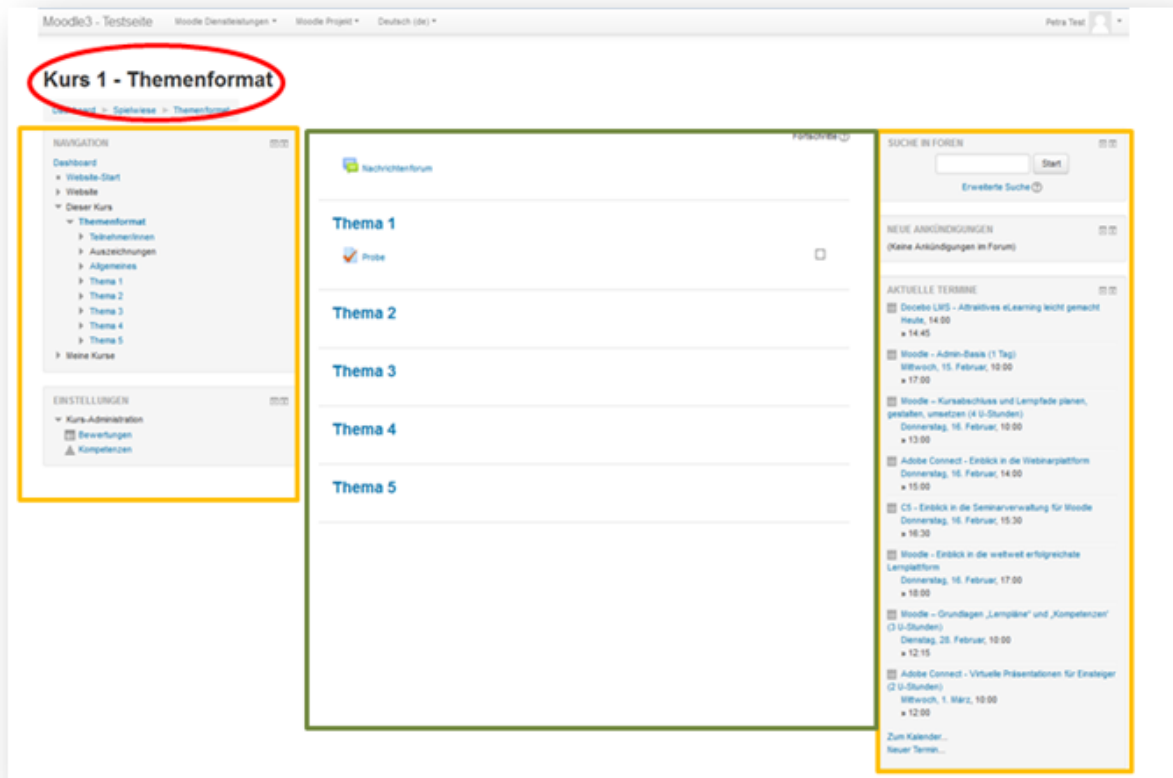
Abbildung 4: Der Navigationsblock



4.2. Kursoberfläche

Die Kursoberfläche ist in drei Blöcke aufgeteilt (siehe Abbildung 5):

Abbildung 5: Übersicht der Kursoberfläche



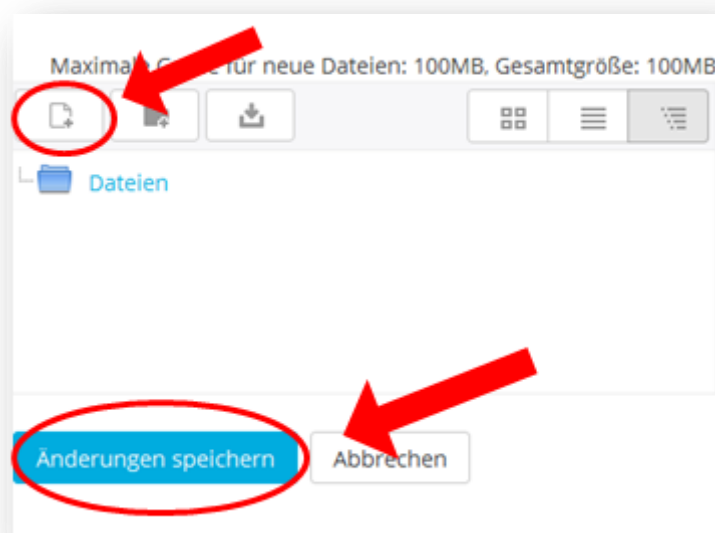
5 Arbeitsmaterial und Aktivitäten in Moodle

5.1. Hochladen von Dateien

Das Hochladen von Dateien kann im Zusammenhang mit verschiedenen Lernaktivitäten wie zum Beispiel Aufgaben oder Forumsbeiträgen stehen oder dient dazu, Arbeitsmaterialien wie Bücher, Verzeichnisse oder Links zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren steht allen Nutzer*innen die Möglichkeit zur Verfügung, eine Datei in den eigenen Dateibereich hochladen zu können. Auf den Bereich *Meine Dateien* kann über den Navigationsblock zugegriffen werden. Um eine Datei hochzuladen kann wie folgt vorgegangen werden:

1. Klick auf den Button *Meine Dateien* (siehe Abbildung 4).
2. Klick auf den Button *Hinzufügen* und auf die gewünschte Datei.
3. Klick auf den Button *Änderungen speichern*. Die hochgeladenen Dateien können heruntergeladen, umbenannt oder gelöscht werden. Dazu muss die jeweilige Datei angeklickt werden (Moodle, 2010, online).

Abbildung 6: Das Hochladen einer Datei



5.2. Aufgaben

Die Aktivität *Aufgabe* ermöglicht Lehrenden den Kursteilnehmer*innen Arbeitsaufträge zu erteilen. Gleichzeitig besteht die Option die Ergebnisse per Datei oder Texteingabe online zu sammeln, zu bewerten und den Teilnehmer*innen eine Rückmeldung zu geben. Den Zugriff auf die eingereichten Lösungen besitzen lediglich die jeweiligen Dozent*innen und Teilnehmer*innen. Eine Ausnahme stellt die Aktivierung einer Gruppeneinreichung dar (Huth, 2016, S. 1). Häufig steht die Erbringung eines Arbeitsauftrages im Rahmen der Aktivität *Aufgabe* in Verbindung mit dem Hochladen einer Datei.

Abbildung 7: Das Ausgabensymbol (Geiß, 2015, S. 14)

Zur Umsetzung ist ein Klick auf die jeweilige Aufgabe (siehe Abbildung 7) und den darauffolgenden Link *Aufgabe Hinzufügen* von Notwendigkeit, um die Lösungsdatei beispielsweise per Drag & Drop in das Ausgabefeld zu ziehen (siehe Abbildung 8). Ein wiederholtes Bearbeiten der eingereichten Datei ist nur dann gestattet, wenn die Lehrenden eine entsprechende Vorgabe bzw. Einstellung getroffen hat.

Abbildung 8: Das Drag & Drop Fenster

5.3. Kommunikation

Moodle bietet beispielsweise durch die Aktivitäten *Forum* und *Chat* unterschiedliche Kommunikationsmöglichkeiten an und damit ebenfalls die Option auch außerhalb der Präsenzphasen mit anderen Kursteilnehmer*innen oder Lehrkräften zu kommunizieren und Daten auszutauschen.

5.3.1. Forum

Die Aktivität *Forum* ermöglicht den Teilnehmer*innen Meinungen auszutauschen, zu diskutieren oder Fragen zu stellen und zu beantworten. Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten, um einen Forumsbeitrag zu schreiben:

1. als Startbeitrag eines neuen Diskussionsthemas
2. als Antwort auf einen bereits vorhandenen Beitrag

Der Austausch bzw. die Kommunikation verläuft im Forum asynchron, d. h. zeitlich versetzt.

Abbildung 9: Das Symbol für ein Forum (Geiß, 2015, S. 18)

Die Einsicht in ein Forum wird durch einen Klick auf das Symbol *Forum* zugelassen. Die darauffolgende Übersicht gibt preis, ob bereits Themen eröffnet wurden.

Abbildung 10: Übersichtseite eines Forums

Thema	Begonnen von	Antworten	Ungelesen	Letzter Beitrag
Gesundheit	Admin Admin	0	0	Admin Admin Do, 23. Feb 2017, 09:48

Die Teilnehmer*innen haben dann die Option ein neues Thema hinzuzufügen, oder einen Beitrag, in Form einer Antwort, in einem bereits bestehenden Thema zu leisten.

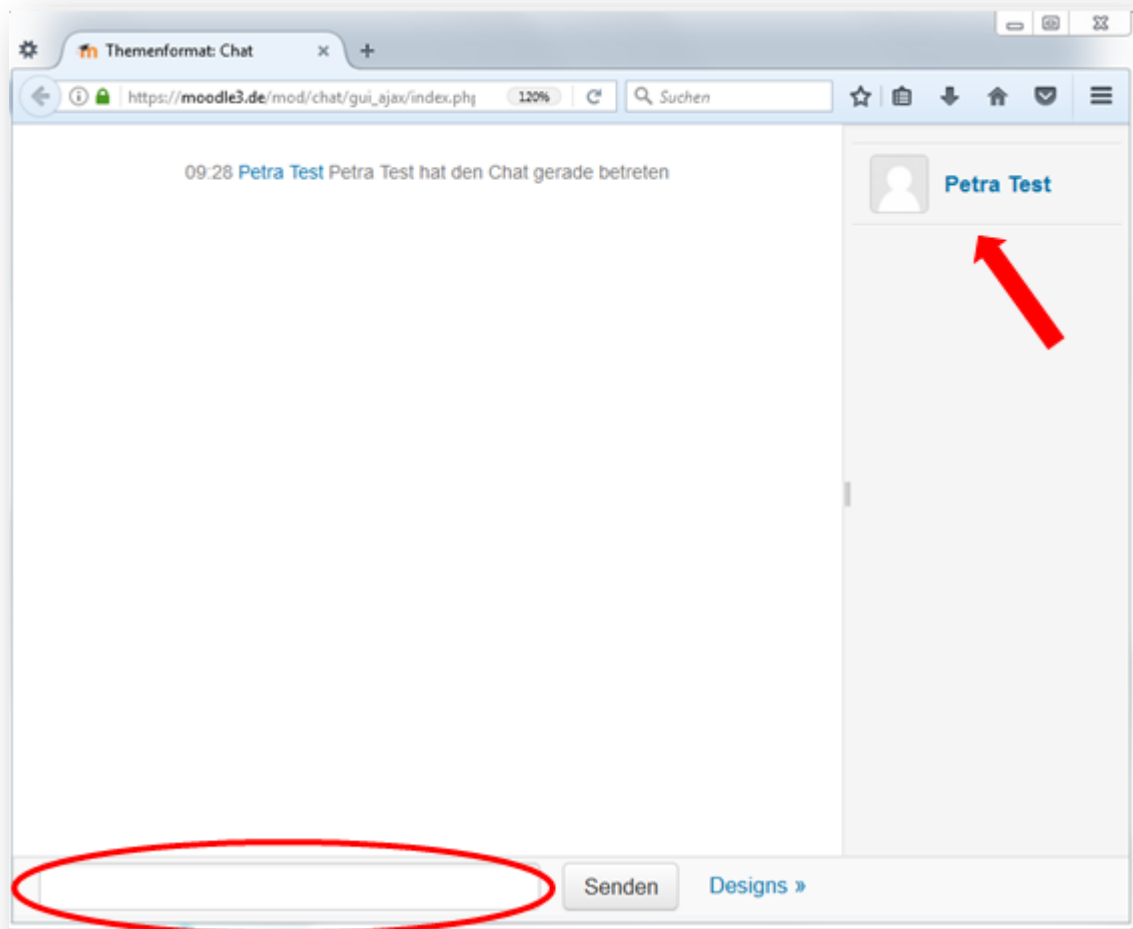
5.3.2. Chat

Die Aktivität *Chat* ermöglicht es den Kursteilnehmer*innen online (in Echtzeit) sich über bestimmte Themen auszutauschen oder zu diskutieren. Im Gegensatz zu einem Forum findet der Austausch in einem Chat synchron statt, d. h. gleichzeitig.

Abbildung 11: Das Symbol für einen Chat (Geiß, 2015, S. 27)

Die Teilnahme an einem Chat erfolgt durch einen Klick auf das Chatsymbol (siehe Abbildung 11) auf der jeweiligen Kursseite. Das Betreten des Chat-Raumes wird ermöglicht, indem der Link *Chat betreten* angeklickt wird (Moodle, 2011, online). Es folgt eine automatische Öffnung eines Chatfensters (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Das Chatfenster



Literaturverzeichnis

Geiß, C. (2015): Moodle-Handbuch für Studierende. Retrieved from http://www.mosbach.dhbw.de/fileadmin/user/public/einheiten/mediendidaktik/Moodle_Handbuch_f%C3%BCr_Studierende.pdf [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Huth, D. (2016): Aktivität Aufgabe. Online verfügbar unter https://moodle.haw-landshut.de/pluginfile.php/51635/mod_book/chapter/129/2016-06-13%20Aktivitaet_Aufgabe.pdf, zuletzt aktualisiert am 13.06.2016 [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Moodle. (2009): Online verfügbar unter https://docs.moodle.org/19/de/Nutzerprofil_bearbeiten, Zuletzt aktualisiert am 26.02.2009 [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

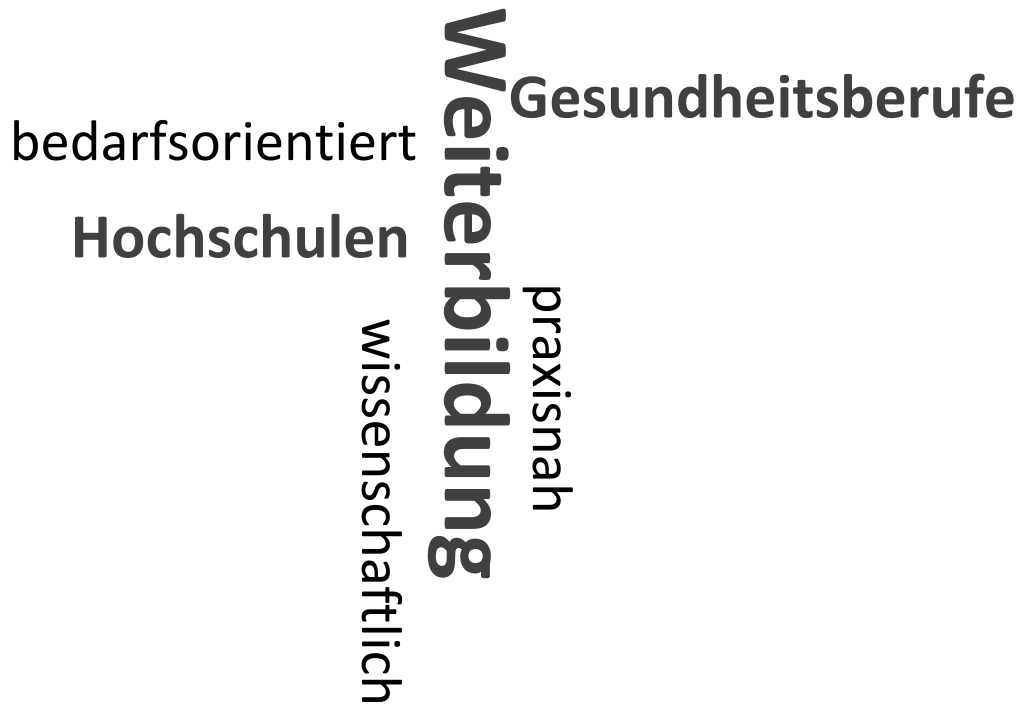
Moodle. (2010): Online verfügbar unter https://docs.moodle.org/19/de/Eigene_Dateien, Zuletzt aktualisiert am 24.11.2010 [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Moodle. (2011): Online verfügbar unter <https://docs.moodle.org/32/de/Chat>, Zuletzt aktualisiert am 16.12.2011 [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Moodle. (2016): Online verfügbar unter <https://docs.moodle.org/30/en/Courses> [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Moodle. (2017): Was ist Moodle? Online verfügbar unter <https://moodle.de/mod/book/view.php?id=2916,%20zuletzt%20gepr%C3%BCft%20am%2013.02.2017> [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Raadt, M. de. (2010): Moodle 1.9 top extensions cookbook: Over 60 simple and incredibly effective recipes for harnessing the power of the best Moodle modules to create effective online learning sites. Birmingham: Packt Publ. Open Source.



Feedback

KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück: Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption von Weiterbildungsmodulen

Autor*innen

Hagenbrock, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzpassung für Fachkräfte des Gesundheitswesens: 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, Zentrum für Studium und Weiterbildung (ZSW)
- 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 diesem Lernmaterial zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen/den Autoren.

Osnabrück, 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	3
2	Grundlagen von Feedback.....	3
	2.1. Definition Feedback.....	3
	2.2. Sinn und Zweck des Feedbacks.....	3
	2.3. Die Bedeutung des Feedbacks.....	3
3	Die Feedbackregeln	5
	3.1. Regeln Feedback-Geben	5
	3.2. Regeln Feedback-Nehmen	6
4	Fragen zur Selbstreflexion.....	6
	Literaturverzeichnis	7

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Das Feedback innerhalb einer Gruppe ist ein Instrument, das im Rahmen der Weiterbildungsangebote der Universität Osnabrück Nutzen findet. Es stellt insofern ein bedeutungsvolles Instrument dar, als es einen konstruktiven Austausch während der Präsenzzeit ermöglicht und gleichermaßen die Teilnehmer*innen auf den Abschluss des jeweiligen Moduls vorbereitet. Das vorliegende Skript zum Thema Feedback dient der Veranschaulichung der Kriterien des Feedback-Gebens und des Feedback-Nehmens, um den Teilnehmer*innen eine gemeinsame Basis dessen zu ebnet.

2 Grundlagen von Feedback

2.1 Definition Feedback

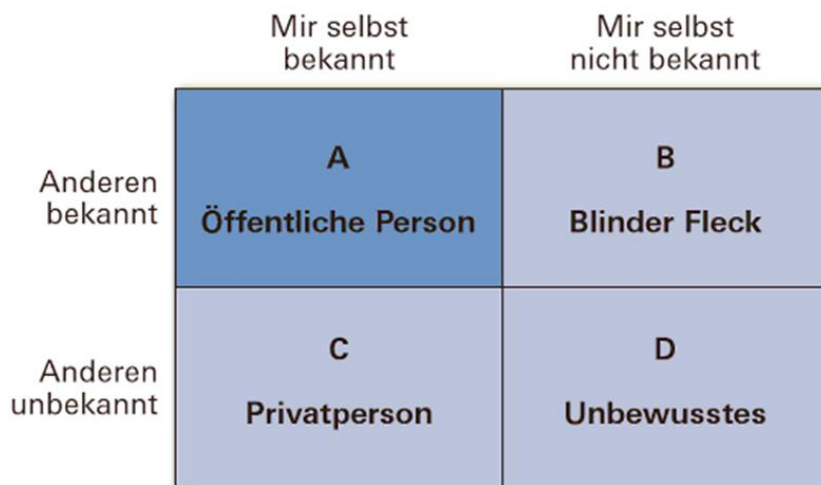
„Feedback ist eine Mitteilung an eine Person, die diese darüber informiert, wie ihre Verhaltensweisen von anderen wahrgenommen, verstanden und erlebt wird“ (Antons, 1992, S. 108). Feedback kann demnach als Synonym für eine persönliche Rückmeldung verstanden werden, das der Unterstützung der Selbstreflexion sowie der Lern- und Entwicklungsprozesse dient.

2.2 Sinn und Zweck des Feedbacks

Feedback kann sowohl die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung eines Einzelnen als auch die eines Teams bezwecken. Eine verbesserte Steuerung des eigenen Verhaltens durch die Schulung der Selbstwahrnehmung und die Entwicklung einer offenen Kommunikation als Basis der Teamfähigkeit können ebenfalls durch die Umsetzung von Feedback erreicht werden (Kirsten & Müller-Schwarz, 2007, S. 8 f.). Der Nutzen des Feedbacks umfasst demnach das Stärken positiver Verhaltensweisen unter gleichzeitiger Korrektur negativen Erscheinens. Des Weiteren trägt das Feedback zur Vermeidung von Missverständnissen bei und fördert die Zusammenarbeit in einer Gruppe und kann somit einen Abgleich zwischen dem Selbstbild und dem Fremdbild ermöglichen (Beer & Rutschke, 2011, S. 118).

2.3 Die Bedeutung des Feedbacks

Die Bedeutung bzw. Wirkungsweisen des Feedbacks kann mittels des „Johari-Fensters“ verdeutlicht werden. Das „Johari-Fenster“, ein Vier-Felder-Schema, veranschaulicht die Selbst- und Fremdwahrnehmung einer Person oder einer Gruppe (Jäggi, 2011, S. 52).

Abbildung 1: Die vier Quadranten des Johari-Fensters (Jäggi, 2011, S. 52)

Grundsätzlich wird zwischen der Selbstwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung unterschieden, dabei werden diese Perspektiven in die Bereiche „bekannt“ und „unbekannt“ unterteilt. Es resultieren vier verschiedene Bereiche von Person und Interaktion (Goetz & Reinhardt, 2017, S. 17):

- Quadrant A: **Der öffentliche Bereich**
Informationen in diesem Bereich sind sowohl der jeweiligen Person als auch deren Umfeld bekannt.
- Quadrant B: **Der blinde Fleck**
Informationen in diesem Bereich sind nur für andere bekannt und sichtbar.
- Quadrant C: **Der private Bereich**
Informationen in diesem Bereich sind nur der Person selbst oder anderen Personen in dessen Vertrauensbereich bekannt und bewusst.
- Quadrant D: **Der unbekannte Bereich**
Informationen in diesem Bereich sind weder der Person noch deren Umfeld bekannt. Mittels der Annahme von Feedback und der Preisgabe von Informationen aus dem privaten Bereich verkleinert sich dieser Bereich (Goetz & Reinhardt, 2017, S. 17).

Das „Johari-Fenster“ demonstriert wie durch ein Feedback der öffentliche Bereich einer Person vergrößert und die Selbstwahrnehmung damit zugleich verbessert wird (Jäggi, 2011, S. 53).

3 Die Feedbackregeln

3.1 Regeln Feedback-Geben

Das Feedback sollte eine Darstellung der Empfänger*in sein, wie diese Signale aufgenommen, verarbeitet und verstanden hat. Die folgenden Regeln des Feedback-Gebens sollten berücksichtigt werden. Feedback sollte demnach

- eher beschreibend als bewertend sein,
- eher konkret als allgemein sein,
- eher einladend als zurechtweisend sein,
- eher verhaltensbezogen als charakterbezogen sein,
- eher erwünscht als erzwungen sein,
- eher sofort/situativ als verzögert/rekonstruiert sein,
- eher klar und präzise als unklar/verschwommen sein,
- und eher durch Dritte überprüfbar als auf dyadische Situationen beschränkt zu sein (Fengler, 2009, S. 24).

Es existieren verschiedene Feedback-Formate, um unter Einbezug der oben genannten Kriterien Feedback zu geben. Dazu zählt das Kurz-Feedback bzw. Feedback-Sandwich. Es besteht aus vier Elementen: Gesamtrückmeldung, positive Beobachtungen, negative Beobachtungen und Empfehlungen (Jäggi, 2011, S. 50 f.).

Abbildung 2: Elemente des Kurzfeedbacks (Jäggi, 2011, S. 51)



Die Gesamtrückmeldung beinhaltet die Würdigung der Gesamtsituation. In den darauffolgenden Schritten werden sowohl positive Beobachtungen als auch negative Beobachtungen der Feedback empfangenden Person vermittelt. Dabei ist ausnahmslos mit der positiven Rückmeldung zu beginnen, bevor Kritik geäußert wird. Die Begründungen der Beobachtungen sind in Ich-Botschaften zu formulieren. Im letzten Schritt folgen zukunftsorientierte Empfehlungen. Dabei kann es sich um Hinweise, Anregungen oder Wünsche zu Leistungen oder zu künftigem Verhalten handeln (Jäggi, 2011, S. 51).

3.2 Regeln Feedback-Nehmen

Dem Feedback-Nehmenden steht es frei ,Feedback einzufordern oder abzulehnen. Folgende Kriterien dienen einem erfolgreichen Feedback-Nehmen:

- Zuhören (keine Verteidigungen oder Rechtfertigungen)
- Verständnisfragen äußern
- Feedbackgeber mitteilen, ob sein Feedback produktiv, konstruktiv und brauchbar ist
- Feedback als Lernprozess begreifen (vgl. Beer & Rutschke, 2011, S.119).

4 Fragen zur Selbstreflexion

In Anlehnung an die oben angeführten Abschnitte Sinn und Zweck des Feedbacks (Abschnitt 2.2) sowie die Bedeutung des Feedbacks (Abschnitt 2.3), nehmen Sie sich nun bitte kurz Zeit für die folgenden Fragen zur Selbstreflexion:

1. Sollten Sie bereits eigene Erfahrungen mit Feedback gesammelt haben, beschreiben Sie diese kurz.
 - Beschreiben Sie eine konkrete Situation oder einen Fall.
 - Beschreiben Sie, wie Sie das Feedback subjektiv erlebt haben.
 - Beschreiben Sie kurz die Ablaufstruktur und die Rollenverteilung anhand des „Johari-Fensters“.
2. Welche konkrete berufsbezogene Situation erachten Sie als wertvoll, um Feedback zu nutzen?
 - Beschreiben Sie kurz eine derartige Situation.
 - Welche Erwartungen hätten Sie an die Feedback-Geber*in und die Feedback-Nehmer*in?
3. Beschreiben Sie kurz, was Sie in Bezug auf Feedback gelernt haben.
4. Beschreiben Sie kurz, was Sie in Bezug auf Feedback noch lernen möchten.

Literaturverzeichnis

Beer, M., & Rutschke, R. (2011): Kommunikation - Erfolgsfaktor in der Apotheke: Kundengespräche, Teambildung, Wirkung der Apotheke. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

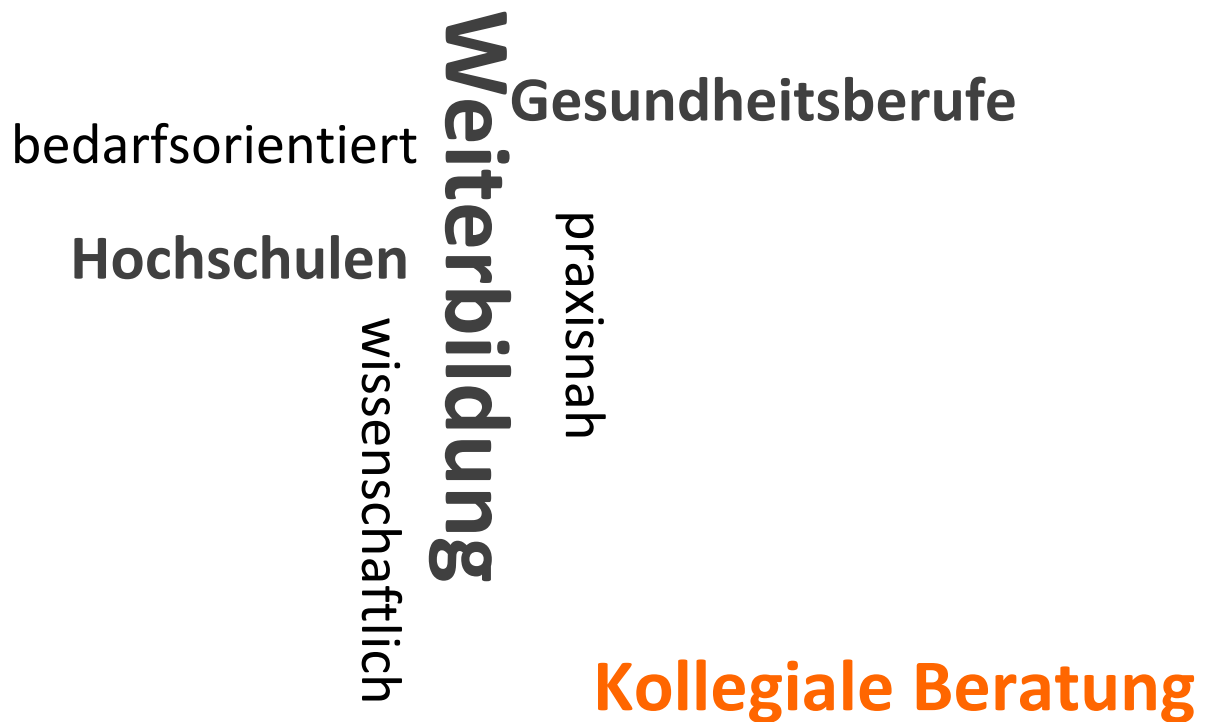
Fengler, J. (2009): Feedback geben: Strategien und Übungen (4., überarb. u. erw. Aufl.). Beltz Weiterbildung: Training. Weinheim u.a. Beltz.

Gellert, M., & Nowak, C. (2014): Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung: Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams (5. unveränd. Aufl.). Meezen. Limmer.

Goetz, D., & Reinhardt, E. (2017): Führung: Feedback auf Augenhöhe: Wie Sie Ihre Mitarbeiter erreichen und klare Ansagen mit Wertschätzung verbinden. essentials. Wiesbaden, s.l. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Jäggi, S. (2011): Kommunikation für technische Kaufleute und HWD: Grundlagen mit Beispielen, Repetitionsfragen und Antworten sowie Übungen (3., überarb. Aufl.). Reihe "Wirtschaft und Recht TK/HWD". Zürich. Compendio Bildungsmedien.

Kirsten, R. E., & Müller-Schwarz, J. (2007): Gruppen-Training: Ein Übungsbuch mit 59 Psycho-Spielen, Trainingsaufgaben und Tests (Neuausg). Rororo. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.



KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück: Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption von Weiterbildungsmodulen

Autor*innen:

Rechenbach, S.; Flottmann, S.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzpassung für Fachkräfte des Gesundheitswesens: 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, Zentrum für Studium und Weiterbildung (ZSW)
- 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 diesem Lernmaterial zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen/den Autoren.

Osnabrück, 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
2 Grundlagen von Kollegialer Beratung.....	4
2.1 Definition von Kollegialer Beratung.....	4
2.2 Charakterisierung von Kollegialer Beratung.....	5
2.3 Rollen und Rollenverteilung in der Kollegialen Beratung	6
2.4 Modelle und Phasen der Kollegialen Beratung	8
2.5 Personenbezogene Wirkungen von Kollegialer Beratung.....	11
2.6 Anwendungsfelder und Themen der Kollegialen Beratung	12
2.7 Grenzen von Kollegialer Beratung	13
3 Fragen zur Selbstreflexion	13
Literaturverzeichnis.....	14

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Das Beratungskonzept „Kollegiale Beratung“ eignet sich in idealer Weise für einen Wissensaustausch sowie für (Selbst-)Reflexions- und Lernprozesse in Gruppen und Teams. Dieses strukturierte Beratungskonzept, welches Gleichrangigkeit und Gleichberechtigung der Gruppenmitglieder fokussiert, trägt direkt zur Qualitäts- und Teamentwicklung bei. Es findet Anwendung in unterschiedlichen Anwendungsfeldern mit verschiedenen Themen und Inhalten in Bezug auf die Problemlösung von berufsbezogenen Situationen und Fällen.

Ziel und Zweck des entwickelten Lernmaterials im Rahmen der wissenschaftlichen Weiterbildung:

- Die theoretischen Grundlagen im Kapitel 2 bieten Ihnen eine erstmalige und/oder erneute Auseinandersetzung mit dem Beratungskonzept „Kollegiale Beratung“.
- Detaillierte und weiterführende Ausführungen zur „Kollegialen Beratung“ entnehmen Sie bitte dem Literaturverzeichnis.
- Die Fragen zur Selbstreflexion im Kapitel 3 ermöglichen Ihnen, zum einen ihre bisherigen Erfahrungen über „Kollegiale Beratung“ zu reflektieren. Zum anderen eröffnen die Fragen Ihnen eine Option, bereits in der Vergangenheit erlebte und/oder aktuell erlebte Fallsituationen/-beispiele aus Ihrem Berufsalltag zu beschreiben und zu reflektieren.
- Nutzen Sie die Gelegenheit, Ihre Erfahrungen über „Kollegiale Beratung“ in interprofessionellen Lerngruppen auszutauschen und/oder von den Erfahrungen anderer Kolleg*innen der Berufspraxis zu profitieren.
- Nutzen Sie auch die Gelegenheit, Ihre Erfahrungen über „Kollegiale Beratung“ in interprofessionellen Arbeitsgruppen in der Berufspraxis auszutauschen und/oder von den Erfahrungen anderer Kolleg*innen der Berufspraxis zu profitieren.

2 Grundlagen von Kollegialer Beratung

2.1 Definition von Kollegialer Beratung

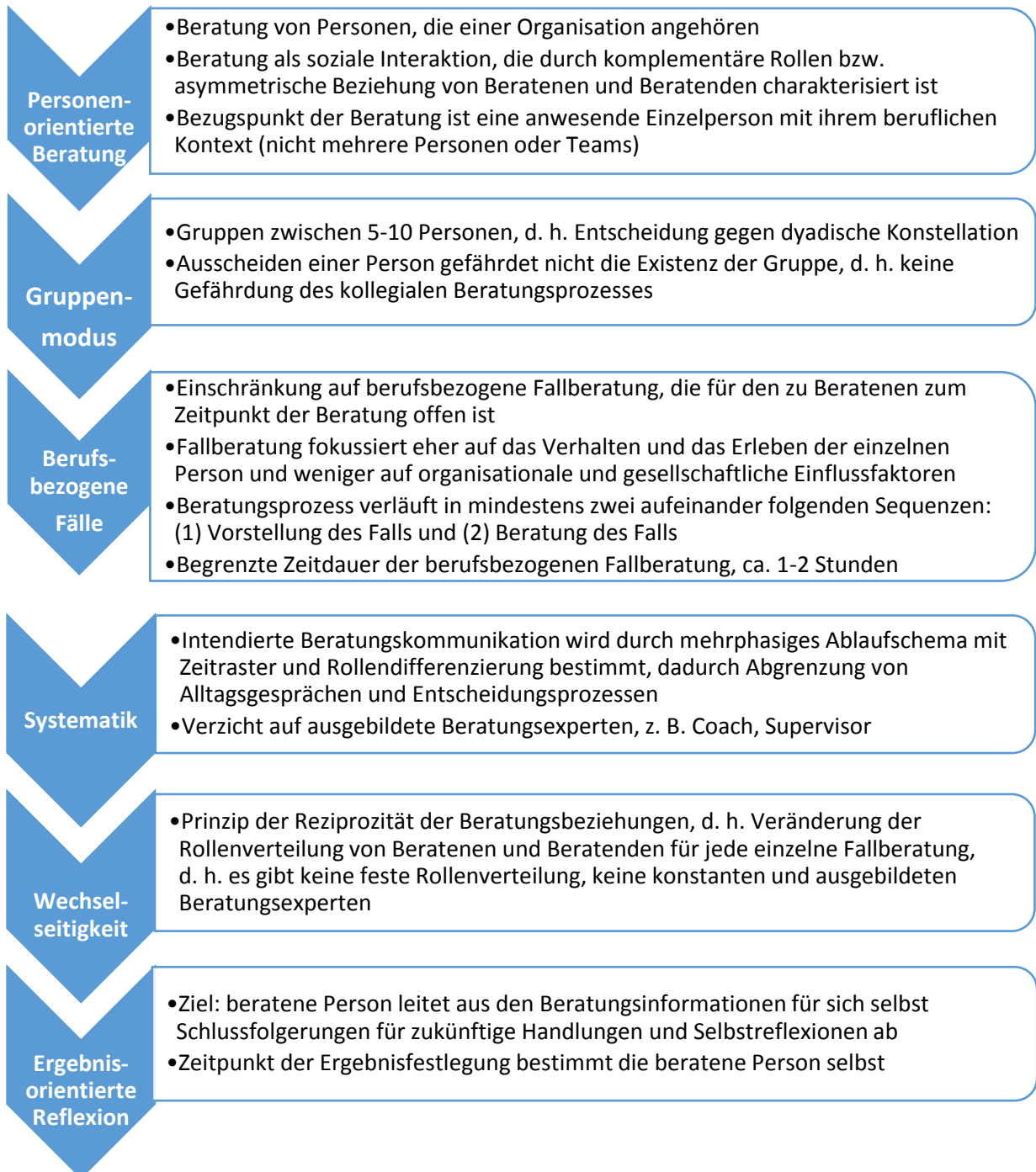
Tietze (2010) definiert „Kollegiale Beratung“ und schließt sich dem Verständnis über „Kollegiale Beratung“, welches mehrheitlich in der deutsch- und englischsprachigen Literatur zum Ausdruck gebracht wird, an (Tietze, 2010, S. 24).

„Kollegiale Beratung
*beschreibt ein Format personensorientierter Beratung,
bei dem im Gruppenmodus wechselseitig
berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden
systematisch und ergebnisorientiert reflektiert werden“*
(Tietze, 2010, S. 24).

2.2 Charakterisierung von Kollegialer Beratung

„Kollegiale Beratung“ ist durch **sechs Merkmale** gekennzeichnet (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Merkmale von Kollegialer Beratung



Quelle: Tietze, 2003, S. 11-14; Tietze, 2010, S. 25-27.

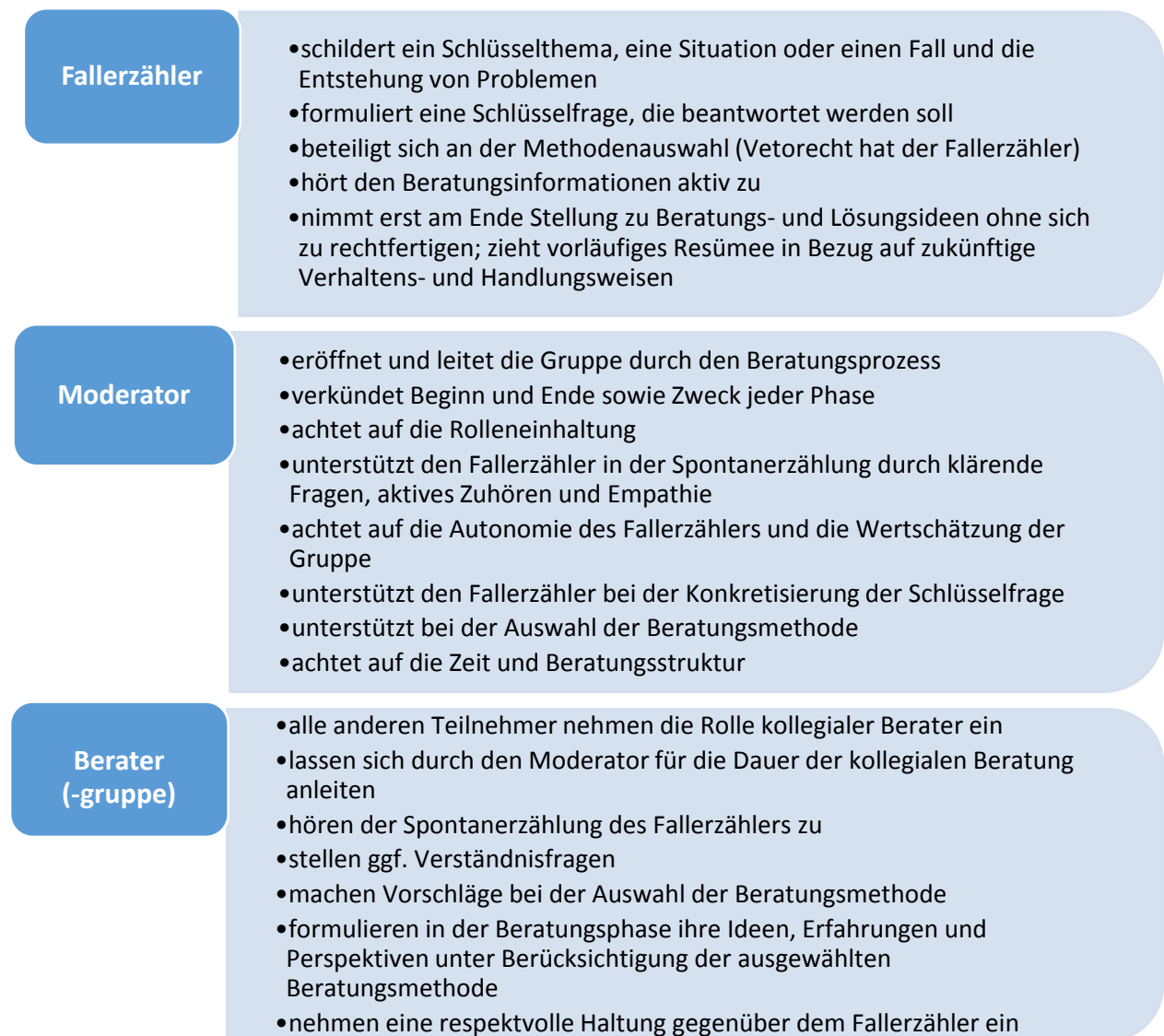
Grundsätzlich gilt, dass die „**Kollegiale Beratung**“ dann das geeignete Format ist, „*wenn ein **Beratungskonzept** vorsieht,*

- (1) dass es in einer **Gruppe** realisiert werden soll und*
- (2) wenn **berufsbezogene Fälle** von teilnehmenden Personen beraten werden und*
- (3) wenn sich der Beratungsprozess an einer **Ablaufstruktur** orientiert und **mit verteilten Rollen** vollzogen werden soll und*
- (4) alle **Rollen ausnahmslos reversibel** sein sollen [...]“ (Tietze, 2010, S. 28).*

2.3 Rollen und Rollenverteilung in der Kollegialen Beratung

Die „Kollegiale Beratung“ unterscheidet sich von anderen Beratungskonzepten wie Coaching und Supervision¹ u. a. dadurch, dass es keine feste Rollenverteilung innerhalb des kollegialen Beratungsteams gibt. Daher werden für jede Fallbearbeitung die Rollen im Beratungsteam neu verteilt (= Prinzip der Reziprozität der Beratungsbeziehungen unter dem Merkmal „Wechselseitigkeit“). Im Wesentlichen gibt es immer die drei Hauptrollen (1) Fall Erzähler, (2) Moderator und (3) Berater(-gruppe) (siehe Abbildung 2).

¹ Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e. V. (Hrsg.), 2012, Anhang 10.1: Übersicht der Beratungsformen.

Abbildung 2: Hauptrollen in der Kollegialen Beratung

Quelle: Tietze, 2003, S. 52-57.

Darüber hinaus können bei Bedarf und besonders im Rahmen der Einführung des Beratungskonzeptes weitere zwei Rollen, nämlich die des Protokollanten/Sekretärs und des Prozessbeobachters hilfreich sein (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Rolle des Protokollanten und Prozessbeobachters in der Kollegialen Beratung

Protokollant	<ul style="list-style-type: none"> • dokumentiert Gedanken, Ideen und Erfahrungen (z. B. Flipchart) der Berater in der Beratungsphase • beteiligt sich selbst an der Ideensammlung • kann zu Beginn der Beratung auf ausdrücklichen Wunsch des Fallerszählers bestimmt werden
Prozessbeobachter	<ul style="list-style-type: none"> • nimmt selbst nicht an der Beratung aktiv teil; sitzt abseits • beobachtet das Geschehen von außen (Prozessbeobachtung) • gibt am Ende des Beratungsprozesses dem Team und ggf. jedem Einzelnen in seiner Rolle (z. B. Moderator etc.) eine Rückmeldung bzw. Feedback (gelungene/weniger gelungene Aspekte)

Quelle: Tietze, 2003, S. 57-59.

2.4 Modelle und Phasen der Kollegialen Beratung

In der Literatur sind Modelle von „Kollegialer Beratung“ aufgeführt, die sich durch eine unterschiedliche Anzahl von festgelegten Phasen unterscheiden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Modelle Kollegialer Beratung

Fallner/Gräßlin 1990	Haug-Benien/ Griepenburg (1998)	Tietze (2003, 2010)	Beckmann (2013)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eröffnen und Beginnen 2. Darstellen und Orientieren 3. Betrachten und Erweitern 4. Differenzieren und Beurteilen 5. Entscheiden und Übersetzen 6. Abschließen und Beenden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rollenverteilung 2. Falldarstellung 3. Befragen 4. Hypothesenbildung 5. Stellungnahme 6. Lösungsvorschläge 7. Entscheidung 8. Austausch 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casting 2. Spontanerzählung 3. Schlüsselfrage 4. Methodenwahl 5. Beratung 6. Abschluss 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Begrüßung und Organisatorisches 2. Eröffnungsrunde 3. Festlegung der Beratungssequenzen 4. Verteilung der Moderatorenrolle 5. Falldarstellung und Befragung 6. Hypothesen 7. Stellungnahme 8. Lösungsvorschläge 9. Entscheidung 10. Feedback und Abschluss
ca. 90 Minuten	ca. 65 Minuten	ca. 35-45 Minuten	ca. 75 Minuten

Quelle: Beckmann, 2013, S. 48-49; Anm.: Rot markiert: die weiteren Ausführungen beziehen sich vorrangig auf das Modell „Kollegiale Beratung“ von Tietze (2003, 2010).

Die Vorteile des strukturierten Beratungsablaufs für die Beteiligten sind (Tietze, 2010, S. 62-63):

- *Rahmen der Beratung*: die Ablaufstruktur nach Phasen reduziert die Komplexität des Beratungsprozesses durch übersichtliche Abschnitte.
- *Erfolgreiche Problemlösung*: die Ablaufstruktur nach Phasen bietet stabile Orientierung bzw. die Trennung von Problemanalyse und Ideenproduktion im Beratungsprozess.
- *Methodisches Vorgehen*: die Beratung ermöglicht die gezielte Methodenwahl und Methodenvariation unter Berücksichtigung der Wünsche des Fallerszählers, der situativen Besonderheiten und der Schlüsselfragen; die Gruppe kann mit zunehmender Erfahrung komplexere Methoden anwenden.

In Abbildung 4 werden die **sechs Phasen** des Beratungsprozesses nach Tietze (2003, 2010) und die für jede Phase zugehörige Rollen- und Aufgabenverteilung der Beteiligten abgebildet.

Abbildung 4: Phasen der Kollegialen Beratung

Phase	Was passiert?	Was ist das Ergebnis?	Wer trägt was dazu bei?
Casting	Die Rollen werden besetzt: Moderator, Fallerszähler, Berater.	Ein Fall ist ausgewählt, Fallerszähler und Moderator nehmen ihre Rollen ein.	Der Moderator wird gesucht, Teilnehmer benennen ihr Thema kurz, ein Fallerszähler wird ausgewählt.
Spontanerzählung	Der Fallgeber gibt Informationen zu seinem Thema.	Alle Teilnehmer haben den Fall in groben Zügen verstanden.	Der Fallerszähler berichtet und wird dabei vom Moderator begleitet, die Berater stellen Verständnisfragen.
Schlüsselfrage	Eine Schlüsselfrage wird gesucht.	Alle Teilnehmer haben die Schlüsselfrage des Fallerszählers verstanden.	Der Fallerszähler formuliert eine Schlüsselfrage und wird dabei vom Moderator unterstützt.
Methodenwahl	Ein Beratungsmodul aus dem Methodenpool wird gewählt.	Die passende Methode zur Bearbeitung der Schlüsselfrage steht fest.	Der Moderator leitet die Auswahl eines Moduls an, der Fallerszähler und die übrigen Teilnehmer machen Vorschläge.
Beratung	Die Berater geben ihre Ideen und Vorschläge im Stil des ausgewählten Beratungsmoduls.	Der Fallerszähler hat Ideen und Anregungen gemäß der Methode erhalten.	Die Berater formulieren ihre Beiträge passend zur Methode, der Moderator achtet auf die Zeit, ein Sekretär notiert die Beiträge mit.
Abschluss	Der Fallerszähler resümiert die Beiträge der Berater und nimmt abschließend Stellung.	Die kollegiale Beratung ist bilanziert und abgeschlossen.	Der Fallerszähler berichtet, welche Anregungen für ihn wertvoll waren und bedankt sich abschließend.

© 2002-2017 | Dr. Kim-Oliver Tietze, Hamburg | info@kollegiale-beratung.de

Quelle: Tietze, 2002-2017, verfügbar unter <http://www.kollegialeberatung.de/>

Ebene2/ablauf.html[Letzter Zugriff am 22.03.2017], siehe ausführlich Tietze, 2010, S. 60-110.

Die Zeitdauer einer Beratungssequenz beträgt ca. 35 bis 45 Minuten. Für vier der sechs Phasen sind eher fünf Minuten vorgesehen; lediglich für die Spontanerzählung in der zweiten Phase und für die Beratung in der vierten Phase sollten eher 10 Minuten geplant werden (Tietze, 2010, S. 60).

Die Methodenwahl und -variation wird von den Beteiligten selbst durchgeführt. Tietze (2010) betont, dass die Anwendung der Methodenbausteine von den Gruppenmitgliedern erst erlernt werden muss. Erst mit zunehmender Erfahrung wird die Gruppe in der Lage sein, zusätzlich zu den „Methoden für Einsteiger“ auch „solche für fortgeschrittene Gruppen“ anwenden zu können (Tietze, 2010, S. 115).

Tietze (2010) schlägt „Basis-Methoden, Ziele und Leitfragen“ als eine Auswahl vor, die sich besonders zu Beginn der „Kollegialen Beratung“ eignen, da ihr Schwierigkeitsgrad im Vergleich zu Methoden für fortgeschrittene Gruppen geringer erscheint (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Basis-Methoden, Ziele und Leitfragen

Methoden	Seite	Ziel	Beratungsfokus	Leitfrage
Brainstorming	118	Lösungsideen für den Fallerzähler sammeln	lösungsorientiert	Was könnte man in einer solchen Situation alles tun?
Kopfstand-Brainstorming	122	Ideen in die Gegenrichtung der Schlüsselfrage produzieren	lösungsorientiert	Wie könnte der Fallerzähler die Situation verschlimmern?
Ein erster kleiner Schritt	126	Anfang für einen Lösungsweg finden	lösungsorientiert und strukturierend	Was könnte der nächste kleine Schritt für den Fallerzähler sein?
Gute Ratschläge	130	Empfehlungen für den weiteren Lösungsweg zusammentragen	lösungsorientiert	Welche Ratschläge habe ich für den Fallerzähler?
Resonanzrunde	134	Feedback in Bezug auf die Spontanerzählung	Anteil nehmend	Was löst die Fallerzählung bei mir an inneren Reaktionen aus?
Sharing	139	Bezug zu eigenen ähnlichen Erlebnissen herstellen	Anteil nehmend	An welche eigene Erfahrung erinnert mich die Falldarstellung?
Schlüsselfrage (er-)finden	144	Schlüsselfrage für den Fallerzähler finden	strukturierend und die Perspektive verändernd	Was könnte die Schlüsselfrage des Fallerzählers (noch) sein?
Zwei wichtige Informationen	149	Informationen der Fallschilderung neu gewichten	strukturierend	Was sind für mich die beiden wichtigsten Informationen?
Kurze Kommentare	153	Stellungnahmen zum Geschehen abgeben	Anteil nehmend und lösungsorientiert	Was ist mir an dem Inhalt oder der Art der Fallerzählung aufgefallen?
Erfolgsmeldung	156	Faktoren beschreiben, die zum Erfolg geführt haben	lösungsorientiert	Wie hat der Fallerzähler seinen Erfolg erreicht?

Quelle: Tietze, 2010, S. 117; Anm.: siehe ausführlich Tietze, 2010, S. 116-159.

Zusätzlich zu den Basis-Methoden können bereits erfahrene Gruppen weitere Methodenbausteine mit höherer Komplexität im Rahmen der „Kollegialen Beratung“ einsetzen (siehe Tabelle 3). Diese Methoden ermöglichen „gezielter auf die Schlüsselfragen einzugehen“ und setzen bei den Beteiligten „ein tieferes Verständnis der Beratung“ voraus (Tietze, 2010, S. 160).

Tabelle 3: Übersicht über die Methoden für Fortgeschrittene, ihre Ziele und Leitfragen

Methoden	Seite	Ziel	Beratungsfokus	Leitfrage
Actstorming	160	Wörtliche Aussagen für ein bevorstehendes Gespräch sammeln	lösungsorientiert	Wie könnte der Fallerzähler sein Anliegen konkret formulieren?
Offene Fragen	166	Bisher unbeantwortete und ungestellte Fragen sammeln	die Perspektive verändernd und strukturierend	Welche Fragen könnte sich der Fallerzähler noch stellen?
Hypothesen entwickeln	169	Zusammenhänge aus der Fallschilderung neu bewerten	die Perspektive verändernd und strukturierend	Welche Hypothesen habe ich über das Geschehen?
Überraschungen erfinden	175	Vorschläge, um festgefahrene Situationen zu verändern	lösungsorientiert und die Perspektive verändernd	Womit könnte der Fallerzähler die Beteiligten überraschen?
Umdeuten	180	Das Verhalten der am Problem Beteiligten positiv deuten	die Perspektive verändernd	Wie könnte man die Ereignisse positiv verstehen?
Die zweite Seite der Medaille	187	Stärken und Erfolge des Fallerzählers hervorheben	die Perspektive verändernd	Welche Fähigkeiten des Fallerzählers werden deutlich?
Identifikation	192	Die Schilderung durch vermutete weitere Positionen ergänzen	die Perspektive verändernd	Was denken wohl die übrigen Beteiligten?
Kreuzverhör	199	Schwachstellen im Konzept des Fallerzählers finden	die Perspektive verändernd und lösungsorientiert	Was hat der Fallerzähler bislang nicht beachtet oder berücksichtigt?
Inneres Team	202	Unterschiedliche innere Positionen des Fallerzählers verdeutlichen	die Perspektive verändernd und strukturierend	Welche Stimme des Fallerzählers `sagt` was zur Schlüsselfrage?
Metaphern und Analogien	209	Metaphern für die Situation des Fallerzählers beschreiben	die Perspektive verändernd	Womit könnte man die Situation oder Teile davon vergleichen?

Quelle: Tietze, 2010, S. 161; Anm.: siehe ausführlich Tietze, 2010, S. 160-214.

2.5 Personenbezogene Wirkungen von Kollegialer Beratung

Im Rahmen einer Literaturanalyse identifizierte Tietze (2010) die drei Wirkungsbereiche: (1) Effekte beim Lösen berufsbezogener Probleme, (2) Auswirkung auf berufliche Handlungskompetenzen und (3) Auswirkungen auf berufliche Beanspruchungen, sowie die dazugehörigen Kategorien, die

personenbezogene Wirkungen durch die Teilnahme an Kollegialer Beratung beschreiben (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Personenbezogene Wirkungen von Kollegialer Beratung

Effekte beim Lösen berufsbezogener Probleme	Auswirkung auf berufliche Handlungskompetenzen	Auswirkungen auf berufliche Beanspruchungen
<p><i>Kollegiale Beratung fördert ,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleme zu lösen, • Problemsituationen besser zu verstehen, • Interpretations- und Lösungsideen zu entwickeln, • stellvertretendes Lernen. 	<p><i>Kollegiale Beratung fördert</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • berufliche Qualifikationen, • Professionalitätsentwicklung, • soziale Kompetenzen, • Problemlösekompetenzen, • berufsbezogene Selbstreflexionen. 	<p><i>Kollegiale Beratung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mindert berufliche Beanspruchungen, • stärkt die Beteiligten, • reduziert Burnout bei Beratern.

Quelle: Tietze, 2010, S. 59-62.

2.6 Anwendungsfelder und Themen der Kollegialen Beratung

Tietze (2010, S. 30-31) weist darauf hin, dass die Situationen oder berufsbezogenen Fälle, die vom Fallerzähler berichtet werden, bestimmten **Anforderungen** entsprechen sollten:

- Fall bezieht sich auf eine konkrete aktuelle soziale Situation mit einem oder mehreren Interaktionspartnern,
- Interaktionspartner und Problemfeld liegen außerhalb der Beratungsgruppe,
- Fallerzähler hat noch offene Fragen und sucht nach Lösungsideen durch Reflexion und Beratung.

Mögliche **Anwendungsfelder und Themen** können exemplarisch sein:

- Umgang mit veränderten Verhaltensweisen, z. B. von Patienten/Klienten/Bewohnern,
- Bewältigung neuer Aufgaben,
- Integration neuer Mitarbeiter,
- eigene Arbeitsweise,
- Probleme mit Mitarbeitern,
- Probleme zwischen Mitarbeitern,
- Schwierigkeiten mit Kunden, z. B. Auszubildende, Klienten etc.,
- gestörte Arbeitsabläufe,
- Probleme in der Projektarbeit,
- Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und
- Bewältigung von Veränderungen oder Aufgaben (Tietze, 2010, S. 31-32).

2.7 Grenzen von Kollegialer Beratung

„Kollegiale Beratung“ als Beratungskonzept ist ungeeignet, z. B.

- bei allgemeinen Organisationsfragen,
- wenn alle Teilnehmer gleichermaßen vom Problem betroffen sind,
- bei Konflikten und Spannungen zwischen Teilnehmern der Beratungsgruppe,
- bei privaten Themen oder Problemsituationen ohne direkten Bezug zum beruflichen Alltag und
- zur Aufarbeitung von Führungs-, Management- und Organisationsproblemen (Tietze, 2010, S. 31-33).

3 Fragen zur Selbstreflexion

„Kollegiale Beratung“ eignet sich in idealer Weise für einen Wissensaustausch sowie für (Selbst-) Reflexions- und Lernprozesse in Gruppen und Teams. Dieses strukturierte Beratungskonzept, welches auf Gleichberechtigung der Gruppenmitglieder beruht, trägt direkt zur Qualitäts- und Teamentwicklung bei. Es findet Anwendung in unterschiedlichen Anwendungsfeldern mit verschiedenen Themen und Inhalten in Bezug auf die Problemlösung von berufsbezogenen Situationen und Fällen. Detaillierte Ausführungen zur „Kollegialen Beratung“ können Sie dem Literaturverzeichnis entnehmen.

Nehmen Sie sich nun kurz Zeit für Fragen zur Selbstreflexion.

1. *Was gefällt Ihnen an dem Beratungskonzept „Kollegiale Beratung“?*
2. *Beschreiben Sie kurz, welche Voraussetzung die Teilnehmer*innen für die „Kollegiale Beratung“ mitbringen sollten.*
3. *Sollten Sie bereits eigene Erfahrungen mit „Kollegialer Beratung“ gesammelt haben, beschreiben Sie diese kurz.*
 - *Beschreiben Sie die konkrete berufsbezogene Situation oder den Fall.*
 - *Beschreiben Sie, wie Sie die Kollegiale Beratung subjektiv erlebt haben.*
 - *Beschreiben Sie kurz die Ablaufstruktur und die Rollenverteilung.*
 - *Beschreiben Sie die Entwicklung von Lösungsideen und das Ergebnis.*
4. *Welche konkrete berufsbezogene Situation oder welchen berufsbezogenen Fall würden Sie aus aktuellem Anlass in eine „Kollegiale Beratung“ einbringen wollen?*
 - *Beschreiben Sie kurz die Situation oder den Fall.*
 - *Formulieren Sie eine Schlüsselfrage.*
 - *Welche Erwartungen hätten Sie an den Moderator und welche an das Beratungsteam?*
5. *Möchten Sie weitere eigene Gedanken, Erwartungen und ggf. Bedarfe in Bezug auf „Kollegiale Beratung“ reflektieren, die durch die bisherigen Fragen zur Selbstreflexion nicht explizit angesprochen wurden? Skizzieren Sie diese kurz.*
6. *Beschreiben Sie kurz, was Sie in Bezug auf „Kollegiale Beratung“ gelernt haben.*
7. *Beschreiben Sie kurz, was Sie in Bezug auf „Kollegiale Beratung“ noch lernen möchten.*

Literaturverzeichnis

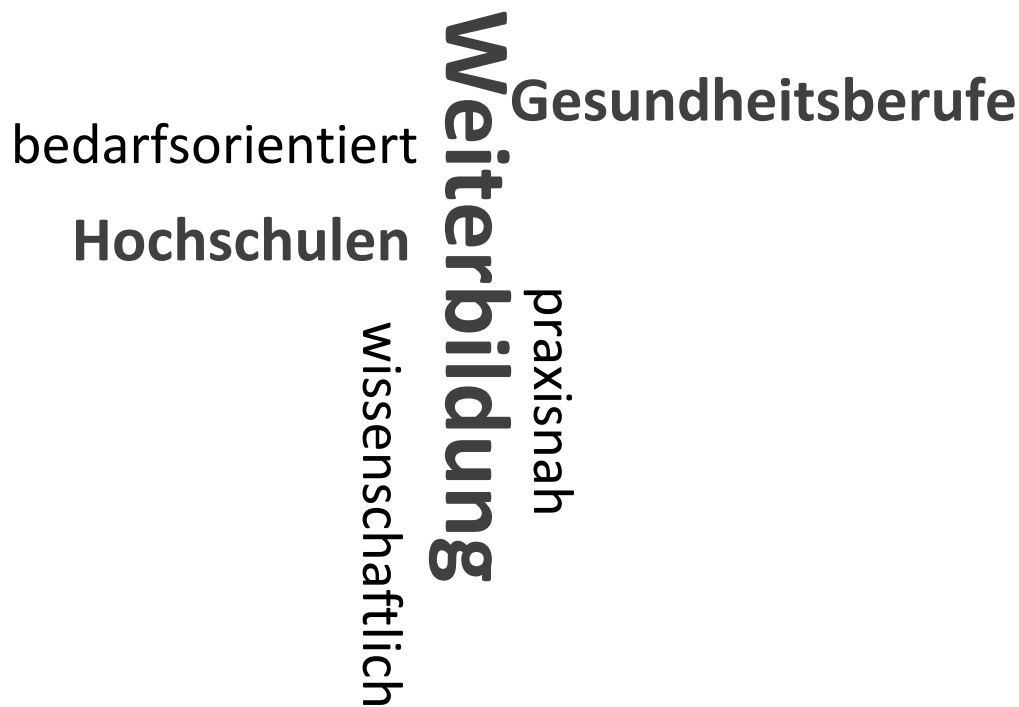
Beckmann, U. (2013): Kollegiale Beratung für Pflegeberufe. 10 Phasen zur Selbsthilfe. Hannover: Vincent Network.

Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e. V. (Hrsg.) (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. (Autoren: Kocks et al.). Verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2011/09/2012-11-26-Leitfaden-DGP-A4-es-FINAL-gute-Aufl%C3%B6sung.pdf> [Letzter Zugriff am 22.03.2017]

Tietze, K.-O. (2003): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. (Miteinander reden: Praxis hrsg. von F. Schulz von Thun). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Tietze, K.-O. (2010): Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung. Dissertation an der Universität Hamburg. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tietze, K.-O. (2015): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. (Miteinander reden: Praxis hrsg. von F. Schulz von Thun). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.



Moderations- und Präsentationstechniken

KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter
Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption
von Weiterbildungsmodulen

Autoren*innen

Kusserow, K. M.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzpassung für Fachkräfte des Gesundheitswesens: 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, Zentrum für Studium und Weiterbildung (ZSW)
- 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 dieses Lehrmaterials zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen/den Autoren.

Osnabrück, 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
2	Moderation	4
	2.1 Was ist Moderation?.....	4
	2.2 Die Rolle der Moderator*in.....	4
	2.3 Vorbereitung einer Moderation	4
	2.4 Durchführung einer Moderation	5
	2.5 Moderationstechniken/-methoden	5
	2.6 Nachbereitung einer Moderation	8
3	Präsentation	9
	3.1 Moderation – Präsentation	9
	3.2 Was ist eine Präsentation?.....	9
	3.3 Vorbereitung einer Präsentation	10
	3.4 Durchführung einer Präsentation	10
	3.5 Präsentationsmedien.....	11
	3.6 Nachbereitung einer Präsentation.....	12
	Literaturverzeichnis.....	14
	Anhang	15

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Angehörige von Gesundheitsberufen sind zunehmend im Berufsalltag mit Moderations- und Präsentationstechniken konfrontiert. Im Arbeitsalltag kann es von hoher Bedeutung sein, unterschiedliche Methoden zu kennen, mithilfe derer ein Gespräch oder eine Diskussion moderiert oder bestimmte Themen vor einer ausgewählten Person bzw. einer Gruppe dargestellt und präsentiert werden können. Die Anwendung des Lernmaterials soll Sie darauf vorbereiten Moderations- und Präsentationstechniken im Rahmen der Präsenz- und Selbstlernphasen zu erlernen und/oder zu vertiefen. Darüber hinaus kann es als Orientierungshilfe für den Modulabschluss dienen.

2 Moderation

2.1 Was ist Moderation?

Eine Moderation ist die Lenkung, Regelung und Leitung eines Gesprächs, einer Diskussion oder einer Veranstaltung (*lat.: moderatio – Lenkung, Regelung, Leitung*). Es gibt unterschiedliche Arten der Moderation. Seifert (2011) differenziert zwischen drei Moderationsformen:

- Unterhaltungsmoderation (z.B. Ratesendungen, Unterhaltungsshow im Fernsehen oder Radio),
- Information-/Eventmoderation (z.B. in politischen und journalistischen Diskussionsrunden) und
- Businessmoderation (z.B. im privatwirtschaftlichen und öffentlichen Bereich im Rahmen von Arbeitsprozessen).

Im Folgenden wird von der „Businessmoderation“ ausgegangen und genauer erläutert.

2.2 Die Rolle der Moderator*in

Eine Moderator*in leitet, lenkt und regelt Gespräche, Diskussionen und Veranstaltungen (Seifert, 2011). Die wichtigsten Merkmale dabei sind (Hillebrecht, 2016):

- Eine Moderator*in steuert den Gruppenprozess („Prozesshoheit“).
- Sie bringt sich selbst in der Regel inhaltlich nicht ein.
- Sie ist und verhält sich neutral und sorgt dafür, dass der Ablauf und die Verhaltensregeln eingehalten werden.

2.3 Vorbereitung einer Moderation

Die Vorbereitung einer Moderation umfasst unterschiedliche Schritte. Eine Checkliste dazu befindet sich im Anhang (siehe Anhang 1) (Edmüller & Wilhelm, 2012; Hillebrecht, 2016; Seifert, 2011):

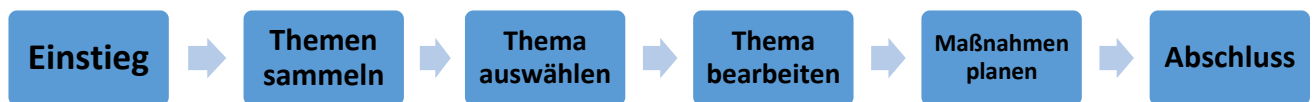
- Inhaltliche Vorbereitung: Thema, mögliche Fragestellungen, Ziel des Gesprächs/der Diskussion
- Adressatenanalyse: Zusammensetzung der Gruppe, Interessen und Einstellungen der Teilnehmer*innen, mögliche Konfliktsituationen

- Methodische Vorbereitung: Erstellung eines Moderationsplans (Zeitplan, Arbeitsschritte mit Zwischenzielen, besondere Inhalte)
- Organisatorische Vorbereitung: Zeit, Ort (Gebäude/Raum), Medien, Hilfsmittel, Verpflegung, Sitzordnung, Einladung
- Persönliche Vorbereitung: Körperliche und geistige Fitness

2.4 Durchführung einer Moderation

In der Regel ist eine Moderation in folgende sechs Schritte gegliedert (siehe Abbildung 1) (Seifert, 2011):

Abbildung 1: Ablauf einer Moderation (Eigene Erstellung, in Anlehnung an Seifert, 2011)



- **Einstieg:** Der Einstieg in eine Moderation beinhaltet die offizielle Eröffnung und ggf. die Vorstellung und das Kennenlernen der Teilnehmer*innen. Zudem werden der Zeitplan, die Erwartungen, die Zielsetzung, die Methodik und die Verhaltensregeln abgestimmt. Die Moderator*in erläutert kurz seine Aufgabe und ist bestrebt ein angenehmes Arbeitsklima herzustellen.
- **Themen sammeln:** In diesem Schritt werden die Themen, die bearbeitet werden können oder sollen, gesammelt und anschließend festgelegt wie die entsprechenden Arbeitsschritte gestaltet werden.
- **Thema auswählen:** Auf die Sammlung der Themen folgt die Festlegung der Prioritäten für die Bearbeitung der gewählten Themen.
- **Thema bearbeiten:** Die Bearbeitung der Themen erfolgt nun mithilfe einer geeigneten Methodik/Technik.
- **Maßnahmen planen:** Mithilfe der erarbeiteten Ergebnisse zu einem Thema werden entsprechende Maßnahmen und Lösungswege und deren Umsetzung geplant.
- **Abschluss:** Den Abschluss bildet eine kurze Zusammenfassung und Reflexion der vorangegangenen Arbeit und eine Bewertung der Qualität des Gruppenprozesses.

2.5 Moderationstechniken/-methoden

Um eine Moderation zu gestalten, gibt es zahlreiche Fragetechniken und Moderationsmethoden, die in den folgenden Tabellen (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) aufgeführt werden (Edmüller & Wilhelm, 2012; Seifert, 2011). Welche Methode für die jeweilige Moderation sinnvoll ist, ist abhängig von dem Zweck, dem behandelten Thema und dem Ziel der Moderation.

Tabelle 1: Fragetechniken (Edmüller & Wilhelm, 2012; Seifert, 2011)

Fragetechnik	Eigenschaft	Beispiel
Offene Frage	lässt verschiedene Antworten zu	„Welche Themen sind in der heutigen Sitzung relevant?“
Geschlossene Frage	lässt nur „ja“ oder „nein“ als Antwort zu	„Ist die Bearbeitung abgeschlossen?“
Alternativfrage	schreibt eine Entscheidung zwischen zwei Alternativen vor	„Sollen wir das in Form einer Ein- oder einer Mehr-Punkt-Abfrage bearbeiten?“
Rhetorische Frage	beantwortet sich eigentlich von allein	„Sollen wir uns wirklich weiter mit so einer unwichtigen Sache beschäftigen?“
Suggestivfrage	möchte manipulativ Zustimmung erreichen	„Sie stimmen doch sicher mit mir über ein, dass wir jetzt das Thema wechseln sollten?“
Gegenfrage	beantwortet eine Frage mit einer Frage	„Wann machen wir eine Pause?“ „Möchten Sie etwas essen?“
Zurückgegebene Frage	leitet eine Frage an die anderen Teilnehmer*innen weiter	„Wie sollen wir mit diesem Thema umgehen?“ „Was meinen die Anderen dazu?“

Tabelle 2: Moderationsmethoden (Edmüller & Wilhelm, 2012; Seifert, 2011)

Was?	Wann?	Wozu?	Wie?
Erwartungsabfrage	„Einstieg“	- Erwartungen und Vorbehalte abklären	- Nennungen auf Zuruf - Sammlung auf Flipchart, Pinnwand
Brainstorming	„Themen sammeln“	- Ideenfindung in kurzer Zeit - Verfolgen/ Aufgreifen von Ideen anderer Teilnehmer*innen	-freies Äußern - Sammlung auf Flipchart, Pinnwand
Karten-Abfrage	„Themen sammeln“	- Ideenfindung	- Teilnehmer*innen notieren Ideen auf Karten - anschließend Einsammeln (ggf. anonym), Vorlesen und Aushang der Karten
Ein-/Mehr-Punkt-Abfrage	In jedem Moderationsschritt möglich	- Transparenz - Meinungsabfrage - Entscheidungsfindung	- alle Teilnehmer*innen erhalten einen oder mehrere Klebepunkte und platzieren diese in einem Polaritätsprofil (z.B. gut-schlecht)
Problem-Analyse-Schema (PAS)	„Thema bearbeiten“	-Thema genauer beleuchten und bearbeiten	- vorbereitete Tabelle mit vier Spalten und jeweils einer Frage - Beantwortung der Fragen durch Zuruf der Teilnehmer*innen - Moderator*in notiert Antwort auf Plakat
Ursachen-Wirkungs-Diagramm	„Thema bearbeiten“	- systematische Analyse des Problems	- Flussdiagramm mit Fischgrätenstruktur (Kopfende bildet das zu bearbeitende Problem) - Beschriftung der Arme mit einwirkenden Aspekten, die für Verursachung des Problems sorgen
Netzbild/ Mind-Map	„Thema bearbeiten“	- Vertiefung eines Themas - Verdeutlichung von Strukturen und Beziehungen	- Platzierung des Ausgangspunktes in der Mitte der Darstellung - stichwortartige Ergänzung mit Aspekten an unterschiedlichen „Abzweigungen“

Matrix	„Thema bearbeiten“	- Bearbeitung des Themas (sinnvoll, wenn Zusammenhänge und Beziehungen wichtig sind)	- Erstellen einer Matrix mit benannten Zeilen und Spalten - Bearbeitung des Themas und entsprechendes Ausfüllen der Felder
Ablaufplan	„Thema bearbeiten“	- Strukturierung von Dienstleistungs-/ Arbeitsprozessen	- Erarbeitung eines Prozesses mithilfe von Visualisierung auf Plakat
Maßnahmenplan	„Maßnahmen planen“	- Arbeitsergebnisse sichern und entsprechende Maßnahmen festlegen	- Ausfüllen einer Tabelle (Wer? Was? Mit welcher Zielsetzung? Bis/ab wann? Kontrolle der Ausführung)
Stimmungsbarometer	„Abschluss“	- Reflexion und Bewertung des Gruppenprozesses	- siehe „Ein-Punkt-Methode“
Blitzlicht	„Abschluss“	- Momentaufnahme der Stimmung	- Teilnehmer*innen können sich zu momentanem Gefühl, Prozess und Ergebnis äußern (max. 45 Sekunden)

2.6 Nachbereitung einer Moderation

Die Nachbereitung ist ein wichtiger Bestandteil der Moderation. Sie besteht daraus, dass eine Moderator*in für sich reflektiert, ob das Ziel erreicht wurde, sie mit dem Ergebnis und mit dem Ablauf zufrieden ist und ob ihre Vorbereitung angemessen und ausreichend war. Ggf. kann eine Moderator*in zusätzlich das Feedback von Co-Moderator*innen, Kolleg*innen oder Teilnehmer*innen einholen. Diese Eindrücke und Erfahrungen sollte sie bei der Planung und Durchführung zukünftiger Moderation berücksichtigen.

Die anschließende Aufgabe ein Protokoll der Gruppenarbeit anzufertigen, kann ebenfalls von der Moderator*in übernommen werden, muss aber nicht (Seifert, 2011).

3 Präsentation

3.1 Moderation – Präsentation

Wo liegt der Unterschied zwischen einer Moderation und einer Präsentation? Der Unterschied liegt im sogenannten „Partizipationsgrad“.

Eine Moderation ist dann sinnvoll, wenn die Teilnehmenden die Möglichkeit haben bzw. bekommen sollen auf etwas Einfluss zu nehmen und relevante Entscheidungen zu treffen. Mithilfe einer Präsentation können die Teilnehmer*innen zu einem bestimmten Thema informiert, von etwas überzeugt oder zu etwas motiviert werden (Seifert, 2011). Tabelle 3 zeigt den Übergang zwischen einer Moderation und einer Präsentation und verdeutlicht, welche Inhalte jeweils übermittelt werden können.

Tabelle 3: Übergang von Moderation zu Präsentation (Seifert, 2011)

Es ist bereits entschieden		Wir werden besprechen
nichts	Moderation	alles
...,dass etwas getan werden soll		...was getan werden soll
...was getan werden soll		...von wem was, (bis) wann, zu erledigen ist
...von wem was , (bis) wann zu erledigen ist		...wie die Aufgaben erledigt werden sollen
...von wem was, (bis) wann, wie zu erledigen ist		...welche Konsequenzen dies für Sie hat
alles	Präsentation	nichts

3.2 Was ist eine Präsentation?

Der Begriff Präsentation hat ebenfalls einen lateinischen Ursprung und kommt von dem Verb „*praesentare*“ - zeigen, überreichen. Eine Präsentation soll etwas zeigen und darstellen. Während einer Präsentation richten sich eine oder mehrere Personen mit einem bestimmten Thema an eine Zielperson bzw. Zielgruppe. Die Darstellung der Inhalte kann mithilfe visueller, auditiver oder haptischer Medien erfolgen. In der Regel findet im Anschluss daran eine Diskussion und Fragerunde statt (Engelfried & Zahn, 2012, erweitert nach Hartmann, Funk, Nietmann, 2008). Die Ziele einer Präsentation können folgendermaßen beschrieben werden (Seifert, 2011):

- Information der Teilnehmer*innen über bestimmte Themen/Inhalte
- Überzeugung der Teilnehmer*innen vom Nutzen dargestellter Themen/Inhalte
- Motivation der Teilnehmer*innen sich mit etwas auseinanderzusetzen und zu handeln.

Damit eine Präsentation gelingt und die definierten Ziele erreicht werden, sind der Aufbau, eine entsprechende Visualisierung und das Präsentationsverhalten wichtige Faktoren (Engelfried & Zahn, 2012; Seifert, 2011).

3.3 Vorbereitung einer Präsentation

Die Vorbereitung einer Präsentation umfasst mehrere Schritte. Diese beziehen sich auf folgende Punkte (Checkliste siehe Anhang 2) (Engelfried & Zahn, 2012; Renz, 2016; Seifert, 2011):

- Zweck und Thema: Definition von Zweck und Anlass der Präsentation, Festlegung des Themas
- Rahmenbedingungen: klare Formulierung des Ziels, Analyse der Adressanten, grobe Zeitplanung
- Inhalt: Informationsbeschaffung, Festlegung des Inhalts, Visualisierung
- Ablauf: Gliederung von Einleitung, Hauptteil und Schluss,
- Organisation: Ort/Raum, Medien, Zeitplan, Einladung, Unterlagen für die Teilnehmer*innen, persönliche Vorbereitung

3.4 Durchführung einer Präsentation

Die erfolgreiche Präsentation ist maßgeblich von der Vorbereitung und der Umsetzung dieser in die Realität abhängig. Die Durchführung einer Präsentation besteht aus drei Teilabschnitten: Eröffnung, Hauptteil, Abschluss. Folgende Punkte sind bei der Durchführung einer Präsentation wichtig (Engelfried & Zahn, 2012; Hey, 2011, Seifert, 2011; Renz, 2016):

Eröffnung:

- Pünktlicher Beginn, Begrüßung der Teilnehmer*innen
- Nennung von Anlass, Thema und Ziel der Präsentation

Hauptteil:

- Vorstellung der Gliederung der Präsentation
- Systematische Erläuterung der Inhalte der Haupt- und Unterpunkte
- Ggf. Fragestellung an Teilnehmer*innen
- Ggf. zwischendurch Hinweise, an welchem Punkt der Gliederung man sich gerade befindet
- Kurze Zusammenfassung der Inhalte am Ende wichtiger Gliederungspunkte

Abschluss:

- Kurze Zusammenfassung der wesentlichen Punkte
- Appell an die Teilnehmer*innen
- Persönlicher Dank an die Teilnehmer*innen
- Einleitung in die Diskussion (Festlegung von Zeitrahmen und Zielsetzung)

Während der gesamten Präsentation:

- Gepflegte und positive Ausstrahlung
- Blickkontakt mit den Teilnehmer*innen
- laute und deutliche Aussprache, unterstützende Mimik und Gestik
- Freies Sprechen ggf. mithilfe von „Spickzetteln“
- Zeitplan einhalten
- Medieneinsatz

3.5 Präsentationsmedien

Während einer Präsentation können unterschiedliche Medien für die Darstellung der Inhalte genutzt werden. Welche Methode dabei die jeweilige Darstellung am besten unterstützt, ist abhängig von den Inhalten und Informationen, die vermittelt werden sollen und von der Art und Weise wie sie dargelegt werden sollen. Die folgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über unterschiedliche Präsentationsmedien und deren Eigenschaften (Renz, 2016).

Tabelle 4: Präsentationsmedien (Renz, 2016)

Was?	Wozu?
Handout, Buch, Kopie, Arbeitsblatt	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung wesentlicher Punkte - ermöglicht Überblick - ggf. Aktivierung der Teilnehmer*innen - kein Mitschreiben notwendig
Folien mit Tageslicht-/Overheadprojektor	<ul style="list-style-type: none"> - gut vorzubereiten - spontan beschreibbar (Ergänzungen) - ermöglicht flexible Änderungen der Reihenfolge - Darstellung von kopierten Abbildungen
Tafel oder Whiteboard	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht schrittweise Entwicklung von Sachverhalten - vorbereiteter und spontaner Einsatz möglich - schnelle Informationsvermittlung
Pinwand	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht schrittweise Entwicklung von Sachverhalten - spontan einsetzbar - Aktivierung der Teilnehmer*innen durch Mitschreiben - ermöglicht langsame Informationsvermittlung - flexibles Umhängen der Karten möglich

Flipchart	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung eines Vortrags mit Notizen - aktive Beteiligung der Teilnehmer*innen möglich - ermöglicht schrittweise Entwicklung von Sachverhalten - vorbereiteter und spontaner Einsatz möglich - Informationen gehen nicht verloren
Bilder: Fotos/Filme	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung komplexer Abläufe, Realitätsbezug - gut vorzubereiten
Tonbandgerät, Kassettenspieler, CD-Player, MP3-Player	<ul style="list-style-type: none"> - authentische auditive Darstellung - ermöglicht Selbstlernen - Unterstreichungen von Aussagen, Emotionen
Haptische Medien	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung eines realen Objekts - steigert Erinnerungsvermögen - sorgt für Abwechslung, erhöht Aufmerksamkeit
Poster/ Plakat	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung komplexer Zusammenhänge - parallele Präsentation möglich - Reduktion wesentlicher Inhalte der Präsentation
Computer und Beamer	<ul style="list-style-type: none"> - Integration unterschiedlicher Effekte (visuell und auditiv) - Hervorhebung wichtiger Elemente - Zusatzinformationen über Hyperlinks

3.6 Nachbereitung einer Präsentation

Ist die Diskussions- und Fragerunde nach einer Präsentation beendet, ist auch in den Augen vieler Präsentator*innen alles erledigt. Doch insbesondere in Hinblick auf zukünftige Präsentationen ist eine Nachbereitung ein wichtiger Bestandteil einer Präsentation. Eine systematische Nachbereitung bietet die Möglichkeit die Erfahrungen und Eindrücke des vergangenen Vortrags zu verarbeiten. Eine Reflexion der Präsentation kann Aufschluss darüber geben, was gut und was nicht so gut gelaufen ist und was bei weiteren Präsentationen anders gestalten werden sollte.

Dieses kann zum einen durch eine kritische Selbstanalyse geschehen. Hier sind oftmals kurze Notizen im Anschluss zum Verlauf der Präsentation hilfreich, da die Eindrücke zu diesem Zeitpunkt noch sehr präsent sind und die Notizen zu einem späteren Zeitpunkt wieder herangezogen werden können. Fand die Präsentation in einer Gruppe statt, so besteht die Möglichkeit neben einer Selbstanalyse auch eine gemeinsame Rückschau im Team zu halten. Auch eine Reflexion und Diskussion mit Mitreferent*innen oder Kolleg*innen kann aufschlussreiche Erkenntnisse bringen. Zudem kann durch

gezielte Fragen im Anschluss oder in der Pause einer Präsentation ein direktes und individuelles Feedback von den Teilnehmer*innen eingeholt werden (Engelfried & Zahn, 2012; Hey, 2011; Seifert, 2011).

Einige beispielhafte inhaltliche sowie vortragstechnische Fragen, die man sich selbst, dem Team, den Kolleg*innen oder den Teilnehmer*innen in der Nachbereitung einer Präsentation stellen kann, werden im Folgenden aufgeführt (Engelfried & Zahn, 2012; Hey, 2011; Seifert, 2011):

Inhaltliche Fragen

- Wurden die zuvor definierten Ziele erreicht?
- Waren die Teilnehmer*innen grundsätzlich interessiert und mit dem Vortrag zufrieden?
- Was konnten die Teilnehmer*innen aus dem Vortrag mitnehmen? Sind die wesentlichen Punkte verständlich geworden?
- Wo gab es Verständnisprobleme?
- War die inhaltliche und methodische Aufbereitung angemessen gestaltet?
- Welche Punkte sollten noch einmal überarbeitet bzw. korrigiert werden?

Vortragstechnische Fragen

- Wie hat die Präsentator*in gewirkt bzw. wie hat sie sich selbst gefühlt?
- Wie passten die Zielsetzung, Inhalte und der geplante Zeitrahmen zusammen?
- Wie wurden die Medien und Hilfsmittel eingesetzt? Hat alles funktioniert?
- Sind die Eröffnung, der Abschluss und die Diskussion gelungen?
- Gab es kritische Phasen während des Vortrags? Wenn ja, welche?
- Waren der Ablauf und die Organisation zufrieden stellend?
- Was sollte für zukünftige Präsentationen beibehalten und was sollte anders gemacht werden?

Literaturverzeichnis

Edmüller, A.; Wilhelm, T. (2012): Moderation. 5. Auflage Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Engelfried, J.; Zahn, S. (2012): Wirkungsvolle Präsentation von und in Projekten. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Göhnermeier, L. (2015): Praxishandbuch Präsentationen und Veranstaltungsmoderation – Wie Sie mit Persönlichkeit überzeugen. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Hey, B. (2011): Präsentieren in Wissenschaft und Forschung. Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Hillebrecht, S. (2016): Gruppenarbeiten vorbereiten und moderieren – Eine kleine Trickkiste für die erfolgreiche Leitung von Teams und Projekten. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Renz, K. (2013, 2016): Das 1x1 der Präsentation – Für Schule, Studium und Beruf. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Seifert, J. (2011): Visualisieren – Präsentieren – Moderieren. 30. völlig überarbeitete Neuauflage. GABAL Verlag GmbH, Offenbach.

Online-Wörterbuch „PONS“. Verfügbar unter: <http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/lateindeutsch/praesentare> [Letzter Zugriff am 14.02.2017].

Anhang

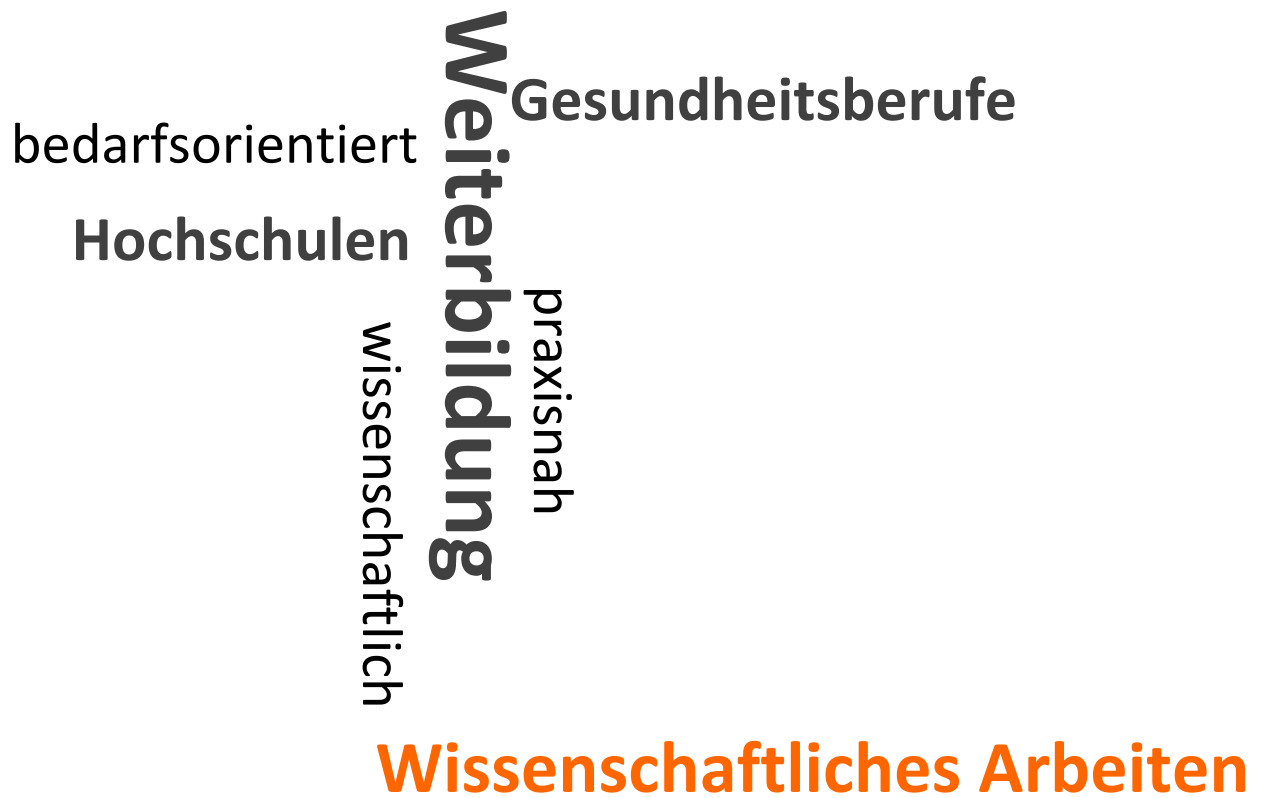
Anhang 1: Checkliste „Vorbereitung einer Moderation“

Inhaltliche Vorbereitung	
- Um welches Thema geht es?	
- Was soll erreicht werden (Ziel)?	
- Welche Fragen kann/sollte Moderator*in stellen?	
Adressatenanalyse	
- Wer nimmt teil?	
- Wie setzt sich die Gruppe zusammen (Verhältnis der Teilnehmer*innen zueinander)?	
- Welche Interessen und Einstellungen vertreten die Teilnehmer*innen?	
- Wo können Konflikte oder Schwierigkeiten auftreten?	
Methodische Vorbereitung	
- Wie soll die Moderation ablaufen (Moderationsplan)?	
Organisatorische Vorbereitung	
- Wann soll die Moderation stattfinden?	
- Wo soll die Moderation stattfinden? Ist ein Raum organisiert?	
- Welche Medien oder Hilfsmittel werden benötigt?	
- Muss für Verpflegung gesorgt werden?	
- Wie soll die Sitzordnung aussehen?	
- Wie soll die Einladung gestaltet werden? - (Notwendiger Inhalt: Thema, Ort/Raum, Zeitpunkt/-dauer, Ansprechpartner)	
Persönliche Vorbereitung	
- Bin ich körperlich und geistig fit für die Moderation?	

Anhang 2: Checkliste „Vorbereitung einer Präsentation“

Zweck und Thema	
- Was ist der Anlass der Präsentation?	
- Welchen Zweck soll die Präsentation erfüllen?	
- Welches Thema ist relevant für die Präsentation?	
Rahmenbedingungen	
- Welches Ziel soll mit der Präsentation erreicht werden?	
- An wen richtet sich die Präsentation (Adressat*innen)?	
- Welchen Zeitrahmen sollen die Präsentation und die anschließende Diskussion umfassen?	
Inhalt	
- Worum geht es in der Präsentation?	
- Recherche (wissenschaftliche Arbeitsweise): Wo und wie können Informationen gefunden werden?	
- Welche Informationen/Daten/Fakten sollen tatsächlich präsentiert werden?	
- Mithilfe welches Mediums sollen die Inhalte dargestellt werden?	
- Visualisierung der Inhalte: Wie kann alles verständlich und ansprechend dargestellt werden?	
Ablauf	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleitung: - Wie soll die Präsentation eröffnet werden? ➔ Nennung von Anlass, Thema, Ziel, Gliederung der Präsentation 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauptteil: - Welches sind die Haupt- und Unterpunkte? - Wie können die Inhalte systematisch sinnvoll präsentiert werden? - Wie kann die Aufmerksamkeit der Teilnehmer*innen aufrechterhalten werden? 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schluss: - Welche Punkte sollen am Schluss noch einmal zusammengefasst dargestellt werden? 	

<ul style="list-style-type: none"> - Mit welchen Worten soll die Präsentation beendet werden? - Wie soll die Diskussion/Fragerunde eingeleitet werden? - Welche Fragen könnten im Anschluss an die Präsentation gestellt werden? 	
Organisation	
<ul style="list-style-type: none"> - Wo findet die Präsentation statt? Muss noch etwas umgestellt werden? 	
<ul style="list-style-type: none"> - Welche Medien werden benötigt? Sind diese vorhanden und funktionstüchtig? 	
<ul style="list-style-type: none"> - Wann findet die Präsentation statt? Wie lange dauert sie? Finden Pausen statt? 	
<ul style="list-style-type: none"> - Wie soll die Einladung gestaltet werden? (Notwendiger Inhalt: Thema, Ort, Raum, Zeitpunkt/-dauer, Präsentator/-in, Ansprechpartner) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Welche Unterlagen sollen die Teilnehmer*innen erhalten (z.B. Handout,...)? Wann soll die Ausgabe stattfinden? 	
<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Vorbereitung: Sind alle Punkte erledigt worden? Sind ggf. „Spickzettel“ (Karten mit kurzen Stickpunkten als Unterstützung) erstellt worden? 	



KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück: Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption von Weiterbildungsmodulen

Autor*innen

Moeller, K. von; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzpassung für Fachkräfte des Gesundheitswesens: 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, Zentrum für Studium und Weiterbildung (ZSW)
- 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 diesem Lernmaterial zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen/den Autoren.

Osnabrück, 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	3
2	Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens.....	3
3	Gesundheitswissenschaften als wissenschaftliche Disziplin	3
4	Literatur	4
	4.1 Literaturrecherche: Wie kann ich geeignete Literatur finden?	4
	4.2 Rechercheorte: Wo werde ich nach Literatur fündig?.....	6
	4.3 Kosten der Literaturrecherche	6
	4.4 Literatursuche: Wie läuft ein Suchprozesses ab?.....	7
	4.5 Beurteilungskriterien: Woran erkenne ich seriöse Literaturquellen?	8
	4.6 Beurteilung des Inhalts einer Veröffentlichung	10
5	Typen von wissenschaftlichen Publikationen	11
6	Literaturverzeichnis und Zitation	12
7	Zeitplan	13
8	Wie ist eine wissenschaftliche Arbeit aufgebaut?.....	13
9	Fragen zur Selbstreflexion	14
	Literaturverzeichnis	15
	Weiterführende Literatur	16

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Das wissenschaftliche Weiterbildungsangebot umfasst eine aktive Teilnahme an Präsenzterminen und Selbstlernphasen. An den Präsenzterminen setzen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überwiegend gemeinsam mit den Referierenden über ausgewählte Themen auseinander. Jedem Thema liegt eine bestimmte Fragestellung zu Grunde. Zwischen den Präsenzterminen finden Selbstlernphasen statt. Selbstlernphasen dienen zur Vertiefung und Festigung von Kenntnissen und Wissen. Dazu ist die Auseinandersetzung mit Fachliteratur wichtig. Texte sollten kritisch gelesen und reflektiert werden. So können die Präsenzphasen gut vorbereitet und/ oder nachbereitet werden. Aber was ist eigentlich „wissenschaftliches Arbeiten“? Wie arbeitet man, wenn man wissenschaftlich arbeitet? Welche grundlegenden Aspekte müssen beim wissenschaftlichen Arbeiten berücksichtigt werden? Und was hat wissenschaftliches Arbeiten mit dem Berufsalltag und der Berufspraxis zu tun? Diese Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

2 Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens

Für idealtypische Arbeitsprozesse und Arbeitsergebnisse an Hochschulen gilt Wissenschaftlichkeit als eine zentrale Eigenschaft. Wissenschaftlichkeit ist ein „allgemein akzeptiertes Qualitätsmerkmal“ für die Menschen, die an Hochschulen forschen und lehren (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 13). Die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben durchaus unterschiedliche Auffassungen davon, „was als wissenschaftlich gelten darf“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 14). Aber „wissenschaftliche Erkenntnis, wissenschaftliche Methoden und Wissensbestände“ lassen sich durch bestimmte „Kriterien von Alltagserkenntnis, Alltagshandeln und Alltagswissen unterscheiden.“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 14). Wissenschaftliches Denken ist durch eine grundlegende Einstellung zur Skepsis charakterisiert (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 15). Skepsis kann „als Basistugend des wissenschaftlichen Arbeitens“ gelten. Dabei ist Skepsis als begründeter Zweifel zu verstehen, als die „Fähigkeit, Dinge in Frage zu stellen und ihnen auf den Grund gehen zu wollen.“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 17). Zentraler Bestandteil von wissenschaftlicher Skepsis ist deshalb „insbesondere die Bereitschaft zu kritischer Reflexion sowohl eigener als auch fremder Aussagen und Auffassungen“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 17). Die Aneignung von wissenschaftlicher Skepsis bedeutet, „sich eine kritisch-fragende Denkhaltung anzueignen, die über eine herkömmliche Alltagskepsis hinausgeht.“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 17). Bei einer wissenschaftlich-skeptischen Haltung werden "Scheinbare Gewissheiten, z.B. über die Bedeutung von Begriffen“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 18) eindringlich hinterfragt. Die Skepsis kann als kritisch-distanzierte, fragende Grundhaltung und „als ein Kriterium von Wissenschaftlichkeit“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 18) bestimmt werden.

3 Gesundheitswissenschaften als wissenschaftliche Disziplin

Für Gesundheitsberufe wird die Disziplin Gesundheitswissenschaften als Basiswissenschaft angesehen. Die Disziplin Gesundheitswissenschaften ist im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen noch relativ jung und sie ist interdisziplinär ausgerichtet. Das heißt, weitere wissenschaftliche Disziplinen wie die „Medizin, Biologie, Psychologie Pädagogik, Soziologie und Ökonomie sowie Gesundheitspolitik“ sind wesentliche Bezugswissenschaften der Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann, 2016, S. 32f., Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 53). Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich insbesondere mit ganzen Bevölkerungsgruppen und den für ihre Gesundheit relevanten Lebensbedingungen. Eine grundlegende Frage dabei ist, was Menschen gesund hält (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 52f.).

Die Gesundheitswissenschaften nehmen deshalb nicht vorrangig die Patientenperspektive, sondern Versorgungsbedarfe und „Versorgungsstrukturen im medizinischen und psychosozialen Bereich“ in den Blick (Schaeffer, 2002 in: Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 53, Hurrelmann, 2016). Für Gesundheitsberufe und ihr Handeln sind die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften von hoher Bedeutung (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 53f.). Denn die Komplexität der Gesundheitsversorgung wird zunehmend größer. Dadurch erhöhen sich die Anforderungen an die Gesundheitsberufe bei der Bewältigung des Berufsalltags. Reines Erfahrungswissen reicht deshalb nicht mehr aus. Um zu einer effizienten Gesundheitsversorgung beizutragen, müssen Gesundheitsberufe die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Berufspraxis einbeziehen. Voraussetzung dafür wiederum ist, fortlaufend aktuelle Fachliteratur zu suchen und zu finden, zu beschaffen und zu bearbeiten. Aufgrund der Informationsflut ist es außerdem erforderlich, aus der beschaffenen Literatur seriöse Quellen und qualitativ hochwertige Literatur herauszufiltern. Denn häufig lässt sich für eine bestimmte Fragestellung oder ein bestimmtes Problem eine Vielzahl an Literaturquellen finden. Darüber hinaus können die Quellen verschiedenartige oder widersprüchliche Informationen beinhalten. So können Studien zu unterschiedlichen und sogar widersprechenden Ergebnissen kommen. Entsprechend sind diese Informationen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und kritisch zu hinterfragen. Bevor Informationen in die Berufspraxis übertragen bzw. angewendet werden, müssen eine gute Qualität und die Eignung der Informationen in Hinblick auf die Problemstellung sichergestellt sein (Kleibel & Mayer, 2011, S. 7f.). „Die Fähigkeit, sich neues Wissen anzueignen, dieses zu bewerten und in den eigenen beruflichen Alltag zu integrieren“ spielt deshalb eine zunehmend wichtige Rolle im Rahmen der beruflichen Qualifikation und des lebenslangen Lernens (Kleibel & Mayer, 2011, S. 7).

4 Literatur

Am Beginn einer wissenschaftlichen Arbeit steht die Suche nach geeigneter Fachliteratur. Die Literaturrecherche dient dazu wissenschaftliche Veröffentlichungen zu einer Fragestellung, einem Thema oder einem Fachgebiet zu suchen. Die gefundene einschlägige Literatur bildet eine Grundlage, um zu einem bestimmten Thema oder zu einer konkreten Fragestellung den (neusten) Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse möglichst weitreichend zu erfassen, um das eigene Wissen zu aktualisieren, zu erweitern und bei den weiteren Schritten des wissenschaftlichen Arbeitens einzusetzen.

4.1 Literaturrecherche: Wie kann ich geeignete Literatur finden?

Die Suche nach Literatur (Literaturrecherche) im Rahmen des wissenschaftlichen Arbeitens gleicht einem spiralförmigen Arbeitsprozess. Ausgehend von einer Fragestellung, die bereits eingegrenzt sein kann, oder einem Thema wird Literatur gesucht, mit Hilfe derer Antworten auf die Forschungsfrage oder Informationen zu einem ausgewählten Thema gefunden wird. Durch eine fortlaufende Recherche und das Lesen von Literatur wird das Wissen über den Recherchegegenstand ständig erweitert. Die Erkenntnisse können dazu führen, dass die Forschungsfrage bzw. das Thema präzisiert oder verändert werden.

Über eine Einstiegssuche kann man sich anfangs einen Überblick darüber verschaffen, ob und wieviel Literatur zur eigenen Fragestellung oder zum Thema Literatur vorhanden ist. Im weiteren Rechercheprozess erfolgt dann eine systematische Recherche. Dabei muss immer wieder die Warum-Frage nach dem Anlass und der Zielsetzung der Recherche berücksichtigt werden. Um Literatur möglichst effektiv zu recherchieren, sollte die Fragestellung oder das Thema inhaltlich möglichst eingegrenzt sein (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 118 ff). Der Umfang der Literaturrecherche hängt zudem vom Zweck ab, der mit der Literaturrecherche verbunden ist. Eine Literaturrecherche mit dem Ziel, das persönliche Wissen zu erweitern, beispielsweise ist weniger umfangreich als eine Recherche im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit. Dennoch sollte eine Literaturrecherche „immer gezielt und systematisch durchgeführt werden“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 20). Dadurch lassen sich erfolgreicher geeignete Literaturquellen und Publikationsformen finden. Zudem sollte berücksichtigt werden, wie gut die gewünschte Literatur zugänglich ist, das heißt auszuleihen, zu kopieren, aus dem Internet herunterzuladen oder käuflich zu erwerben ist.

Vor der eigentlichen Recherche empfiehlt es sich, im Hinblick auf den Recherchezweck zunächst den Informationsbedarf zu ermitteln. Einen ersten Überblick kann man sich über ein einschlägiges (auf das Wissensgebiet bezogenes) Lehrbuch und/ oder im Internet oder Suchmaschinen verschaffen. Je nach Recherchezweck schließt sich sodann eine spezifische und möglichst vollständige Literaturrecherche an. Ebenso hängt es vom Recherchezweck ab, ob überwiegend aktuelle und/oder ältere Literatur Verwendung finden soll und auf welchen Zeitraum sich die Literatur beziehen soll. Generell sollte beim wissenschaftlichen Arbeiten auf seriöse und (fach-)wissenschaftliche Literaturquellen zurückgegriffen werden. Das bedingt bei bestimmten Themen oder Fragestellungen, dass zusätzlich und/oder statt deutschsprachiger Literatur auch auf fremdsprachliche - insbesondere englischsprachige - Literatur zurückgegriffen werden sollte. Wenn man ein sehr neues Themengebiet bearbeitet, kommt es häufiger vor, dass sehr wenig geeignete Forschungsliteratur zu finden ist. In diesen Fällen kann auch auf andere Quellen wie Broschüren, populärwissenschaftliche Literatur etc. verstärkt zurückgegriffen werden.

Bei Veröffentlichungen (Publikationen) unterscheidet man nach Publikationsform und Publikationsart. Mit Publikationsform werden die Informationsträger bezeichnet, auf denen sich die jeweiligen Informationen befinden. Zu den Publikationsformen zählen Bücher, Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren, das Internet oder CD-ROM. Je nach Art der Darstellung einer Publikation und je nach ihrem Inhalt wird nach den Publikationsarten wie Lehrbuch, Monografie, Sammelwerk (Reader), wissenschaftlicher Fachartikel, Nachschlagewerk oder Kommentar unterschieden. Außerdem gibt es die sogenannte „graue Literatur“. Graue Literatur ist nicht publizierte, d. h. nicht im Buchhandel vertriebene Literatur. Dazu zählen wissenschaftliche Arbeiten wie Bachelor- oder Masterarbeiten, Dissertationen, Broschüren, Skripte, Leitbilder, Festschriften. Die Qualität der Literatur sollte immer kritisch bewertet werden, z. B. im Hinblick auf wissenschaftliche Begründung. Dies gilt insbesondere auch für Literatur, die aus dem Internet stammt, da im World Wide Web Literatur ohne jegliche Qualitätsprüfung veröffentlicht werden kann (Kleibel & Mayer, 2011, S. 13 ff.).

Zusammenfassend sollten nach (Kleibel & Mayer, 2011, S. 21 f.) bei der Literaturrecherche folgende Überlegungen angestellt werden:

- „Wie vollständig müssen die Informationen sein? Wie viel Wissen ist über den Gegenstand schon vorhanden? Genügt ein kleiner Ausschnitt aus der Literatur oder müssen alle erhältlichen Informationen einbezogen werden? [...]
- Wie aktuell müssen die Informationen sein? [...]
- Müssen die Informationen auf Forschung basieren? [...]
- Genügt Literatur in der Muttersprache oder muss auch nach fremdsprachiger Literatur gesucht werden? [...]

Welche Publikationsarten müssen einbezogen werden?“.

4.2 Rechercheorte: Wo werde ich nach Literatur fündig?

Recherchiert werden kann in (wissenschaftlichen) Bibliotheken direkt in Bücherregalen, in der sogenannten Freihandaufstellung. Dort sind Bücher nach Fachgebieten und einer bibliotheksinternen Beschriftung durch Buchstaben- und/- oder Zahlenkombinationen eingeordnet. Aktuelle Zeitschriften und ältere gebundene Jahrgänge findet man in gesonderten Freihandbereichen. Bei der sogenannten Handsuche kann Literatur vor Ort gesichtet werden. Es ist ratsam, bei allen geeigneten Quellen, die gefunden wurden, auch das Literaturverzeichnis zu sichten. Auf diese Weise können - sozusagen im „Schneeballsystem“ - weitere für die eigene Fragestellung interessante Quellen gefunden werden.

Keine Bibliothek besitzt jedoch alle Bücher. Und viele Bücher, die eine Bibliothek besitzt, sind für eine bestimmte Zeit ausgeliehen. Deshalb ist es sinnvoll, die Literatursuche systematisch im elektronischen Bibliothekskatalog der Bibliothek fortzusetzen. Die Suche in einem Bibliothekskatalog erfolgt zunächst über die in der Regel voreingestellte „einfache Suche“, über die einzelne Stichworte wie Titel eines Werkes oder Autorennamen eingegeben werden (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 121ff.). Dort besteht zumeist auch die Möglichkeit, in weiteren Bibliothekskatalogen von anderen Hochschulen zu recherchieren und Literatur gegen ein entsprechendes Entgelt zu bestellen. Außerdem kann in weiteren Bibliothekskatalogen, in verschiedenen Literaturdatenbanken oder im Internet über Suchmaschinen und Homepages etc. recherchiert werden.

4.3 Kosten der Literaturrecherche

Der Erwerb von Literatur ist nicht (immer) kostenfrei. Literatur kann beispielsweise in Buchhandlungen käuflich erworben werden. Vor allem können viele Bücher aber auch in Bibliotheken ausgeliehen werden. Entweder in einer (Hochschul-)Bibliothek vor Ort oder, wenn ein bestimmtes Buch dort nicht vorhanden ist, über diese als sogenannte Fernleihe aus einer anderen Bibliothek. Die (Hochschul-)Bibliotheken halten auch zahlreiche Zeitschriften vor. Diese können in der Bibliothek eingesehen und gelesen werden. Außerdem können daraus diejenigen Artikel, die für die eigene Arbeit interessant sind, in der Bibliothek seitenweise gegen ein entsprechendes Entgelt kopiert oder eingescannt werden. Ist das gesuchte Buch oder die gesuchte Zeitschrift nicht in der Heimatbibliothek, besteht dort auch die Möglichkeit, gegen eine Gebühr Kopien der gewünschten Literatur (z. B. einzelne Seiten aus einem Buch oder einen Artikel aus einer Zeitschrift) bei einer Bibliothek, die diese Literatur besitzt, zu bestellen (sogenannte Fernleihe). Zudem können Artikel über Suchmaschinen im Internet (z. B. Google Scholar) und Datenbanken frei verfügbar (z. B. PubMed) oder kostenpflichtig

heruntergeladen werden. Darüber hinaus finden sich in Bibliotheken zu bestimmten Themen weitere Medien wie Film- oder Tonträger.

4.4 Literatursuche: Wie läuft ein Suchprozesses ab?

Nach Kleibel und Mayer (2011, S. 25) lässt sich der Prozess einer Literaturrecherche grob in folgende drei Phasen einteilen: 1. Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes, 2. Recherche und 3. Bewertung, Lektüre und Kritik.

In der **ersten Phase** (Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes) erfolgen die Festlegung des Themas und eine erste grobe Recherche zum Einlesen in die Thematik und zur Festlegung bzw. Eingrenzung der Fragestellung. Eine erste Grobrecherche dient dazu, sich einen ersten Überblick darüber zu verschaffen, wie umfangreich zum gewählten Thema bzw. zur eigenen Fragestellung Literatur vorhanden ist. Dementsprechend kann die eigene Fragestellung ausgeweitet oder weiter eingegrenzt werden. Dazu eignet sich leicht verfügbare Literatur, beispielsweise Lehrbücher oder Nachschlagewerke, zur Klärung von Begriffen. Beim Durchsehen und Lesen der Literatur aus der Grobrecherche sollten häufig vorkommende Begriffe und Inhalte gesammelt und strukturiert aufgeschrieben werden. Denn diese Wörter dienen in der nächsten Phase als sogenannte Suchbegriffe (Kleibel & Mayer, 2011, S. 25ff.).

Die **zweite Phase**, die eigentliche Literaturrecherche, sollte sehr ausführlich und systematisch durchgeführt werden. Suchbegriffe, die zur Fragestellung passen, und geeignete Suchhilfen dienen dazu, geeignete Literaturquellen (Literaturzitate) aufzufinden und sich die ausgewählte Literatur anschließend zu beschaffen. Je nach Rechercheort können unterschiedliche Suchstrategien angewendet werden. Dadurch kann die Recherche erleichtert als auch präziser oder umfangreicher durchgeführt werden. Dies erfolgt beispielsweise durch auswählbare Datenbankfelder, die Verwendung von Einschluss- oder Ausschlusskriterien und die Verknüpfung von Begriffen. Führt eine erste Recherche nicht zum Erfolg, muss mit anderen Suchbegriffen und Begriffsverbindungen eine neue Recherche gestartet werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 31 ff.).

Um über die gefundene Literatur nicht den Überblick zu verlieren und um prüfen zu können, dass keine wichtigen Literaturquellen fehlen, müssen die gefundenen Literaturzitate geordnet werden. Die Literaturzitate können u. a. nach inhaltlichen Kriterien, Autoren/ -innen, Land und Erscheinungsjahr erfolgen. Für umfangreiche Literaturrecherchen ist die Verwendung eines Literaturverwaltungsprogramms (z. B. Citavi, Endnote, Refworks, Zotero) sehr hilfreich. Zudem ist es ratsam zuerst die Zusammenfassungen (Abstracts) von Artikeln oder Inhaltsverzeichnisse von Büchern durchzulesen. Dadurch kann überprüft werden, ob die vorliegende Literatur für die eigene Arbeit geeignet ist oder nicht. So lassen sich Kosten für unnötige Literaturanschaffungen vermeiden. Beim ersten Querlesen der vorliegenden Literatur werden diejenigen Literaturquellen aussortiert, die für die eigene Fragestellung nicht brauchbar sind (Kleibel & Mayer, 2011, S. 31f.).

Mit der **dritten Phase** wird die Literaturrecherche abgeschlossen. Die Literatur, die sich als geeignet für die Bearbeitung der eigenen Fragestellung herausgestellt hat, wird kritisch gelesen und bewertet. In die Bewertung fließt die Relevanz der gefundenen Literaturquellen für die eigene Arbeit, inhaltliche und formale Kriterien mit ein. Zuletzt werden die in der Literatur gefundenen Informationen (Aussagen, Forschungsergebnisse, Konzepte, Theorien etc.) zusammengeführt. Die Synthese der gefundenen Informationen dient dazu, eine Antwort auf die zu Beginn der Literaturrecherche gestellte Fragestellung zu finden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 32f.).

Zusammenfassend zeigt Abbildung 1 den Ablauf eines Literatursuchprozesses:

Abbildung 1: Der Suchprozess im Überblick (Kleibel & Mayer, 2011, S. 26)

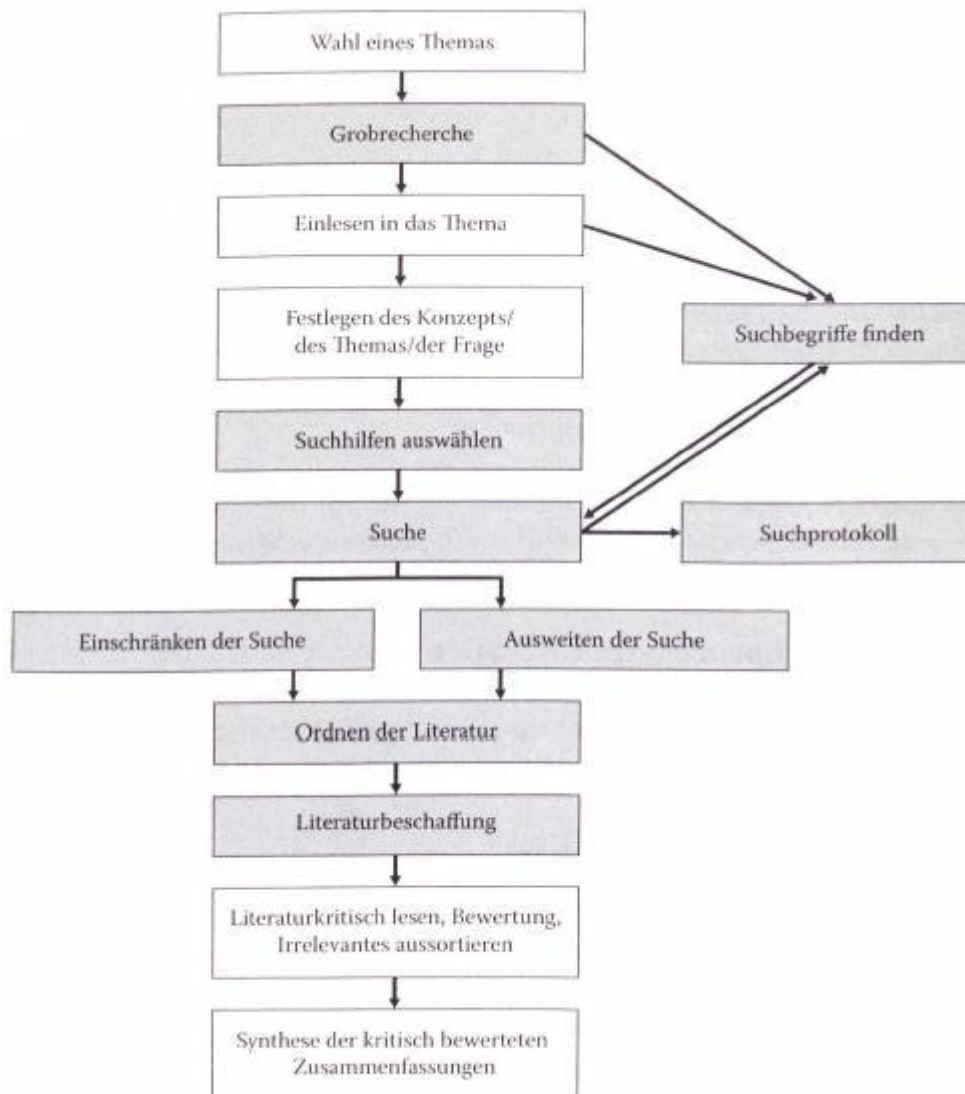


Abb. 1: Der Suchprozess im Überblick (modifiziert nach: LoBiondo-Wood/Haber 1996, S. 137)

4.5 Beurteilungskriterien: Woran erkenne ich seriöse Literaturquellen?

Die Beurteilung der Qualität von Schriftstücken ist ein komplexer Prozess und erfolgt auf drei Ebenen: Auf der Ebene des engeren Kontextes, der Ebene des weiteren Kontextes und der inhaltlichen Ebene. Zu den Kriterien zur Beurteilung des engeren Kontextes zählt die Benennung des/der Autor*innen, die Aktualität und die Quellenangaben. In seriösen Publikationen werden zu den Autor*innen zumeist auch die Institutionen, in denen sie beschäftigt sind, über welche Qualifikation sie verfügen und es sind Kontaktdaten angegeben. Seriöse Literaturquellen weisen (zumindest) das Jahr des Erscheinens der Publikation auf. Anhand dieser Angaben kann darauf geschlossen werden, ob die Literatur noch aktuell oder bereits veraltet ist. Das Alter der zu verwendenden Literatur ist jedoch maßgeblich auch von der Fragestellung abhängig.

Des Weiteren ist zu beurteilen, aus welchen Quellen der/ die Autor*innen das Wissen, welches sie in ihre Literatur einbeziehen, stammt. In seriösen Publikationen werden sämtliche Quellen, die verwendet wurden, in einem Literaturverzeichnis am Ende des Textes oder in Fußnoten vollständig angegeben. Somit kann auch die Qualität der einbezogenen Literatur beurteilt werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 85 ff).

Zur Beurteilung des weiteren Kontextes einer Literaturquelle gehört die Betrachtung von „Verlag, Herausgeberschaft bzw. Webanbieter, Qualitätssicherung und Zielgruppe der Publikation“ (Kleibel, & Mayer, 2011, S. 90). Verlage übernehmen eine Qualitätssicherung der von ihnen veröffentlichten Publikationen. Dazu beauftragen sie in der Regel einen Fachbeirat oder wissenschaftlichen Beirat, Fachexpert*innen und Lektor*innen hinzu. Bei Zeitschriften sollte über das Impressum geprüft werden, wer der/die Herausgeber*innen sind. Bei kommerziellen Institutionen als Herausgeber ist zu bedenken, dass der Inhalt beeinflusst sein könnte. Ein Hinweis auf die Zielgruppe, für die die Publikation angefertigt wurde, findet man im Titel, Untertitel, Klappentext oder Vorwort (Kleibel & Mayer, 2011, S. 90 ff.).

Ein Merkmal von Qualitätssicherung von Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften sind Peer-Review-Verfahren. Das bedeutet, dass ein Artikel nur dann in einer wissenschaftlichen Zeitschrift erscheint, wenn er von einem oder mehreren Gutachtern nach festgelegten Kriterien beurteilt und dem Verlag zur Veröffentlichung vorgeschlagen wurde. Ein weiteres Merkmal stellt der sogenannte Impact-Factor dar. Dafür berechnet das „Institute for Scientific Information“ (ISI) in den USA für wissenschaftliche Zeitschriften, wie häufig einzelne Artikel einer Zeitschrift innerhalb der vorhergehenden zwei Jahre zitiert wurde. Das heißt, je öfter ein Artikel zitiert wird, desto höher ist der Impact-Factor dieser Zeitschrift (Kleibel & Mayer & 2011, S. 92 ff).

Da jeder – und ohne Qualitätssicherung - im Internet veröffentlichen kann, sollten Websites ganz besonders kritisch beurteilt werden, bevor sie für die eigene wissenschaftliche Arbeit Verwendung finden. Neben Kriterien wie Datenschutz und Zugänglichkeit einer Website, ist insbesondere der Inhalt von Informationen auf einer Website zu beurteilen. Wichtige Informationen zum Kontext des Website-Inhalts finden sich auf der jeweiligen Homepage unter Rubriken wie „Impressum“, „Über uns“, „Team“, „About“ oder „Disclaimer“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 96).

Für Websites zum Gesundheitswesen hat die Kommission der Europäischen Gemeinschaften folgende Qualitätskriterien benannt:

Abbildung 2: Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Websites der europäischen Kommission (Kleibel & Mayer, 2011, S. 103)

Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Websites der Europäischen Kommission

Transparenz und Ehrlichkeit:

- Transparenz des Site-Anbieters – einschließlich Name, Adresse und E-Mail-Adresse der für die Site verantwortlichen Person oder Organisation
- Transparenz von Zweck und Ziel der Site
- klar definierte Zielgruppe (weitere Details zum Zweck; verschiedene Zielgruppen können auf unterschiedlichen Ebenen definiert werden)
- Transparenz aller Finanzierungsquellen für die Site (Beihilfe, Sponsoren, Werbekunden, gemeinnützige, freiwillige Unterstützung)

Urheberschaft:

- klare Angabe aller Quellen der angegebenen Informationen und Datum der Veröffentlichung der Quelle
- Name und Referenzen aller privaten/institutionellen Anbieter der auf der Site veröffentlichten Informationen, einschließlich der Empfangsdaten der Referenzen

Geheimhaltung und Datenschutz:

- Verfahren und System zur Geheimhaltung/zum Datenschutz bei der Verarbeitung persönlicher Daten, einschließlich der für Benutzer unsichtbaren Verarbeitung, das deutlich und in Übereinstimmung mit den Datenschutzgesetzen der EU definiert sein muss

Aktualisierung von Informationen:

- deutliches und regelmäßiges Aktualisieren der Site, wobei das Datum der Aktualisierung deutlich für jede Seite bzw. jedes Element anzuzeigen ist; regelmäßiges Überprüfen der Richtigkeit der Informationen

Verantwortlichkeit:

- Verantwortlichkeit – Benutzer-Feedback und entsprechende Verantwortlichkeit (z. B. Nennung eines Qualitätssicherungsbeauftragten für jede Site)
- verantwortungsvolle Partnerschaft – es muss alles getan werden, um sicherzustellen, dass Partnerschaften oder Links zu anderen Websites nur mit vertrauenswürdigen Personen und Organisationen erfolgen, die ihrerseits die entsprechenden Verfahrensweisen befolgen.
- redaktionelles Verfahren – klare Angaben dazu, welches Verfahren zur Auswahl des Inhalts angewendet wurde

Zugreifbarkeit:

- Beachtung der Richtlinien zur Zugreifbarkeit sowie allgemein zum Suchen, Durchsuchen, Lesen, Verwenden usw.

4.6 Beurteilung des Inhalts einer Veröffentlichung

Die inhaltliche Qualität von Literatur zu beurteilen ist sehr komplex und je nach Literaturart und -form differenziert nach unterschiedlichen Kriterien. Eine Orientierung für Bücher können Rezensionen (kritische Buchbesprechungen) bieten, die häufig in Fachzeitschriften zu finden sind.

Ziel von wissenschaftlichen Arbeiten ist es, einen Forschungsgegenstand zu bearbeiten und Ergebnisse bzw. Erkenntnisse zu erhalten, die neu und für andere von Nutzen sind. Darüber hinaus müssen zur Überprüfung durch die Öffentlichkeit Angaben von aufgestellten Hypothesen und Ergebnissen sowie Literaturquellen gemacht werden.

Für die Beurteilung von Literatur, die auf qualitativen Studien (z. B. Ergebnisse aus Interviews) oder quantitativen Studien (Ergebnisse aus Fragebögen) basiert, sollten weitere Kriterien einbezogen werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 104).

In der Regel umfasst die Veröffentlichung einer Forschungsarbeit nach Mayer (2011, zit. in: Kleibel & Mayer, 2011, S. 106 f.) folgende fünf Schwerpunkte:

- Einleitung: Die Problemstellung bzw. Fragestellung und Ziele der Arbeit werden dargestellt
- Theoretischer Teil: umfasst den theoretischen Hintergrund der Arbeit
- Methodologie: Darstellung der methodischen Vorgehensweise, Datenerhebung, Datenauswertung und Stichprobe
- Ergebnisdarstellung
- Diskussion der Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen, die daraus abgeleitet werden können und eine Zusammenfassung der Arbeit.

Zusammenfassende Arbeiten wie systematische Reviews, Metaanalysen oder Metasynthesen, die zu einem Thema oder einer Fragestellung einen Überblick zum Forschungsstand geben, bedürfen einer kritischen Qualitätsüberprüfung nach weiteren, spezifischen Kriterien (Kleibel & Mayer, 2011, S. 111 ff.).

4.7 Typen von wissenschaftlichen Publikationen

Es gibt verschiedene wissenschaftliche Publikationstypen. Eine mögliche Einteilung kann nach theoretischen Arbeiten, empirischen Arbeiten, Literaturarbeiten und weiteren Typen unterscheiden (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 73).

In einer **theoretischen Arbeit** setzt sich die/der Autor*in oder die Autor*innen theoretisch mit einer oder mehreren Theorien zu ihrem Untersuchungsgegenstand auseinander. Dazu ziehen sie wissenschaftliche Literatur heran und bearbeiten sie anhand ihrer Fragestellung. Empirische Daten werden dabei nicht eigens erhoben. Theoretische Arbeiten können sich auch mit Modellen, Konzepten oder theoretischen Begriffen auseinandersetzen. Ziel von theoretischen Arbeiten ist es, Theorien, Modelle oder Konzepte unter einem anderen, neuen Gesichtspunkt kritisch zu interpretieren und zu untersuchen. Dabei können die betrachteten Theorien, Modelle oder Konzepte erweitert, verglichen oder systematisiert werden. Es kann auch ein neues Modell oder Konzept auf der Grundlage der betrachteten entwickelt werden (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 73ff.).

Empirische Arbeiten beruhen auf empirischer Forschung. Empirische Forschung, das heißt die Gewinnung von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, kann mit Hilfe von qualitativen oder quantitativen Methoden erfolgen. Bei der empirischen Forschung werden „reale Tatsachen bzw. Ausschnitte aus der Wirklichkeit systematisch“ erfasst und untersucht. Die Realität kann jedoch nicht unmittelbar erforscht werden. Deshalb wird sie mit Hilfe von Daten, also dem „Gegebenen“, untersucht (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 76).

In manchen Wissenschaftsdisziplinen werden **Literaturarbeiten** mit Theoriearbeiten gleichgesetzt. Im weiteren Sinne werden dann nicht-empirische Arbeiten gemeint. In anderen Forschungsgebieten wird unter einer Literaturarbeit etwas grundlegend anders verstanden. Literaturarbeiten werden als Übersichtsarbeiten verstanden, das heißt „der Stand der wissenschaftlichen Forschung zu einer bestimmten Fragestellung [wird] zusammengetragen und kritisch bewertet“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 77).

Weitere Typen wie Übersichtsarbeiten unterscheiden sich von Originalarbeiten dadurch, dass in Übersichtsarbeiten keine neuen Forschungsfragen entwickelt werden und keine empirische Untersuchung erfolgt. Übersichtsarbeiten haben zum Ziel, die wissenschaftlichen Positionen eines Gebietes oder den (aktuellen) Forschungsstand zu einer Forschungsfrage systematisch zu bearbeiten und darzustellen. Ziel ist eine systematische „Sammlung, Ordnung und (Neu-)Bewertung bereits bestehender wissenschaftlicher Befunde“ zu einer Fragestellung oder einem Thema (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 78). Übersichtsarbeiten in diesem Sinne werden auch als Review bezeichnet. Theoriearbeiten und Übersichtsarbeiten bzw. Reviews unterscheiden sich auch in Hinblick auf die Literaturrecherche und die Darstellung der Ergebnisse.

Übersichtsarbeiten/ Reviews können zwei Arten von Literaturrecherche zugrunde liegen, ein systematischer Literaturreview oder eine Bibliografie. Bei systematischen Reviews ist die Fragestellung zumeist sehr eingegrenzt. Alle Schritte der Literaturrecherche werden ganz akribisch durchgeführt und dokumentiert. Dadurch sind die durchsuchten Bibliothekskataloge, Literaturdatenbanken, Suchbegriffe, Ein- und Ausschlusskriterien, Trefferzahlen etc. im Detail nachvollziehbar. Die Publikationen werden anhand der vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt, kriterienorientiert bewertet und nach einem bestimmten System dargestellt. Systematische Reviews spielen im Rahmen von Evidenzbasierter Medizin, Pflege und Therapie eine zunehmende Rolle. Im sogenannten Cochrane Review als eigenständiger Review-Typ werden weitere Daten aus vorliegenden empirischen Studien statistisch neu im komplexen Zusammenhang ausgewertet. Man spricht in diesem Fall von einer sogenannten Metaanalyse (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 78 f.).

Bei einer Bibliografie handelt es sich um „ein Verzeichnis von veröffentlichten Schriften“. Im allgemeinen Verständnis sind damit Bibliothekskataloge, Literaturdatenbanken oder Literaturverzeichnisse aus wissenschaftlichen Arbeiten gemeint und im engeren Sinne das Zusammenstellen und Kommentieren von wissenschaftlicher Fachliteratur, die für ein bestimmtes Thema ausgewählt wurde (Auswahlbibliografie). Die Recherche und Recherchedokumentation sowie die Auswertung der Literatur erfolgt häufig weniger streng und formal, z.B. als Kurzzusammenfassung (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 79).

4.8 Literaturverzeichnis und Zitation

In jeder wissenschaftlichen Publikation sind alle Literaturquellen, die verwendet worden sind, in einem Literaturverzeichnis am Ende eines Artikels oder eines Buches aufzulisten. Damit wird sichergestellt, dass alle verwendeten Quellen von den Leser*innen nachvollzogen werden können. Zu einer Quellenangabe gehört die Angabe von den Autor*innen, der Titel des Buches oder Artikels, das Erscheinungsjahr (oder in Zeitschriften das Erscheinungsdatum) und ggf. der Verlag sowie Ort des Verlages und Seitenangaben. Ein Literaturverzeichnis kann nach verschiedenen Zitationsstilen unterschiedlich gestaltet werden, z. B. APA- oder Harvard-Zitierrichtlinien.

5 Zeitplan

Im Vorfeld einer jeden wissenschaftlichen Arbeit sollte man sich einen Zeitplan erstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, welche Fragestellung bzw. welches Thema bearbeitet werden soll und in welchem Zeitraum das geschehen soll. Sodann kann geplant werden, in welchen Zeiträumen welche Arbeitsschritte erledigt werden müssen, damit die Arbeit zum gewünschten Zeitpunkt abgeschlossen ist.

Ein Zeitplan sollte folgende Schritte umfassen:

- Die Festlegung und ggf. Eingrenzung des Themas bzw. der Fragestellung,
- Literaturrecherche, Literatur lesen und bearbeiten,
- Gliederung für die zu erstellende Arbeit erstellen,
- Text verfassen,
- Korrektur lesen und lesen lassen,
- Arbeit korrigieren und
- die Arbeit auszudrucken.

Zwischendurch sollte etwas freie Zeit für Ablenkung und Denkpausen eingeplant werden, um „den Kopf freizubekommen“. Auch Lieferzeiten von bestellter Literatur eingeplant werden sollten mitberücksichtigt werden. Insgesamt ist das Erstellen einer wissenschaftlichen Arbeit recht zeitintensiv. Hilfreich ist es, sich mit anderen Lernenden regelmäßig auszutauschen, um Fragen und Schwierigkeiten gemeinsam zu lösen.

6 Wie ist eine wissenschaftliche Arbeit aufgebaut?

Wissenschaftlichen Arbeiten lassen sich nach Ertl-Schmuck et al. (2015, S. 83) formal in folgende Abschnitte untergliedern:

- „Titel der Arbeit (Deckblatt)
- Inhaltsverzeichnis
- Einleitung
- Hauptteil
- Zusammenfassung/Ausblick
- Literaturverzeichnis
- Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis
- Abstract
- Anhang
- Selbstständigkeitserklärung“.

„Nach den Konventionen wissenschaftlichen Arbeitens erhalten Tabellen eine Überschrift und Abbildungen eine Unterschrift“ (Ertl-Schmuck et al., 2015, S. 54).

7 Fragen zur Selbstreflexion

Um zu einer effizienten Gesundheitsversorgung beizutragen, müssen Gesundheitsberufe die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Berufspraxis einbeziehen. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten. Nehmen Sie sich kurz Zeit zur Selbstreflexion:

- *Welche Erfahrungen haben Sie mit wissenschaftlichem Arbeiten?*
- *Wie integrieren Sie wissenschaftliche Erkenntnisse in Ihren Berufsalltag?*
- *Was möchten Sie in Bezug auf wissenschaftliches Arbeiten gerne vertiefen?*
- *Wie können wir Sie seitens der Universität/Hochschule unterstützen?*

Literaturverzeichnis

Ertl-Schmuck, R.; Unger, A.; Mibs, M.; Lang, C. (2015): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH, UVK/Lucius.

Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.)(2016): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa.

Kleibel, V.; Mayer, H. (2011): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Weiterführende Literatur

Berger-Grabner, D. (2016): Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele. Wiesbaden: Springer Gabler. Verfügbar unter:

http://download.springer.com/static/pdf/70/bok%253A978-3-658-13078-7.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-658-13078-7&token2=exp=1487070400~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F70%2Fbok%25253A978-3-658-13078-7.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-658-13078-7*~hmac=15c6c9cca6b311cab635d14426d0cb916e4ceecc13f99958ee597c69068b6563
[Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Boeglin, M. (2012): Wissenschaftlich arbeiten Schritt für Schritt Gelassen und effektiv studieren.

München: Fink. Verfügbar unter: [https://www.utb-studi-e-](https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838537016&access=da21130db902685a8cd421ce0722c8e8&code=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=734&hash=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e&token=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e×tamp=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b)

[book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838537016&access=da21130db902685a8cd421ce0722c8e8&code=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=734&hash=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e&token=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e×tamp=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b](https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838537016&access=da21130db902685a8cd421ce0722c8e8&code=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=734&hash=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e&token=800e3c348ce5c811b7f2686a8817706e×tamp=2b2e65fbefa60d02aaed02468da0576b) [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Bühler, P.; Schlaich, P. (2013): Präsentieren in Schule, Studium und Beruf. Berlin, Heidelberg: Springer-

Verlag. Verfügbar unter: [http://download.springer.com/static/pdf/878/bok%253A978-3-642-37942-](http://download.springer.com/static/pdf/878/bok%253A978-3-642-37942-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-642-37942-0&token2=exp=1487074803~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F878%2Fbok%25253A978-3-642-37942-0.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-642-37942-0*~hmac=f3a8eb5c8ae31f2bfcf24d9fce58d7efe953e396fd0e5b153480210c50dbafe0)

[0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-642-37942-0&token2=exp=1487074803~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F878%2Fbok%25253A978-3-642-37942-0.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-642-37942-0*~hmac=f3a8eb5c8ae31f2bfcf24d9fce58d7efe953e396fd0e5b153480210c50dbafe0](http://download.springer.com/static/pdf/878/bok%253A978-3-642-37942-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-642-37942-0&token2=exp=1487074803~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F878%2Fbok%25253A978-3-642-37942-0.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-642-37942-0*~hmac=f3a8eb5c8ae31f2bfcf24d9fce58d7efe953e396fd0e5b153480210c50dbafe0)
[Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Esselborn-Krumbiegel, H. (2012): Richtig wissenschaftlich schreiben Wissenschaftssprache in Regeln und

Übungen. Paderborn: Ferdinand Schöningh. Verfügbar unter: [http://www.utb-studi-e-](http://www.utb-studi-e-book.de/9783838536941)

[book.de/9783838536941](http://www.utb-studi-e-book.de/9783838536941) [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Franck, N.; Stary, J. (2013) (Hrsg.): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. Eine praktische Anleitung.

Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh. Verfügbar unter: [https://www.utb-studi-e-](https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838540405&access=39b6804991f6b041eea45594f7b4c60c&code=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=982&hash=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9&token=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9×tamp=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1)

[book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838540405&access=39b6804991f6b041eea45594f7b4c60c&code=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=982&hash=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9&token=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9×tamp=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1](https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838540405&access=39b6804991f6b041eea45594f7b4c60c&code=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=982&hash=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9&token=6d1aae8af547decf5150ca71f2af0da9×tamp=ceebede382b2901fbd38b7d9b6769db1) [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Kollmann, T.; Kuckertz, A.; Stöckmann, C. (2016): Das 1×1 des Wissenschaftlichen Arbeitens. Von der

Idee bis zur Abgabe. Wiesbaden: Springer Gabler. Verfügbar unter:

[http://download.springer.com/static/pdf/372/bok%253A978-3-658-10707-](http://download.springer.com/static/pdf/372/bok%253A978-3-658-10707-9.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-658-10707-9&token2=exp=1487071149~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F372%2Fbok%25253A978-3-658-10707-9.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-658-10707-9*~hmac=257304cbc4fbdd0679e8f39d039ed46422b74f6fb18343c22c446326e7e17fb4)
[9.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-658-10707-9&token2=exp=1487071149~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F372%2Fbok%25253A978-3-658-10707-9.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-658-10707-9*~hmac=257304cbc4fbdd0679e8f39d039ed46422b74f6fb18343c22c446326e7e17fb4](http://download.springer.com/static/pdf/372/bok%253A978-3-658-10707-9.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-658-10707-9&token2=exp=1487071149~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F372%2Fbok%25253A978-3-658-10707-9.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-658-10707-9*~hmac=257304cbc4fbdd0679e8f39d039ed46422b74f6fb18343c22c446326e7e17fb4)
[Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Lange, U. (2013): Fachtexte lesen – verstehen – wiedergeben. Paderborn: Ferdinand Schöningh. Verfügbar unter: <https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838540023&access=6d7d25c174dcbdff04fad647e3ad79f4&code=ea8202cedf702a6b715821868559ce7c&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=946&hash=ae003d910ca138621d229faecbc9187&token=ae003d910ca138621d229faecbc9187×tamp=ea8202cedf702a6b715821868559ce7c> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Verfügbar unter: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> [Letzter Zugriff am 16. Februar 2017].

Orzel, C. (2017): Das Heureka-Prinzip. Entdecke den Wissenschaftler in dir. Berlin: Springer-Verlag. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-662-48232-2> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Preißner, A. (2012): Wissenschaftliches Arbeiten Internet nutzen – Text erstellen – Überblick behalten. München: Oldenbourg Verlag. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1524/9783486717983> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Rein, S. (2012): Einfach studieren. Tipps und Tricks rund ums Studium und Studentenleben. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. Verfügbar unter: <https://www.degruyter.com/view/books/9783486718577/9783486718577.17/9783486718577.17.xml> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

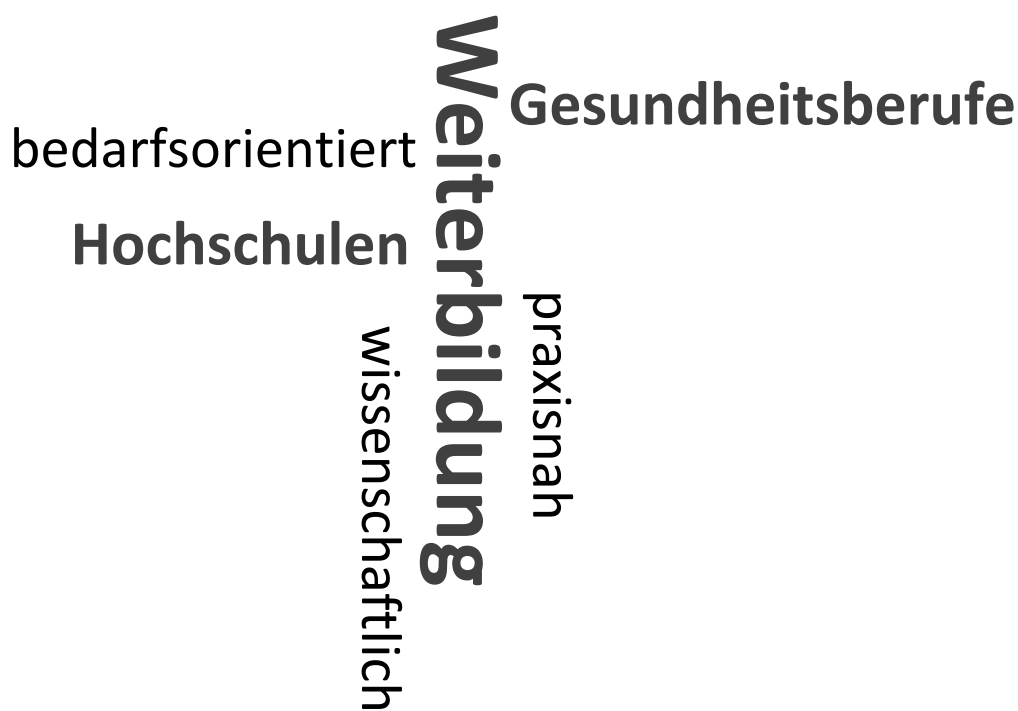
Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hrsg.) (2016): Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Verfügbar unter: http://download.springer.com/static/pdf/946/bok%253A978-3-662-49908-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-662-49908-5&token2=exp=1487070735~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F946%2Fbok%25253A978-3-662-49908-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-662-49908-5*~hmac=c9f61fb2f1b46ac67b59ba780939a7e370aae7ed82d0cb713e8fb0cc6c1fcf79 [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Rost, F. (2012): Lern- und Arbeitstechniken für das Studium. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien. Verfügbar unter: http://download.springer.com/static/pdf/912/bok%253A978-3-531-94088-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-3-531-94088-5&token2=exp=1487078035~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F912%2Fbok%25253A978-3-531-94088-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-3-531-94088-5*~hmac=8561c0dad67c33f959df0e5bde7219960b065bab7a4c8611cea1450598a08f56 [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Sesink, W. (2012): Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten inklusive E-Learning, Web-Recherche, digitale Präsentation u.a. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1524/9783486717648> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].

Trimmel, M. (2009): Wissenschaftliches Arbeiten in Psychologie und Medizin. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Ufert, D. (Hrsg.) (2015): Schlüsselkompetenzen im Hochschulstudium. Eine Orientierung für Lehrende. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich. Verfügbar unter: <https://www.utb-studi-e-book.de/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838541402&access=a752b44420767ec1ccd36b332cecba20&code=c4f5f550ebbd7f861bec98cff8270c4&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=1057&hash=3cac232b09dc60273f9925053e588c3b&token=3cac232b09dc60273f9925053e588c3b×tamp=c4f5f550ebbd7f861bec98cff8270c4> [Letzter Zugriff am 14. Februar 2017].



Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 21. August 2018

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Entwicklung einer Idee für ein Projekt zu Prävention / Gesundheitsförderung“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Ansätze, Konzepte und Modelle der Gesundheitsförderung & gesundheitsförderliche Maßnahmen“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„Spezifizierung und Weiterentwicklung einer Idee für ein Projekt zu Prävention / Gesundheitsförderung“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **16. Januar 2019 (Modul 2 und 3) bzw. 23. Januar 2019 (Modul 1)** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung (08.09.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Entwicklung einer Idee für ein Projekt zu Prävention / Gesundheitsförderung (02.11.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Ansätze, Konzepte und Modelle der Gesundheitsförderung & gesundheitsförderliche Maßnahmen (03.11.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: Spezifizierung und Weiterentwicklung einer Idee für ein Projekt zu Prävention / Gesundheitsförderung (11.01.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb (12.01.2019)

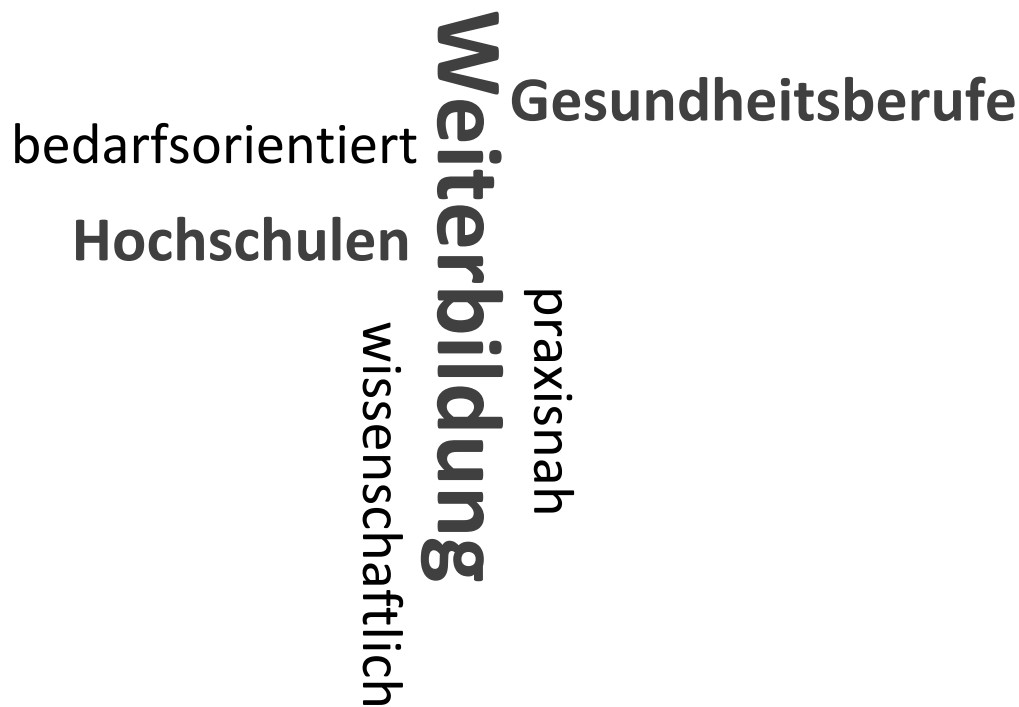
Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]



Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 21. August 2018

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Grundlagen der Kommunikation“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Kommunikationstechniken in der Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen anwenden“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„ICF - Fallbasierte Anwendung“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen analysieren und bewältigen“ & „Interprofessionelle Fallbesprechungen“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **16. Januar 2019 (Modul 2 und 3) bzw. 23. Januar 2019 (Modul 1)** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Grundlagen der Kommunikation (08.09.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Kommunikationstechniken in der Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen anwenden (19.10.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (20.10.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: ICF - Fallbasierte Anwendung (30.11.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen analysieren und bewältigen & Interprofessionelle Fallbesprechungen (01.12.2018)

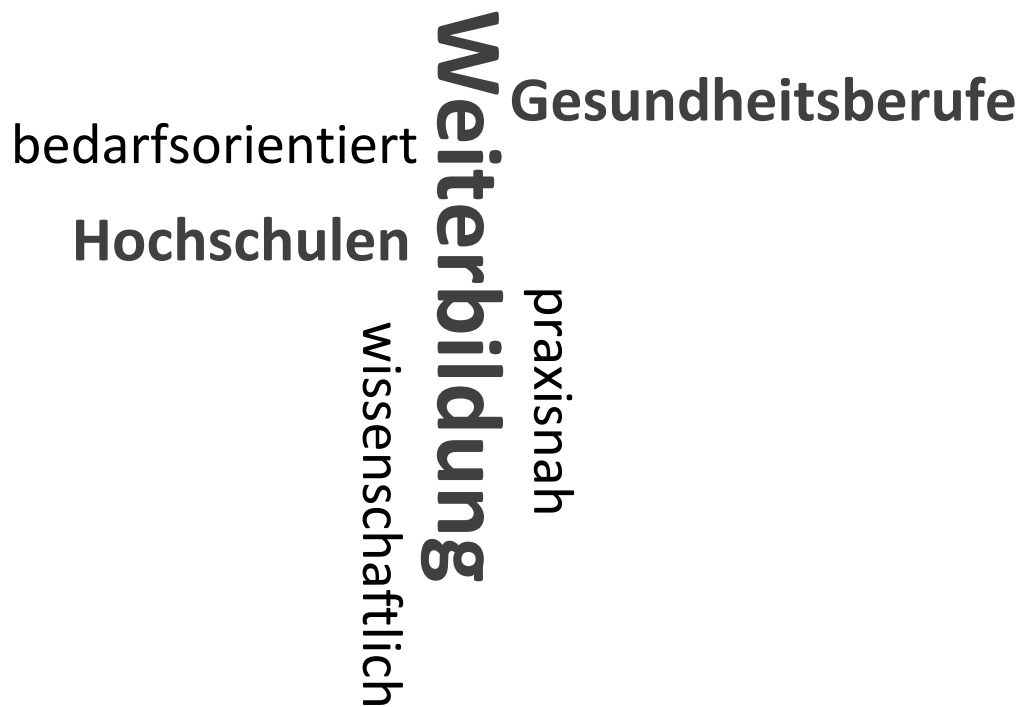
Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]



Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 21. August 2018

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Grundlagen der Teilhabe“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Vertiefung Grundlagen der Teilhabe“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„ICF - Fallbasierte Anwendung“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Bedarfe und Ressourcen mit Klient*innen ermitteln“ & „Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung anwenden“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **16. Januar 2019 (Modul 2 und 3) bzw. 23. Januar 2019 (Modul 1)** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Grundlagen der Teilhabe (08.09.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Vertiefung Grundlagen der Teilhabe (19.10.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (20.10.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: ICF - Fallbasierte Anwendung (30.11.2018)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Bedarfe und Ressourcen mit Klient*innen ermitteln & Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung anwenden (01.12.2018)

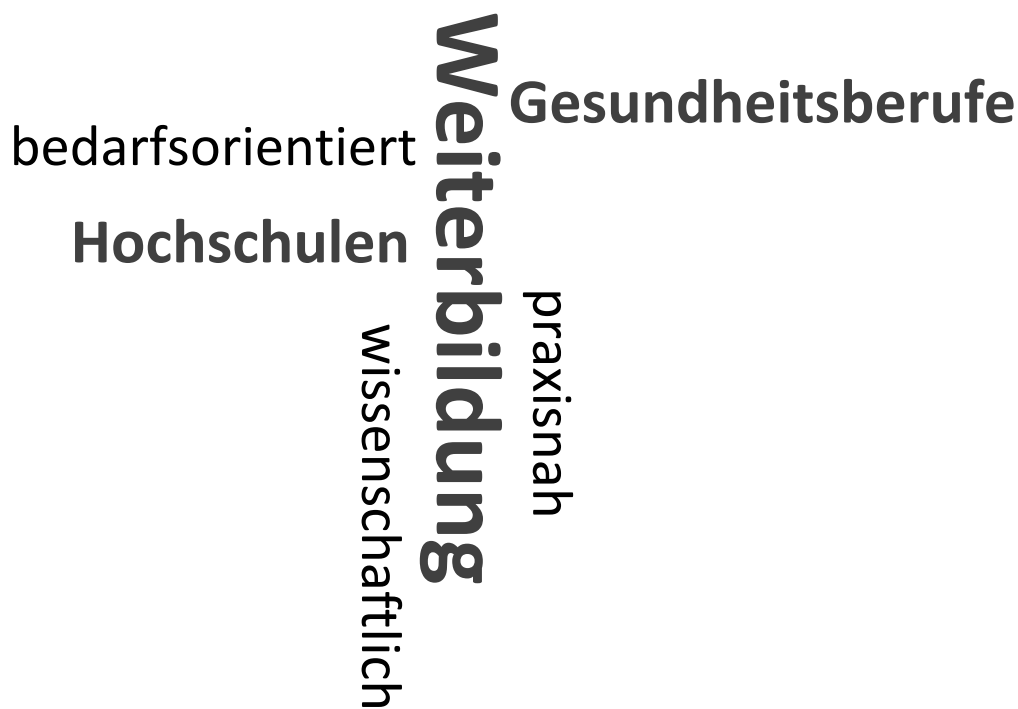
Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]



Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 09. September 2019

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Grundlagen der Gesundheitspsychologie“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen – Teil 1“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen – Teil 2“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„Intervention zur Prävention von physischen Belastungen – Teil 1“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Intervention zur Prävention von physischen Belastungen – Teil 2“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **10. Januar 2020** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Grundlagen der Gesundheitspsychologie (14.09.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen – Teil 1 (25.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen – Teil 2 (26.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen – Teil 1 (29.11.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen – Teil 2 (30.11.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

bedarfsorientiert
Hochschulen
Weiterbildung
wissenschaftlich
praxisnah
Gesundheitsberufe

Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 09. September 2019

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Grundlagen der Teamarbeit“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Teambildung und –entwicklung“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Teamkultur“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„Teamethik - ethisches Handeln im Team“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Teamarbeit in der Fallarbeit“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **16. Januar 2020** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Grundlagen der Teamarbeit (14.09.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Teambildung und -entwicklung (25.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Teamkultur (26.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: Teamethik - ethisches Handeln im Team (29.11.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Teamarbeit in der Fallarbeit (30.11.2019)

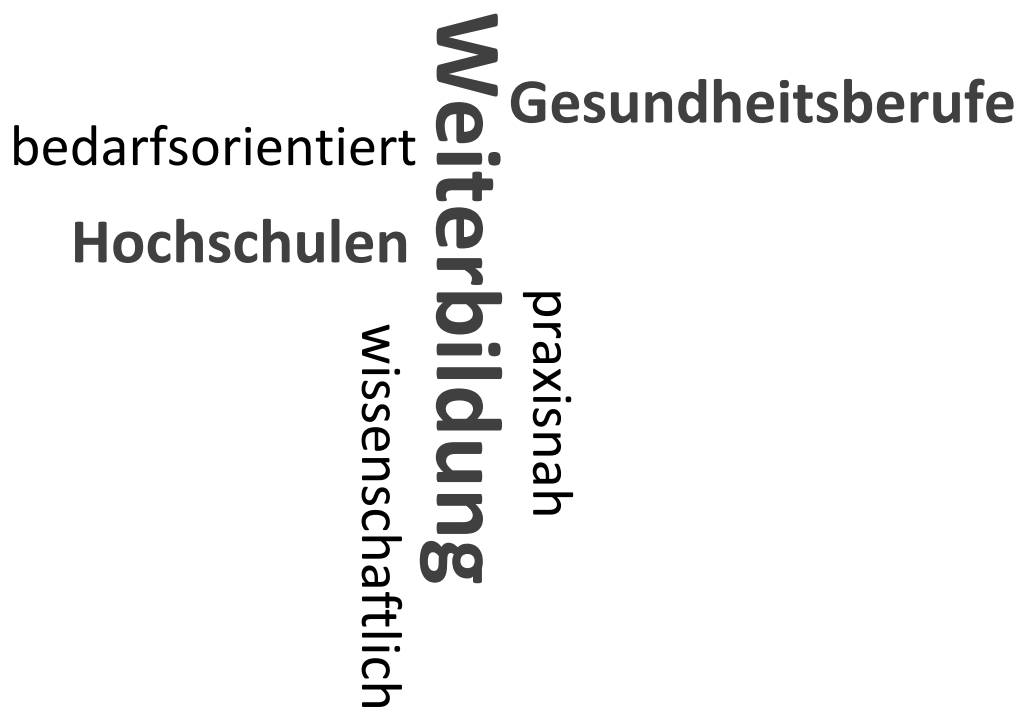
Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]



Lernprozessportfolio

**KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück:
Erprobung und Vorbereitung der Implementierung
modularer, flexibler und adressatengerechter
wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie
flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe**

Flottmann, S.; Hübner, J.; Babitsch, B.

Dieses Lernmaterial wurde im Teilvorhaben , Erprobung und Vorbereitung der Implementierung modularer, flexibler und adressatengerechter wissenschaftlichen Zertifikatsangebote sowie flankierender Maßnahmen für Gesundheitsberufe (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, Institut für Technische Assistenzsysteme, 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 16OH22027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, 09. September 2019

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung	4
1.1 Ziele des Lernprozessportfolios	4
1.2 Reflexionsanlässe	4
1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios	5
1.4 Formalien	7
Literaturverzeichnis	7
Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio	8

1 Einordnung in die wissenschaftliche Weiterbildung

Als „roter Faden“ bzw. Rahmung der Lernreflexion dient das sogenannte Lernprozessportfolio. Eine Vorlage finden Sie als Anhang am Ende dieses Lernmaterials. Das Lernprozessportfolio „dient vornehmlich dem/der Lernenden und zielt auf die Unterstützung bei der Reflexion und Steuerung des eigenen Lernprozesses“ (Elsholz & Mörth, 2017, S. 4 f.) und „der Verknüpfung von Theorie und Praxis bzw. des Praxistransfers“ (ebd., 2017, S. 5). Des Weiteren wird das Lernprozessportfolio zur Vor- und Nachbereitung der Lernreflexion genutzt.

1.1 Ziele des Lernprozessportfolios

Die Ziele für ein Lernprozessportfolio können je nach Ausgestaltung vielfältig sein. Im Rahmen der Zertifikatsangebote werden folgende von Slepcevic-Zach, Gössler und Stock (2015, S. 20) formulierten Ziele angestrebt:

- „Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.“
- „Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.“
- „Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.“

1.2 Reflexionsanlässe

Die Lernreflexion wird durch insgesamt sechs sogenannte Reflexionsanlässe, die jeweils zu Beginn und Ende einer Präsenzphase im Rahmen einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten stattfinden, strukturiert. Innerhalb eines Reflexionsanlasses steht die Reflexion und Diskussion von Lernprozessen, von beruflichem Handeln, von fachspezifischen Inhalten und bzgl. der eigenen Kompetenzentwicklung etc. im Vordergrund. Dieses Vorgehen wird durch die Verwendung gezielter Leitfragen und durch die Moderation der KeGL-Mitarbeiter*innen geleitet. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Reflexionsanlässe, wie diese zeitlich in der Präsenzphase verortet werden und welchen inhaltlichen Schwerpunkte diese behandeln.

Tabelle 1: Übersicht der Reflexionsanlässe im Modul „Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen“

Reflexionsanlässe	Zeitliche Zuordnung	Inhaltlicher Schwerpunkt
Reflexionsanlass I	Ende der 1. Präsenzphase	Einführung in die Portfolioarbeit und die Reflexionsanlässe & „Einführung in die Grundlagen der Ethik“
Reflexionsanlass II	Anfang der 2. Präsenzphase	„Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata“
Reflexionsanlass III	Ende der 2. Präsenzphase	„Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung“
Reflexionsanlass IV	Anfang der 3. Präsenzphase	„Teamethik - ethisches Handeln im Team“
Reflexionsanlass V	Ende der 3. Präsenzphase	„Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining“
Reflexionsanlass VI	Ende der 4. Präsenzphase (Modulabschluss)	Abschließendes Resümee zur Lernreflexion und Modulabschluss

1.3 Leitfragen für die Erstellung eines Lernprozessportfolios

Es ist empfehlenswert, das Lernprozessportfolio für sich selbst um bestimmte Leitfragen herum zu organisieren, mit denen Sie dieses strukturieren können. Es ist nicht nötig, alle der im Folgenden aufgeführten Fragen zu bearbeiten. Sie sollten vielmehr versuchen, jeweils diejenigen Fragen auszuwählen, die Ihnen zur Vor- und Nachbereitung der Reflexionsanlässe als besonders wichtig erscheinen (in Anlehnung an Rambow & Nückles, 2002).

Die jeweiligen Reflexionsanlässe werden durch eine Auswahl unterschiedlicher Leitfragen strukturiert, die im Lernprozessportfolio vertieft bearbeitet werden sollen. Dabei unterscheiden sich die Leitfragen, die in den Reflexionsanlässen am Ende einer Präsenzphase angewandt werden (siehe grünes Kästchen), von denjenigen, die in den Reflexionsanlässen zu Anfang einer Präsenzphase Verwendung finden (siehe rotes Kästchen). Dies ist durch verschiedene Zielsetzungen innerhalb der Reflexionsanlässe bedingt.

Auswahl an Leitfragen **zur Nachbereitung** des Reflexionsanlasses I, III und V:

- „Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie noch einmal mit eigenen Worten auf den Punkt bringen möchte?“ (Rambow & Nückles, 2002, S. 116).
- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen (biografischen) Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?“ (ebd., 2002, S. 116).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002, S. 116).

Auswahl an Leitfragen **zur Vorbereitung** des Reflexionsanlasses II und IV:

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden / verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss /müssen das Arbeitsumfeld / die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

1.4 Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lernprozessportfolio. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lernprozessportfolio“ als Anlage.
- Schreiben Sie bitte für jeden Reflexionsanlass ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lernprozessportfolio.
- Dabei wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.
- Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihres Lernprozessportfolios an die zuständigen KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden, um darauf aufbauend einen Gesprächstermin zu vereinbaren. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lernprozessportfolio ist spätestens bis zum **18. Januar 2020** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen per E-Mail zu versenden. Ihr Lernprozessportfolio wird nicht an Dritte weitergeleitet.
- Auf freiwilliger Basis können Sie das Lernprozessportfolio darüber hinaus weiterführen und Ihre Ausarbeitungen um ein Abschlussresümee ergänzen. Dieser Punkt ist ebenfalls schon in der Vorlage enthalten. Auf ebenfalls freiwilliger Basis können Sie diese erweiterte Version Ihres Lernprozessportfolios gerne an die entsprechenden Mitarbeiter*innen versenden. Dies hilft uns die Zertifikatsangebote weiter zu entwickeln und Sie haben dadurch zusätzlich die Möglichkeit ein individuelles „Reflexionsgespräch“ mit den entsprechenden KeGL-Mitarbeiter*innen zu vereinbaren.

Literaturverzeichnis

Elsholz, U., Mörth, A. (2017). Verortung von Portfoliokonzepten in der wissenschaftlichen Weiterbildung. In: Mörth, A. und Elsholz, U. (2017): Portfolios in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", S. 4-10. (Letzter Zugriff 12.06.2018). https://de.offene-hochschulen.de/fyls/3428/download_file_inline

Rambow, R., Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. Das Hochschulwesen. 3/2002. 50 Jhg. S. 113-120.

Slepcevic-Zach, P., Gössler, T., Stock, M. (2015). Theoretische Rahmung zum eKEP. In: Slepcevic-Zach, P., Riebenbauer, E., Gössler, T., Stock, M. (2015). eKEP - ein Instrument zur Reflexion und Selbstreflexion. Leykam Buchverlagsgesellschaft. Graz. S. 11-37.

Anhang: Vorlage Lernprozessportfolio

[Vorname Nachname]

Nachbereitung Reflexionsanlass I : Einführung in die Grundlagen der Ethik (14.09.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass II: Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata (25.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass III: Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung (26.10.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Vorbereitung Reflexionsanlass IV: Teamethik - ethisches Handeln im Team (29.11.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass V: Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining (30.11.2019)

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Nachbereitung Reflexionsanlass VI: Abschlussresümee

Wählen Sie mindestens zwei der genannten Leitfragen aus, die Sie bearbeiten wollen.

[Der Umfang sollte pro Reflexionsanlass mindestens 1/2 Seite betragen. Sie können direkt in diesem Kasten Ihre Ausarbeitungen starten.]

Modul 1: Nachhaltig gesund in Gesundheits- einrichtungen

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

1) Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Veranstaltung

Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

Universität Osnabrück, 08.09.2018

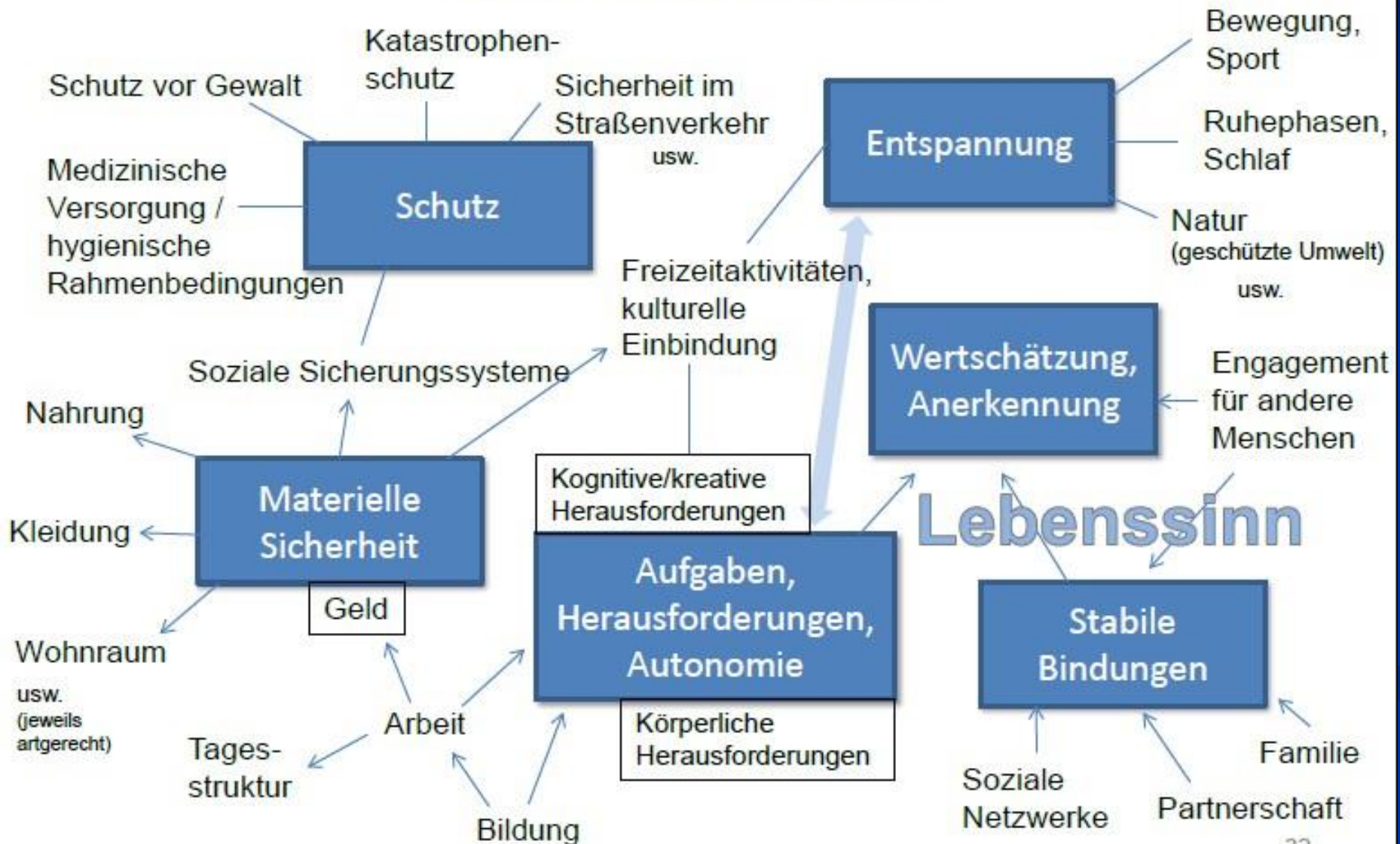
Dr. phil. Brigitte Borrmann, Dipl. Oec. troph., MPH

Problem:

Menschen können krank werden und sogar sterben.

Keine vernünftige Lösung ohne eine gute Theorie.

Was brauchen Menschen um möglichst gut bei guter Gesundheit zu leben?



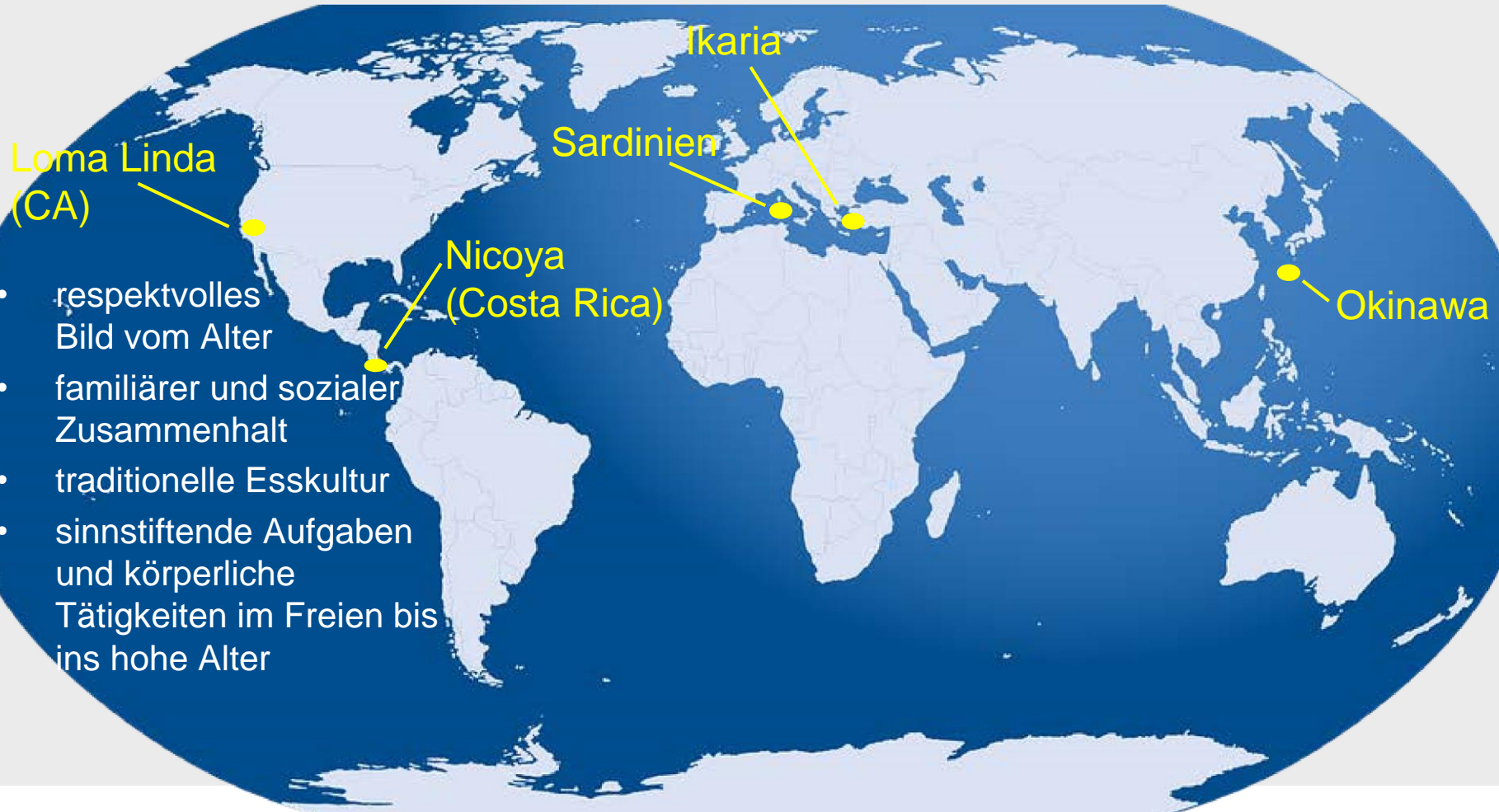
Sinnvolle Arbeit hält gesund

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97607/Sinnvolle-Arbeit-haelt-gesund>



Was funktioniert?

Beispiele für Gemeinschaften mit hohem Anteil an gesunden Hochaltrigen („Blue Zones“), Poulain & Pes (2004)

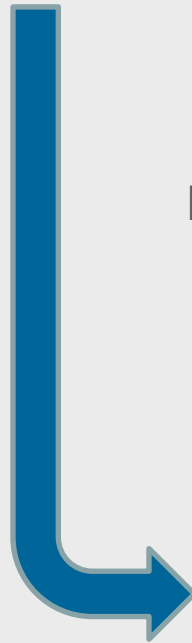


- respektvolles Bild vom Alter
- familiärer und sozialer Zusammenhalt
- traditionelle Esskultur
- sinnstiftende Aufgaben und körperliche Tätigkeiten im Freien bis ins hohe Alter



*„Alle glücklichen Familien gleichen einander,
jede unglückliche Familie ist auf ihre eigene Weise unglücklich.“*

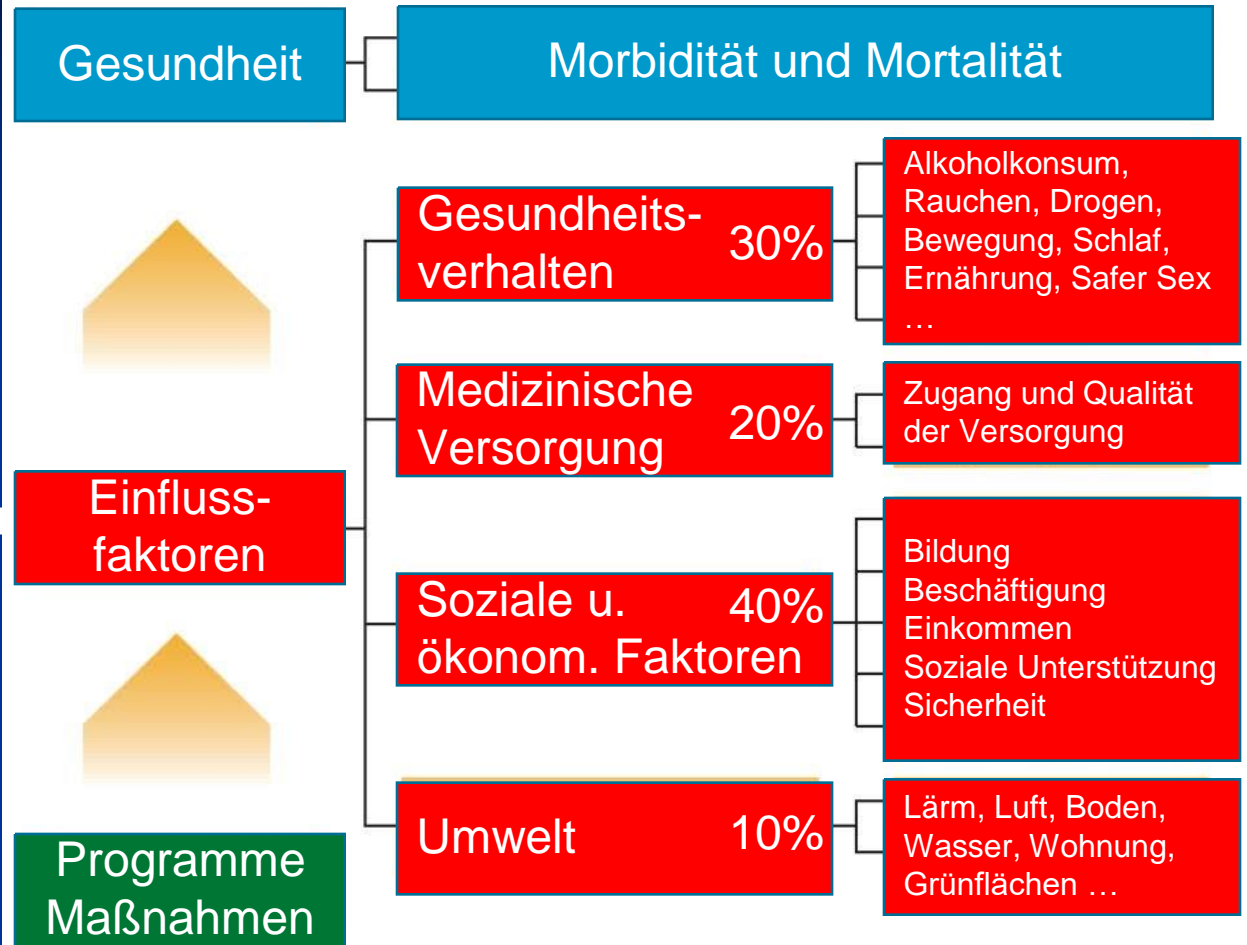
Leo Tolstoi (1877/1878): Anna Karenina.



Anna-Karenina-Prinzip:
Erfolg stellt sich dann ein,
wenn alle wesentlichen
Bedingungen erfüllt sind.

Einflussfaktoren auf die Gesundheit (WHO, 2015)

Gesundheitsdeterminanten

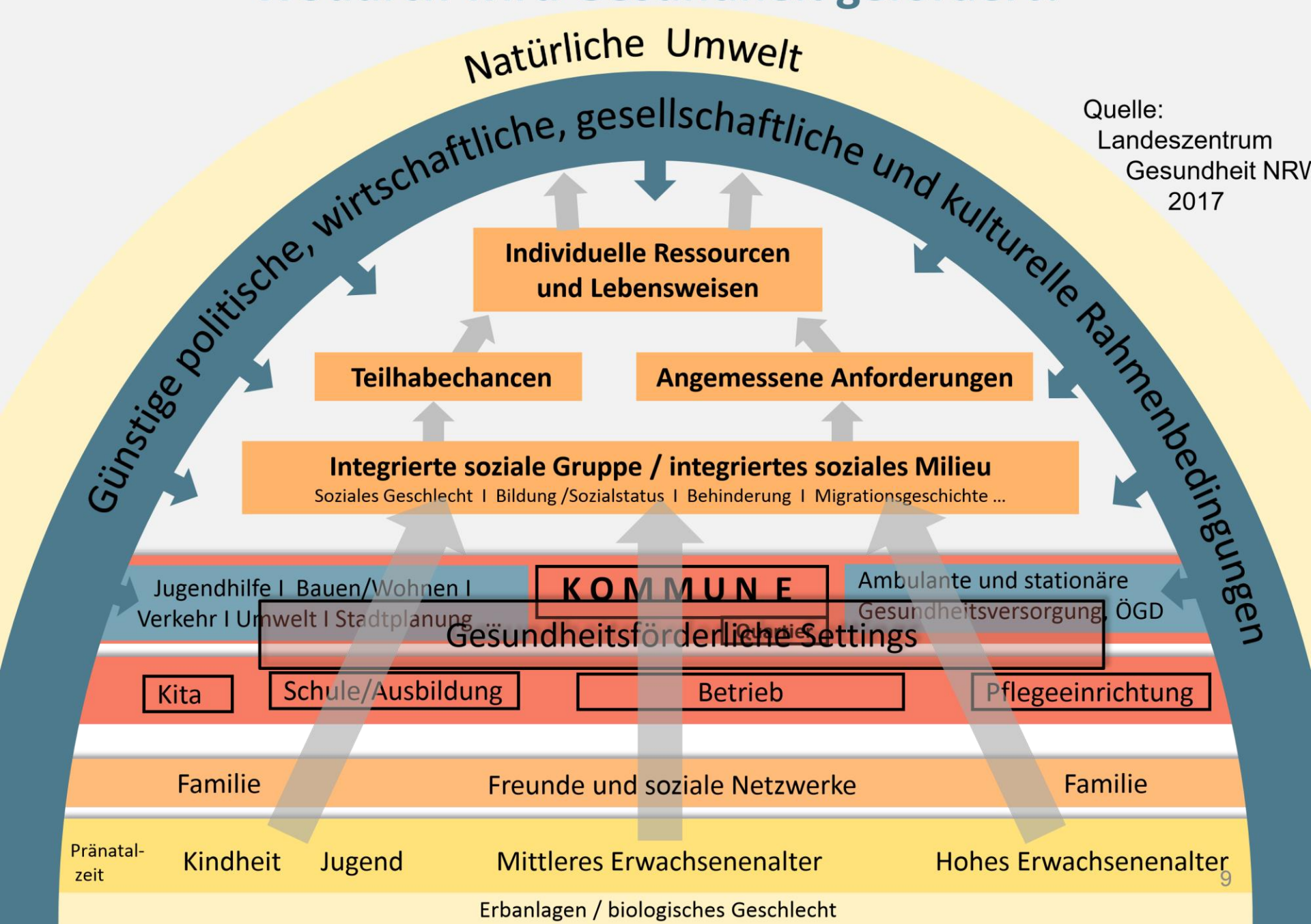


Source: © University of Wisconsin Public Health Institute (2010) (<http://www.countyhealthrankings.org/>).

Quelle: World Health Organization (WHO) (2015): Health in all Policies. Training Manual. Italy. p 11

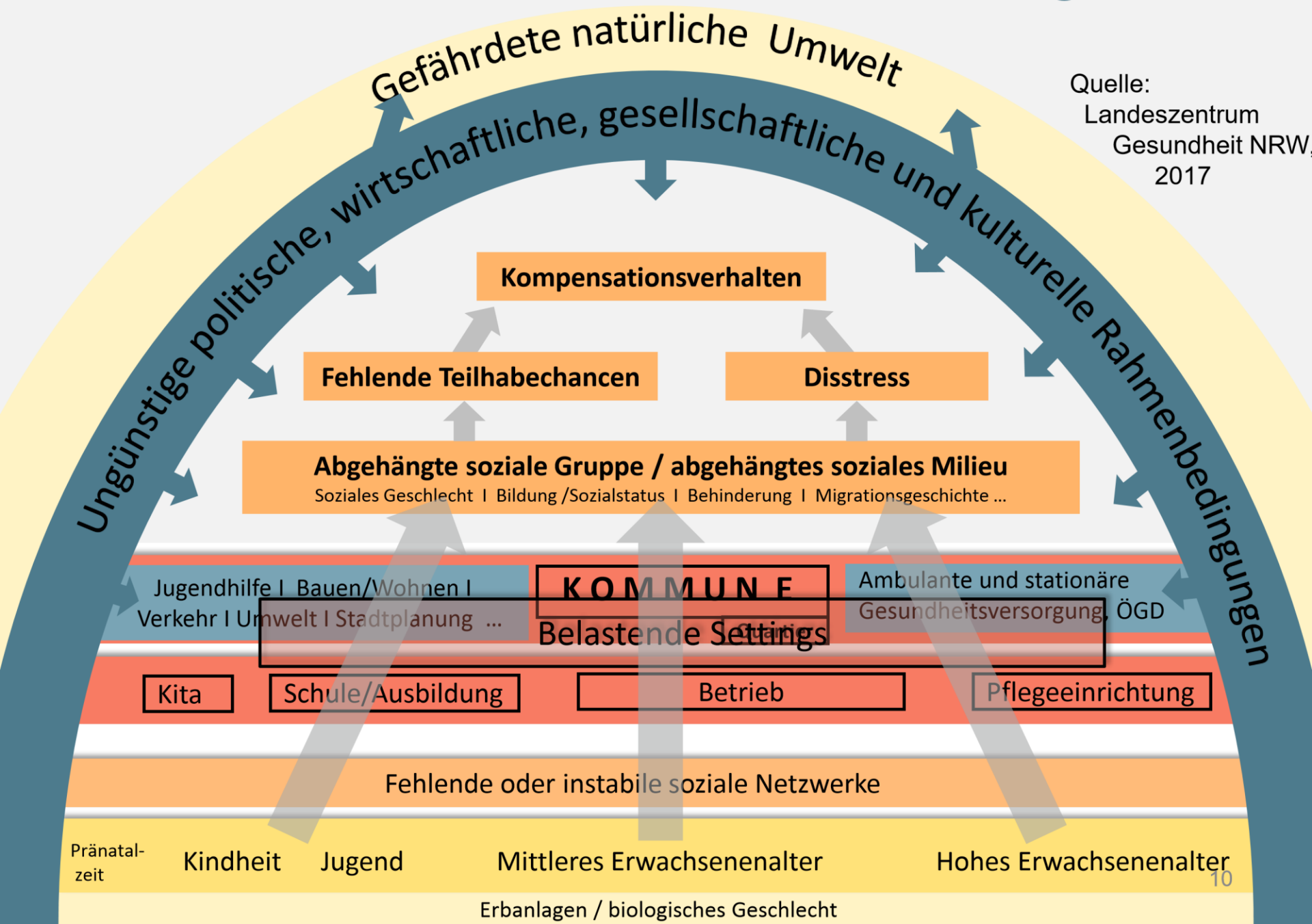
Wodurch wird Gesundheit gefördert?

Quelle:
Landeszentrum
Gesundheit NRW
2017



Wodurch wird Gesundheit beeinträchtigt?

Quelle:
Landeszentrum
Gesundheit NRW
2017





Strategischer Ansatz



Darstellung angelehnt an: Perez-Escamilla R et al. (2012):
Scaling up of Breastfeeding Promotion Programs

Wo findet man evidenzbasierte Programme?

University of Wisconsin / Population Health Institute

What Works for Health?

<http://www.countyhealthrankings.org/roadmaps/what-works-for-health>

Clinical Care

Access to Care (9)

Quality of Care (18)

Social and Economic Factors

Community Safety (29)

Education (27)

Employment (4)

Physical Environment

Air and Water Quality (6)

Housing and Transit (13)

Evidence Rating

Scientifically Supported (25)

Some Evidence (26)

Expert Opinion (18)

Insufficient Evidence (4)

Evidence Rating



Scientifically Supported

Evidenz-
basierte
Programme

Wo findet man evidenzbasierte Programme?

CTC – Communities that care (Jugendhilfe)

<https://www.ctc-info.de/>



Empfohlene Programme:

ALF, Balu und Du, Be smart don't start, DENKZEIT-Methode, EFFEKT, ELTERN-AG, ElternStärke(n), fairplayer.manual, Glücksspielparcours, GO!, IPSY

<https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle>

Wie entsteht gesundheitsförderliches Verhalten?

Dazu gehört Vieles, u.a. auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.



making the healthier choice the easier choice

Literatur zum Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit

- **Bambra C (2016).** Health divides. Where you live can kill you. Bristol: Policy Press.
- **Bauer U, Bittlingmayer U.H. Richter M (Hrsg.) (2008).** Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- **Debuschewitz P (2010).** Soziale Einflussfaktoren der Gesundheit: Soziale Ungleichheit, gesundheitsrelevante Lebensstilfaktoren und Gesundheit. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- **Marmot M (2010).** The Health Gap. Improving health in an Unequal World. London, Oxford: Bloomsbury Publishing.
- **Pförtner T-K, Bauer U (Hrsg.), Bittlingmayer U.H. (Hrsg.), Richter M (Hrsg.) (2013).** Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Wiesbaden: Springer VS.
- **Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.) (2009).** Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- **Siegrist J, Marmot M (2008).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber Verlag.
- **Wesenauer A, Sebinger S (Hrsg) (2011).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung – eine Frage der sozialen Gerechtigkeit?. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- **Wilkinson R, Pickett K (2010).** The Spirit Level. Why equality ist better for everyone. London: Penguin Books. Deutscher Titel: Gleichheit ist Glück: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Verlag Tokemitt
- **Zens M, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Hrsg.) (2011).** Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities. Köln: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.

2) Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention: Die Ottawa Charta der WHO

Veranstaltung

Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

Universität Osnabrück, 08.09.2018

Dr. phil. Brigitte Borrmann, Dipl. Oec. troph., MPH

(Individual-)Medizin



**Sozialmedizin
Bevölkerungsgesundheit (Public Health)**

„Old“ Public Health

- ⇒ Hygiene
- ⇒ Prävention

Medizin als wissenschaftliche
Basis

„New“ Public Health

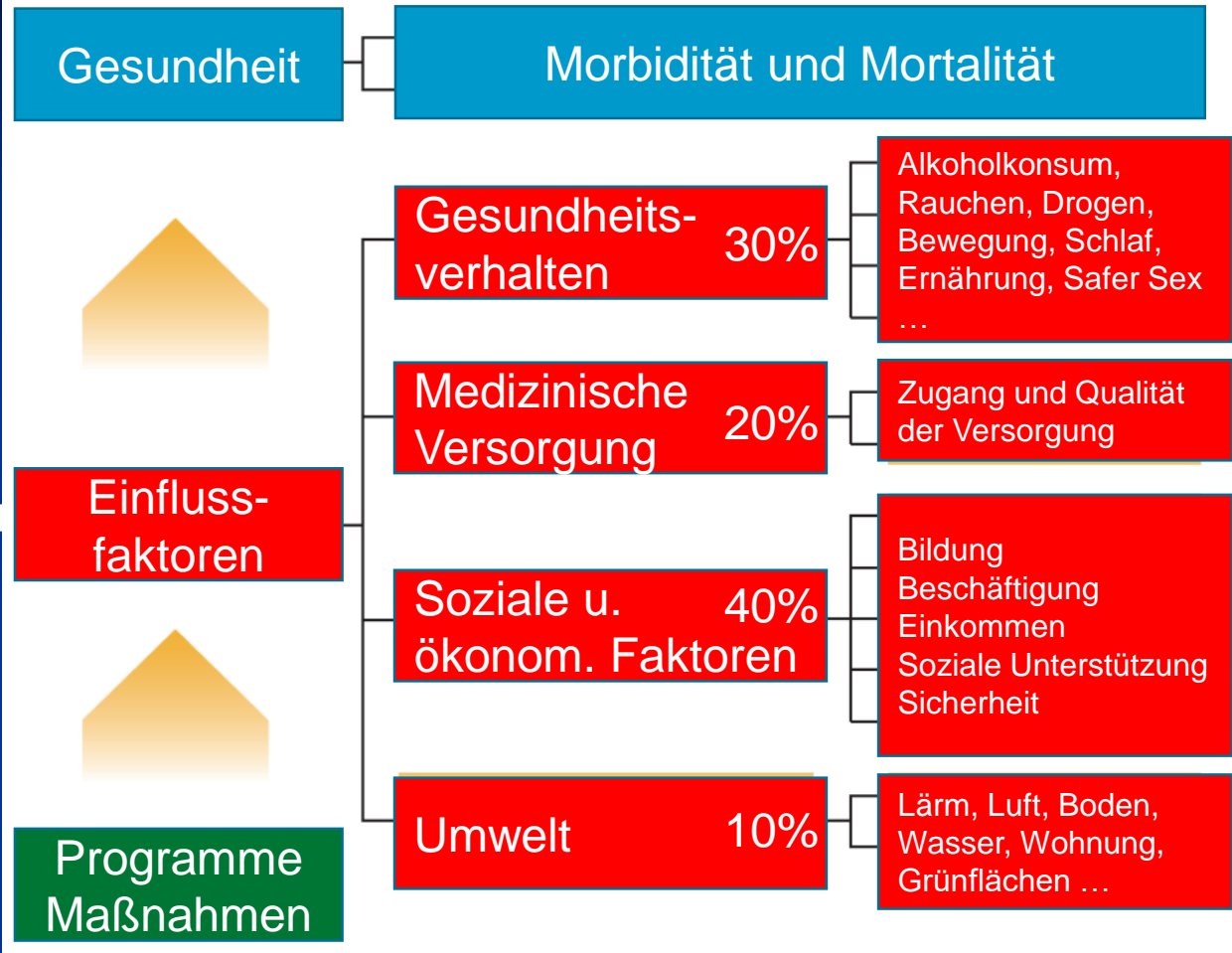
- ⇒ Gesundheitsförderung
- ⇒ Gesundheitssystemforschung
- ⇒ Versorgungsforschung

Medizin, Sozialwissenschaften,
Psychologie, Ökonomie,
Politikwissenschaften ...
als wissenschaftliche Basis

Einflussfaktoren auf die Gesundheit (WHO, 2015)

Gesundheitsdeterminanten ←

Figure 1.1: Country Health Rankings model

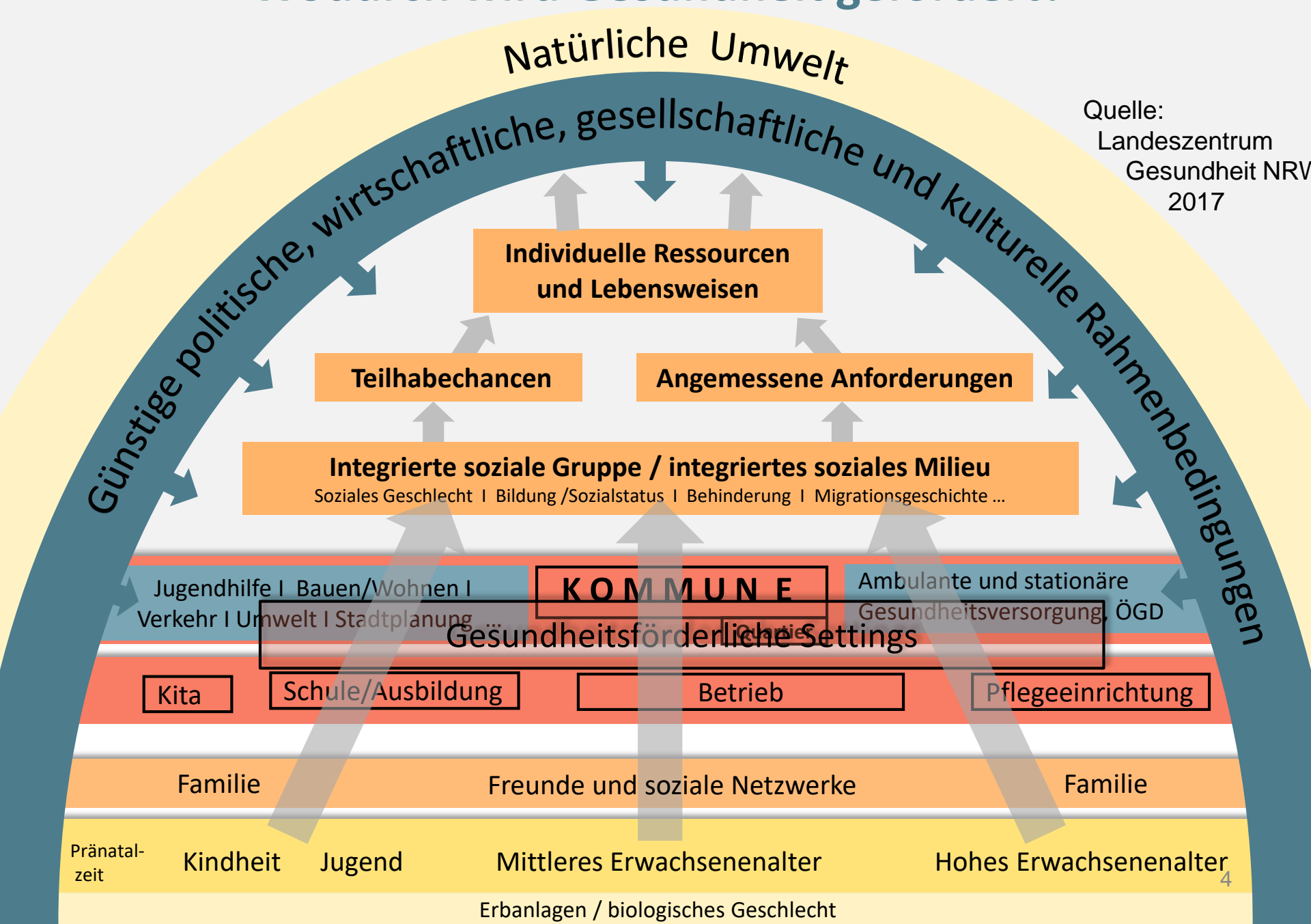


Source: © University of Wisconsin Public Health Institute (2010) (<http://www.countyhealthrankings.org/>).

Quelle: World Health Organization (WHO) (2015): Health in all Policies. Training Manual. Italy. p 11

Wodurch wird Gesundheit gefördert?

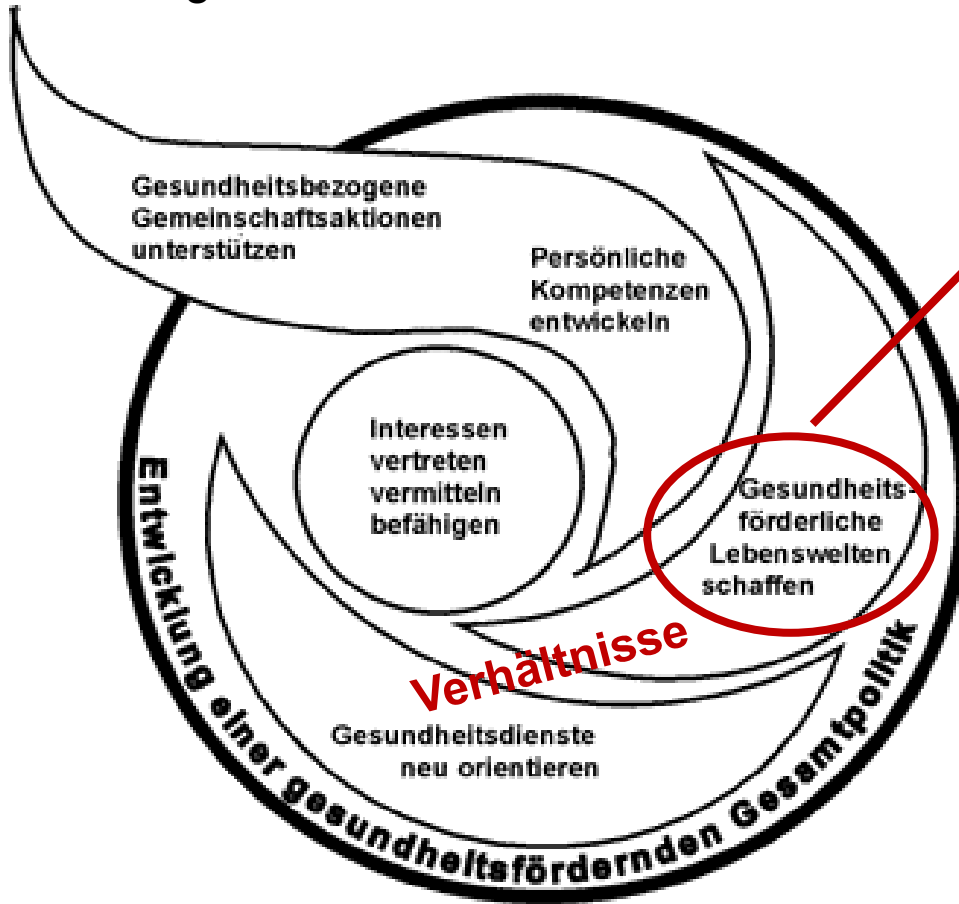
Quelle:
Landeszentrum
Gesundheit NRW
2017



Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

(Ottawa Charter of Health Promotion)

Aktives gesundheitsförderliches Handeln erfordert ...



**Lebenswelten = Settings
(Kinas, Schulen, Betriebe,
Kommunen ...)**

„damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“

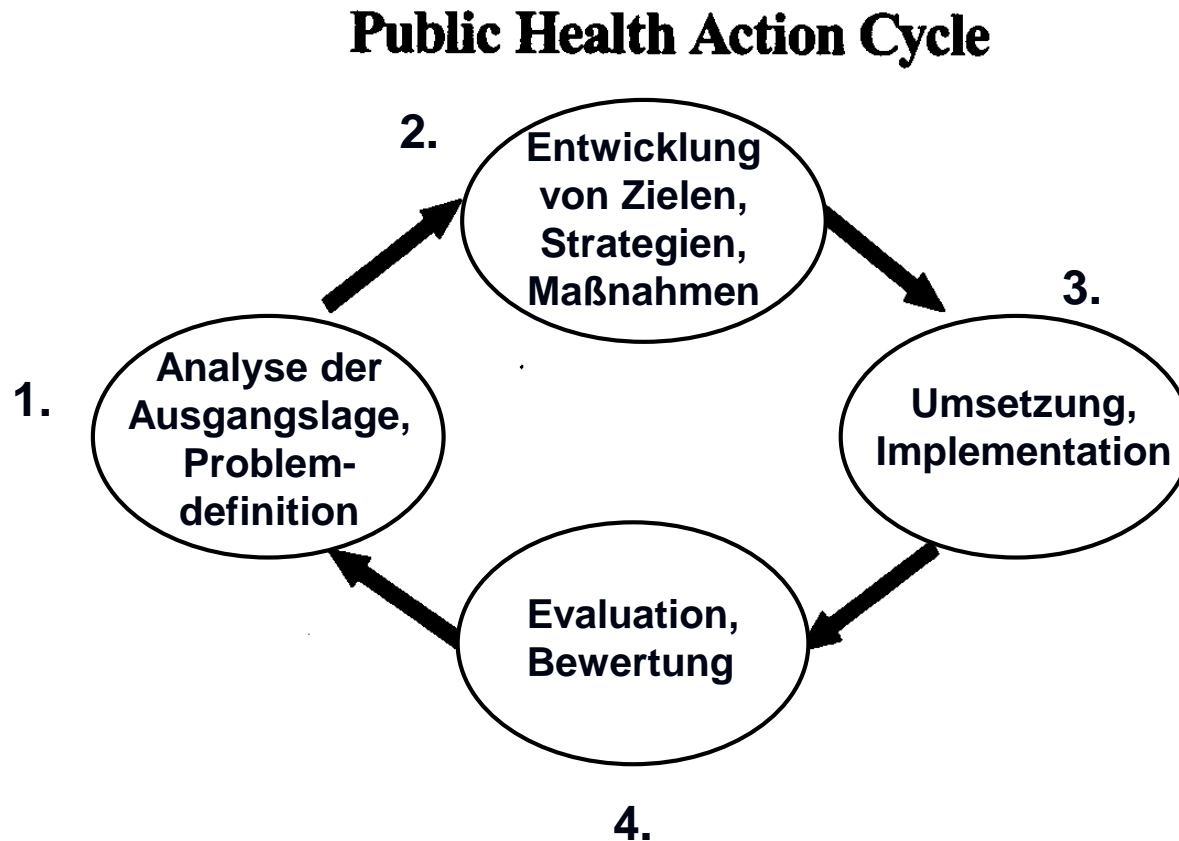
Präventionsterminologie

	primordial	primär	sekundär	tertiär
Interventionszeitpunkt	im Gesundheitszustand	erkennbare Risikofaktoren	im Krankheitsfrühstadium	nach akuter Krankheitsbehandlung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	Patienten	Rehabilitanden
Zielsetzung	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen (Verhalten)	Beeinflussung von Verhalten und Risikofaktoren	Beeinflussung der Krankheitsauslöser	Vermeidung von Folgeerkrankungen
Interventionsorientierung	ökologischer Ansatz	vorbeugender Ansatz	korrektiver Ansatz	kompensatorischer Ansatz
Bezeichnung	Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention

Präventionsterminologie (Hurrelmann, Laaser, 1998, S. 398)

	primordial Gesundheitsförderung	primär Primärprävention	sekundär Sekundärprävention	tertiär Tertiärprävention
Interventions- Zeitpunkt	im Gesundheitszustand	erkennbare Risikofaktoren:	im Krankheits- frühstadium	nach akuter Krankheits- behandlung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen:	Patienten	Rehabilitanden
Zielsetzung	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung von Verhalten und Risikofaktoren	Beeinflussung der Krankheitsauslöser	Vermeidung von Folge- erkrankungen
Interventions- orientierung	ökologischer Ansatz	vorbeugender Ansatz	korrektiver Ansatz	kompensatorischer Ansatz
empfehlenswerte Maßnahmen:				

Programm- und Projektmanagement im Bereich der Gesundheitsförderung

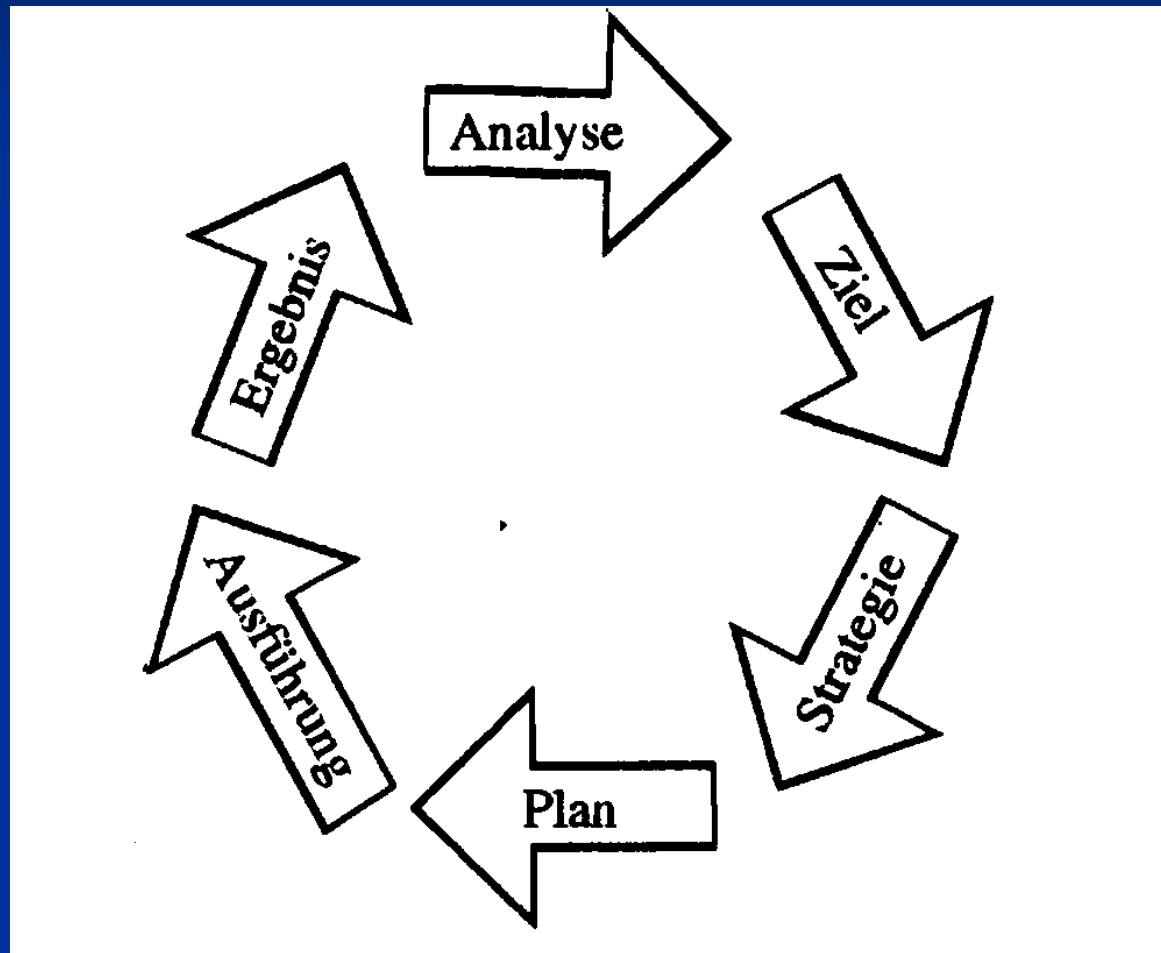


Quelle:

Institute of Medicine, *The Future of Public Health*, Washington, D.C., 1988

Gesundheitsförderungsprojekte

Wie werden sie geplant und durchgeführt?



Gesundheitsförderungsprojekte

Wie werden sie geplant und durchgeführt?

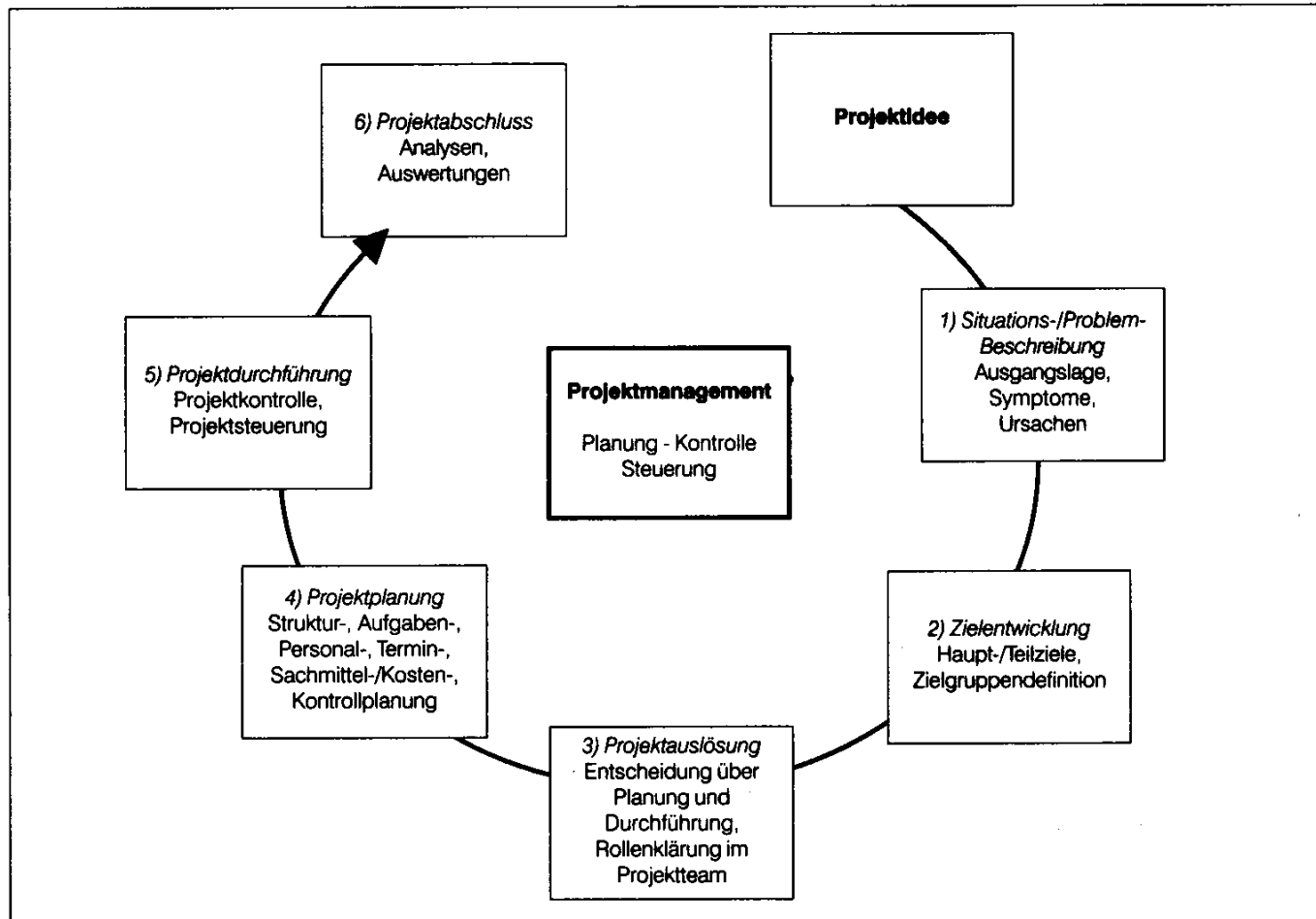


Abb. 75: Zyklus des Projektmanagements mit den zu durchlaufenden Phasen

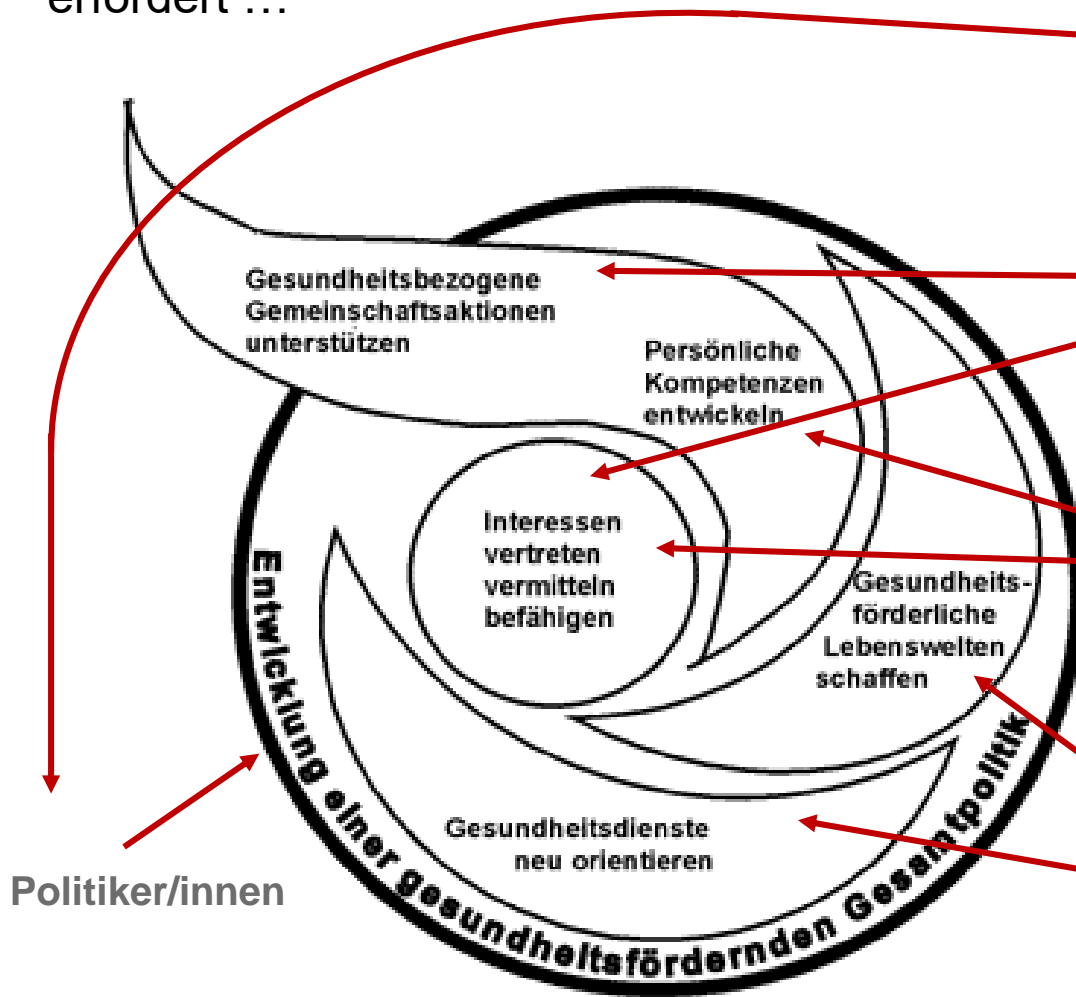
Professionelle Rollen in der Gesundheitsförderung

	Tätigkeiten	Qualifikationen
Expert Wissenschaftler/in	Forschen, Publizieren von Gesundheitsberichten, <u>Fachberatung</u>	Wissenschaftliche Expertise auf Gebieten wie Epidemiologie, Medizin, Ernährung etc.
Advocate Fürsprecher/in, Meinungsbildner/in	Öffentlichkeitswirksame Aktionen, <u>Überzeugen</u> von Entscheidungsträgern, Bewußtseinsbildung	Rhetorik, journalistische Kompetenzen, Interessen wirksam vertreten
Enabler Befähiger/in, Coach, Trainer/in	<u>Fortbildung</u> in Gesundheitsthemen wie Ernährung, Physiotherapie und Bewältigungsstrategien	Spezielle medizinische Kenntnisse, pädagogische Fähigkeiten, psychologische Kompetenz
Change Facilitator Organisationsentwickler/in, Berater/in, Moderator/in	Organisationsentwicklungsarbeit, Aufbau intersektoraler Kooperation, <u>Verhandeln</u> , Schaffen von Infrastrukturen	Soziale Kompetenz, Leiten von Gruppen, Organisationskompetenz, Projektmanagement

Quelle:
Grossmann R, Scala K
(1996), S. 45

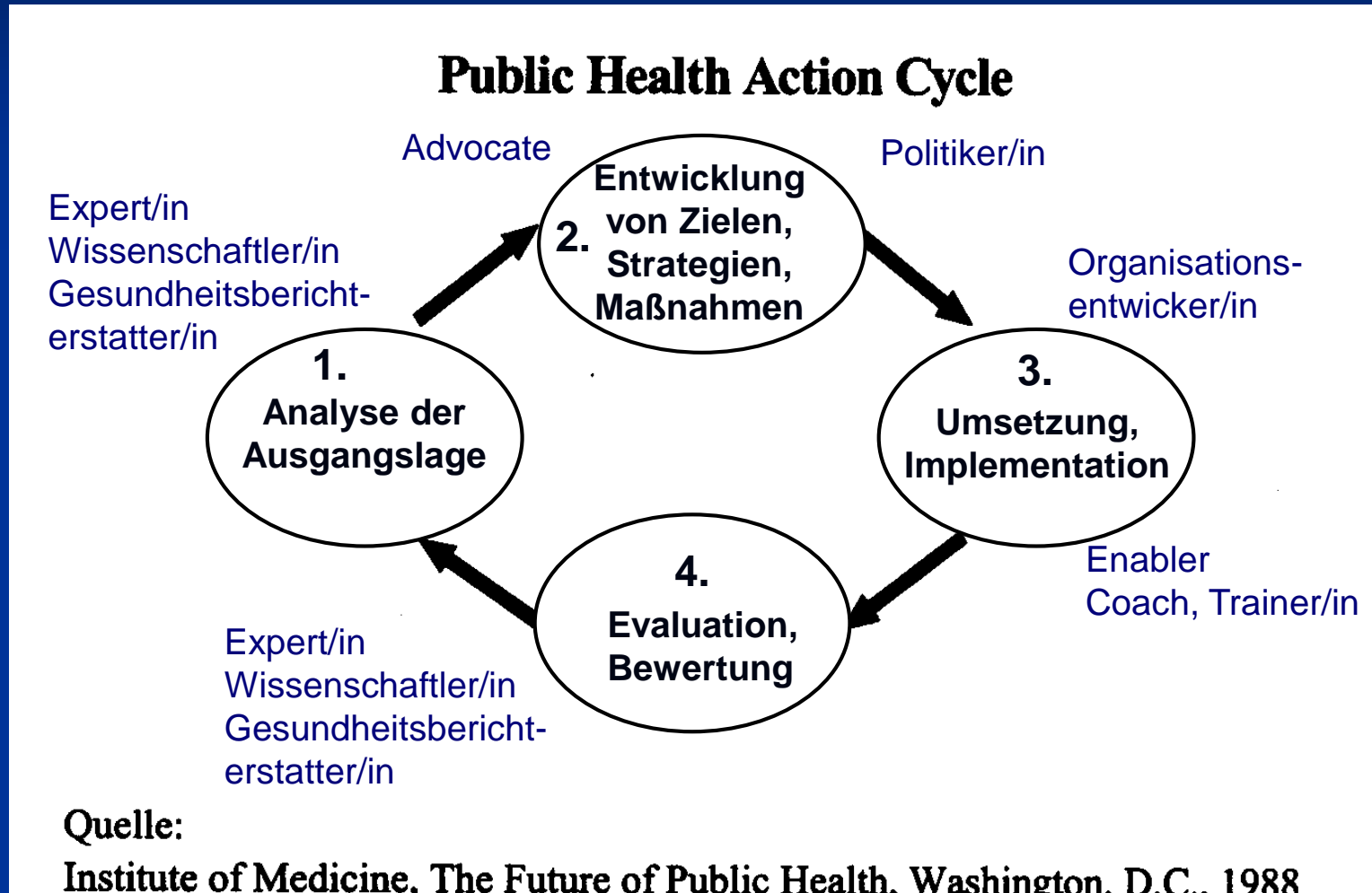
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Aktives gesundheitsförderliches Handeln erfordert ...



	Tätigkeiten
Expert Wissenschaftler/in	Forschen, Publizieren von Gesundheitsberichten, <u>Fachberatung</u>
Advocate Fürsprecher/in, Meinungsbildner/in	Öffentlichkeitswirksame Aktionen, <u>Überzeugen</u> von Entscheidungsträgern, Bewußtseinsbildung
Enabler Befähiger/in, Coach, Trainer/in	Fortbildung in Gesundheitsthemen wie Ernährung, Physiotherapie und Bewältigungsstrategien
Change Facilitator Organisationsentwickler/in, Berater/in, Moderator/in	Organisationsentwicklungsarbeit, Aufbau intersektoraler Kooperation, <u>Verhandeln</u> , Schaffen von Infrastrukturen

Programm- und Projektmanagement im Bereich der Gesundheitsförderung



Links

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

www.bzga.de

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung>

Gesundheitsförderung Schweiz

<http://gesundheitsfoerderung.ch/>

Quint-Essenz / Qualitätssystem für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention

<http://www.quint-essenz.ch/de>

Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung, 1986

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo

Grossmann R, Scala K (1996): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim u. München: Juventa Verlag.

Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim u. München: Juventa Verlag.

Rosenbrock R (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. S. 66 In: Luber E, Geene R: Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt/ Main: Mabuse Verlag.

World Health Organization (WHO), 1986

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

3) Das Präventionsgesetz und die Bundesrahmenempfehlungen

Veranstaltung

Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

Universität Osnabrück, 08.09.2018

Dr. phil. Brigitte Borrmann, Dipl. Oec. troph., MPH

Ziel des Präventionsgesetzes

⇒ Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung

Fokus:

Krankheiten vermeiden

Ressourcen stärken

Ressourcen stärken

Orientierung:

Pathogenese

Salutogenese

Wesentliche Inhalte des Präventionsgesetzes

- ❖ Zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure

Sozialversicherungsträger (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Rentenversicherung) zusammen mit Bundesagentur für Arbeit, Bund, Ländern und Kommunen in der Nationalen Präventionskonferenz

- ❖ Soziale Pflegeversicherung erhält neuen Präventionsauftrag
- ❖ Förderung der Impfprävention

Wesentliche Inhalte des Präventionsgesetzes

- ❖ Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U-Untersuchungen) und für Erwachsene

Stärkerer Fokus auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten, Ausstellung von ärztlichen Präventionsempfehlungen

- ❖ Mindestens 300 Millionen € sollen in Setting bezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen fließen

- ❖ Erhöhung der Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe um 30 Millionen €

GKV-Ausgaben pro Kopf für Prävention und Gesundheitsförderung

Vorgaben Präventionsgesetz:

Ausgaben Stand 2016:

7 € Pro Kopf,

davon mindestens 4 € für Individueller Ansatz: 2,95 € Lebenswelten,

Betriebl. Gesundheitsförderung: 2,06 € davon 2 € für Betriebliche

(andere) Lebenswelten 1,63 €

Gesundheitsförderung
und 2 € für andere Lebenswelten
wie Kitas und Schulen

Insgesamt:

6,64 €

⇒ entspricht 0,26 % der

Gesamtausgaben pro Kopf von 2516 €

Quellen: www.gbe-bund.de

GKV Präventionsbericht 2017 <https://www.gkv-spitzenverband.de>

Die Bundesrahmenempfehlungen

(in Kraft getreten am 19.02.2016)

Entwicklung der

Bundesrahmenempfehlungen durch die Nationale Präventionskonferenz (NPK)

Mitglieder der NPK mit Stimmrecht:

- Gesetzliche Krankenversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze)

- Soziale Pflegeversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (zwei Sitze)
- Gesetzliche Unfallversicherung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (jeweils ein Sitz)
- Gesetzliche Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze)
- In Abhängigkeit von finanzieller Beteiligung: Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V.

Nationale Präventionskonferenz

Mitglieder mit beratender Stimme:

- Bundesministerien (vier Sitze)
- Landesministerien (vier Sitze)
- Deutscher Städtetag (ein Sitz)
- Deutscher Landkreistag (ein Sitz)

- Deutscher Städte- und Gemeindebund (ein Sitz)
- Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (ein Sitz)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (ein Sitz)
- Patientenvertretung nach § 140f SGB V (zwei Sitze)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (als Vertretung des Präventionsforums) (ein Sitz)

Nationale Präventionskonferenz

An der Vorbereitung der Bundesrahmenempfehlungen waren beteiligt:

- Bundesagentur für Arbeit
- Kommunale Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene
- die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden

Zu diesen Bundesrahmenempfehlungen wurde das Benehmen mit folgenden Partnern hergestellt:

- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium des Inneren
- Bundesländer

Grundsätze

„Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen sind von erheblicher gesundheitlicher Bedeutung. Sie werden maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet. Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports.

Dazu zählen insbesondere:

- Kommunen
- Kindertagesstätten
- Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung
- Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen
- Hochschulen
- Betriebe
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.“

Grundsätze

- Den Kommunen kommt eine besondere Bedeutung zu.
- Geschlechterunterschiede sind zu berücksichtigen.
- „Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden.“

Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder

Ziele:

- Reduktion von lebens- und arbeitsweltbedingten Risiken
- Reduktion insbesondere chronischer nichtübertragbarer Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren
- Stärkung allgemeiner (krankheitsunspezifischer) gesundheitlicher Ressourcen und Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger
- Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sollen Lebenswelten und die dortigen Rahmenbedingungen menschengerecht gestalten und gesundheitsförderlich weiterentwickeln sowie die hier lebenden und arbeitenden Menschen bei der Aufnahme und Verstetigung gesundheitsförderlicher und sicherheitsrelevanter Verhaltensweisen unterstützen

Orientierung am Lebenslauf:

- Ziel Gesund aufwachsen

Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder

Zielgruppen: werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende

- Ziel Gesund leben und arbeiten

Zielgruppen: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige und arbeitslose Menschen, ehrenamtlich tätige Personen

- Ziel Gesund im Alter

Zielgruppen: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune, Bewohnerinnen / Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen

- Ziel Gesund aufwachsen

Handlungsfelder: familienbezogene Prävention u. Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Kitas, Schulen und Hochschulen

- Ziel Gesund leben und arbeiten

Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder

Handlungsfelder: Prävention und betriebliche Gesundheits- und Sicherheitsförderung (insbes. auch in KMU), Unterstützung innerbetrieblicher Maßnahmen (insbes. auch in KMU), Förderung von Netzwerken, Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit und für Ehrenamtliche ■ Ziel Gesund im Alter

Zielgruppen: Prävention und Gesundheitsförderung für ältere und alte Menschen im Setting Kommune (Vermeidung von Risiken, Stärkung von Ressourcen, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, P & G in Pflegeeinrichtungen (Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Stress- und Gewaltprävention, Suchtmittelkonsum, Stärkung kognitiver Ressourcen)

Dokumentations- und Berichtspflichten

- Erstellung eines Präventionsberichts im 4-jährigen Turnus, erster Bericht: 01.07.2019

Geplante Inhalte

- angesprochene Zielgruppen einschließlich der Zahl erreichter Personen
- genutzte Zugangswege (Lebenswelten)
- Erfahrungen mit der Qualitätssicherung
- Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung der Leistungen

- Höhe der jeweiligen Ausgaben für die Leistungen der Träger im Rahmen der Präventionsstrategie
und
- Ergebnisse des Präventionsmonitorings des Robert Koch-Instituts, ggf. auch der Länder



Exkurs

Der Blick auf Gesundheit und Krankheit im Wandel der Zeit

Veranstaltung

Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

Universität Osnabrück, 08.09.2018

Dr. phil. Brigitte Borrmann, Dipl. Oec. troph., MPH

Vorchristliche Zeit

- Jungsteinzeit (ca. 12.000 bis 2.000 v. Chr.): Dämonenbeschwörungen, Rituelle Operationen, Geburtshilfe
- Ägypten (ab 2.800 v. Chr.): Medizinische Papyri, umfangreiche Schriften über medizinische Behandlungsmethoden, Mumifizierungen

Antike (800 v. Chr. Bis 600 n. Chr.)

- Hyppokrates von Kos (400 v. Chr.): Begründung der rationalen Medizin im antiken Griechenland (Anfänge der Humoralpathologie)
- Diokles von Karystos (400 v. Chr.): Grundlagen der Diätetik und Hygiene
- Galen (Claudius Galenus) (150 n. Chr.): Ausbau der Humoralpathologie (Säftelehre: gelbe Galle, schwarze Galle, Blut und Schleim) zu einer Temperamentenlehre (Choleriker, Melancholiker, Sanguiniker, Phlegmatiker), Hygiene dient der Krankheitsverhütung. Säftelehre behält ihre Bedeutung bis ins 19. Jahrhundert!

Mittelalter (6. – 15. Jahrhundert)

- Avicenna (Ibn Sina) (um 1000): bedeutendster Arzt des Mittelalters, Persien, „Kanon der Medizin“ galt bis ins 17. Jahrhundert als wichtiges Lehrbuch der Medizin. Abhandlungen über Anatomie, Chirurgie, Einsatz von 760 Medikamenten, Wirkung von Musik / Wirkung von Gefühlen auf die Gesundheit werden berücksichtigt. Im Orient werden Erkenntnisse der Antike weiterentwickelt, Europa fällt kulturell zurück.
- Hildegard von Bingen (um 1150): Klostermedizin, Entwurf einer Natur- und Heilkunde

Ernährungsempfehlungen spielten im Mittelalter herausragende Rolle in der Therapie! (auch heute noch in der Ayurvedischen Medizin und der Traditionellen Chinesischen Medizin)

Neuzeit (ab 1500)

- Paracelsus (um 1493 – 1541): Entwurf einer umfassenden Heilkunst und Lebenskunde (Kritik an der Säftelehre), erste Impulse einer Biochemie.
Einflussfaktoren: Gestirne, Gifte, Konstitution, Geister, Gott)
- Vesalius (1514 – 1564): Begründer der neuzeitlichen Anatomie, „De humani corporis fabrica libri septem“ (7 Bücher über den Aufbau des menschlichen Körpers)
- Harvey (1578 – 1657): Entdecker des Blutkreislaufs und Vervollständiger der Physiologie

- Johann Peter Frank (1779): Grundlegung der Hygiene, „System einer vollständigen medizinischen Polizey“

Im 16. Jahrhundert beginnt sich der ärztliche Stand von Badern/Chirurgen, Laienheilern und Hebammen abzusetzen.

18. Jahrhundert als Übergangszeit mit verschiedensten Strömungen (u.a. Romantik).

Moderne, 19. und 20. Jahrhundert

➤ Rudolf Virchow (Pathologe, 1821-1902):

„Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.“ Begründer der Zellularpathologie

setzt sich ein für

- Kommunale Krankenhäuser
- Kinderspielplätze
- Zentrale Kanalisation und Trinkwasserversorgung
- Bau von hygienischen Schlachthöfen

Parallel entwickeln sich Evolutionstheorie, Psychologie, Radiologie, Mikrobiologie ...

Moderne, 19. und 20. Jahrhundert

- John Snow (1813 – 1858):
Epidemiologische
Erforschung der Cholera
- Ignaz Semmelweis (1818 – 1865): Prophylaxe des Kindbettfiebers
- Gründung des Reichsgesundheitsamts in Deutschland (1876)
- Louis Pasteur, Robert Koch (um 1880): Begründung der
Bakteriologie
- Paul Ehrlich (1854 – 1915): Begründung der Immunitätslehre
- Alexander Fleming (1881 - 1955): Einführung des Penicillins (1942)
- Gründung der Weltgesundheitsorganisation (1948)
- James Watson Alfred und Francis Crick (1953): Beschreibung der
dreidimensionalen Doppelhelixstruktur der
Desoxyribonukleinsäure (DNS)

Moderne, 19. und 20. Jahrhundert

- Christiaan Barnard (1967): erste erfolgreiche Herztransplantation am Menschen
- Robert Geoffrey Edwards und Patrick Steptoe (1977): erste künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) einer Frau, worauf am 25. Juli 1978 die Tochter Louise Joy Brown geboren wurde
- Elena Kontogianni (1990): erstes Kind, bei dem mittels Präimplantationsdiagnostik (PID) das Geschlecht festgestellt worden war, um das Auftreten einer X-chromosomalen Erbkrankheit zu verhindern

Moderne ⇒ **Siegeszug der Naturwissenschaften**

Postmoderne (ca. ab 1980)

„anything goes“ (Paul Feyerabend, Philosoph 1924 -1994)

Theoriepluralismus/Theoriefreudlichkeit

Konstruktivismus (Prozesse wichtiger als Gegenstände/Ergebnisse,
Orientierung am Beobachter)

Postmoderne Medizin

- Patient als Partner/Ko-Produzent
- Aushandeln eines „informed consent“ im Gespräch (Evidenz + Bewertung)
- Qualität der Betreuung
- Beachtung der Risiken von medizinischen Maßnahmen

Gray JAM: Postmodern medicine. Lancet 1999 (354) 1550-1553;

Goodare H et al.: Involving patients in clinical research. Brit. Med. J. 1999 (319) 724-725

Keine vernünftige Lösung ohne eine gute Theorie.

(Individual-)Medizin



Sozialmedizin
Bevölkerungsgesundheit (Public Health)

„Old“ Public Health

„New“ Public Health

⇒ Hygiene ⇒ Gesundheitsförderung

⇒ Prävention ⇒ Gesundheitssystemforschung

⇒ Versorgungsforschung
Medizin als wissenschaftliche
Basis

Medizin, Sozialwissenschaften,
Psychologie, Ökonomie,
Politikwissenschaften ...
als wissenschaftliche Basis

Theoretische Basis

**(Individual-)Medizin
+ Old Public Health**



Naturwissenschaften

(New) Public Health



Sozialwissenschaften

Ausrichtung

(Individual-)Medizin
+ Old Public Health



Kuration
+Prävention

(New) Public Health



Gesundheitsförderung

Exkurs

Antonovskys Salutogenesemodell

Veranstaltung

Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

Universität Osnabrück, 08.09.2018

Dr. phil. Brigitte Borrmann, Dipl. Oec. troph., MPH

Auswertung des SOC-Fragebogens

Polung

- Frage 1 positiv
- Frage 2 negativ
- Frage 3 negativ
- Frage 4 positiv
- Frage 5 negativ
- Frage 6 positiv
- Frage 7 positiv
- Frage 8 negativ
- Frage 9 positiv

Bei positiver Polung:

Punktwert entspricht dem angegebenen Zahlenwert

Bei negativer Polung:

$$1 = 7 \quad 5 = 3$$

$$2 = 6 \quad 6 = 2$$

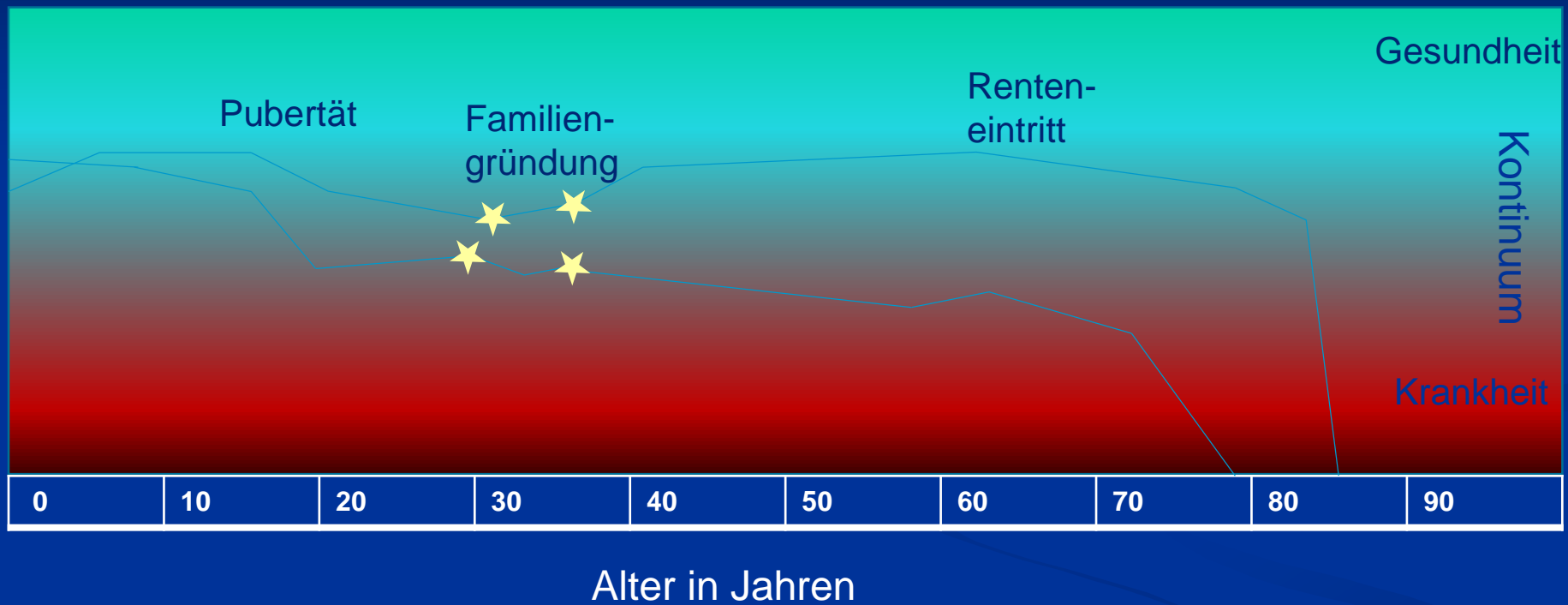
$$3 = 5 \quad 7 = 1$$

$$4 = 4$$

Das salutogenetische
Modell wurde in den
1970er Jahren von
dem amerikanischen
Medizinsoziologen
Aaron Antonovsky
entwickelt.

Salutogeneseforschung richtet sich auf die Identifikation heilsamer Einflüsse auf den Gesundheitszustand und auf Möglichkeiten diese zu unterstützen.

Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum



Der Kohärenzsinn als gesunde Grundorientierung

- Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
- Handhabbarkeit (sense of manageability)
- Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)

Resilienzmerkmale

- positive, gesunde Entwicklung trotz hohem Risikostatus
- beständige Kompetenz unter Stressbelastung
- positive und schnelle Erholung von traumatischen Ereignissen

Die zentralen salutogenetischen Fragestellungen lauten:

- Was erhält Menschen gesund?
- Was fördert Gesundungsprozesse?
- Warum werden unter gesundheitsgefährdenden Einflüssen manche Menschen nicht krank?

Verstehbarkeit

Die Verstehbarkeit stellt die kognitive Komponente dieser Grundorientierung dar. Krisenhafte Ereignisse wie Tod, Krieg und Krankheit können eingeordnet, erklärt, strukturiert und vorhergesagt werden. Es existiert eine solide Fähigkeit, die Realität zu beurteilen.

Handhabbarkeit

Lebensereignisse werden als Erfahrungen und Herausforderungen angenommen, mit denen man umgehen kann oder deren Konsequenzen man ertragen kann. Es sind Ressourcen verfügbar, die gewährleisten, den aus diesen Ereignissen erwachsenden Anforderungen gerecht zu werden.

Sinnhaftigkeit

Die Anforderungen des Lebens werden als Herausforderungen gesehen, die Interventionen und Engagement lohnen. Diese Komponente repräsentiert die emotionalen und motivationalen Elemente des Kohärenzsinns. Copingmechanismen können besser mobilisiert werden, wenn das Leben als sinnvoll empfunden wird.

Ausprägung des Kohärenzgefühls nach Alter und Geschlecht

Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung (BRD, Schumacher et al. 2000)

	Alter			Geschlecht	
	18 - 40	40-60	> 60	m	w
SOC- Wert	48,9	47,7	45,8	48,5	46,7

range: 9 - 63

Arbeitsauftrag: Beschreibung eines Settings und erste Vorstellung einer Projektidee

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, die Inhalte aus der Veranstaltung „Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung“ unter den folgenden Aufgabenstellungen auf ein Setting zu übertragen und erste Ansätze zu einem eigenen Projekt im Bereich Prävention und/oder Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Beschreibung eines Settings und erste Vorstellung einer Projektidee“ **bis zum 07.10.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „1. Selbstlernphase“ („Nachbereitung: Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.

1. Beschreiben Sie für ein Setting (z. B. die eigene Lebenswelt Betrieb oder Hochschule) inwieweit Sie es als gesundheitsförderliches und/ oder belastendes Setting erleben.
2. Gibt es in dem von Ihnen beschriebenen Setting bereits Maßnahmen zur Prävention und/ oder Gesundheitsförderung? Wenn ja, wie lassen sich diese nach der Präventionsterminologie nach Hurrelmann und Laaser (1998) einordnen? Wo besteht Ihrer Ansicht nach (weiterer) Bedarf an Maßnahmen zur Prävention und/ oder Gesundheitsförderung?
3. Wie könnte ein Projekt zu Prävention und/ oder Gesundheitsförderung in dem von Ihnen betrachteten Setting aussehen? Skizzieren Sie erste Ideen, Vorstellungen etc. (ca. 1 Seite). Orientieren Sie sich dabei auch am "Public Health Action Cycle" (Phase 1-2).

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum 07.10.2018 in den oben genannten Abgabeordner in Moodle hoch.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Gesundheitsförderung als betriebliches Entwicklungskonzept

Der Projektzyklus Teil 1

Prof Dr. PH Gudrun Faller Kommunikation und Intervention im Gesundheitswesen

Auftragsklärung

Ziel: Klarheit über die Bedingungen des Vorgehens schaffen

- ❖ Welches sind die Motive des*der Auftraggeber*in?
- ❖ Was stellt sich der Auftraggeber unter BGM vor?

- ❖ Wie wurde bisher mit dem Thema Gesundheit umgegangen und was soll daran geändert werden?
- ❖ Welcher Zeitrahmen steht Ihnen zur Verfügung? Ist dieser realistisch?
- ❖ Welche Kompetenzen haben Sie als Auftragnehmer*in?
- ❖ Welches sind Ihre Aufgaben, welches sind keine Aufgaben für Sie?
- ❖ Wer ist sonst beteiligt? Welche Stakeholder sind wie betroffen?
- ❖ Wer darf wie angesprochen werden?
- ❖ ...

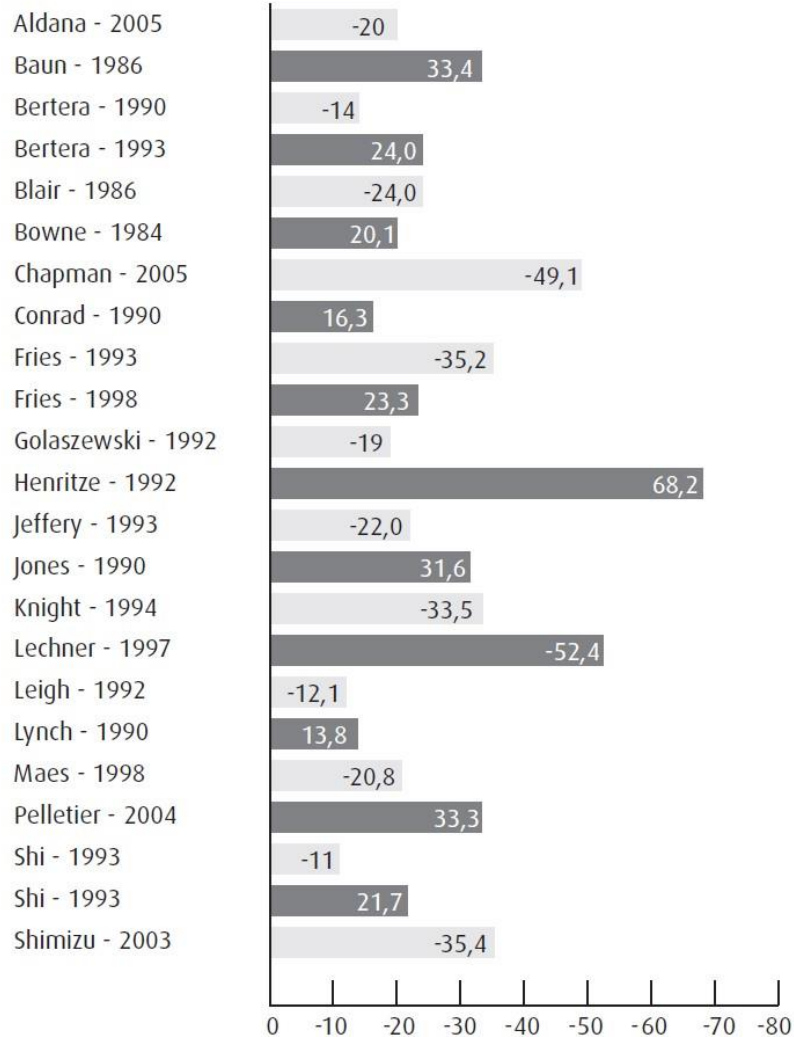
Geeignete Fragen im Rahmen der Auftragsklärung

- ❖ Was ist anders, wenn das Projekt erfolgreich abgeschlossen ist?

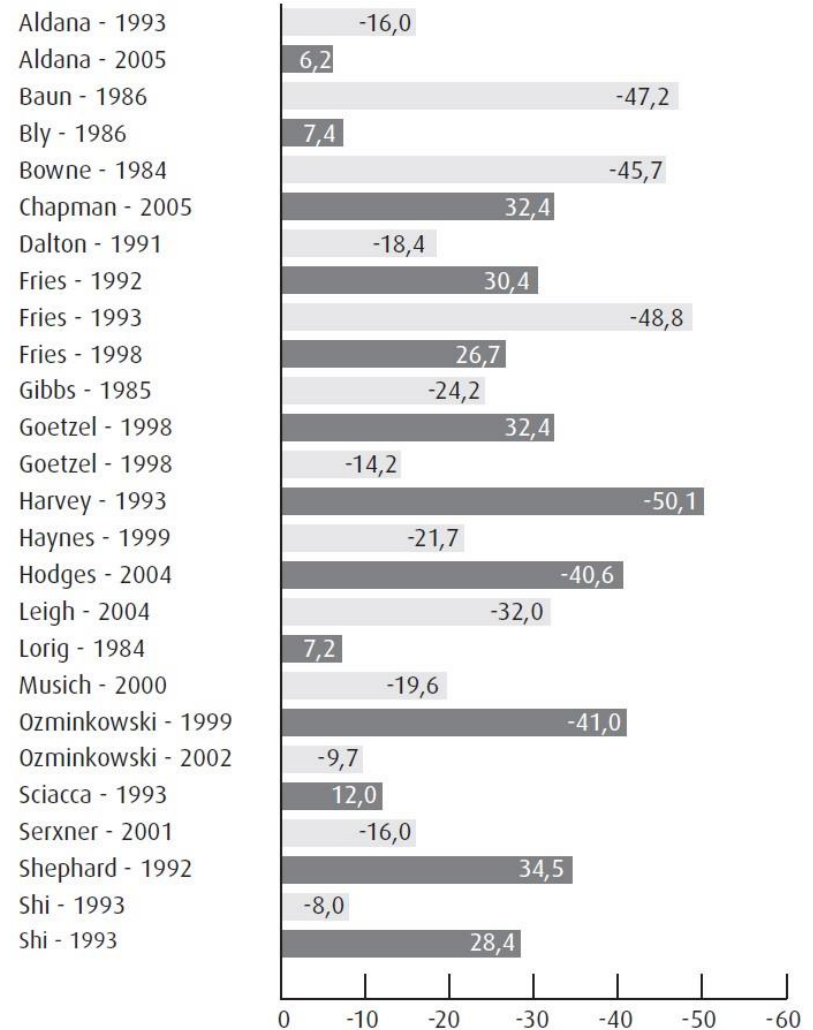
- ❖ Was müsste ich tun, damit das Projekt ein Erfolg wird?
- ❖ Was wäre dabei besonders wichtig?
- ❖ Was wäre der größte Fehler, den ich machen könnte?
- ❖ Wie schätzen Sie unseren bisherigen Umgang mit dem Thema ein?
- ❖ Was glauben Sie, wie sehen andere (Betriebsrat, Wettbewerber ...) das Problem?
- ❖ Wie denken andere (Wettbewerber, die Beschäftigten) über Ihre Einschätzung?

Was „bringt“ BGF dem Unternehmen?

Veränderung krankheitsbedingter Abwesenheit in %



Veränderung medizinischer Kosten in %



Gesundheit als Aufgabe des Arbeitgebers



§ 2 Abs. 1 ArbSchG

Maßnahmen des Arbeitsschutzes sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit, zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, der menschengerechten Gestaltung der Arbeit

§ 4 Ziff. 1 ArbSchG

Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird.

§ 5 Abs. 1 ArbSchG

Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.[...] Eine Gefährdung kann sich insbesondere

ergeben durch [...] unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten, psychische Belastungen bei der Arbeit.



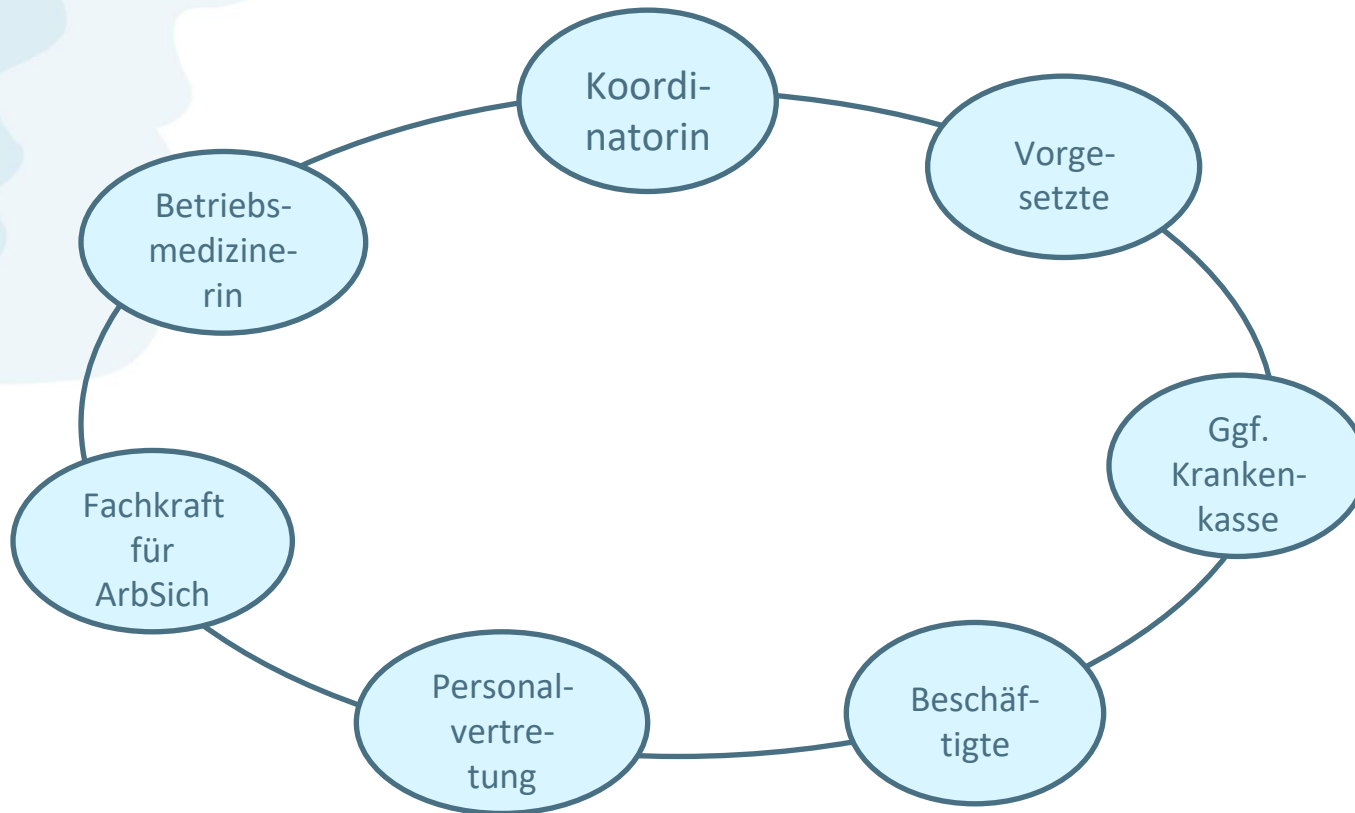
Einen Arbeitskreis bilden

- ❖ Planung und Umsetzung aller Prozessschritte
- ❖ Regelmäßige Information der Beschäftigten, der Führungskräfte und der Betriebsleitung
- ❖ Besondere Motivation und Begleitung der Führungskräfte
- ❖ Abstimmung mit anderen Bereichen im Betrieb (z.B. QM, ArbSch-

Ausschuss, Beschwerdemanagement etc.)

Arbeitskreis Gesundheit

Typische Akteure im BGM



Literatur: Lenhardt U. (2017). Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Interessenlagen – Handlungsbedingungen – Sichtweisen. In: Faller G. (Hrsg.). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.



Leitfaden Prävention

- Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist.
- Eine Kontaktaufnahme ist über die Firmenkundenberater, die Arbeitgeberportale der Krankenkassen sowie über die regionalen BGFKoordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V jederzeit möglich.
- In der Regel stellen Krankenkassen eigene Dienstleistungen/Beratungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung oder arbeiten mit von ihnen beauftragten externen Dienstleistern zusammen.

Quelle:

https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Berechnungen

Krankenstand = 7,4%

Durchschnittliche

Dauer einer

Krankmeldung = 24 d

250 MA x 45 Wochen

x 6 Arbeitstage =

67.500 Tage

Berechnung

$$\frac{5.000 \times 100}{67.500} = 7,4\%$$

67.500

Berechnung

$$(100 \times 1) + (40 \times 2) + (10 \times 3) = 210$$

$$5.000 / 210 = 23,8$$

Durchschnittliche

Zahl

der

$$5.000 / 250 = 20$$

Krankheitstage pro Beschäftigtem = 20

d Berechnung

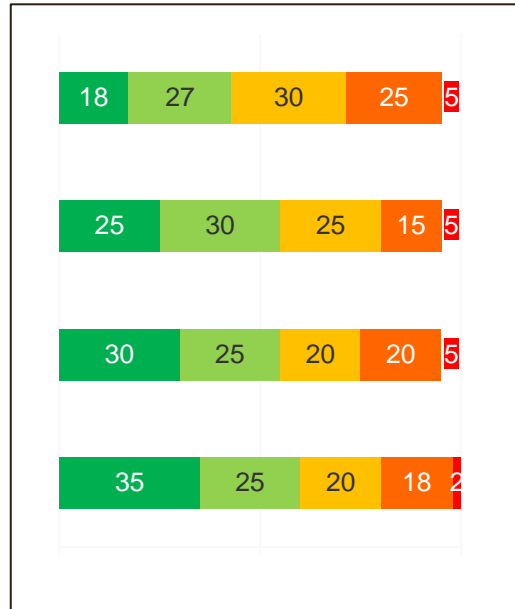
Unterschiede



	Krankenkasse	Betrieb
Erfasste Personen	nur Versicherte	alle Beschäftigten
Bezugsgröße Arbeitswoche	6 Tage	Lt. Arbeitsvertrag
Erfasste Fehlzeiten	nur bei Krankenschein	Sämtliche Fehlzeiten
Verarbeitete Daten	Diagnose	Nur Fehltage
Vergleichsmöglichkeiten	Branche, Region, Bund	Nur Zeitreihenvergleiche

Was machen Sie mit den Ergebnissen?





Führungskraft

1

Teams

2



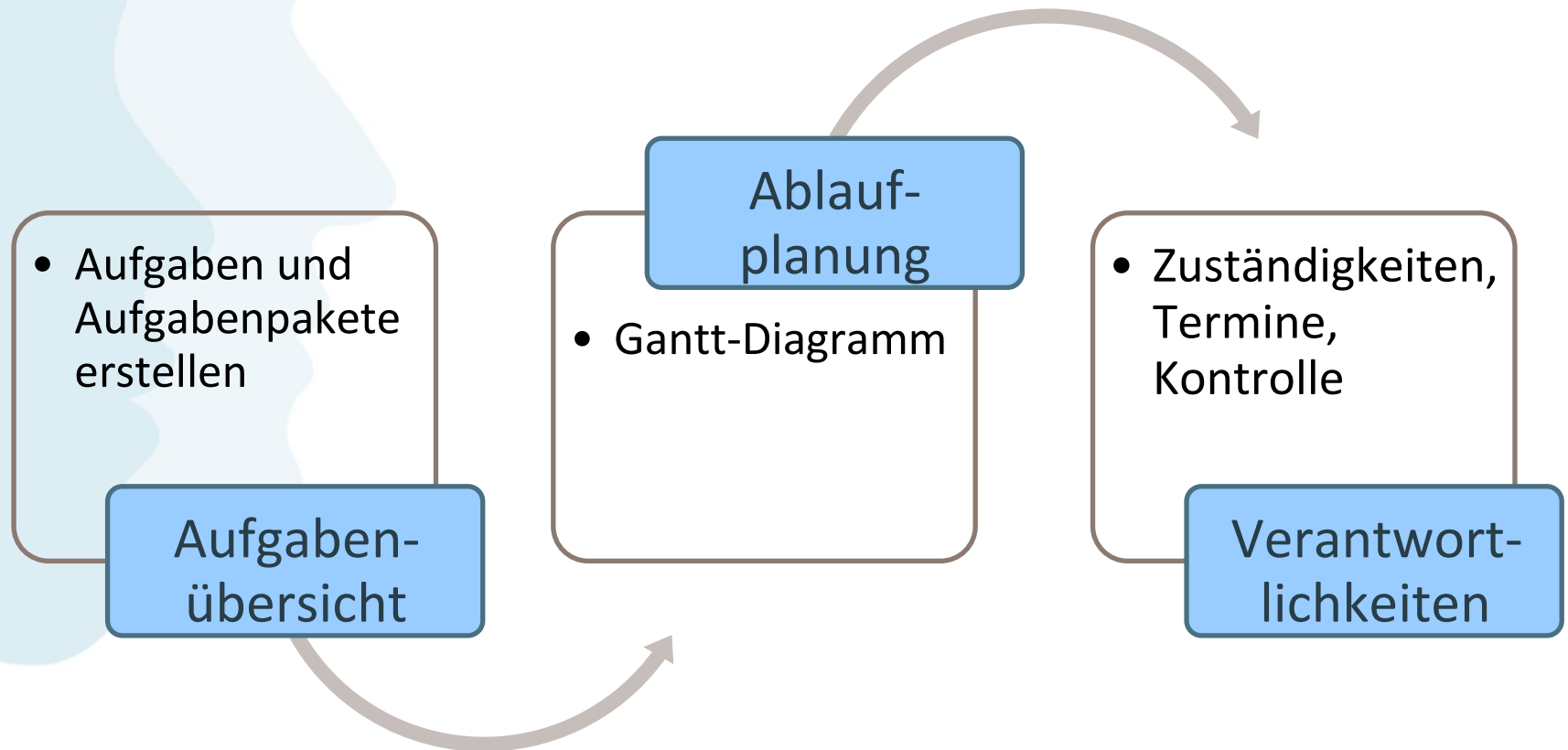
Gesundheitsförderung als betriebliches Entwicklungskonzept

Der Projektzyklus Teil 2

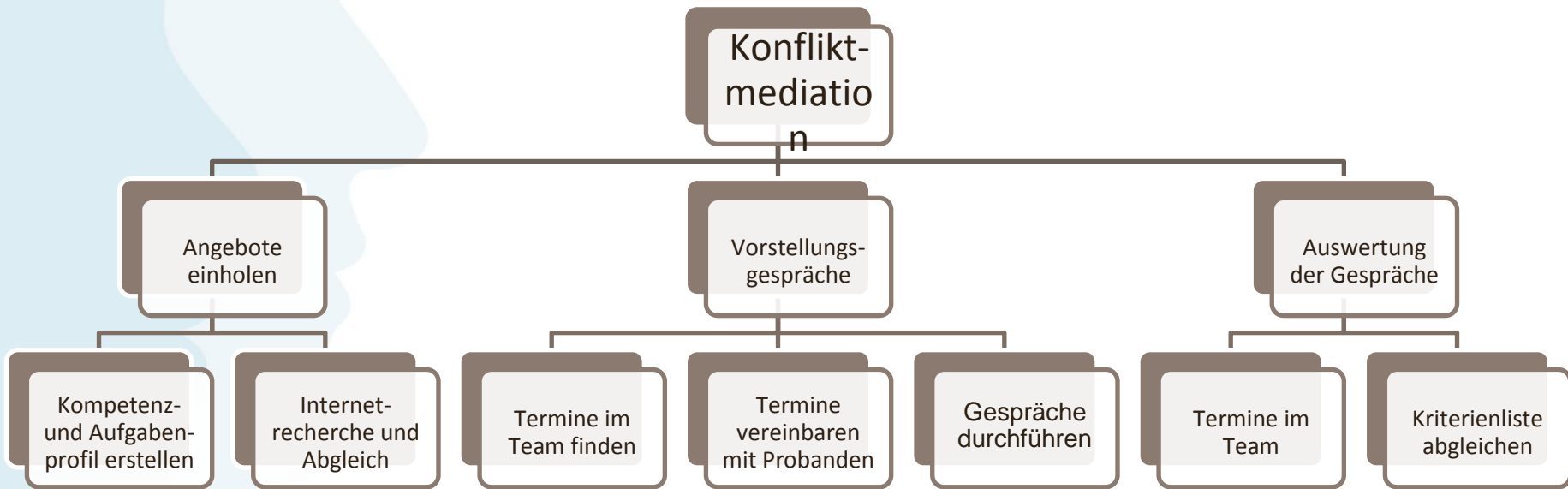
Prof Dr. PH Gudrun Faller

Kommunikation und Intervention im Gesundheitswesen

Maßnahmenumsetzung



Aufgaben und Aufgabenpakete



Formen der Evaluation

	Ergebnisevaluation	Prozessevaluation
Formative Evaluation	Während des Prozesses werden Verlaufsqualität und Zwischenergebnisse (z.B. Indikatoren) erhoben, um rechtzeitig korrigierend eingreifen zu können	
Summative Evaluation	Abschließende Erhebung der Ergebnisse nach Umsetzung der Maßnahmen; Ziel ist die abschließende Bewertung	Rückblickende Bewertung des Prozesses mit dem Ziel der abschließenden Bewertung

Quantitative Indikatoren

- ❖ Krankenstand
 - ❖ Befragungsergebnisse

Nachteile

- ❖ Hohe Trägheit
- ❖ Multifaktoriell bedingt
- ❖ Z.T. kontraproduktive Effekte

Qualitative Indikatoren

- ❖ Wie haben die Beteiligten den Prozess erlebt?
- ❖ Was ist besser geworden?
- ❖ Welche Schwierigkeiten sind angegangen worden?
- ❖ Hat sich die Arbeitsmotivation durch BGM verbessert?

Kriterien im Rahmen der Evaluation

- ❖ Wer erfasst und bewertet die Ergebnisse? Innenperspektive oder Außenperspektive? Leitung oder Betroffene? Experten oder Laien?
- ❖ Mit welchen Methoden werden Ergebnisse erhoben? Handelt es sich um subjektive Wahrnehmungen oder objektive Indikatoren?
- ❖ Welches sind die Referenzgrößen für die Bewertung des Erfolgs? (Vorher-Nachher-Vergleich? Benchmarks? Zielvorgaben?)
- ❖ Wann wird der Erfolg gemessen? In vielen Fällen zeigt sich der Erfolg nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Entwicklungszeit. Andererseits können sich euphorisch konstatierte Erfolge am Ende eines Projekts im Laufe der Zeit relativieren.

Informationsmanagement

Aus welchen Gründen ist es wichtig, die betriebliche Öffentlichkeit von dem Vorhaben zu informieren?



Welche Medien sind geeignet, um die betriebliche Öffentlichkeit von dem Vorhaben zu informieren?

Medien der Information und Kommunikation

Schriftlich

- Broschüren/Faltblätter
- Plakate
- Schwarzes Brett
- Rundschreiben
- Projektzeitung

Persönlich

- Mitarbeitergespräch
- Abteilungsbesprechungen
- Kontaktaufnahme

Elektronisch

- E-Mails an alle Beschäftigten
- Wechselnde Computereingangsmaske
- Intranetseite
- Internetseite

Events

- Personalversammlung
- Gesundheitstag/-woche
- Großgruppen-

durch Projekt-
gruppe

konferenz

■ Betriebsfeier



Bildquellen: fotolia BillionPhotos.com; PhotoSG; MK-Photo - Fotolia

Fragen zur Auswahl von Informations- medien

- ❖ Wer sind die Empfänger?
- ❖ Wann ist der richtige Zeitpunkt?
- ❖ Welche symbolische Bedeutung hat das Medium?
- ❖ Wie sind die üblichen Kommunikationswege?
- ❖ Wie wichtig ist persönliche Kommunikation?
- ❖ Wie komplex ist die zu vermittelnde Information (Faustregel: je komplexer desto persönlicher)?



- ❖ Wie wichtig ist die Möglichkeit zur Rückfrage?
- ❖ Wie vertraulich sind die Informationen?
- ❖ ...



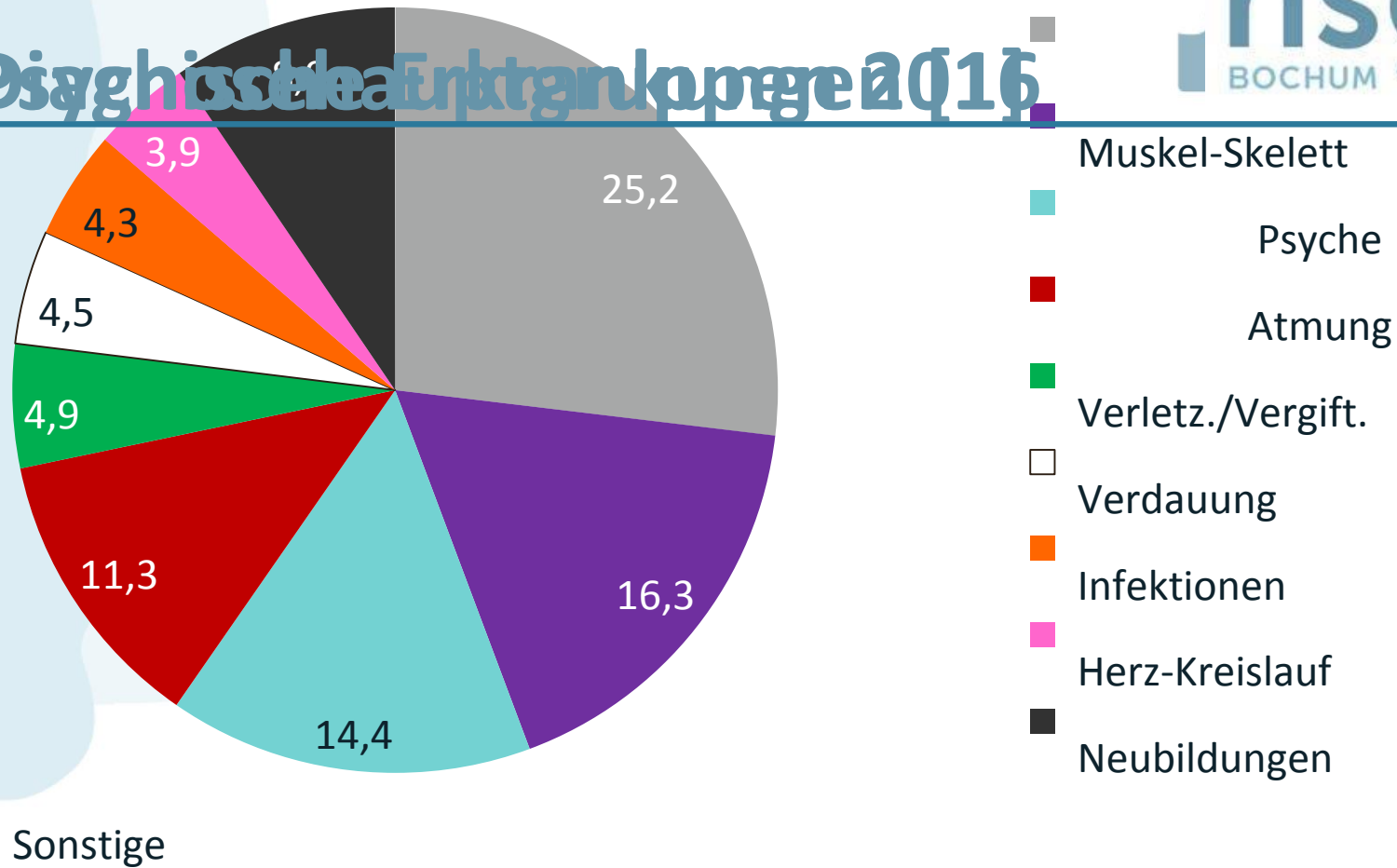
Was belastet Beschäftigte bei der Arbeit heute?

Prof. Dr. Gudrun Faller

Hochschule für Gesundheit

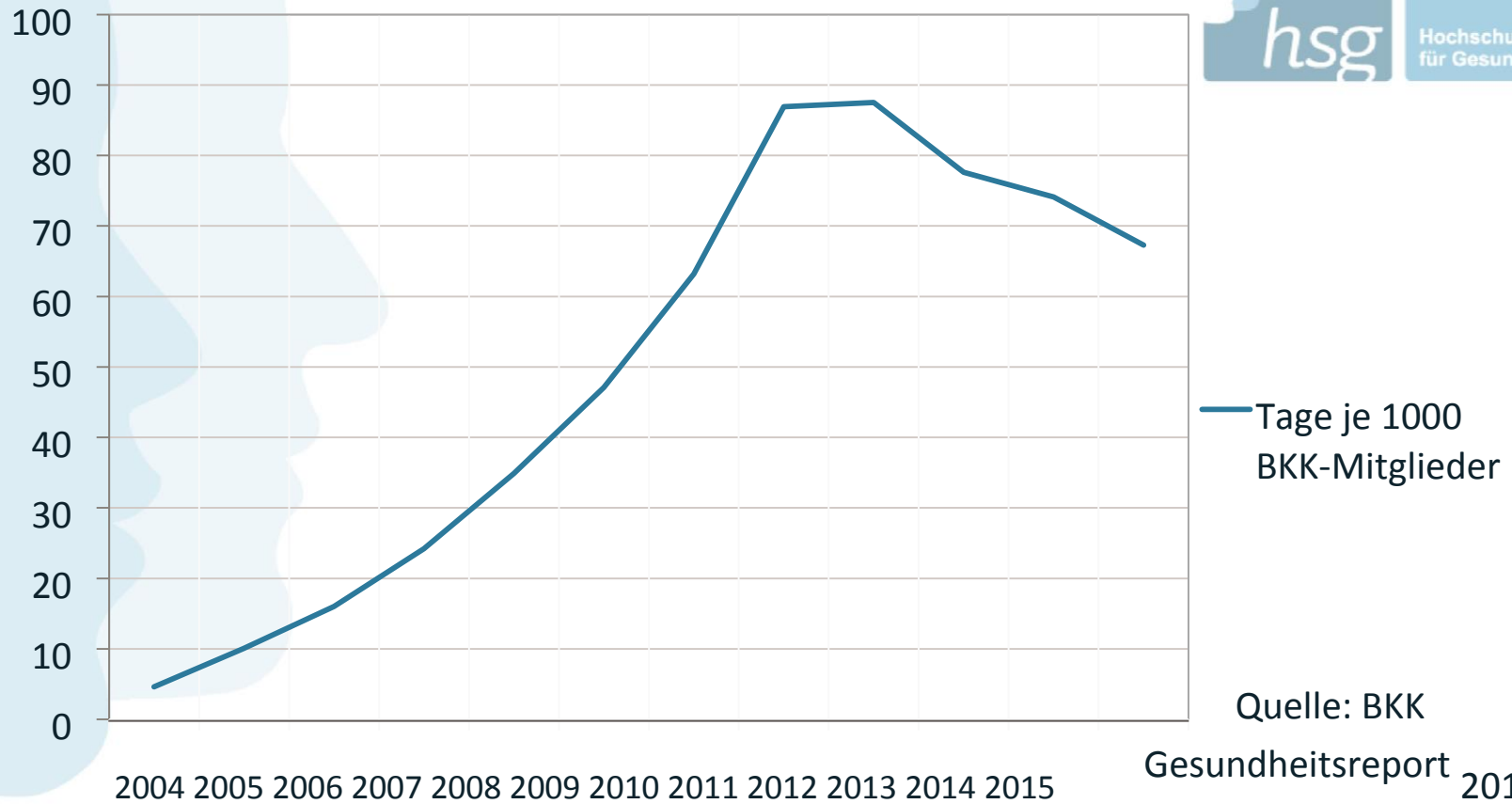
%-Anteile an den AU-Tagen aller BKK-Versicherten für 2016

Diagnosekategorieen für Burnout 2016



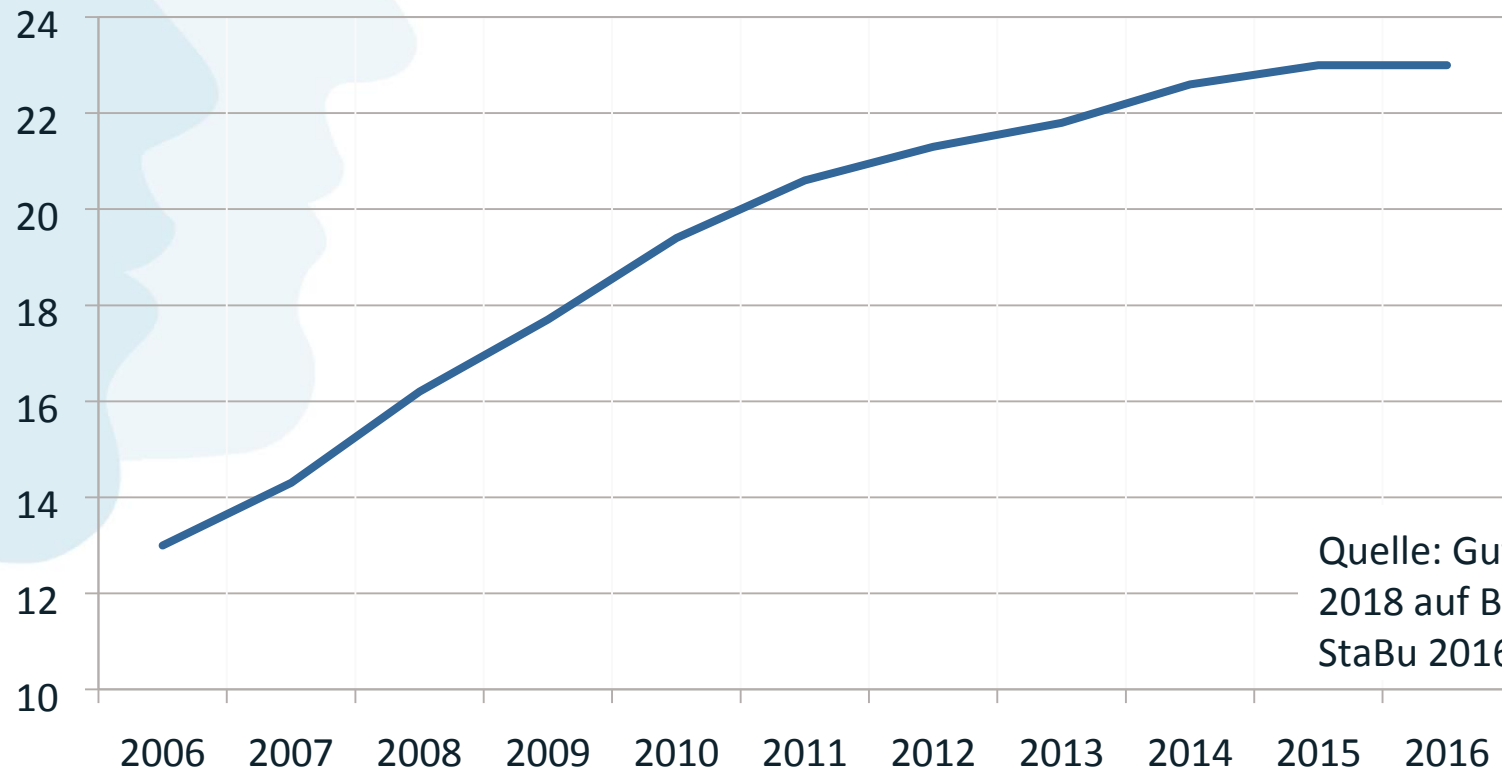
Quelle: BKK Gesundheitsreport 2017

Krankschreibungen mit der Zusatzdiagnose Burnout



Psychische Erkrankungen [2]

Psychoanaleptika Verordnungen in täglichen Dosen pro GKV-Versichertem/Jahr



Quelle: Gute Arbeit
2018 auf Basis von
StaBu 2016 / GKV-SV



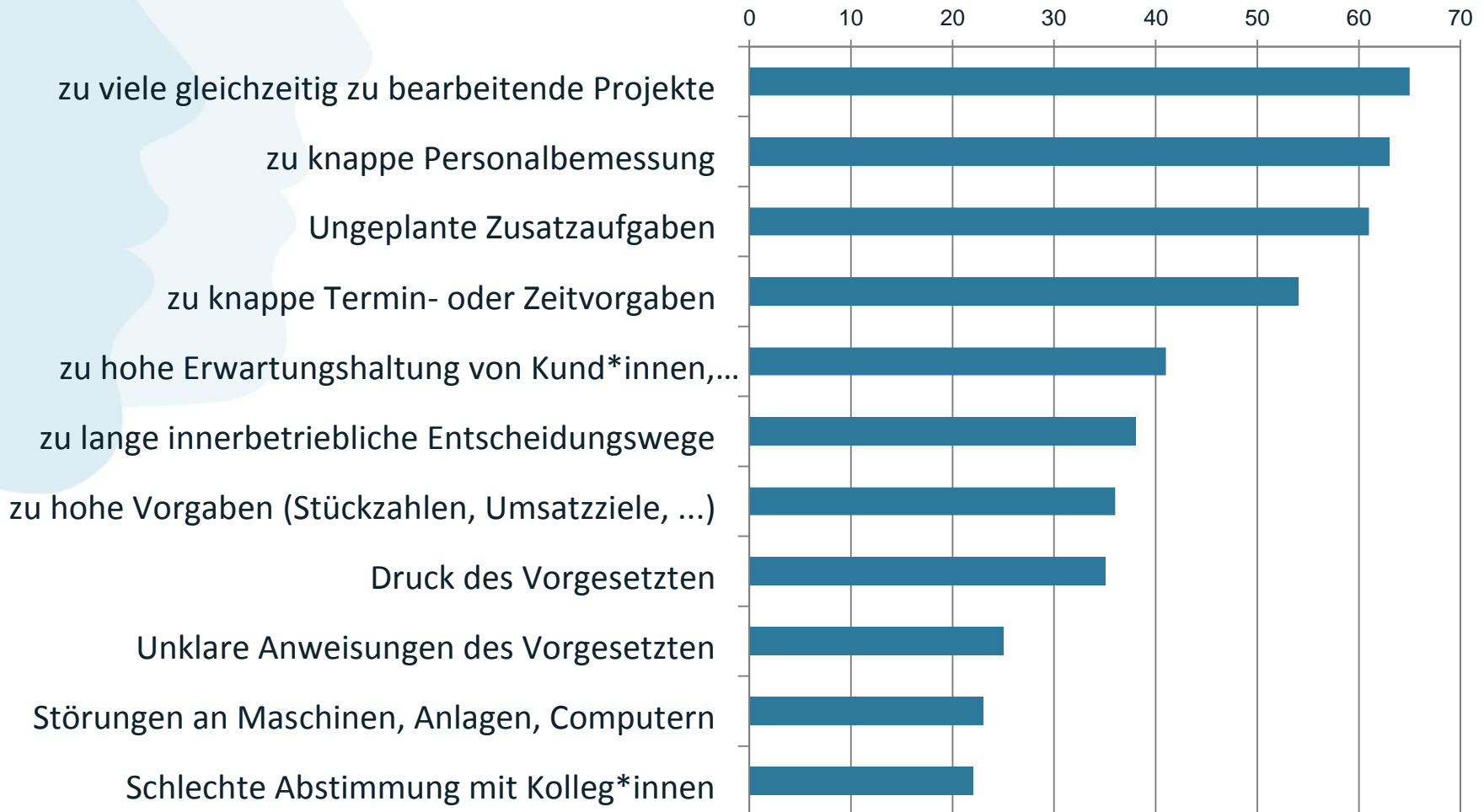
Arbeitsbedingungen in den Belegschaften 2015

Antworten der Betriebsräte in % Prozent der Angabe „Stark“ und „Sehr stark ausgeprägt“ auf einer 6-stufigen Skala





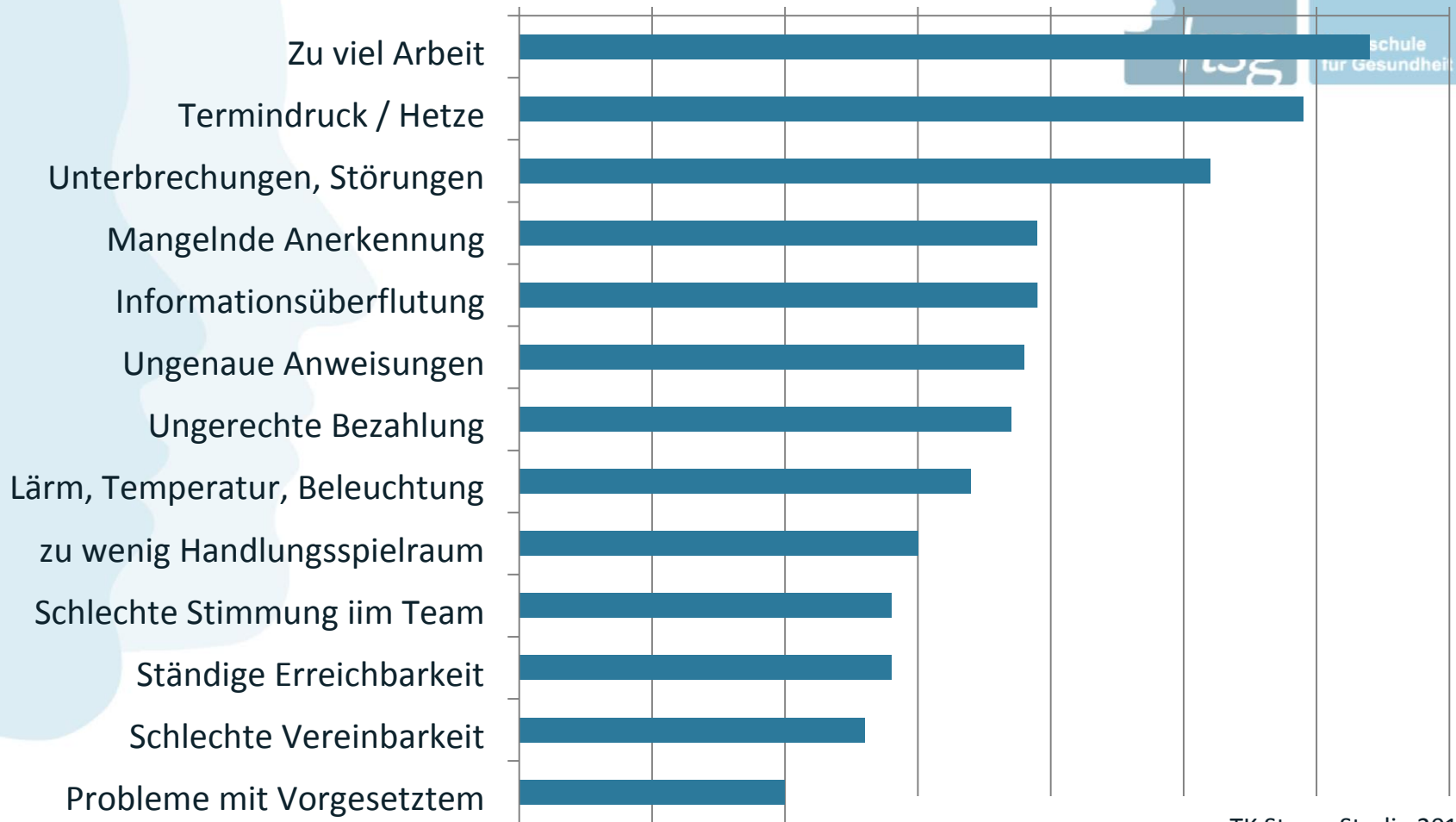
Belastungsfaktoren der Arbeit



Stressfaktoren nach Einschätzung von Beschäftigten



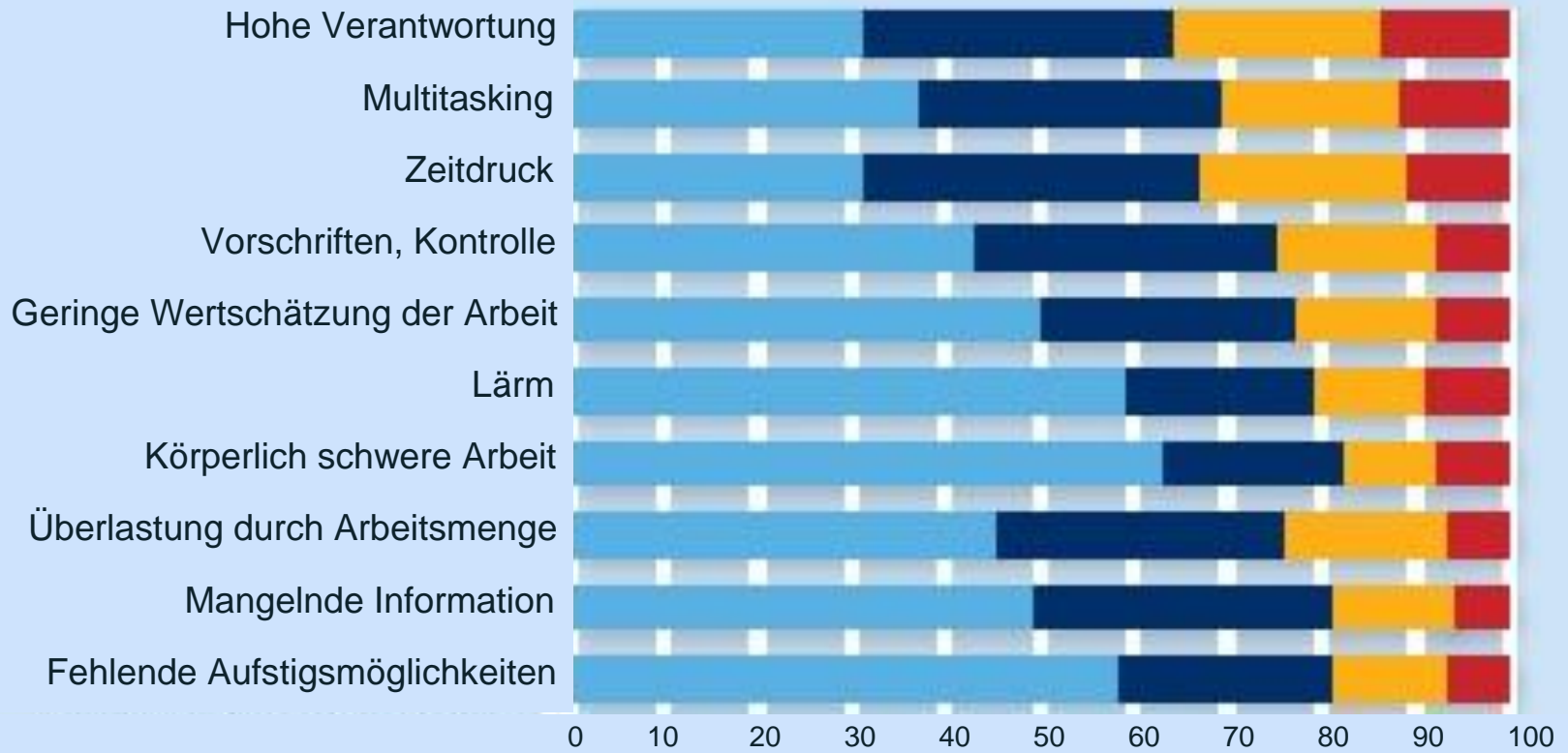
0 10 20 30 40 50 60 70



Häufigste Arbeitsbelastungen in NRW

LIA 2014





stark belastet

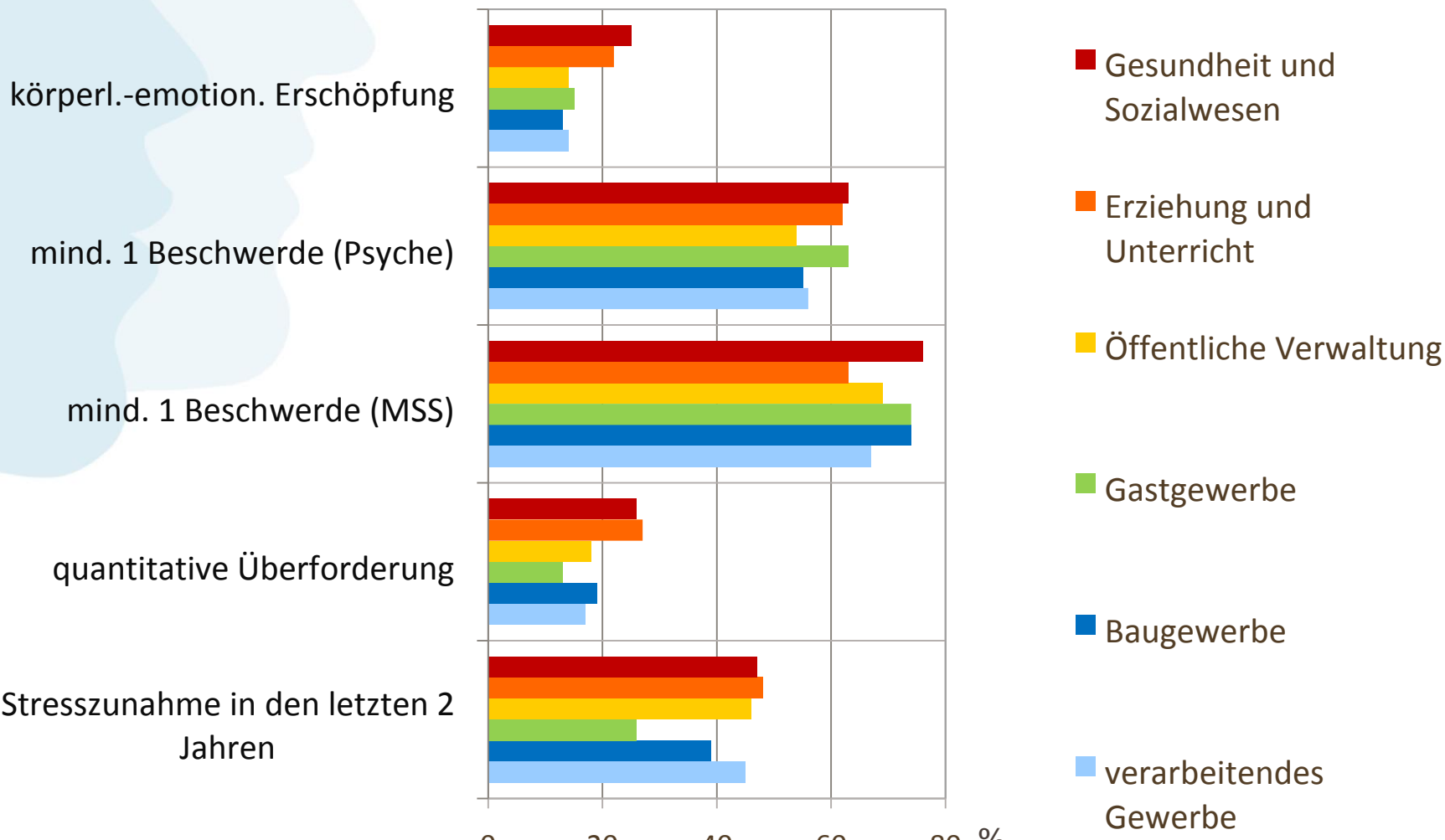
Ziemlich belastet

Etwas belastet

Nicht belastet



Beanspruchungen durch die Arbeit





Quelle BAuA 2012





Theoretische Ansätze zur Erklärung des Einflusses von Arbeit auf Gesundheit

(psychosoziale Einflussfaktoren)

Prof Dr. PH Gudrun Faller

Kommunikation und Intervention im Gesundheitswesen

- ❖ Anforderungs – Kontroll – Modell
- ❖ Modell beruflicher Gratifikationskrisen
- ❖ Empirische Ergebnisse zum Führungsverhalten
- ❖ Interessierte Selbstgefährdung

Anforderungs-Kontroll-Modell

Belastungen am Arbeitsplatz sind das Ergebnis von Einwirkungen auf zwei Dimensionen

Demand

Psychische Anforderungen bei der Arbeit

Widersprüchliche Anforderungen, Arbeitsmenge, Zeitdruck, ungewollte Unterbrechungen, Kooperation mit anderen

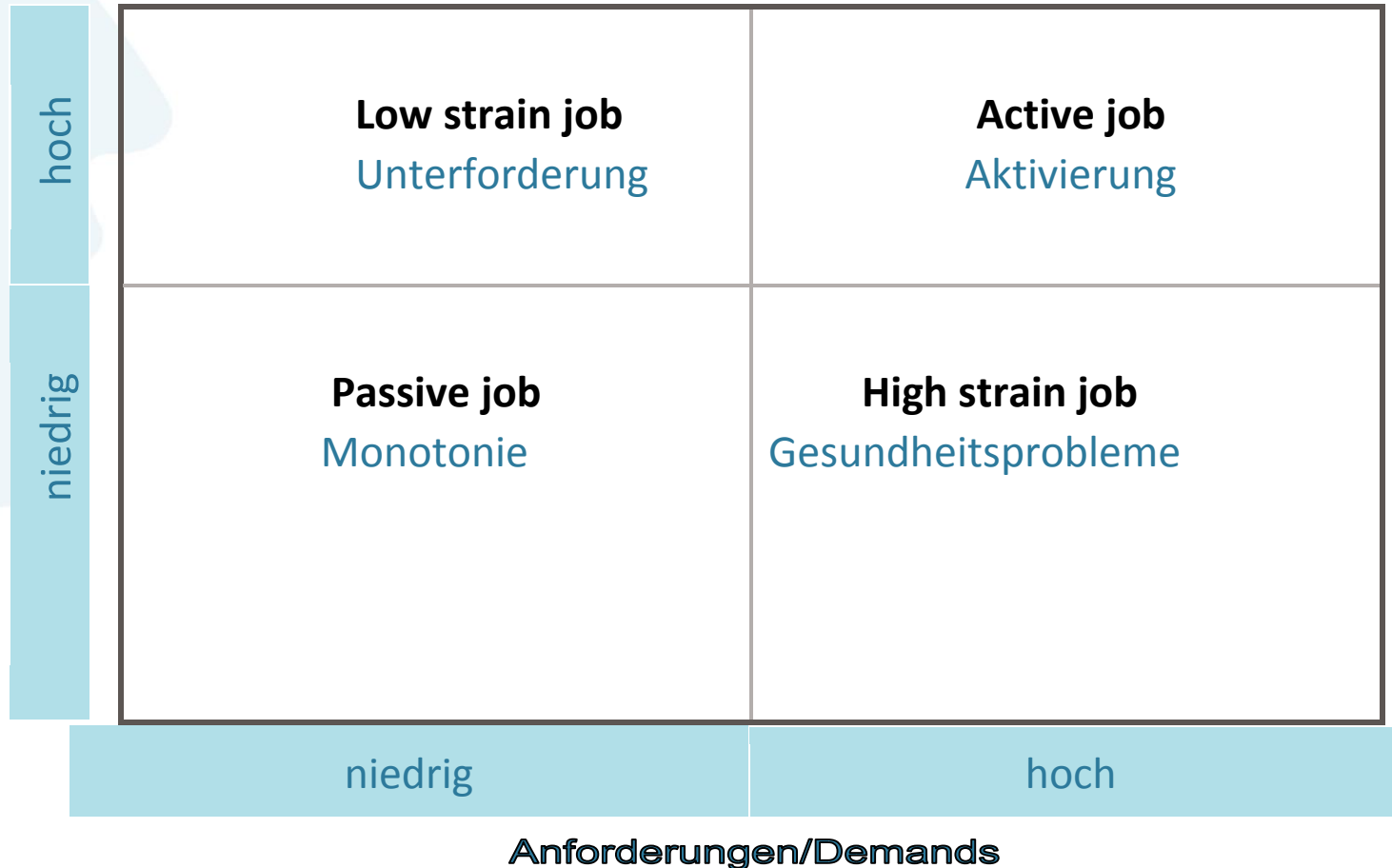
Control

Einflussnahme auf die Gestaltung der Arbeit

Entscheidungsspielräume und Kreativität für die Arbeitsorganisation
Ausgestaltung des eigenen Arbeitsbereichs
„Qualifikationsermessen“

Anforderungs-Kontroll-Modell

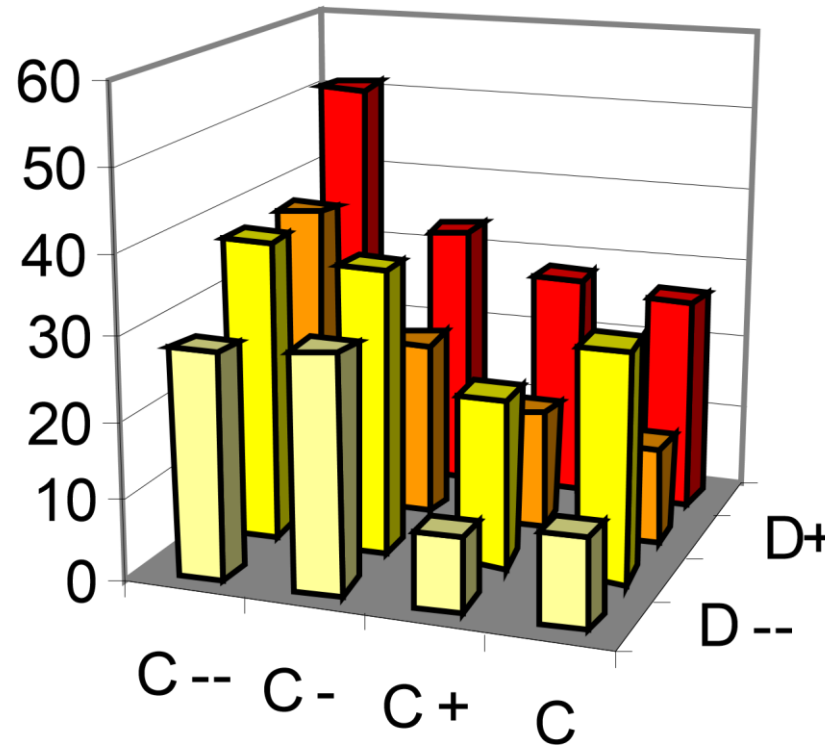
Entscheidungsspielraum/Control



Empirische Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell

Ausmaß an
Depression in einer
USStichprobe n = 911

Quelle:
Karasek 1979

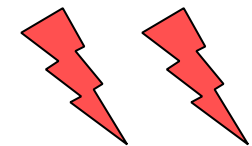
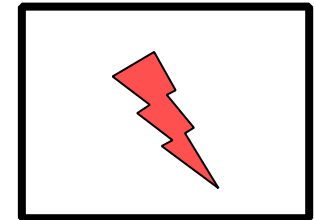


D = Anforderungen an
den Beschäftigten

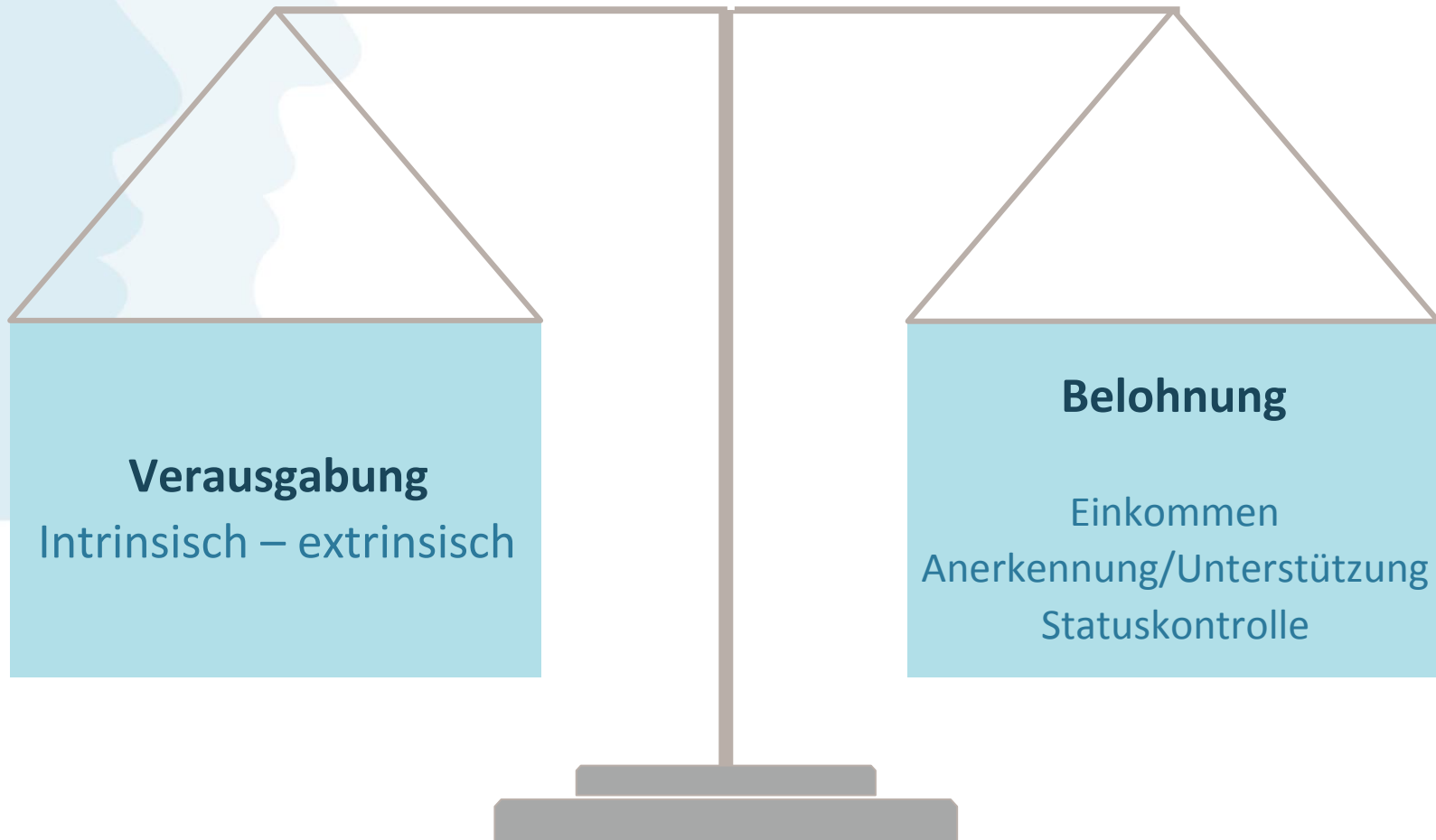
C = Kontrolle durch den Beschäftigten ++

Erweitertes Anforderungs-Kontroll-Modell

- Erweiterung um eine dritte Dimension: sozialer Rückhalt am Arbeitsplatz
- Im positiven Sinne kann soziale Unterstützung die negativen Wirkungen von high strain dämpfen
- Fehlt zusätzlich der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz, so ist mit zusätzlich verstärkten Stressreaktionen zu rechnen.

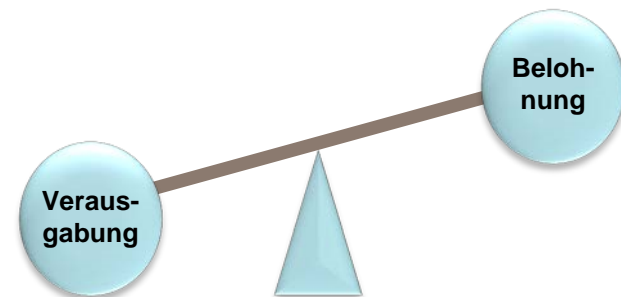


Modell beruflicher Gratifikationskrisen

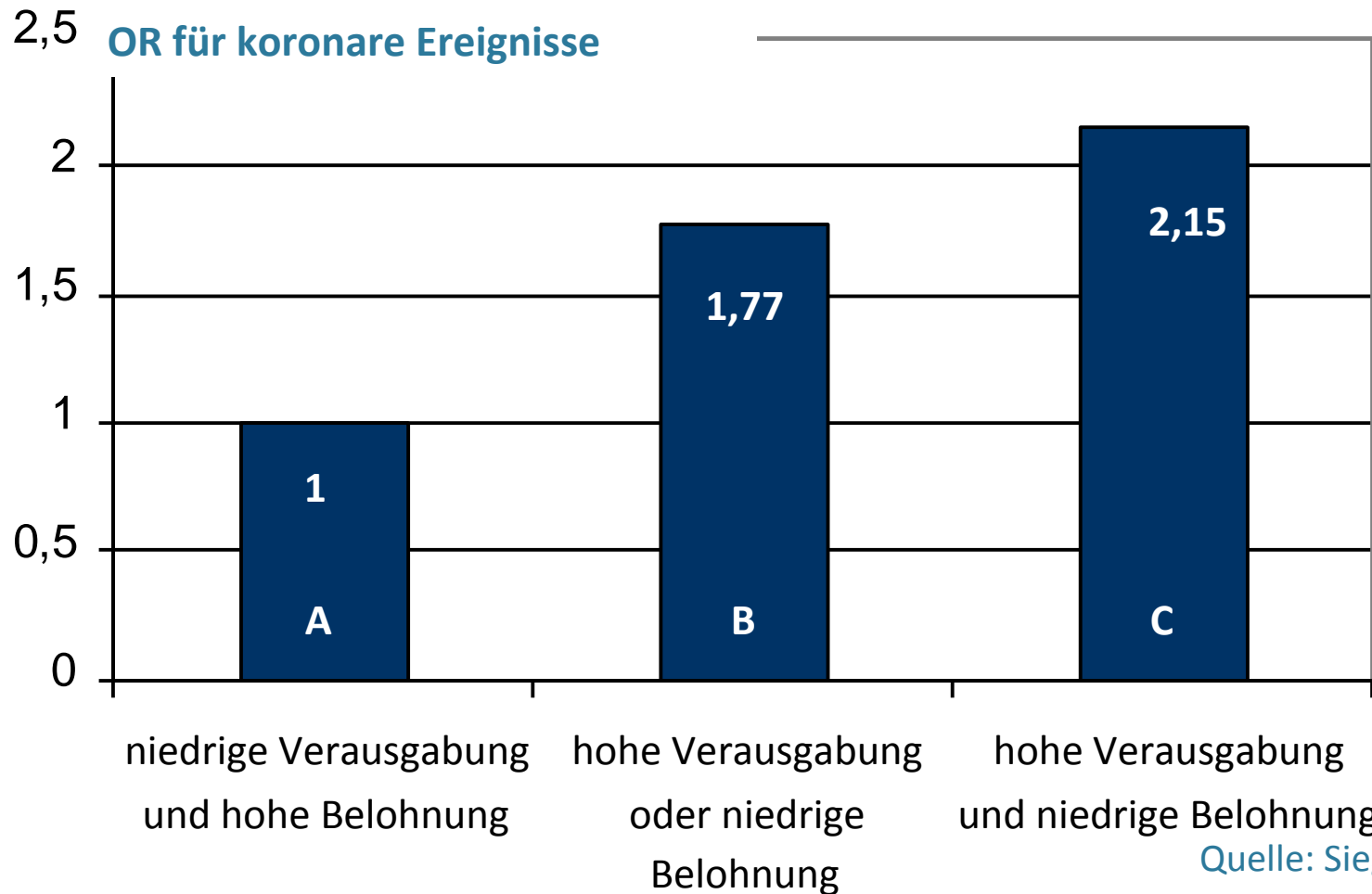


Gründe für die Aufrechterhaltung des Ungleichgewichts

- ❖ Fehlende Arbeitsplatzalternativen
- ❖ Strategisches Verhalten (Erwartung einer späteren Honorierung)
- ❖ Psychische Disposition
- ❖ übersteigerte Verausgabungsneigung
- ❖ stark ausgeprägtes Bedürfnis nach Erfolg, Kontrolle und Anerkennung



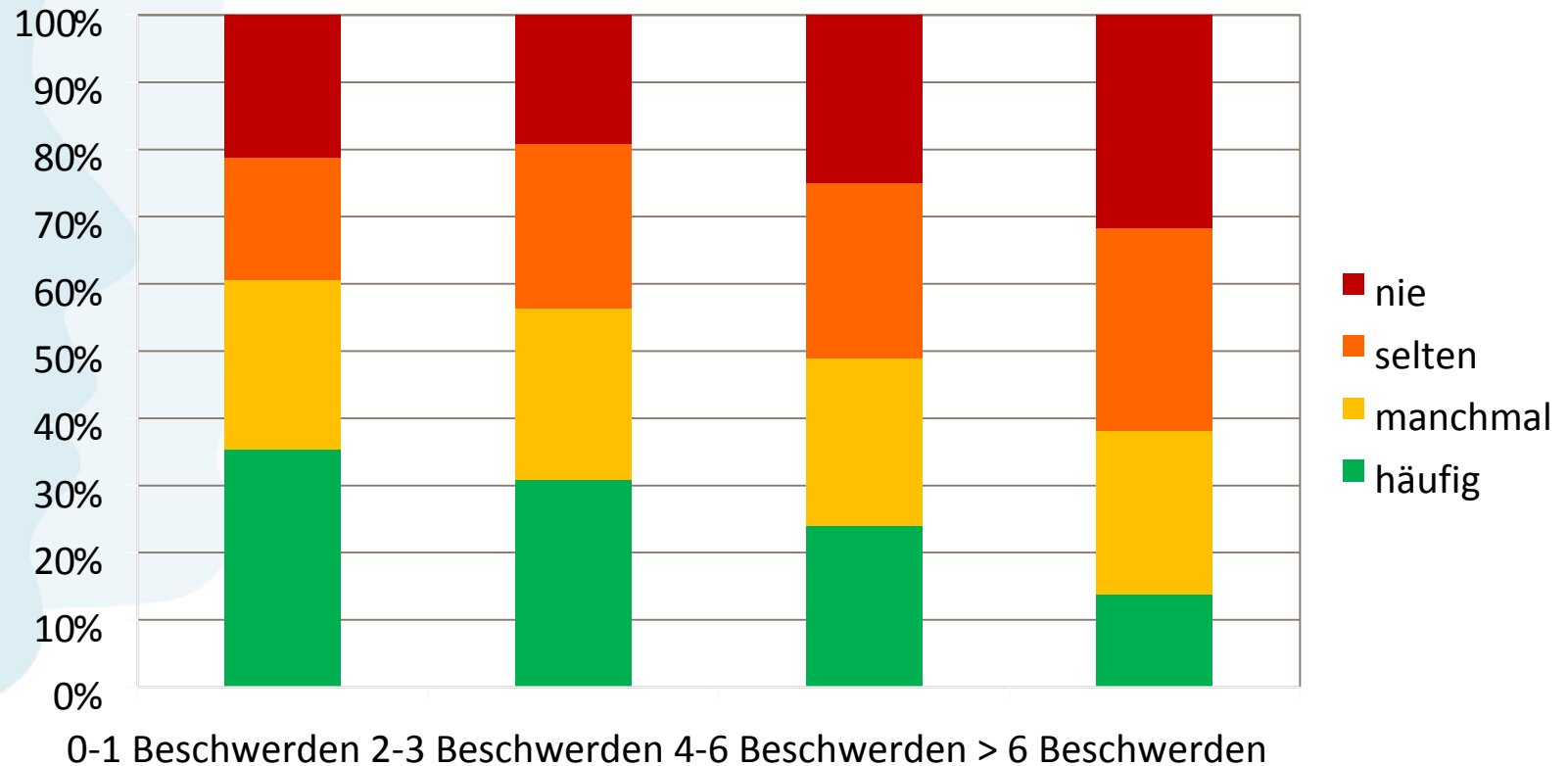
Empirische Ergebnisse



Quelle: Siegrist 2000

Bosma et al.-1998

Hilfe vom direkten Vorgesetzten



n = 17.562

Quelle: Lohmann-Haislah, 2012: Stressreport Deutschland, S. 124

Studie von Nyberg et al. 2009

Dosis-Effekt:

Je länger die Mitarbeiter*innen an demselben Arbeitsplatz mit derselben Führungskraft tätig waren, desto mehr stieg das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei schlechtem Führungsverhalten.

Sozioökonomische Faktoren und andere Risikofaktoren wie Diabetes, Rauchen etc. wurden dabei kontrolliert.

Führung: Ressource oder Risiko?



- ❖ Mitsprachemöglichkeiten
- ❖ Entspannte Atmosphäre
- ❖ Gut vorbereitete Meetings
- ❖ Wertschätzung, Lob
- ❖ Gemeinsame Aktivitäten
- ❖ Erwartungen aussprechen
- ❖ Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit
- ❖ Probleme intern klären
- ❖ Konstruktiver Umgang mit Fehlern
- ❖ Positive Lebenseinstellung
- ❖ Gesundheit als wichtiger Wert
- ❖ Delegieren und Ergebnisse akzeptieren

- ❖ Dominanzgehab
- ❖ Kritik vor anderen
- ❖ Selbstdarstellung statt Zeitmanagement
- ❖ Fehlende Anerkennung
- ❖ Keine Entscheidungen treffen
- ❖ Unklare Erwartungen
- ❖ Nicht zu seinem Wort stehen
- ❖ Vorführen
- ❖ Von andern verlangen, was man selbst nicht macht
- ❖ An allem herumkritisieren
- ❖ Kein Rückgrat

Führung: Ressource oder Risiko?

Ergebnisse der Meta-Analyse von Gregersen

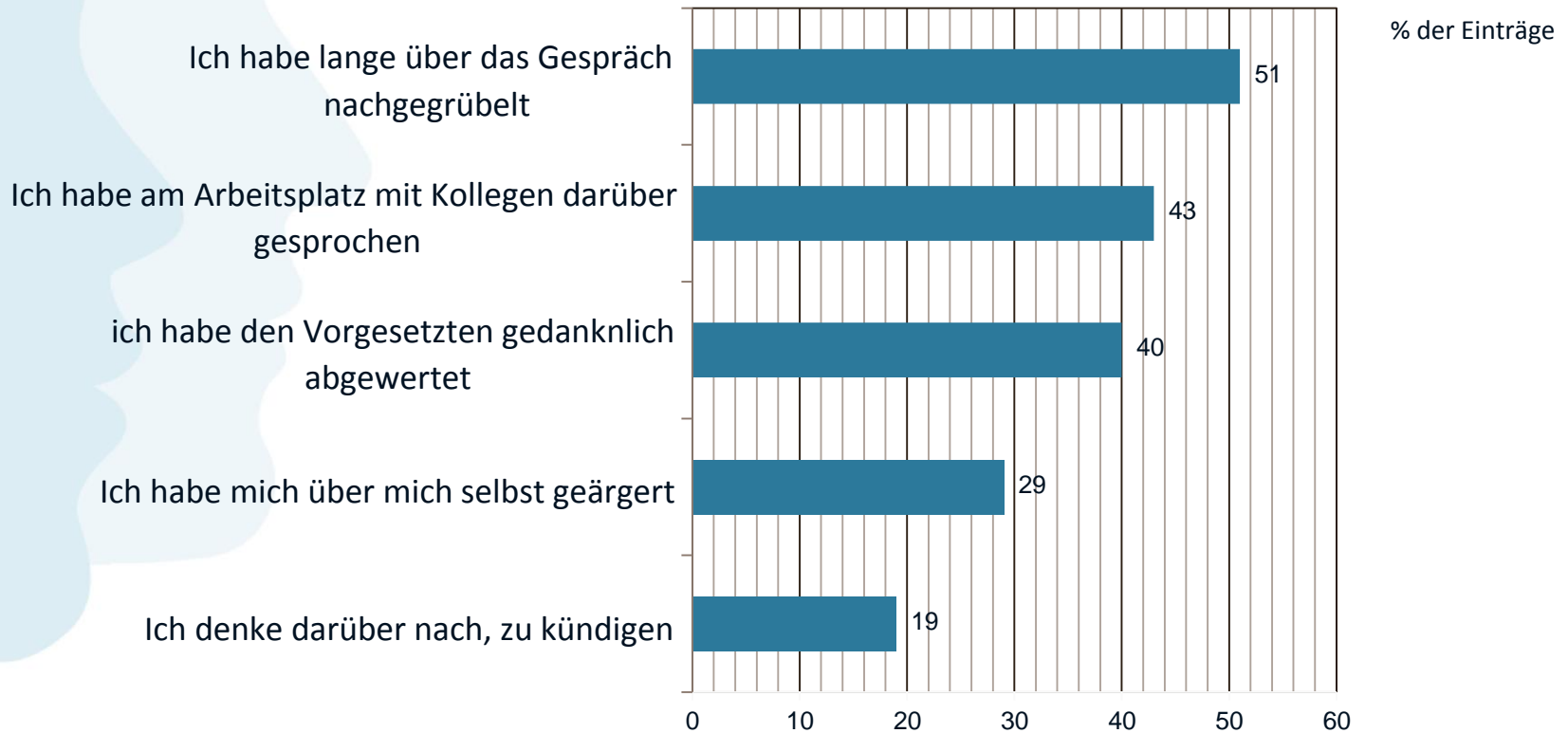


Führungsverhalten kann sich positiv und negativ auf Gesundheit und Motivation auswirken.

Es gibt nicht den richtigen Führungsstil, Führung ist immer ein Zusammenspiel von Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen.

Merkmal	Beispiele
Vorbild sein	Interesse an eigener Gesundheit. Aufmerksamkeit für Gesundheitsbelastungen (eigene und die der Mitarbeiter), Überlastung vorbeugen
Empirisch bestätigte Merkmale Positive Beziehungen zu den Mitarbeitern aufbauen	Interesse am Wohlbefinden der Mitarbeiter, Offenheit, Zugänglichkeit und Respekt, Wertschätzung im Umgang mit Mitarbeitern
Für Arbeitsbedingungen sorgen	gute Konstruktives Feedback, Partizipations-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Tätigkeitsspielräume, realistische und flexible Zielsetzung, Vermeidung von Überforderung
Sich Gesundheitsförderung einsetzen	für Erfragen von Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz, gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Wirksamkeitsprüfung von Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Gefährdungen, Unterstützung von BGF

Was passiert bei schlechtem Führungsverhalten?



Auswertung von 140 Tagebucheinträgen, nach entwertendem Führungsverhalten

Weshalb zeigen Vorgesetzte schädliches Führungsverhalten?

Führungskräfte stehen selbst unter Druck, meist sind die personellen Ressourcen nicht ausreichend, um die Zielvorgaben zu erreichen.

Es gibt zahlreiche widersprüchliche Anforderungen vom obersten Management, Mitarbeitenden, Kunden, weitere Externe Stellen – und eigene Bedürfnisse.

Nach Buchinger (2010, z.n. Stilijanov & Richter 2017) ist die wichtigste Führungsfähigkeit heute, ein Enttäuschungsgleichgewicht herzustellen.

Neuere Entwicklungen

Ergebnisorientierte (indirekte) Steuerung

setzt auf das eigenständige, erfolgsorientierte Arbeiten der Beschäftigten.

Stärken	Probleme
Hoher Handlungsspielraum, hohe Umsetzungsautonomie	Wenn die Rahmenbedingungen des Erfolgs schwer zu beeinflussen sind (z.B. Konkurrenz) Bei sich kontinuierlich steigenden Erfolgserwartungen (jährliche Steigerung des Erfolgs um 5 %)

Interessierte Selbstgefährdung

Der Philosoph Klaus Peters (2011) beschreibt die „interessierte Selbstgefährdung“ als Kernsymptom gesundheitskritischer Auswirkungen einer indirekten Steuerung:

Um den Erfolg der eigenen Arbeit zu sichern oder Misserfolg zu vermeiden, wird eine Gefährdung der eigenen Gesundheit willentlich in Kauf genommen.

Krause et al. (2017) fassen Selbstgefährdung als eine Bewältigungsstrategie auf. Aus betrieblichen Fallstudien haben sie acht Facetten der Selbstgefährdung abgeleitet:

- Ausdehnen der eigenen Arbeitszeit
- Intensivieren der Arbeitszeit
- Einnahme von Substanzen zur Erholung
- Einnahme stimulierender Substanzen
- Präsentismus
- Vortäuschen
- Senken der Qualität
- Umgehen von Sicherheits- und Schutzstandards



Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V

Prof Dr. PH Gudrun Faller

Kommunikation und Intervention im Gesundheitswesen

Leistungsarten der Krankenkassen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Gesetzliche Grundlage

§ § 20, 20a, 20b und 20c SGB V

Leistungsarten

- ❖ Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
- ❖ Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V
- ❖ Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § § 20b und 20c SGB V.

Verhaltensprävention im Betrieb

- ❖ Es gelten die Anforderungen nach § 20 Abs. 5 SGB V

Definition

Leistungen zur individuellen verhaltens-
bezogenen Primärprävention richten sich an einzelne Versicherte.
Sie sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden,
Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen
(Quelle: <https://www.gkv-spitzenverband.de>)

Besonderer epidemiologischer Bedarf besteht hinsichtlich:

- ❖ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ❖ Diabetes mellitus, insbes. Typ 2
- ❖ Adipositas
- ❖ bösartige Neubildungen
- ❖ Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- ❖ Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
 - ❖ psychische/psychosomatische Krankheiten.

Ziel ist die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden verhaltensbedingten Risikofaktoren und durch Stärkung gesundheitsfördernder Faktoren (=Ressourcen).

Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen bzw. die von ihnen mit der Prüfung beauftragten Stellen die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens (Zertifizierung bei der zentralen Prüfstelle Prävention).

Die Zertifizierung erstreckt sich auf Kurskonzepte (Kursinhalt) in Verbindung mit der Qualifikation der Kursanbietenden (staatlich anerkannter Abschluss; ggf. Zusatzqualifikation).

Voraussetzungen

- ❖ Die Wirksamkeit hat sich in Studien oder Metaanalysen erwiesen (Evidenzbasierung)
- ❖ Die Maßnahme hat eine konkrete Zielbestimmung, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, so dass sich eine Veränderung bzw. Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messen lässt.
- ❖ Wesentliche Zielkriterien bilden dabei die nachhaltige Verringerung von gesundheitsriskanten und der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Arbeitsauftrag: „Spezifizierung und Weiterentwicklung einer Projektidee zu Prävention/ Gesundheitsförderung“

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, die Inhalte aus den Veranstaltungen „Ansätze, Konzepte und Modelle der Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsförderliche Methoden für den Berufsalltag organisieren“ unter den folgenden Aufgabenstellungen auf ein Setting zu übertragen bzw. Ihre bisherige Projektidee im Bereich Prävention und/oder Gesundheitsförderung zu spezifizieren und weiterzuentwickeln.

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Spezifizierung und Weiterentwicklung einer Projektidee zu Prävention/ Gesundheitsförderung“ **bis zum 16.12.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ (Abgabeordner „Nachbereitung: 2. Präsenzphase“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Maike Sieverding, E-Mail masiever@uni-osnabrueck.de senden.

1. Bearbeiten Sie allein oder gemeinsam das Praxisbeispiel oder Fallbeispiel und erarbeiten Sie ein Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention in dem gewählten Setting unter Berücksichtigung der folgenden Fragen:
 - a. Welche (rechtlichen) Grundlagen und strukturellen Rahmenbedingungen sind bei der Entwicklung und Umsetzung Ihres Vorhabens zu berücksichtigen?
 - b. Wie erhalten Sie Zugang zum Setting? Welche Motive und Interessen verfolgen die Entscheidungsträger des Settings, um sich für eine Zusammenarbeit mit Ihnen zu entscheiden? Welche Erwartungen haben die Entscheidungsträger? Worin bestehen Schnittstellen zu Ihren eigenen Zielen? Wo nicht?
 - c. Wie werden Sie in dem gewählten Setting auf die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention aufmerksam bzw. wie stellen Sie Bedarfe fest? Mit welchen geeigneten Instrumenten/Methoden können Sie diese erfassen? Welche Personen(gruppen), Bereiche des Betriebes oder externen Personen und Faktoren sollten mit einbezogen werden? In welcher Form sollten diese mit einbezogen werden?
 - d. Arbeiten Sie ein geeignetes Vorgehenskonzept zur Prävention und Gesundheitsförderung in dem gewählten Setting aus. Bitte beachten Sie dabei, dass die Betroffenen aktiv an der Maßnahmenplanung, -umsetzung und -evaluation beteiligt sind. Beschreiben Sie dieses möglichst detailliert in Hinblick auf die Planung, Organisation/Einführung und Umsetzung.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum 16.12.2018 in den oben genannten Abgabeordner in Moodle hoch.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Arbeitsauftrag zur Vorbereitung der Veranstaltung: Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen:

- Überlegen Sie sich Möglichkeiten zur Verstetigung Ihrer Maßnahme bzw. Ihres Konzepts und zur Überprüfung der Wirksamkeit. Hilfreich bei diesen Überlegungen ist „*PHINEO: Kursbuch Wirkung*“ (siehe Link in Moodle), das Sie herunterladen können.
- Welche Widerstände vermuten Sie in Ihrem Gesundheitsförderungsprojekt? Hinweise hierzu können Sie der Broschüre der Techniker Krankenkasse „Gesundheit in KMU-Widerstände gegen BGM in kleinen und mittleren Unternehmen“ (siehe Moodle-Link) entnehmen.
- Bitte notieren Sie sich ihre Überlegungen zur Verstetigung, zur Überprüfung der Wirksamkeit und vermuteter Widerstände und bringen Sie diese Notizen zur 3. Präsenz mit. Ihre Notizen werden als Diskussionsgrundlage für die Bereiche „Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen“ in der Veranstaltung dienen.

Ziel dieses Arbeitsauftrags ist es, Ihre geplante Maßnahme konkret aus der Perspektive der Nachhaltigkeit und Verstetigung zu beleuchten, so dass Frau Dr. Imsieke Ihre Fragen zu dem Thema möglichst praxisnah, d.h. auf Ihr Projekt bezogen, mit Ihnen gemeinsam erarbeiten und beantworten kann.

Nachhaltig gesund bleiben:

- Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Praxis -**

Betriebliches Gesundheitsmanagement

„... ist die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse

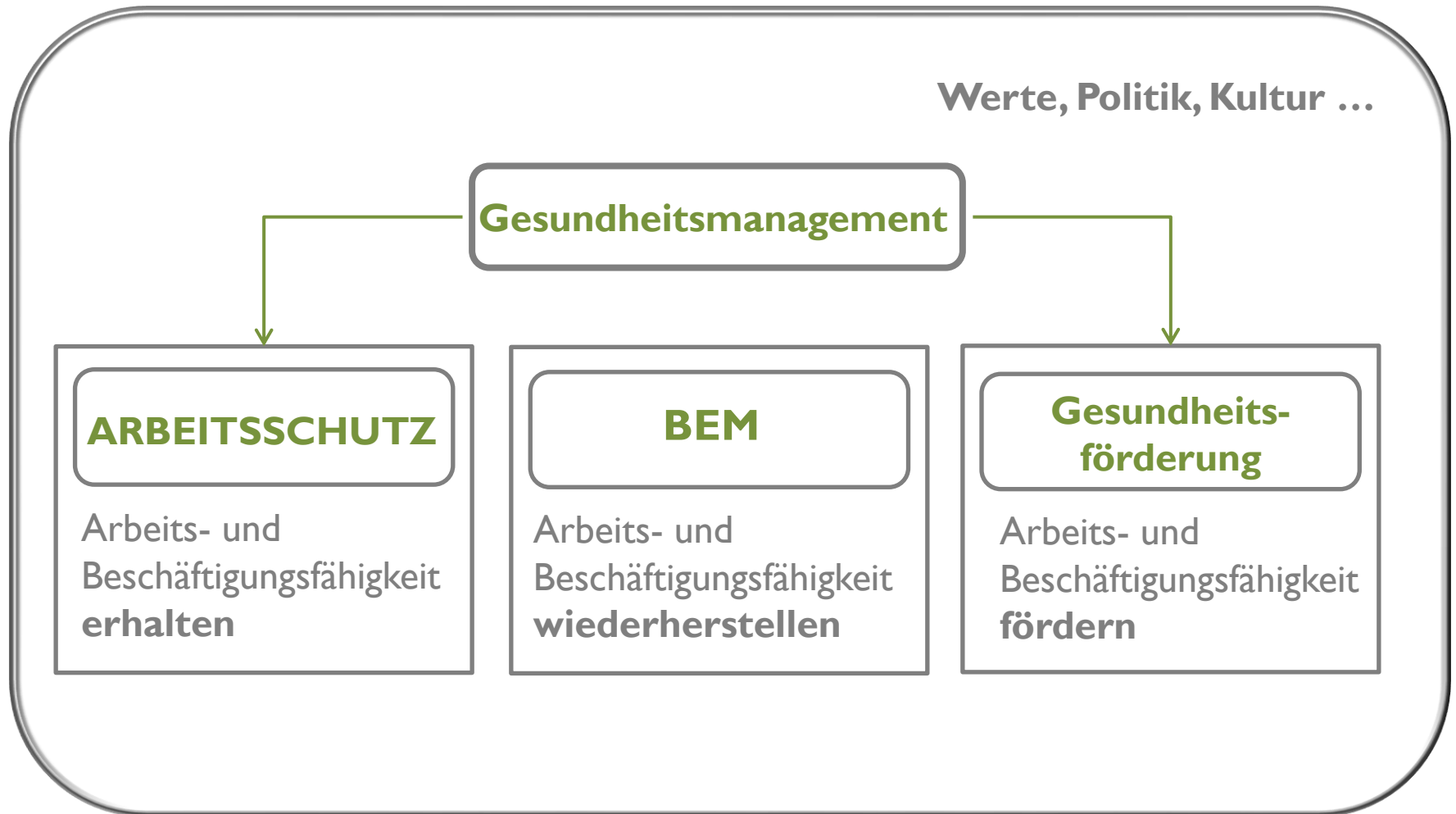
mit dem Ziel

Gesundheit, Leistung und Erfolg für den Betrieb und alle seine Beschäftigten zu erhalten und zu fördern.“

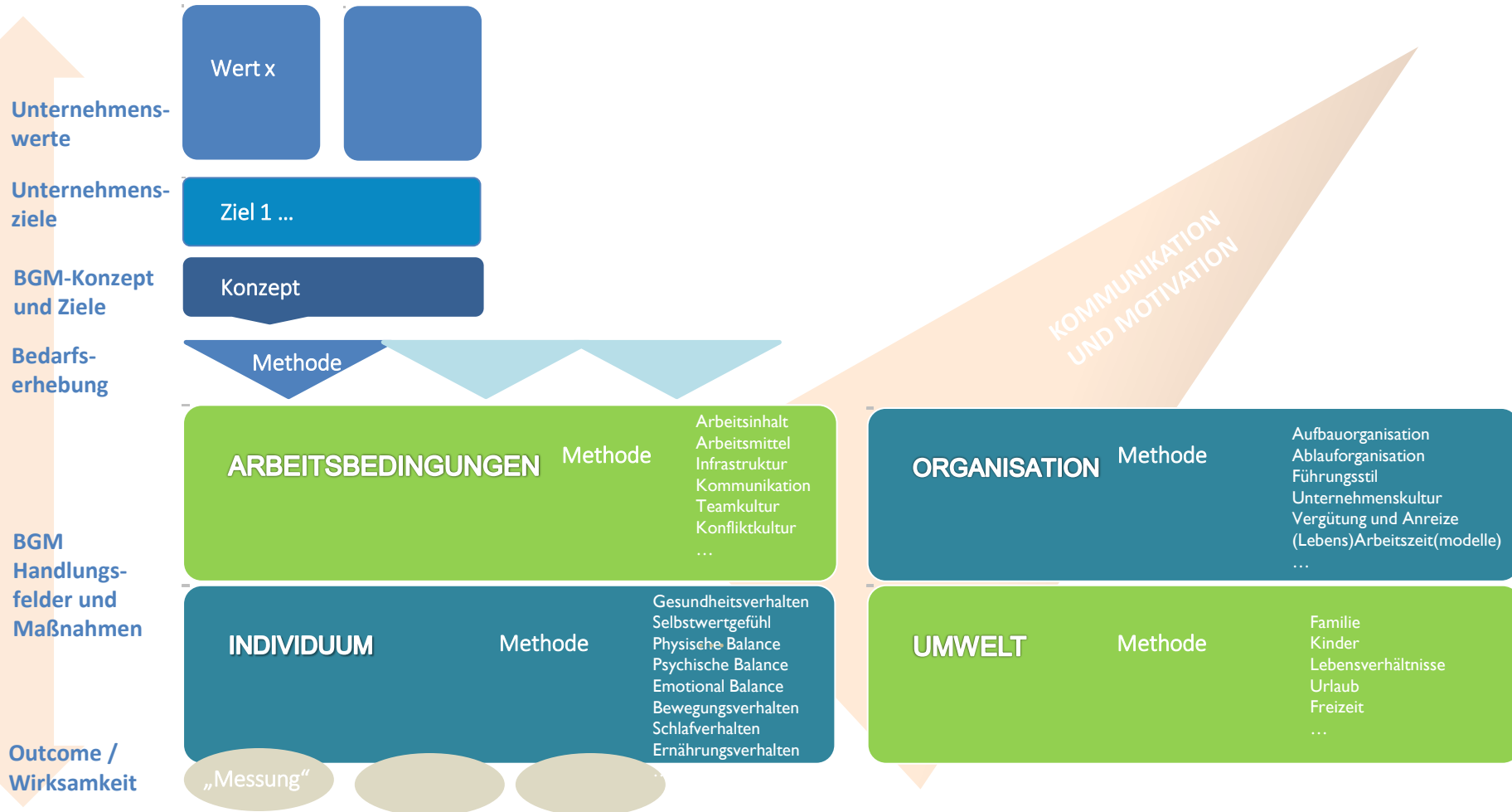
Wegner, 2009

Betriebliches Gesundheitsmanagement

- ... bezieht Gesundheit in die Unternehmenswerte / -ziele und damit in die gesamte Unternehmenskultur ein
- ... analysiert Bedarfe, setzt zielgerichtete Maßnahmen, evaluiert Wirksamkeiten
- ... betrachtet Mitarbeitergesundheit als strategischen Faktor und ist damit Unternehmensstrategie!



BGM -LANDSCHAFT



Bewertung dessen, was wir dann bewirkt haben wollen

KeGL

- (4) Verfügen die erreichten Personen über neues Wissen, neue Fähigkeiten, habe sich ihre Fähigkeiten gefestigt, verändert?
- (5) Gibt es erwünschte Veränderungen im Handeln der erreichten Personen?
- (6) Wird die Lebenslage der erreichten Personen in wünschenswerter Weise verändert?

Grundsätze in der BGM-Aktivität sind damit ...

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Entwicklung und Stärkung persönlicher Kompetenzen

**...und sind gleichzeitig Erfolgsfaktoren
für gelingendes BGM!**

Die zwei Seiten der Medaille ...









**Suchtpräventions
programme ...**

**... bedeuten nichts,
wenn MA der
Meinung ist, dass das
Feierabendbier jeden
Abend nicht schadet
und den Arbeitgeber
das auch nichts
angeht.**

Wer kann / muss was tun?

Was der Arbeitgeber dabei tun kann...

- ✓ Mit Unternehmenswerten an der Bedeutung von Gesundheit arbeiten
- ✓ Umgang mit und Prävention zu Gesundheit zu etwas Selbstverständlichem machen
- ✓ Arbeitsbedingungen, -prozesse und Arbeitsplatz überprüfen
- ✓ Präventive und reaktive Gesundheitsprogramme im Rahmen unterschiedlicher Handlungsfelder anbieten
- ✓ Erreichbarkeit und Verfügbarkeit klären und Regeln festlegen
- ✓ Führungskräfte sensibilisieren und schulen
- ✓ Interne und externe EAP's ermöglichen

In Anlehnung an:
Lebensphasenorientierte Personalpolitik zum Erhalt der
Arbeitsfähigkeit / Prof. Dr. Jutta Rump Zürich, den 14. September 2016

Wer kann / muss was tun?

Was der Einzelne/ die Einzelne dabei tun kann...

- ✓ Techniken lernen und anwenden, mit Belastungen umzugehen
- ✓ Unterstützung suchen und Angebote zur Unterstützung annehmen
- ✓ Belastungssituationen aktiv ansprechen
- ✓ Sich der eigenen Stärken bewusst sein
- ✓ Soziale Kontakte im Berufs- wie im Privatleben pflegen
- ✓ Sich einen Ausgleich suchen, z.B. Sport treiben und / oder das tun, was Freude bereitet
- ✓ Nicht zuletzt: Selbstachtsamkeit praktizieren

Wer kann / muss was tun?

Was Führungskräfte dabei tun können...

- ✓ Belastungen erkennen und ernst nehmen
- ✓ Vereinbarkeit von Beruf und privater Lebenssituation unterstützen / ermöglichen
- ✓ Soziale Kraftquellen stärken: Den Teamgedanken fördern
- ✓ Zielvereinbarungen treffen, bitte mit Leitplanken
- ✓ Als Führungskraft Position beziehen und den Mitarbeitenden den Rücken stärken
- ✓ Eigene Vorurteile und Stereotypen überprüfen und auflösen
- ✓ Die eigene persönliche Balance im Auge behalten

Noch einmal der Blick auf die BGM-Landschaft:

Lassen Sie Miss Marple einen Blick hinter die Kulissen werfen: Was würde sie aufdecken in Bezug auf Gesundheit im Unternehmen?

**Auf vielen Wegen kannst du
dich verlieren.
Finden nur auf deinem!**

Else Pannek



Heraus-
forderungen
und Bedarfe
verstehen



- Was vermuten Sie über Ursachen des Problems?
- Was sind Prioritäten Ihres Vorhabens?
- Wie gut kennen Sie Ihre Zielgruppe?
- Fragen Sie die Betroffenen nach Bedarfen?
- Kennen Sie bisherige Angebote und Lücken in dem entsprechenden Bereich?
- Kennen Sie z.B. die ZDF's zum Thema „Männergesundheit“?
- ...

Herausforderungen
und Bedarfe
verstehen



Kennen Sie z.B. die ZDF's zum Thema „Männergesundheit“?

- Ein Junge, der heute geboren wird, hat eine Lebenserwartung von 77,7 Jahren, bei einem Mädchen sind es 5 Jahre mehr (82,7 Jahre).
- Über 60 % der Männer sind übergewichtig (Body Mass Index ≥ 25).
- Männer haben überproportional mehr Unfälle als Frauen. Auch sind ihre Unfälle schwerer als die der Frauen.
- Im Kindes- und Jugendalter werden mehr psychische Störungen wie Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und emotionale Probleme bei Jungen festgestellt.

Heraus-
forderungen
und Bedarfe
verstehen

Hand auf's Herz:

**Erwarten Sie eigentlich (noch)
Wohlbefinden und Genuss bei Ihrer Arbeit?**



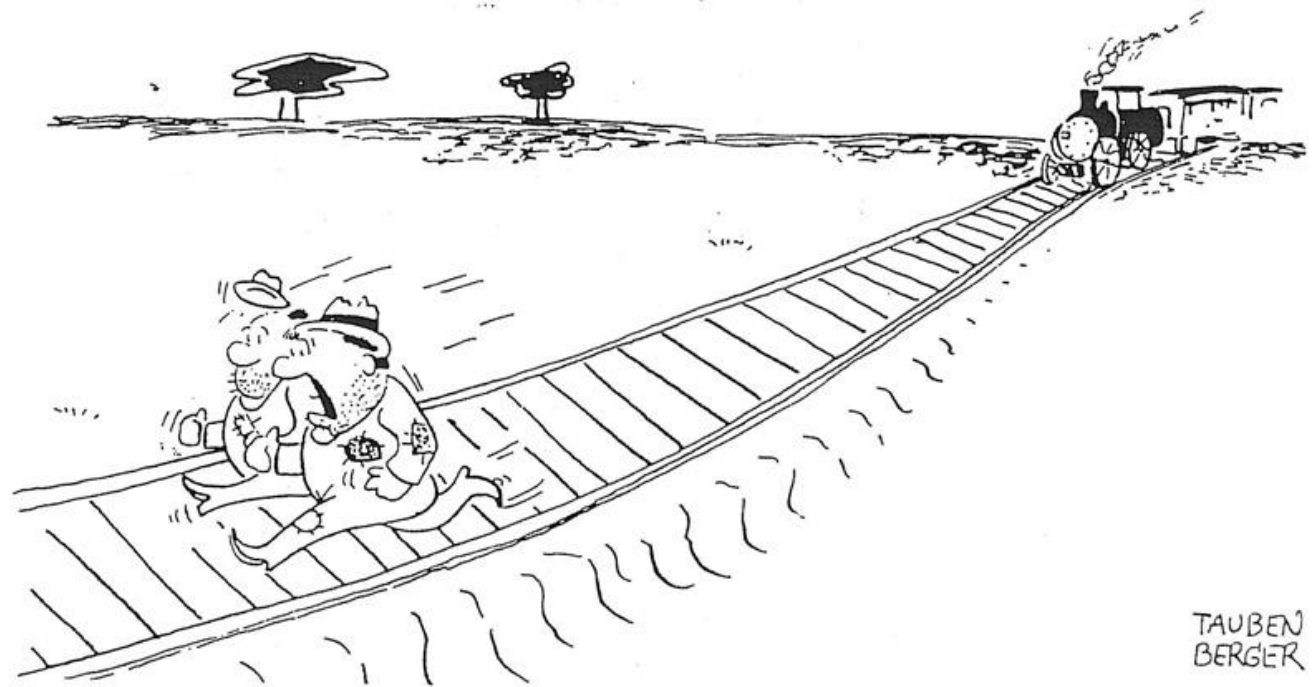
... oder isses manchmal eher so ...

Arbeit = Mühe ... hoffentlich bald vorbei
Freizeit = Freude ... hoffentlich bald da

Herausforderungen
und Bedarfe
verstehen



Welche Widerstände können auftauchen?



„Wenn nicht bald eine Weiche kommt, sind wir verloren.“

TAUBEN
BERGER

Wirkungs-
ziele setzen

- Sobald der Geist auf ein Ziel gerichtet ist, kommt ihm vieles entgegen.

Goethe



- Wenn man das Ziel nicht kennt, ist kein Weg der richtige.

aus dem Koran

Wirkungs-
ziele setzen



- Ziele motivieren nicht, sondern schrecken eher ab.
- Ziele geben keine Orientierung, sondern verstören viele.
- Ablehnung, weil Ziele und Maßnahmen als Eingriff in die Privatsphäre empfunden werden.
- ...

Wirkungs-
logik
erarbeiten

- Konkretisierung dessen, was wir tun wollen und was wir bewirken wollen

Input

Output

Outcome



Wirkungs-
logik
erarbeiten



- Es kommt oft im Gesundheitsbereich nicht über eine Outputmessung hinaus.
- Es muss logische Zusammenhänge geben (wenn – dann)
- „blinder Aktionismus“ ... bei anderen hat es auch gewirkt ...
- ...

Wirkungs-
analyse
vorbereiten

- Was ist passiert?
- Wie gut und warum passiert etwas?
- Welche Konsequenzen / Änderungen hat das?



Wirkungs-
analyse
vorbereiten



- Nur Beantwortung der ersten Frage
- Einmalige, keine kontinuierliche Erhebung
- Nicht gewollte Konsequenzen, Abwürgen des Prozesses wg. Ängsten, zu hohen Kosten, ...

Indikatoren
entwickeln



- Grundlage für die Bewertung des Erreichten!
- Sollte aussagekräftig und realisierbar sein.
- So formulieren, dass klar wird...
 - bei wem was in welchem Zeitraum erreicht wird.
 - wo es erreicht wird.
 - wie gut es wird.

Indikatoren
entwickeln



- Indikator ist unkonkret
- Indikator ist nicht messbar oder die Daten lassen sich nicht erheben
- Zu viele Indikatoren
- Nur Output-, keine Outcome-Indikatoren
- Keine Soll-Werte beschlossen

Daten
erheben



- 1. Schritt: einen Datenerhebungsplan erstellen
- 2. Schritt: Datenquellen identifizieren
- 3. Schritt: Datenerhebungsinstrument auswählen
- 4. Schritt: Häufigkeit / Zeitpunkt der Erhebung festlegen
- 5. Schritt: Daten erheben

Daten
erheben



- Zu viele, unnütze Daten werden produziert
 - Weniger ist mehr!
- Daten werden angesehen als Möglichkeit, MA „nachzuschnüffeln“
- Was sagt der Krankenstand im Unternehmen aus?
- ...

Daten
auswerten
und
analysieren



Werten Sie nicht „um der Auswertung Willen“ aus und analysieren Sie „um der Analyse Willen“, sondern behalten Sie bei der Auswertung und der Analyse der Daten immer Ihre Erkenntnisinteressen und Fragestellungen im Blick!

Daten
auswerten
und
analysieren



- Sind die Ergebnisse plausibel oder ist in der Auswertung ein Fehler unterlaufen?
- Ist der Vergleich mit einem anderen Projekt sinnvoll? Welche Erkenntnis erhofft man sich von diesem Vergleich?

Lernen und
anpassen



- *Lernen* bedeutet eine regelmäßige Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aus der Wirkungsanalyse!
- *Lernen* ist Voraussetzung für Qualität, Wirkung und Weiterentwicklung des Projektes!
- Dazu braucht es eine Fehlerkultur: Fehler und Schwächen werden akzeptiert mit dem Ziel, daraus zu lernen.

Lernen und
anpassen



- Über die Erkenntnisse der Wirkungsanalyse wird nicht ausreichend gesprochen
- Fehler werden „bestraft“, können nicht offen diskutiert werden
- Die Organisationsleitung unterstützt Lernprozesse nicht
- Niemand fühlt sich für das Lernen verantwortlich.

Über
Wirkung
berichten



- Für unterschiedliche Adressaten und Zielgruppen braucht es passgenaue Berichtsformen.
- Wem soll berichtet werden?
- Welches Ziel verfolgen Sie mit dem Bericht?
- Welche Inhalte sind für die Adressaten relevant und interessant?
- Wie häufig und zu welchem Anlass soll berichtet werden?
- In welcher Form soll berichtet werden?

Über
Wirkung
berichten

- Wie gehen wir mit Nicht-Wirkung um?



**... Am Ende wird alles gut.
Wenn es nicht gut wird,
ist es noch nicht das Ende ...**

Oscar Wilde

Viel Spaß mit Ihrem Projekt!

... und ganz viel Nachhaltigkeit ...

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Dr. Dorothee Imsieke
Caritasverband für die Diözese
Osnabrück e.V.

Betriebliches Gesundheitsmanagement
Knappsbrink 58
49080 Osnabrück

Tel.: 0541/34978103
E-Mail: dimsieke@caritas-os.de

Anna Westermann
Caritasverband für die Diözese
Osnabrück e.V.

Betriebliches Gesundheitsmanagement
Knappsbrink 58
49080 Osnabrück

Tel.: 0541/34978106
E-Mail: awestermann@caritas-os.de



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Modul 1
„Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen“

Nachbereitungsauftrag zur 3. Präsenz:

**Verstetigung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im
Betrieb**

Aufgabe:

Überlegen Sie sich Möglichkeiten zur Verstetigung Ihrer Maßnahme bzw. Ihres Konzepts und zur Überprüfung der Wirksamkeit. Berücksichtigen Sie, auftretende Widerstände und wie Sie diesen Hindernissen möglichst frühzeitig begegnen wollen.

Bitte reichen Sie die schriftliche Ausarbeitung hierzu bis zum 31. Januar 2019 ein.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Modulabschluss

„Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen“

**Vorbereitung der Modulprüfung in der zweiten und dritten Selbstlernzeit vom
04.11.2018 - 25.01.2019**

1. Einzel-/ Partner oder Gruppenarbeit

Entscheiden Sie, ob Sie die Vorbereitung und Durchführung der Modulprüfung in Einzel-/ Partner- oder Gruppenarbeit (2 - 3-Teilnehmer*innen) absolvieren möchten.

2. (Gemeinsame) Fallerstellung

- a. Falls Sie sich für eine Partner- oder Gruppenarbeit entschieden haben, tauschen Sie sich über die Ideen/ Vorstellungen zu Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention in Ihren Betrieben, die Sie im Rahmen der Weiterbildung bisher bearbeitet haben, aus.
- b. Wählen Sie für sich/ für Ihr Team bzw. Ihre Gruppe ein geeignetes Beispiel zur Gesundheitsförderung und Prävention in einem Setting (z. B. Praxis) aus. Sie können das Praxisbeispiel, auf das Sie sich geeinigt haben, gemeinsam überarbeiten. Verschriftlichen Sie das Praxisbeispiel. Alternativ können Sie auf ein bereits konstruiertes Fallbeispiel zurückgreifen, welche Sie unter „Modulabschluss“ auf Moodle finden.



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



3. Bearbeitung des (gemeinsamen) Praxis-/ Fallbeispiels

Bearbeiten Sie allein oder gemeinsam das Praxisbeispiel oder Fallbeispiel und erarbeiten Sie ein Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention in dem gewählten Setting unter Berücksichtigung der folgenden Fragen:

- a. Welche (rechtlichen) Grundlagen und Rahmenbedingungen sind bei der Entwicklung und Umsetzung Ihres Vorhabens zu berücksichtigen?
- b. Wie werden Sie in dem gewählten Setting auf die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention aufmerksam bzw. wie stellen Sie Bedarfe fest? Mit welchen geeigneten Instrumenten/Methoden können Sie diese erfassen? Welche Personen(gruppen), Bereiche des Betriebes oder externen Personen und Faktoren sollten mit einbezogen werden? In welcher Form sollten diese mit einbezogen werden?
- c. Arbeiten Sie geeignete Methoden, Maßnahmen bzw. ein Konzept zur Prävention und Gesundheitsförderung in dem gewählten Setting aus. Beschreiben Sie diese(s) möglichst detailliert in Hinblick auf die Planung, Organisation/Einführung und Umsetzung.
- d. Überlegen Sie sich Möglichkeiten zur Verstetigung Ihrer Maßnahme bzw. Ihres Konzepts und zur Überprüfung der Wirksamkeit. Berücksichtigen Sie, auftretende Widerstände und wie Sie diesen Hindernissen möglichst frühzeitig begegnen wollen.
- e. Überlegen Sie, wie Sie Ihre Ergebnisse bei der Modulabschlussprüfung vor dem Plenum präsentieren und visualisieren möchten. Anregungen hierzu finden Sie u. a. im Lernmaterial „Moderations- und Präsentationstechniken“. Bezüglich der Durchführung und erforderlicher Medien und Materialien können Sie uns gerne ansprechen. Bei Partner- oder Gruppenarbeiten beziehen Sie für die Präsentation alle Mitglieder*innen mit möglichst gleichen Anteilen ein.

Sie können am letzten Präsenztage (Samstag, 26.01.2019) vormittags einzeln bzw. in der Gruppe letzte Absprachen und Vorbereitungen für die Modulabschlussprüfung treffen.

4. **Stellen Sie Ihre schriftlichen Ausarbeitungen, Materialien etc. zu Ihrem Praxisbeispiel ab dem 23.01.2019 in Moodle hoch (Abschnitt Modulabschluss).**



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Modulabschluss „Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen“

Vorbereitung der Modulprüfung in der vierten Präsenzphase, 26.01.2019.

1. Vorbereitungsphase (ca. 30 min)

1.1. Vorbereitung der Präsentation der Fallbearbeitung

- Sie können einzeln bzw. in der Gruppe letzte Absprachen und Vorbereitungen für die Modulabschlussprüfung treffen.

1.2 Selbstreflexion der Fallbearbeitung

- Reflektieren Sie für sich die Fallbearbeitung anhand folgender Leitfragen: Wie habe ich meinen (ggf. gemeinsamen) Arbeitsprozess innerhalb der Erarbeitung des Vorhabens erlebt? Was ist mir im Rahmen der Bearbeitung meines Vorhabens gut gelungen? Was kann ich ggf. verbessern? „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (Rambow & Nückles, 2002, S.116). Welche Aspekte des Gelernten betrachten Sie eher kritisch im Hinblick auf den Transfer in die eigene Berufspraxis?
- Bei einer Partner- oder Gruppenarbeit reflektieren Sie anschließend Ihre Ergebnisse mit den weiteren Gruppenmitglieder*innen. Fassen Sie Ihre wichtigsten Gedanken und Wahrnehmungen zu einem Resümee zusammen.
- Entscheiden Sie, welche Aspekte Sie aus der persönlichen Selbstreflexion in der Modulprüfung präsentieren möchten und ergänzen Sie ggf. Ergebnisse der Reflexion in der Arbeitsgruppe.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Modulabschluss „Nachhaltig gesund in Gesundheitseinrichtungen“

- 2. Durchführungsphase (Start um 11.00 Uhr)**
 - **Präsentation der Fallbearbeitung im Plenum (15 bis 20 Minuten)**
 - **Diskussion der Ergebnisse (5 bis 10 Minuten)**
 - **Selbstreflexion zu Ihrem Projekt/Vorhaben (15 Minuten)**



Modulabschlussprüfung „Nachhaltig gesund bleiben in Gesundheitseinrichtungen“

Name(n) der Präsentierenden: _____

Aufgabe	Notizen
Praxisbeispiel/Fallbeispiel und Setting werden beschrieben.	
Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen werden berücksichtigt.	
Notwendigkeit bzw. Bedarfe von Gesundheitsförderung und Prävention werden festgestellt.	
Geeignete Instrumente/Methoden zur Erfassung von Bedarfen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung werden eingesetzt.	
Personen (gruppen), Bereiche des Betriebes oder externe Personen und Faktoren werden einbezogen .	

<p>Methoden, Maßnahmen bzw. ein Konzept zur Prävention und Gesundheitsförderung werden entwickelt.</p>	
<p>Planung, Organisation/Einführung und Umsetzung der Methoden, Maßnahmen bzw. des Konzeptes werden erläutert.</p>	
<p>Möglichkeiten zur Verstetigung der Maßnahmen / des Konzeptes und der Umgang mit Hindernissen werden aufgezeigt.</p>	
<p>Möglichkeiten zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen bzw. des Konzeptes werden benannt.</p>	
<p>Präsentation und Materialiensind inhaltlich korrekt und ansprechend gestaltet.</p>	<p>Ausarbeitungen, Materialien etc. zum Praxisbeispiel im Ordner „Praxisbeispiele für betriebliche Gesundheitsförderung“ auf Moodle einstellen</p>
<p>Sonstiges</p>	

**Modul 2:
Kommunikation
zwischen
Gesundheitsberufen
gestalten**

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten (2. Förderphase)

Grundlagen der Kommunikation

Modelle, Strategien, Anwendung und Reflexion

PD Dr. Mirjam Körner

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Universität Freiburg

UNI
FREIBURG

Ziele der Unit 2

- Die **Relevanz** interprofessioneller **Kommunikation** begründen können.
- Die Annahmen gängiger **Kommunikationstheorien** **beschreiben** können.
- **Ich-Botschaften anwenden** können.
- Vorbereitende **Gesprächsanalyse** durchführen können.
- **Feedback geben** können.
- Das Kommunikationsschema **SBAR** sowie **PEF** beschreiben und **anwenden** können.

Seminarleiterin

PD Dr. Mirjam Körner

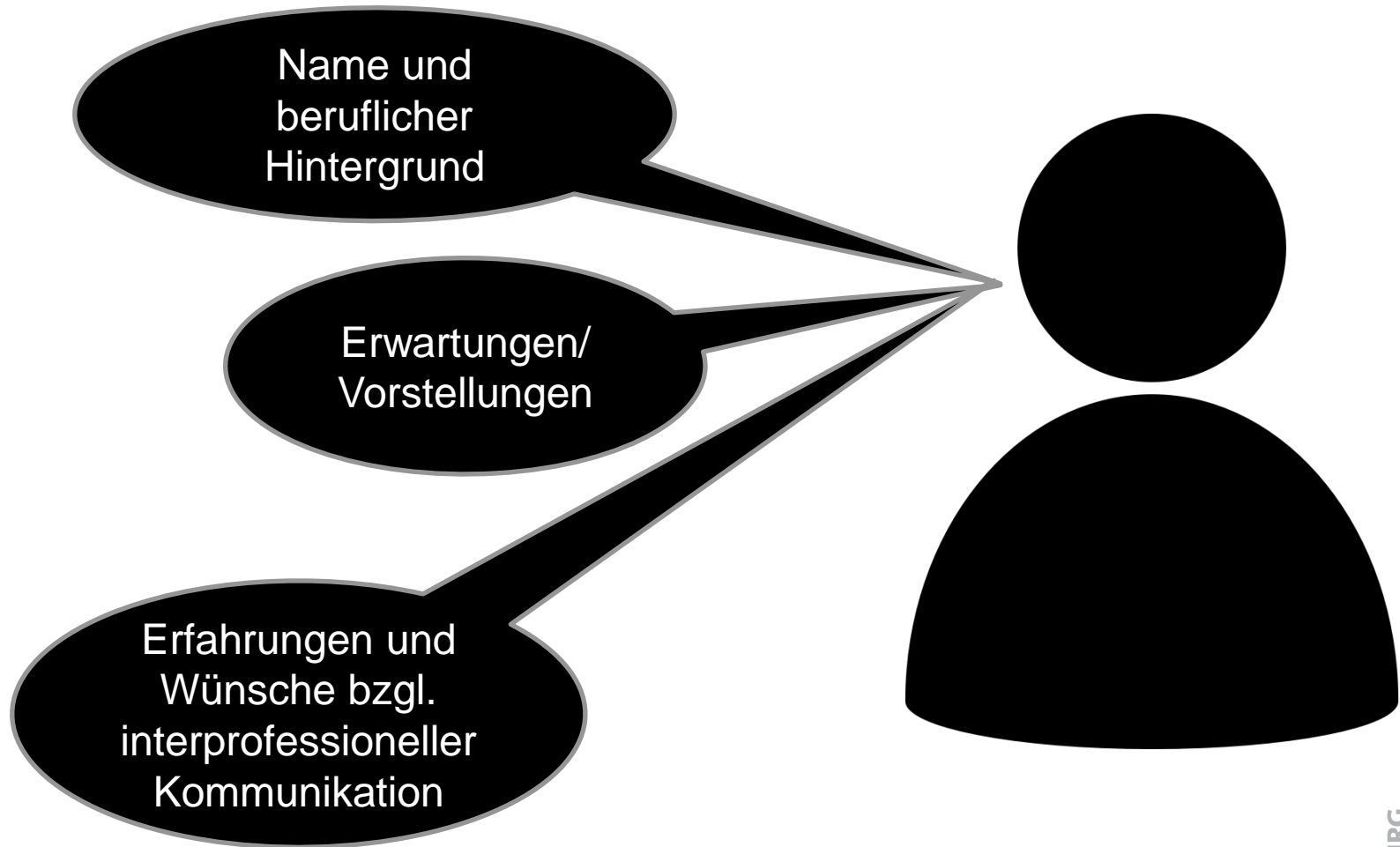
Derzeitige Arbeitsstelle: Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Studium, Aus- und Weiterbildung: Betriebswirtin, Psychologin,
Personalentwicklung, Systemische Ausbildung
in Beratung und Therapie

Schwerpunktthemen in der Forschung

- Kommunikation in der Gesundheitsversorgung
- Interprofessionelle Teamarbeit, Team- und Organisationsentwicklung
- Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- Kommunikation und Entscheidungsfindung (Partizipative Entscheidungsfindung)
- Trainings-, Coachingkonzepte für Teams und Führungskräfte

Kurze Vorstellungsrunde



Warum IP Kommunikation?



Studienergebnisse

- Eine **gelungene Kommunikation** zwischen allen Beteiligten ist die **Basis** für eine gute Patientenversorgung!
- Studienergebnisse zeigen, dass **Fehlkommunikation** und **Missverständnisse**
 - zwischen Arzt und Patient,
 - innerhalb einer Disziplin
 - und zwischen den verschiedenen Fachdisziplinenmit **schlechteren Behandlungsergebnissen** und einer **Gefährdung der Patientensicherheit** einhergehen.

Beispiel

Studienergebnis (Akutmedizin, 3548 Fälle, 1995 – 2005)

Folgen einer mangelnden Kommunikation

1. Verzögerungen in der Behandlung (85%)
2. Beatmungsprobleme (85%)
3. Perinatale Sterberaten und Verletzungen (80%)
4. Operationsfehler (80%)
5. Fehler mit bleibenden Schaden für den Patienten (75%)
6. Medikationsfehler (65%)

Übung 1: „Ihre Erfahrungen“

1. Bitte bilden Sie Kleingruppen a´4 Personen.
2. Stellen Sie sich die von Ihnen erlebten Situationen gegenseitig vor (ca. 5-10 Min./Person).
3. Sammeln und notieren Sie die genannten förderlichen und hinderlichen Faktoren.
4. Notieren Sie bitte **je 3 zentrale Faktoren** auf Meta-Plan-Karten (**rot=Barrieren; grün=Förderfaktoren**) und wählen Sie je 1 Beispiel für eine **gelungene** und eine **mislungene** Situation aus Ihren Erlebnissen aus.

Bitte stellen Sie Ihr Gruppenergebnis (zentrale Faktoren + Erlebnisse) im Plenum vor (5 Min./Gruppe).

Übung 1: „Ihre Erfahrungen“

Förderfaktoren

Barrieren

Häufige Probleme im Alltag

- Unklare Rollenverteilungen
- Fehlende Regeln, Standards, Zielsetzungen
- Unterschiedliche Schwerpunkte bei der Behandlung
- Schnittstellenprobleme
- Fehlende oder ineffektive Teamkonferenzen
- Informationsmangel, selektive Informationsweitergabe
- Konflikte und/oder mangelnde Konfliktlösungen
- Unterschiedliche Wahrnehmung der Berufsgruppen (Arzt/Pflege) bezüglich der Qualität der Kommunikation

Häufige Ursachen

- Hierarchien
- Individuelle Unterschiede (Charakter, ...)
- Vorurteile, falsche Erwartungen, Subgruppenbildungen
- Ungünstige Gruppendynamiken
- Mangelnde Motivation der Beteiligten
- Sozialisation / Bildung (disziplinspezifische Theorien und Methoden)
- Unzureichende Kenntnisse über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen

Häufige Folgen

- Über- oder Unterversorgung von Patienten
- Verringerung des Behandlungserfolgs
- Therapieabbrüche
- Höherer Schmerzmittelverbrauch
- Mehr Ängste
- Höhere Komplikations-, Morbiditäts- und Mortalitätsraten
- Unzufriedenheit von allen am Prozess Beteiligten (Patient, Arzt, Team) → **Konflikte!**

Don'ts der Kommunikation

Typische Gesprächsstörer	Typische Redewendungen
Du-/Sie-Botschaften; Vorwürfe machen	<i>Sie beachten meine Meinung nicht</i>
Verallgemeinerungen	<i>Ständig, immer, nur, alles,...</i>
Herunterspielen	<i>Das ist doch nicht so schlimm...</i>
Ausfragen	<i>Warum haben Sie sich nicht früher gemeldet?</i>
Unterstellungen machen	<i>Sie regen sich doch nur auf, weil Sie...</i>
Bewerten	<i>Sie denken da falsch.</i>
Befehlen	<i>Sie müssen das so machen...</i>
Belehren/ Lebensweisheiten	<i>Das habe ich Ihnen doch vorhin schon erklärt!</i>
Weichmacher	<i>Irgendwie, eigentlich, eventuell, unter Umständen</i>
Warnen und Drohen	<i>Das würde ich mir jetzt gut überlegen</i>

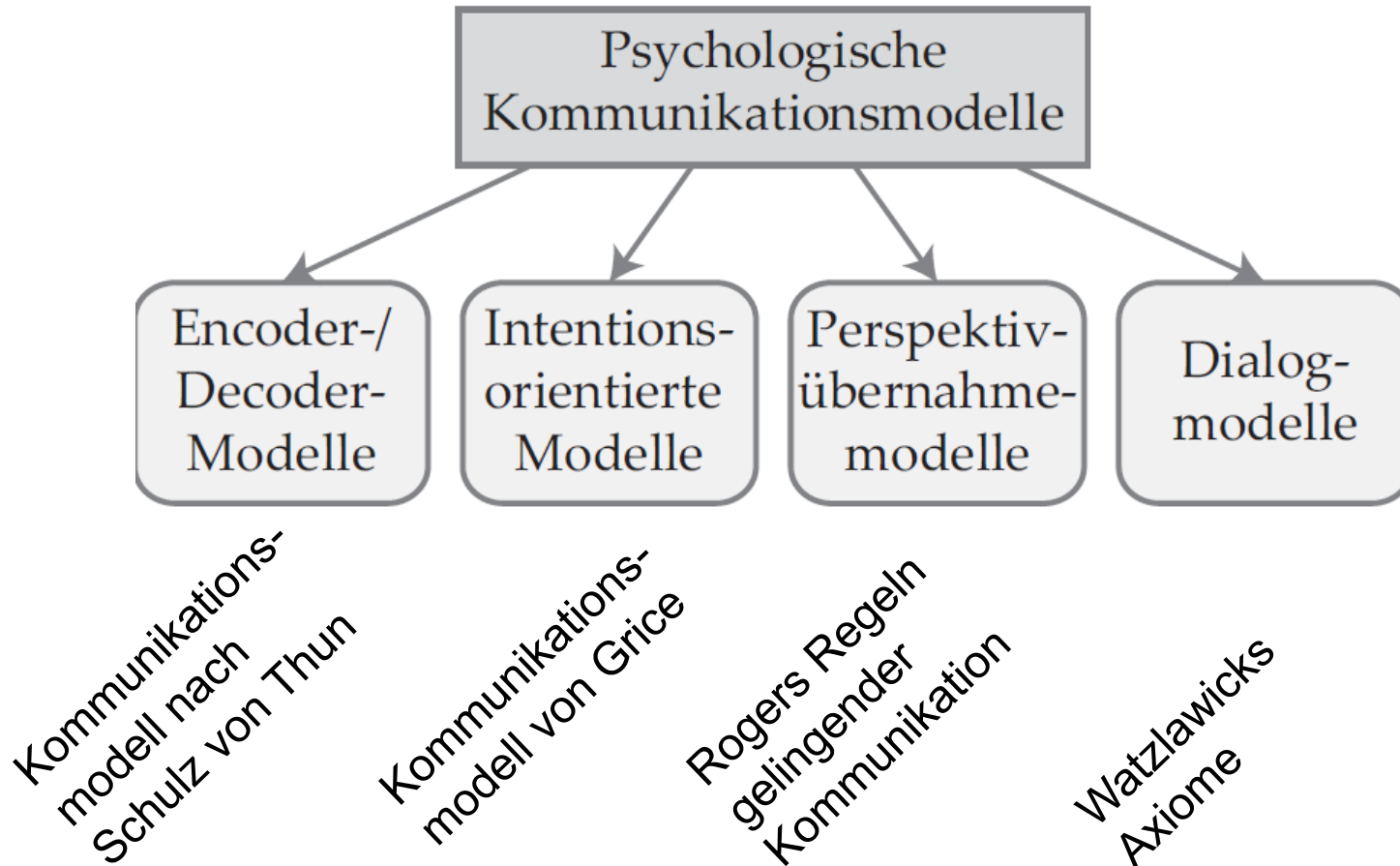
Do's der Kommunikation

Typische Gesprächsförderer	Typische Redewendungen
Offene Fragen	<i>Wie sehen Sie das?</i>
Nachfragen	<i>Was meinen damit genau?</i>
Zielorientierte Fragen	<i>Was könnte diese Situation verbessern</i>
Aufmerksamkeit signalisieren	<i>„Mhm“, „ja,“ „aha“; Blickkontakt, nicken</i>
Umschreiben, zusammenfassen	<i>Wenn ich Sie richtig verstehe, dann meinen Sie...</i>
Klären, auf den Punkt bringen	<i>Sie meinen also, dass...</i>
Wünsche herausarbeiten	<i>Sie möchten also, dass...</i>
Namentliche Ansprache	<i>Ja, Herr Schmitt...</i>
Ich-Botschaften	<i>Es wirkt auf mich so, als ...</i>
Verständnis signalisieren	<i>Ich kann gut verstehen, dass</i>
Gefühle ansprechen	<i>Fühlen Sie sich dann herabgesetzt?</i>

Was ist Kommunikation?

- **Aber was ist eigentlich Kommunikation?
Ist Kommunikation nur das Senden und
Empfangen von Nachrichten?**

Kommunikationsmodelle



Psychologische Kommunikationsmodelle

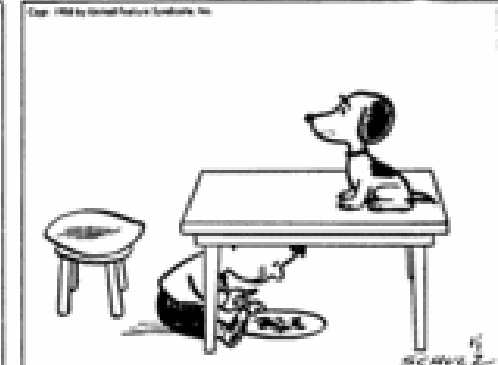
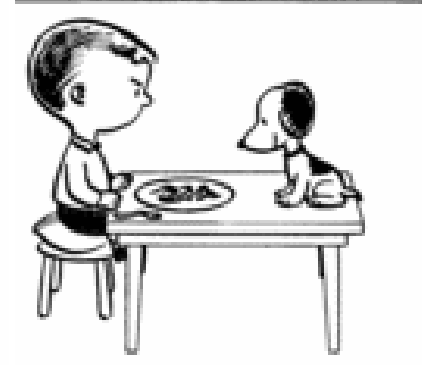
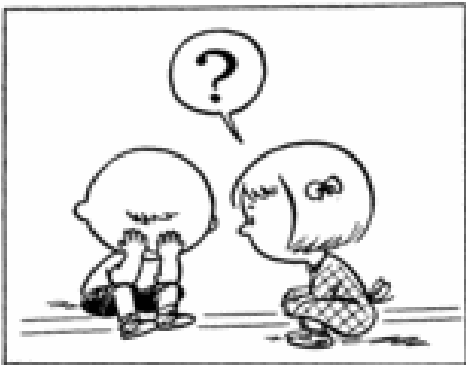
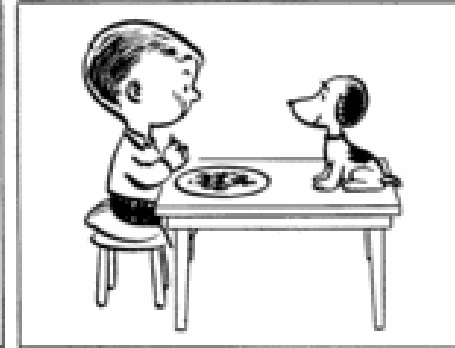
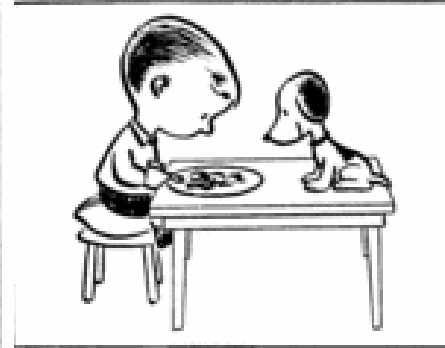
- Paul Watzlawick: Die 5 Axiome der Kommunikation
- Friedmann Schulz von Thun: Die vier Seiten einer Nachricht
- Carl Rogers: Grundhaltungen und aktives Zuhören
- Marshall Rosenberg: Gewaltfreie Kommunikation

Kommunikationsmodell 1

Die 5 Axiome der Kommunikation
nach Paul Watzlawick

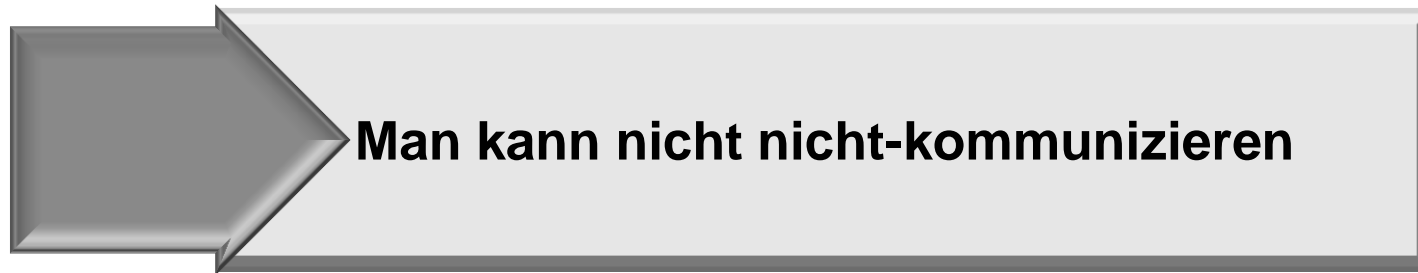
Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



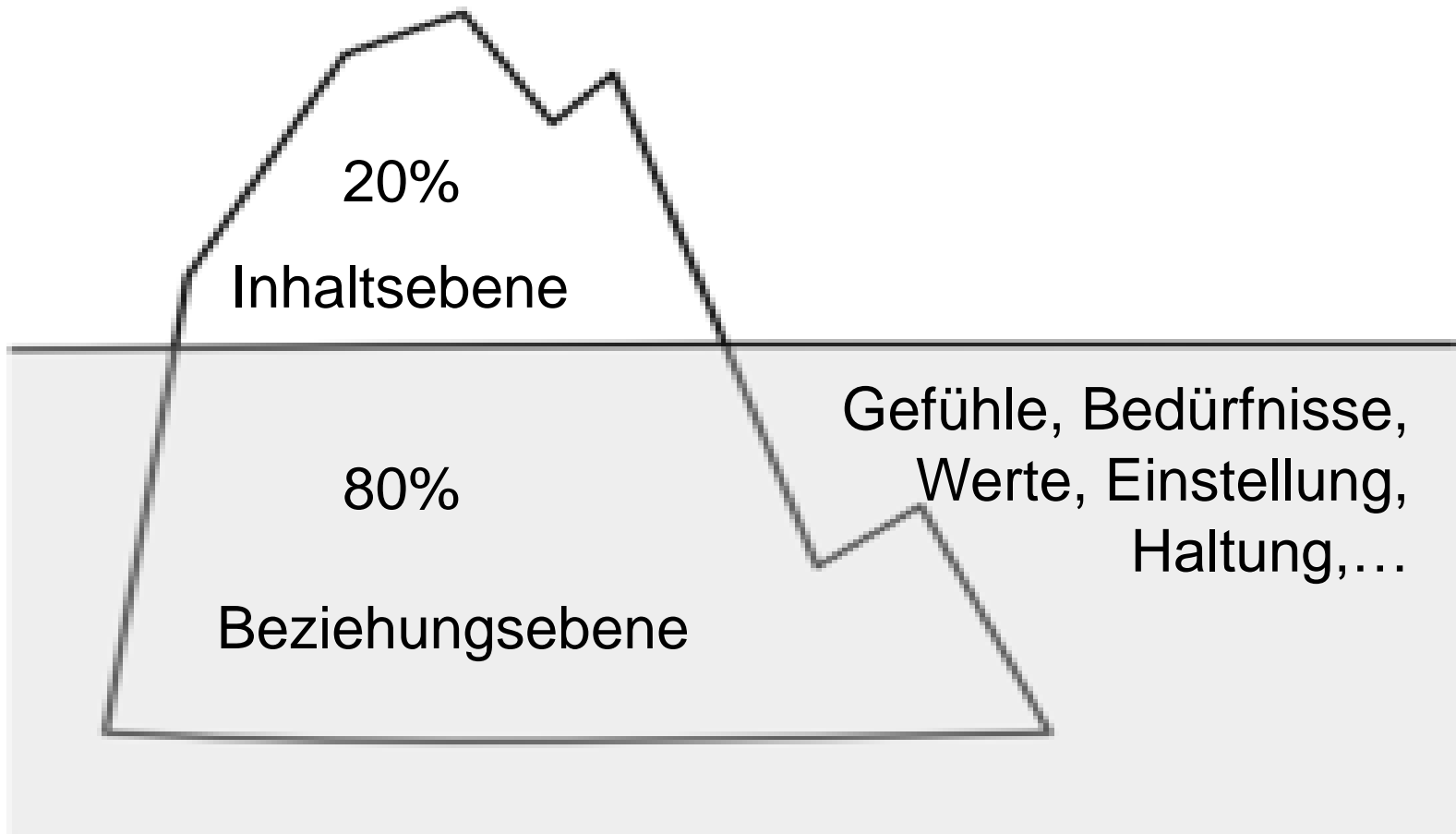
Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick

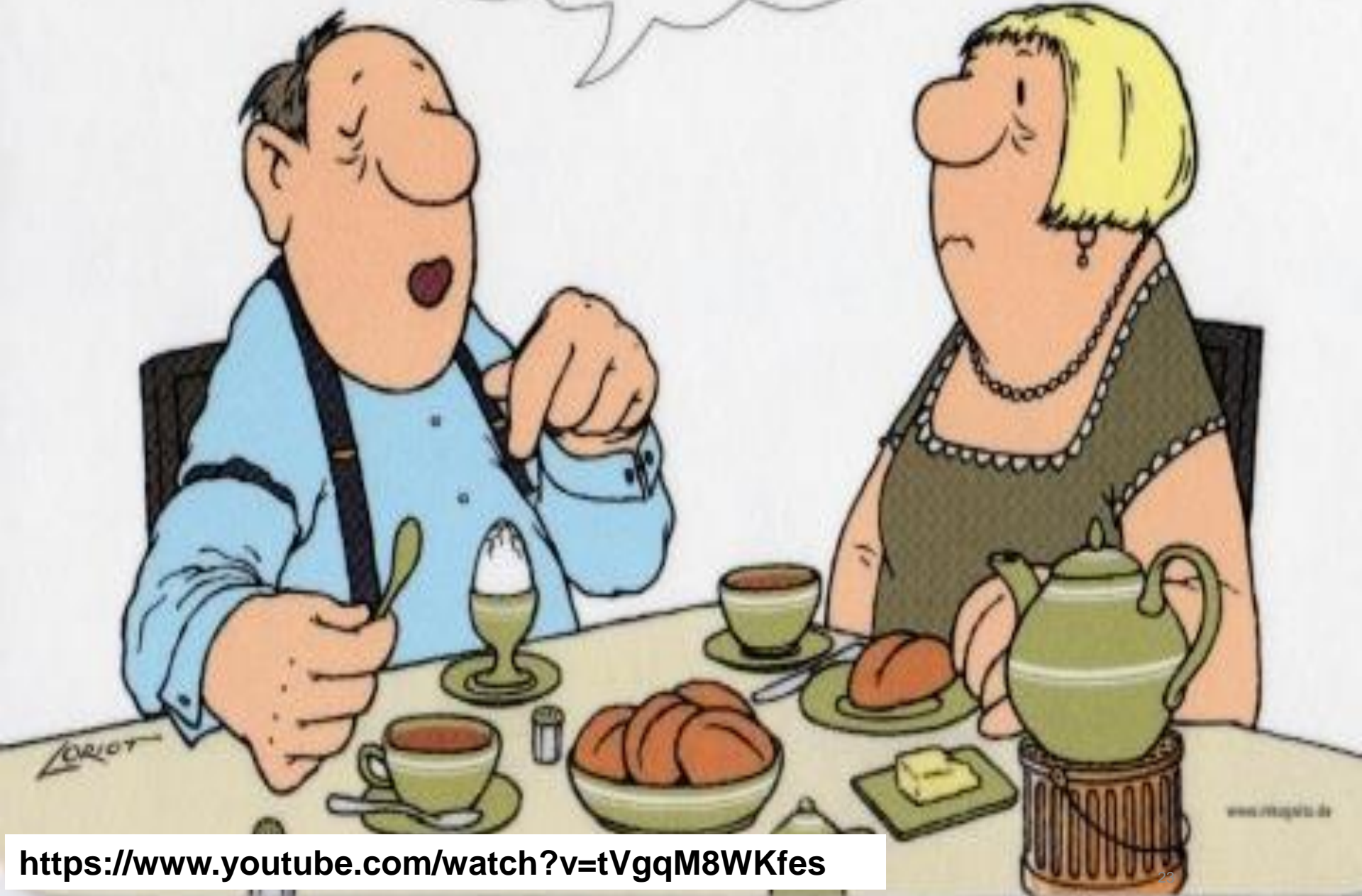


Man kann nicht nicht-kommunizieren



**Jede Kommunikation hat einen Inhalts-
und einen Beziehungsaspekt**

DAS EI IST HART!



<https://www.youtube.com/watch?v=tVgqM8WKfes>

Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick

Meine Frau meckert immer, nicht zum Aushalten! Da verschwinde ich lieber in den Keller und werke. Weil sie meckert, ziehe ich mich zurück.



Mein Mann zieht sich immer weiter zurück. Immer geht er in den Keller und werkelt. Weil er sich immer zurück zieht, meckere ich natürlich.

Merkmale der Kommunikation


Paul Watzlawick



Man kann nicht nicht-kommunizieren

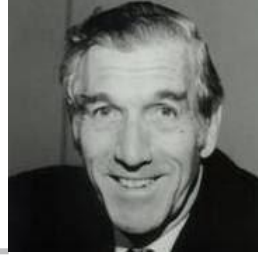


**Jede Kommunikation hat einen Inhalts-
und einen Beziehungsaspekt**



**In Gesprächen erleben wir unser Verhalten
meist als Reaktion auf das Verhalten des
anderen**

Kommunikationstheorie nach P. Watzlawick (Axiome)



Kommunikationspartner beziehen sich wechselseitig aufeinander (Rekursivität)

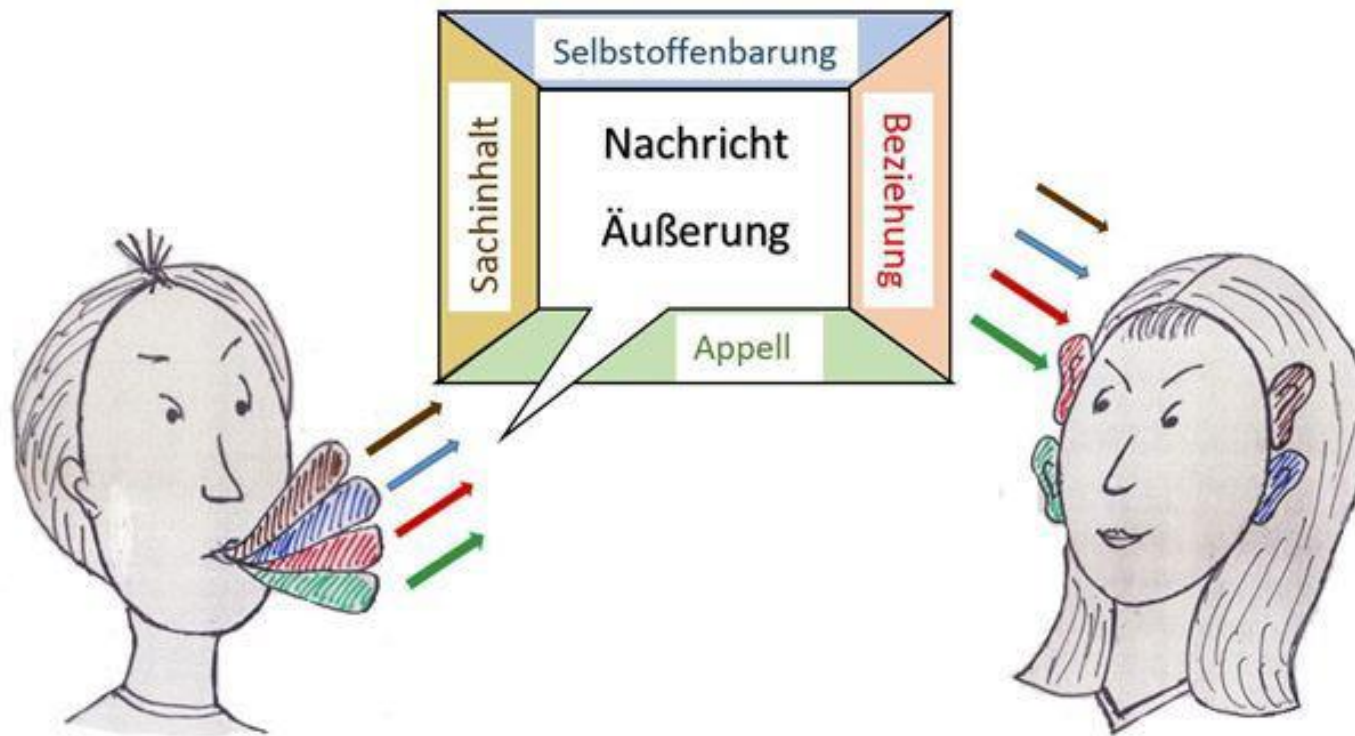
1. Man kann nicht nicht kommunizieren
Mitteilungscharakter des Verhaltens
2. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung
Kommunikation ist zirkulär
3. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär
Hierarchie vs. Augenhöhe
4. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt
5. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten

Kommunikationsmodell 2

Friedmann Schulz von Thun: Die vier Seiten einer Nachricht

Schulz von Thun, F. (1992). Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

Die vier Seiten einer Nachricht



copyright 2011 Dipl.-Psych. Ingeborg Prändl

Was meint Hermann?

Sachinhalt

Selbstoffenbarung



Appell

Beziehung

modifiziert nach Schulz von Thun, 2011

Was hört Berta?

Sachinhalt

Selbstoffenbarung

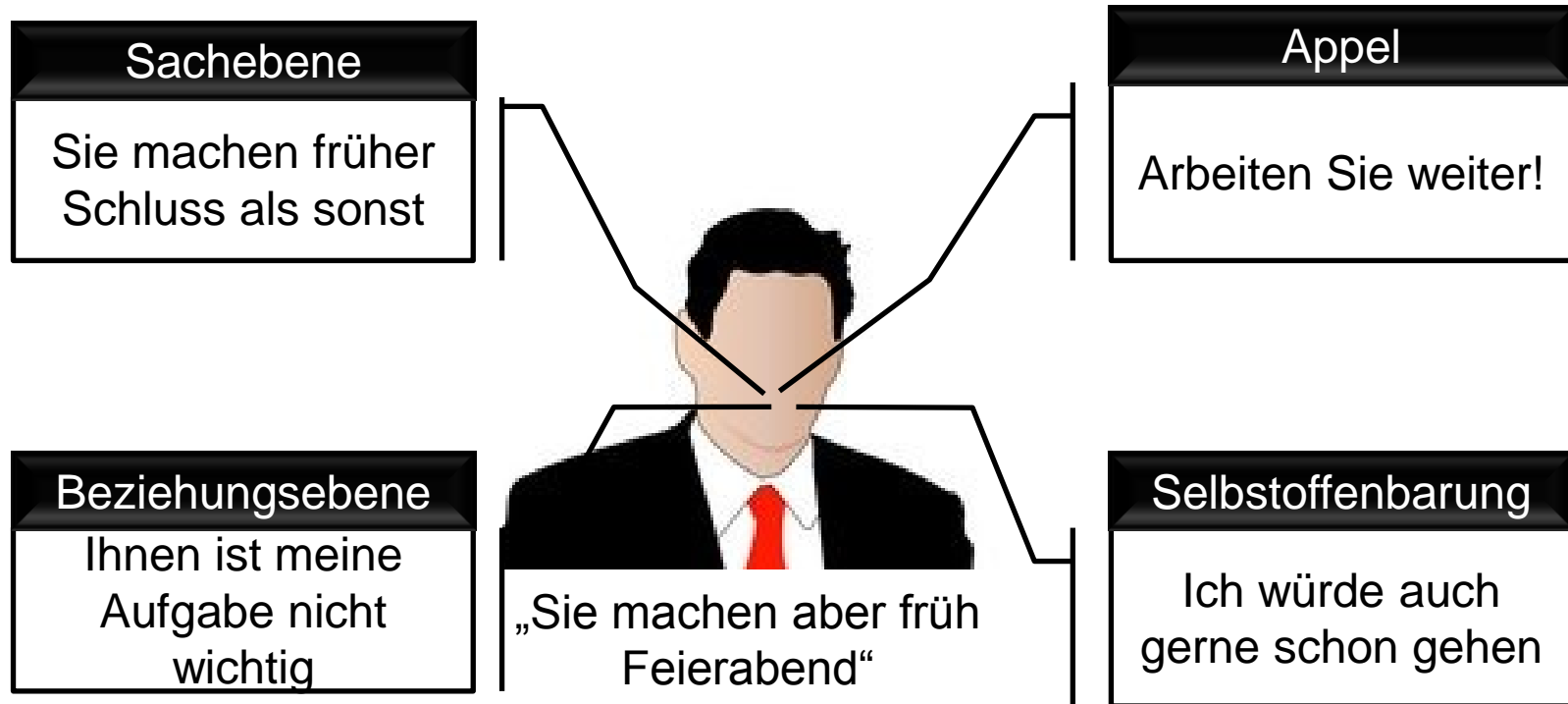


Appell

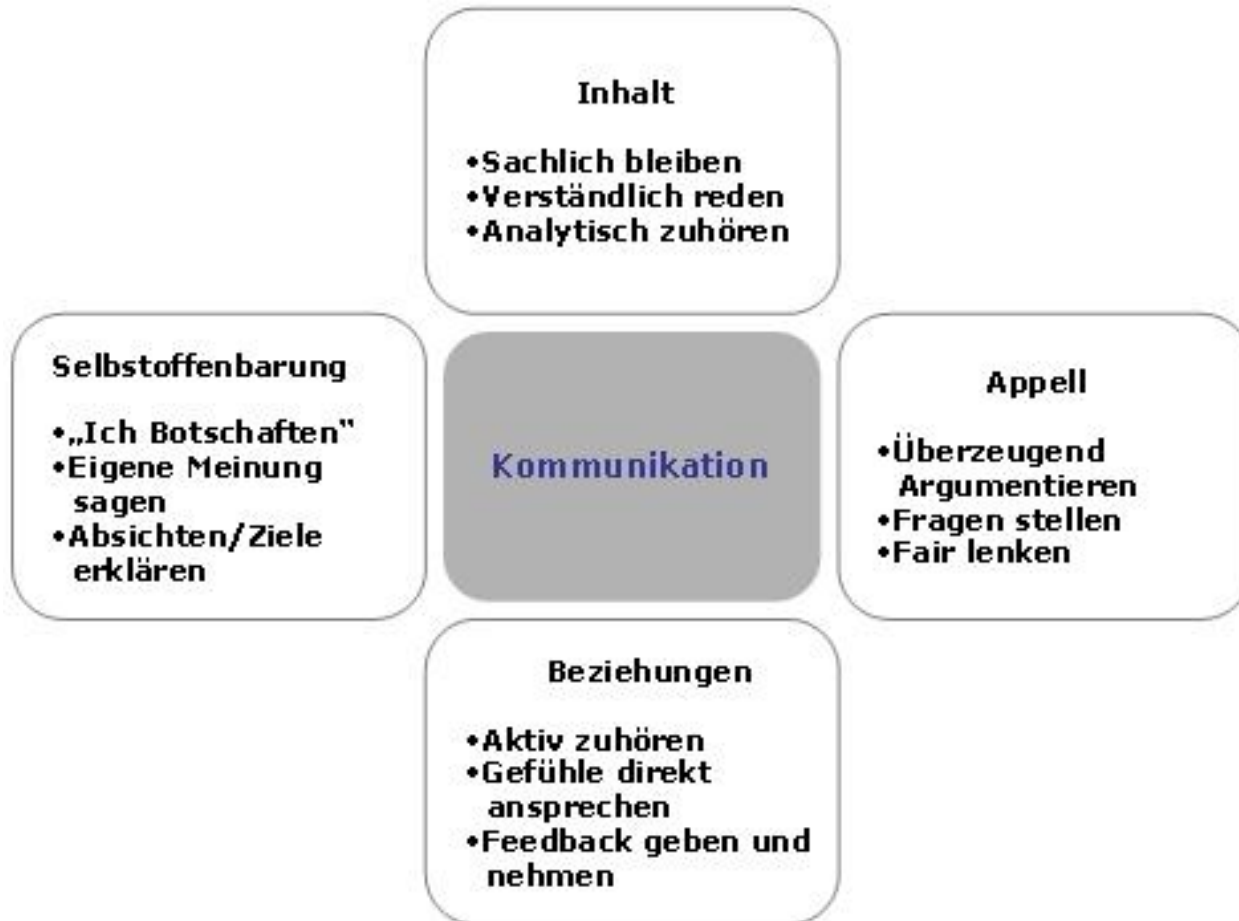
Beziehung

modifiziert nach Schulz von Thun, 2011

Was kommuniziert dieser Chef hier?



Die vier Seiten der Kommunikation

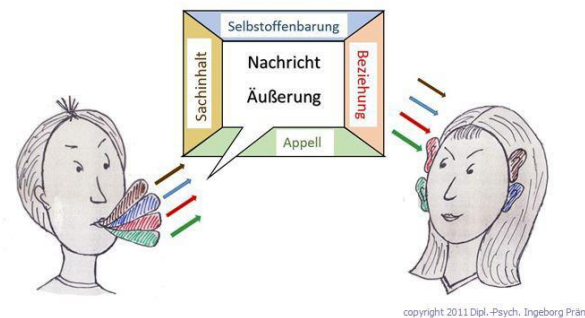


<https://www.teialehrbuch.de/Kostenlose-Kurse/Personalmangement/images/47.jpg>

Übung 2: Reflexion zu den 4 Ebenen

- Suchen Sie aus Ihren Erfahrungen, eine berufliche Situation aus, in denen es zu Kommunikationsschwierigkeiten kam, weil Sender und Empfänger auf unterschiedlichen Ebenen gesendet und empfangen haben.

Die vier Seiten einer Nachricht



Kommunikationsmodell 3

Drei Grundhaltungen nach Rogers

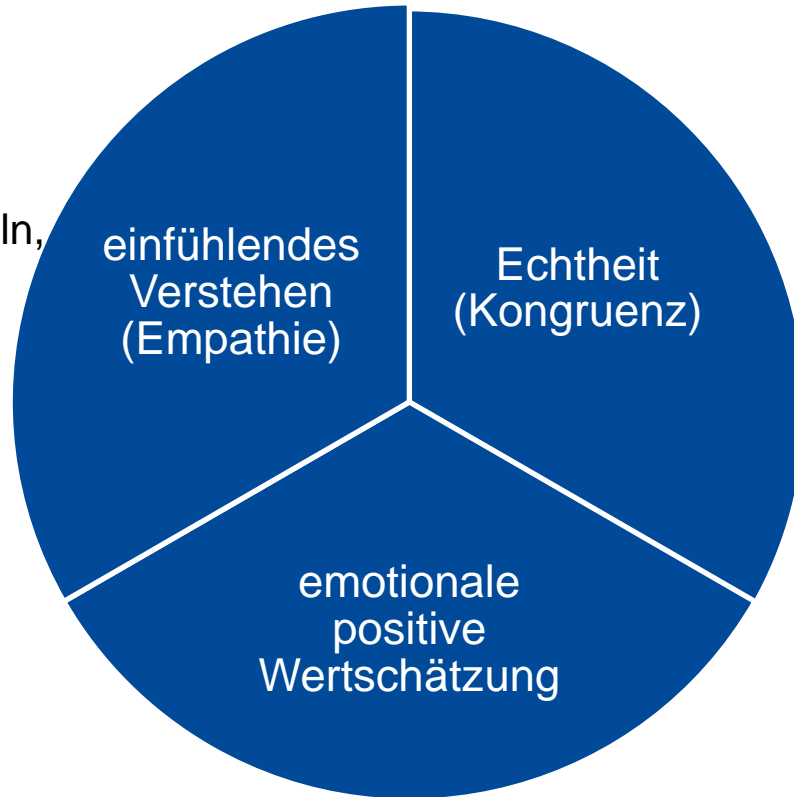
Drei Axiome, die er auch für die nondirektive Gesprächsführung

- Empathische und offene Grundhaltung
- Authentisches und kongruentes Auftreten
- Akzeptanz und positive Beachtung der anderen Person

https://www.youtube.com/watch?v=FX-y_wqWy7I

Grundhaltungen für gelingende Kommunikation nach Rogers

- Verstehen der Gefühlslage des Gegenübers
- Mitteilen des Verstandenen (Spiegeln, Verbalisieren des emotionalen Erlebnisinhaltes)



- Übereinstimmung von äußerem Verhalten und innerer Empfindung
- Empfindungen entsprechen dem, was geäußert wird
- Auch: Wahrhaftigkeit, Authentizität, Selbstkongruenz

- Achten des anderen Menschen als eigenständiges Individuum
- frei von Bewertungen und Beurteilungen

Nach Rogers wird das Verstehen des Sprechers weiterhin wie folgt unterstützt:

- Sich auf das Gegenüber einlassen, konzentrieren und dies durch die eigene Körperhaltung ausdrücken
- Mit der eigenen Meinung zurückhaltend umgehen
- Nachfragen bei Unklarheiten
- Zuhören heißt nicht gutheißen
- Pausen aushalten, sie können ein Zeichen für Unklarheiten, Angst oder Ratlosigkeit sein
- Auf die eigenen Gefühle achten
- Die Gefühle des Partners erkennen und ansprechen
- Bestätigende kurze Äußerungen
- Geduld haben und den Sprecher nicht unterbrechen, ausreden lassen
- Blickkontakt halten
- Sich durch Vorwürfe und Kritik nicht aus der Ruhe bringen lassen
- Empathie ausüben und sich innerlich in die Situation des Sprechers versetzen.

https://de.wikipedia.org/wiki/Aktives_Zuh%C3%B6ren

Hilfreiche Gesprächsregeln: Unbedingte Wertschätzung

- Zeigen von Interesse am Schicksal der Klientin durch
- aufmerksames Zuhören; das drückt sich nonverbal durch zugewandte Körperhaltung und Blickkontakt aus.
- Formulieren von Interventionen mit Wertschätzung und Respekt («Es fällt Ihnen im Moment schwer, darüber zu sprechen, dann brauchen wir das jetzt auch nicht zu tun«).
- Bekunden von Sorge und Anteilnahme («Es liegt mir viel daran, dass Sie auf Ihrem Weg weiterkommen«).
- Bestätigung und Anerkennung («Ja, so sollten Sie weitermachen«).
- Bekunden von Solidarität, Verbündung mit dem Heilungswillen der Klientin («Ich verstehe Ihren Wunsch, aus diesen Schwierigkeiten herauszufinden, und möchte mit Ihnen einen Weg suchen«).

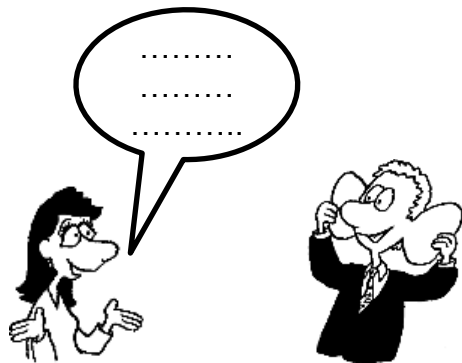
Hilfreiche Gesprächsregeln: Empathie

- Zentrieren Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die »innere Welt« des Klienten, auf seine Erlebnisverarbeitung und seine Bedeutungszuschreibungen.
- Versuchen Sie, bei jeder Klientenäußerung den emotionalen Gehalt, den gefühlshaften Kontext, die affektive Konnotation zu erfassen und teilen Sie dies dem Patienten mit.
- Formulieren Sie Ihre Interventionen eher in Aussage- als in Frageform. Fragen schaffen leicht eine kritische Distanz und blockieren ein spontanes, erlebnisnahes Antworten.
- Arbeiten Sie mit dem Angebot des Klienten! D.h., versuchen Sie nicht, dem Klienten ein Thema aufzudrängen, sondern knüpfen Sie mit Ihrer Intervention an der jeweils letzten Patienten-Äußerung an.
- Stellen Sie Ihre eigenen Überlegungen und Fragen (zunächst) beiseite. Versuchen Sie, zum »Sprachrohr« des Klienten zu werden, indem Sie das von ihm Intendierte (aber nicht Gewusste) verdeutlichen

Hilfreiche Gesprächsregeln für die Selbsteinbringung

- Erkunden Sie Ihre eigenen Gefühle, Erwartungen und Phantasien in Bezug auf Ihren Klienten.
- Versuchen Sie, bei sich zu unterscheiden zwischen Gefühlen, die eine Reaktion auf das Verhalten des Klienten sein können, und gefühlshaften Einstellungen, die Ihren eigenen Neigungen und Erwartungen entsprechen.
- Teilen Sie Ihre Reaktion auf das Verhalten des Klienten mit, wenn Sie hier durch dem Klienten einen wichtigen Impuls zur Selbstauseinandersetzung geben können.
- Seien Sie, in kontrollierter Weise, transparent.
- Achten sie darauf, dass die Mitteilung Ihrer Reaktionen auf den Klienten ohne jeden Unterton des Vorwurfes geschieht.
- Regen Sie den Klienten an sich zu vergegenwärtigen, wie Ihre Selbst-Mitteilung auf ihn gewirkt hat

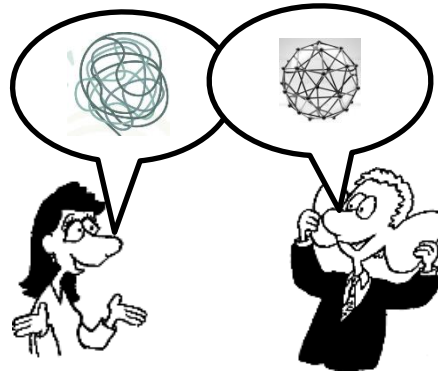
Aktives Zuhören



Zuhören

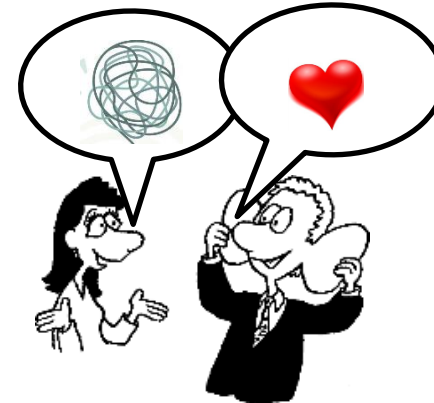
Signale:

- Blickkontakt
- Nicken
- „mhm“, „ja“ ...



Inhalt verstehen

- Verständnis prüfen
- Mit eigenen Worten wiederholen
- Zusammenfassen



Gefühle verstehen

- In den anderen hineinversetzen
- Gefühle verbalisieren
- Wünsche heraushören und benennen

Aktive Gesprächsgestaltung

Gesprächstechniken

- Aktives Zuhören
 - Offene Körperhaltung, Nicken, regelmäßiger Blickkontakt
- Paraphrasieren
 - Sie geben mit eigenen Worten wieder, was Sie verstanden haben
- Spiegeln
 - Gesprächspartner spiegelt das zurück , was er im Gesprächsverlauf verstanden und beobachtet hat
- Metakommunikation
 - Gesprächsebene wird gewechselt und das Kommunikationsgeschehen von außen betrachtet

Aktive Gesprächsgestaltung

Gesprächstechniken

- Ich-Botschaften
 - gehen in der Formulierung vom jeweils Sprechenden aus und verdeutlichen die eigene Position
- Konfrontieren
 - direkte, ehrliche Rückmeldung darüber, wie die Aussagen und das Verhalten des anderen wirken
- Fragetechniken
 - z.B. geschlossene oder offene Fragen

Aktive Gesprächsgestaltung

Aktives Zuhören

=> gezielte Aktivierung und Anregung des Erzählenden

Nonverbal

- Ohne Worte wird signalisiert: „Das, was Sie sagen, ist mir wichtig.“
 - Aufmerksames Zuhören als Form von deutlicher Wertschätzung
- Möglichkeit nutzen um neue/andere Perspektive auf Sachlage zu bekommen
 - Eigene Sichtweise hinterfragen und Thesen überprüfen
- Signale des aktiven Zuhörens zeigen
 - Offene Körperhaltung
 - Nicken
 - regelmäßiger Blickkontakt

Aktive Gesprächsgestaltung

Aktives Zuhören

Verbal

- Raum für eine ausführliche Darlegung des Problems einräumen
 - zustimmende oder verstehende Laute wie „hm“, „ja“, „aha“
 - Paraphrasieren
 - Feedback
 - gezieltes Nachfragen nach Verläufen oder Empfindungen:
„Was ist genau geschehen? Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie plötzlich das Bein vor Schmerz nicht mehr bewegen konnten?“

Aktive Gesprächsgestaltung

Paraphrasieren

- Verschiedene Möglichkeiten:
 - Sie geben mit eigenen Worten wieder, was Sie verstanden haben
 - Sie fassen einen längeren Beitrag des anderen zusammen
 - Sie wiederholen einfach nur einzelne Worte oder Satzteile, die Ihr Gesprächspartner gesagt hat
 - Sie wiederholen die Kernaussage und fassen zusätzlich das Gefühl in Worte, das Sie herausgehört haben
- Diese Technik erfordert eine gewisse Übung, da sie bei mangelnder Erfahrung eher Distanz auslösen kann

Aktive Gesprächsgestaltung

Paraphrasieren - Vorteile

- Signalisiert Aufmerksamkeit und Wertschätzung
- Gesprächsbeiträge versachlichen
- Sichert Verständnis und schützt damit vor Missverständnissen
- Zeit geben und Zeit gewinnen
- Redefluss fördern
- Am Ende des Gesprächs dazu nutzen ein Gesprächsergebnis zusammenzufassen/festzuhalten
- Auch in Anamnese und Funktionsuntersuchung hilfreich

Aktive Gesprächsgestaltung

Paraphrasieren

Beispiel:

„Also, ich finde sowieso, dass das alles viel zu lange dauert an der Uni. Die verbringen da Jahre ihres Lebens und wenn sie dann in die Praxis kommen, haben sie nur theoretische Kenntnisse. Praktische Fertigkeiten haben die fast keine.“

Paraphrase: „Sie meinen, dass die Ausbildungszeiten an den Universitäten zu lang und die Ausbildung zu praxisfern ist.“

Aktive Gesprächsgestaltung

Spiegeln

- Gesprächstechnik, bei welcher ein Gesprächspartner dem anderen ein Spiegel ist
 - ⇒ Das bedeutet, er spiegelt das zurück, was er im Gesprächsverlauf verstanden und beobachtet hat
 - ⇒ Das Spiegeln kann in Bewegungen oder in Form einer Rückfrage geschehen
 - ⇒ Ziel: eine Art Plattform für die Selbstreflexion des Gegenübers zu sein
 - Der Umgang mit dieser Technik erfordert viel Feingefühl, Empathie und Respekt
- ➔ „Verstehe ich das richtig, dass Sie in diesem Moment so erschrocken waren, dass Sie gar nicht mehr reagieren konnten?“
- ➔ Vergleich Spiegelnd und Direktiv

Aktive Gesprächsgestaltung

Metakommunikation

- bezeichnet das Sprechen über die Kommunikation
 - Gesprächsebene wird gewechselt und das Kommunikationsgeschehen von außen betrachtet

- Einstieg vorsichtig gestalten:
„Darf ich etwas ansprechen, was mir aufgefallen ist?“

Aktive Gesprächsgestaltung

Metakommunikation

Im negativen Sinne: „Es stört mich, wenn Sie mich immer wieder unterbrechen. Lassen Sie mich bitte ausreden.“

Im positiven Sinne: „Ich schätze die Klarheit, mit der Sie auch die heiklen Punkte ansprechen, Frau Hansen.“

- Gespräche Organisieren
„Wir haben bisher ausschließlich über die Nachteile der neuen Vorgaben geredet. Ich fände gut, wenn wir in der Diskussion stärker berücksichtigen, welche Vorteile uns diese Vorgaben bringen.“

Aktive Gesprächsgestaltung

Konfrontieren

- direkte, ehrliche Rückmeldung darüber, wie die Aussagen und das Verhalten des anderen wirken
 - ⇒ Auseinandersetzung wird bewusst herausgefordert
 - ⇒ Im Idealfall wird dadurch ein Erkenntnisprozess ausgelöst
 - ⇒ Ziel: Widersprüche in Sicht oder Verhaltensweisen aufzudecken
 - Im Gegensatz zum Spiegeln ist diese Vorgehensweise nicht neutral, sondern steuernd und zielgerichtet:
- ➔ „Sie beschreiben Ihren Aufenthalt in unserer Rehaklinik als große Belastung und sind gleichzeitig nicht bereit, über eine baldige Rückkehr nach Hause nachzudenken.“

Aktive Gesprächsgestaltung

Konfrontieren

- Eine Form der Konfrontation ist die Auseinandersetzung mit Einschränkungen wie schweren Erkrankungen
- Therapeuten fragen sich, wie stark sich Patienten damit auseinandersetzen wollen
- Mit einer konfrontierenden Frage können sie dem Patienten frühzeitig ihre Bereitschaft zur offenen Kommunikation signalisieren:

➔ „Wenn Sie irgendwelche Fragen haben oder einfach einmal mit jemandem sprechen wollen, bin ich für Sie da. Ich verstehe, dass Sie den Zeitpunkt dafür selbst wählen wollen.“

Aktive Gesprächsgestaltung

Ich-Botschaften

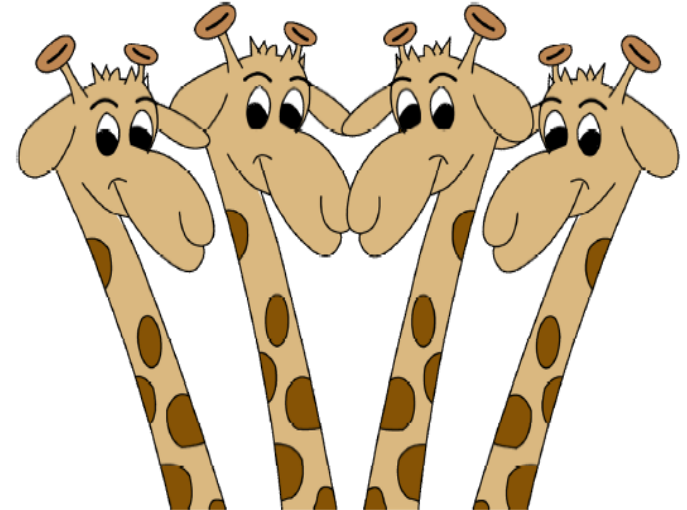
- konfrontierende Ich-Botschaften
 - ⇒ Ziel: Verhaltensänderung auslösen ohne sie zu erzwingen
 - ⇒ benennt den Veränderungswunsch ohne zu verletzen, verweist auf mögliche Konsequenzen
- ➔ „Mich stört es, wenn Sie hier mit dem Handy telefonieren, weil ich mich dann nicht mehr auf Ihre Behandlung konzentrieren kann.“
 - positive Botschaften und Emotionen äußern um Verhaltensweisen zu bestätigen
 - ⇒ Ziel: Motivation
- ➔ „Ich habe mich sehr gefreut zu sehen, welche Fortschritte Sie gemacht haben.“

Kommunikationsmodell 4

Gewaltfreie Kommunikation
nach Marshall Rosenberg

Gewaltfreie Kommunikation

- Grundhaltung aus humanistischer Psychotherapie
- Beeinflusst von Mahatma Gandhi
- auf die Bedürfnisse und Gefühle gerichtet, die hinter Handlungen und Konflikten stehen
- **Ziele**
 - Befriedigende Beziehungen aufbauen und erhalten
 - Unsere Bedürfnisse zu befriedigen, ohne anderen Gewalt anzutun
 - Schmerzliche Kommunikation verändern
 - Konflikte wandeln



Gewaltfreie Kommunikation

Rosenberg, M.B.(2013)



Rosenberg fasst die Schritte der gewaltfreien Kommunikation in folgendem Satz zusammen:
„Wenn ich A sehe, dann fühle ich B, weil ich C brauche. Deshalb möchte ich jetzt gerne D.“

<http://www.hernstein.at/Media/GewaltfreieKommunikation.jpg>

Gewaltfreie Kommunikation (GFK)



http://www.bo-komm.de/wp-content/uploads/2015/03/4_Schritte_.jpg

Ich Botschaften

- nur Ihre Eindrücke, Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse werden ausgedrückt.
- **Was nicht passieren sollte:** dem Empfänger die Verantwortung zuzuschieben – auch nicht “unterschwellig”
→ keine Interpretationen oder Meinungen



Ich Botschaft ja oder nein?

„Ich bin verärgert, weil Sie immer einfach so reinplatzen.“

Alternative: “Ich bin ärgerlich, weil ich mich erschrecke, wenn Sie so plötzlich reinkommen. Ich brauche...”!

Ich Botschaften

- Vier Schritte in **Konfliktsituationen, beim Feedback oder in schwierigen Gesprächen**

1. Beobachtung ohne Bewertung ausdrücken

„Wenn ich in diese Situation gerate, ...“

2. Gefühle ausdrücken

...bin ich noch unsicher...

3. Eigene Bedürfnisse ausdrücken

...weil ich Ihre Unterstützung brauche.

4. Eine Bitte formulieren

Ich bitte Sie, mir zu sagen, wie genau ich vorgehen soll.“

Übung 3: Ich Botschaften



■ Du Botschaften umformulieren

1. Bitte bilden Sie Kleingruppen à 2-3 Personen.
2. Gehen Sie gemeinsam die 10 Du Botschaften auf dem Arbeitsblatt durch
3. Formulieren Sie diese Sätze in Ich-Botschaften um.

Vorbereitende Gesprächsanalyse

Vorbereitende Gesprächsanalyse

Faktoren die ein Gespräch beeinflussen

- Einfluss der eigenen **Ziele** auf den Gesprächsverlauf
- Wie definiert man die eigene **Rolle**
- Einschätzung der **Beziehung** zur Gesprächspartnerin oder dem Gesprächspartner
- Einfluss von **Ort & Zeit**

Vorbereitende Gesprächsanalyse

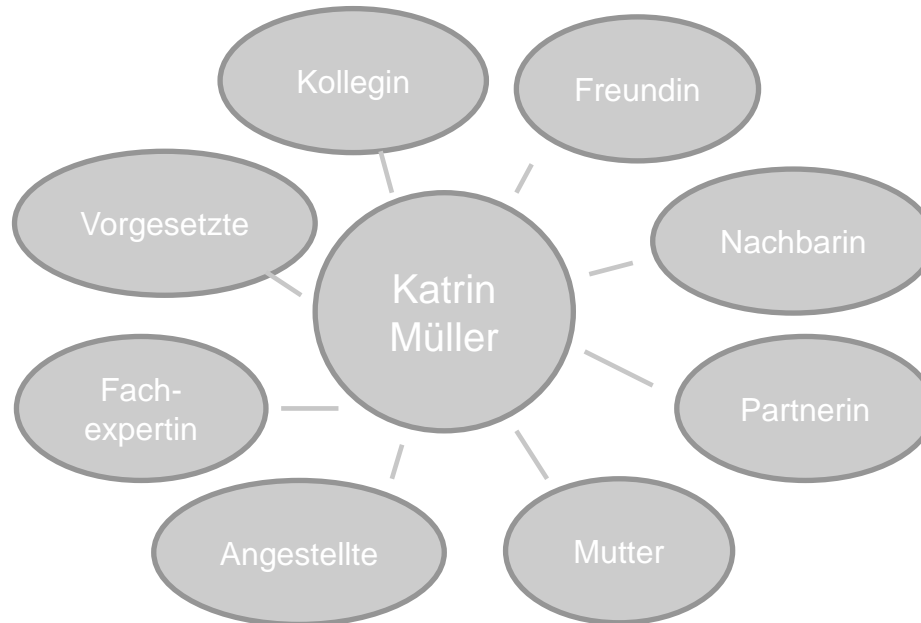
Faktoren die ein Gespräch beeinflussen – Motive & Ziele

- Ziele geben im Gesprächsverlauf Orientierung und helfen, sich für seine Vorstellungen einzusetzen
- Gesprächsziele des Gegenüber beachten
- (Ziele in der Therapie)

Vorbereitende Gesprächsanalyse

Faktoren die ein Gespräch beeinflussen – Wie definiert man die eigene Rolle

- Eine Person spricht immer in einer bestimmten sozialen Rolle
 - Bsp. Katrin Müller (Leiterin einer Abteilung für Physiotherapie)



Vorbereitende Gesprächsanalyse

Faktoren die ein Gespräch beeinflussen – Wie definiert man die eigene Rolle

- Symmetrische und asymmetrische Gespräche
- Einfluss von Hierarchien

⇒ Die eigene Rolle, die eigene Position und die Erwartungen des Gegenübers an diese Rolle bewusst machen

⇒ Grenzen der eigenen Position realistisch einschätzen: wieviel Einfluss kann oder muss ich auf den Gesprächsverlauf nehmen

Vorbereitende Gesprächsanalyse

Faktoren die ein Gespräch beeinflussen – Einschätzung der Beziehung zum Gegenüber

- Wer ist meine Gesprächspartnerin oder mein Gesprächspartner
 - Welche Erfahrungen/Kompetenzen hat sie oder er?
 - Was ist ihr oder ihm wichtig?
 - Welche Sprache nutzt und versteht er oder sie?
 - Eventuelle Empfindlichkeiten („Macken“) im Bewusstsein haben
 - Eigene Emotionen zum Gegenüber
 - Wie stehe ich zu meinem Gegenüber und andersherum?
- => Welche Auswirkungen hat das auf die Sache?

Vorbereitende Gesprächsanalyse

Faktoren die ein Gespräch beeinflussen – Einfluss von Ort und Zeit

- Die passende Umgebung aussuchen
 - Wenn nicht selbst bestimmbar: Welchen Einfluss hat der örtliche und zeitliche Rahmen auf mich und mein Ziel in diesem Gespräch?
- Zeitpunkt und Dauer richtig wählen
 - Zeitdruck vermeiden
 - Dauer gegebenenfalls vorher absprechen

=> Gezielte Rahmengestaltung

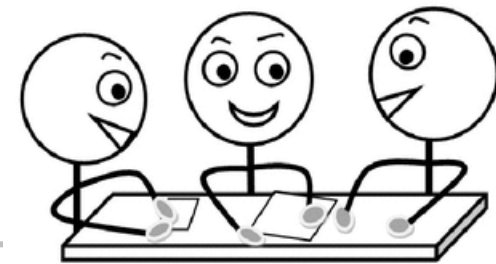
Gesprächs- und Frage-Techniken

→ Siehe Handout!

Übung 4: Klärendes Gespräch

Frau M. wurde vom Teamleiter beauftragt innerhalb ziemlich kurzer Zeit die Krankenvorgeschichte sowie biographische Anamnese eines Patienten zu erheben und niederzuschreiben. Dies hat sie innerhalb der festgelegten Zeit getan und dem Teamleiter ins Fach gelegt. Der Teamleiter gab ihr die Arbeit zurück mit einem gelben Post-it auf dem stand „bitte überarbeiten, Großteil fehlt“. Es fehlte jedoch nichts, weshalb Frau M. um ein kurzes Gespräch bat. Der Teamleiter entgegnete „es passt gerade eigentlich nicht, aber setzten Sie sich trotzdem kurz“; er fing gleich an zu reden, wie überrascht und enttäuscht er über die unsaubere Arbeit war. Frau M. versuchte anzumerken, dass ein Teil der Anamnese auf der Rückseite zu finden sei und nichts fehle, der Teamleiter ging weiterhin auf die formalen Fehler ein, schien nicht zuzuhören. Seine Körperhaltung war ablehnend und in keinster Weise wertschätzend bezüglich der Erledigung der Aufgabe in der kurzen Zeit.

Übung 4: Klärendes Gespräch!



Finden Sie sich zu dritt zusammen: Versetzen Sie sich in die Personen aus der Fallvignette und führen Sie ein klärendes Gespräch. Beachten Sie dabei die besprochenen Aspekte (Ich-Botschaften, klare Vereinbarungen, Zuhören und Verstehen).

Legt fest:

- 1 Teamleiter
- 1 Frau M.
- 1 Beobachter

Spezifische Kommunikationstechniken

- Feedback
- PEF
- SBAR

Feedback

Geben

Konkret, *keine Verallgemeinerungen*

Subjektiv: *Die eigene Wahrnehmung beschreiben, nicht den anderen bewerten*

Konstruktive
Vorschläge

Zeitnah

→ **Sandwich-Technik**

Nehmen

Als Chance begreifen

Ausreden lassen

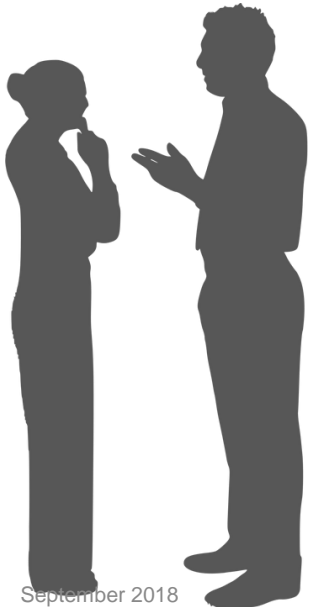
Nicht rechtfertigen

Nachfragen

Erstmal wirken lassen

Feedbackkultur

- Bei **positivem** Feedback keine unbewussten Einschränkungen, Relativierungen oder sogar Kritik: Das Ergebnis gefällt mir *eigentlich* ganz gut....
- Bei **kritischem** Feedback: objektivierbare Tatsachen und konstruktiven Verbesserungsvorschlag

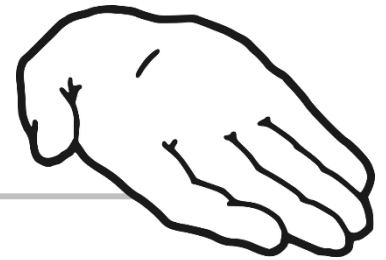


- Wer Feedback gibt, sagt immer etwas über seine persönlichen Einstellungen und Vorstellungen

Feedback-Geber

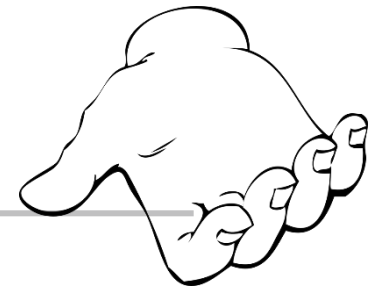
- respektvolle Grundhaltung
- beschreibend statt bewertend (oder gar verurteilend)
- konkret statt allgemein
- bezieht sich auf Verhalten, nicht auf Charakterzuschreibungen
- Message nicht: „Das machen Sie falsch“, sondern: „Damit habe ich Schwierigkeiten, weil...“
- benennt nicht nur das unerwünschte Verhalten und dessen Nachteile, sondern auch das gewünschte Verhalten und dessen Vorteile kommt in verkraftbarer Dosierung

Grundstruktur Feedbackgeben



1. Genaue und wertneutrale Beschreibungen der Wahrnehmung
2. Schilderung der Reaktion, die diese Wahrnehmung ausgelöst hat. 3 Richtungen:
 - **Fragen**, die sich ergeben haben
 - **Gefühle**, die aufgrund der Wahrnehmung entstanden sind
 - **Folgerungen**, die Sie angestellt haben
3. Wünsche, die Sie an den anderen haben oder Konsequenzen, die sich daraus aus Ihrer Sicht ergeben.

Grundstruktur Feedbacknehmen



1. Aufmerksam zuhören
2. Bei Unklarheiten nachfragen
3. Keine Rechtfertigungen
4. Souveräner Umgang mit Feedback: Feedback so für sich umformulieren, dass Sie etwas daraus lernen können
5. keine voreiligen Zusagen → Eigenverantwortung für das eigene Handeln

Feedback- Nehmer

- die genannten Punkte in Ruhe anhören
- ausreden lassen
- nicht rechtfertigen, verteidigen, abstreiten
- interessiert nachfragen
- sich bedanken
- auf sich wirken lassen, reflektieren, Schlüsse ziehen
- prüfen, ob und ggf. welche Konsequenzen man ziehen möchte

Übung 5

- Suchen Sie sich eine Situation aus Ihrem beruflichen Alltag, in welcher Sie gerne einer Kollegin/einem Kollegen aus dem Team oder Ihrem Vorgesetzten ein Feedback bezüglich eines Patienten geben möchten (z.B. Patient hat sich beschwert, beklagt ...)
 - Formulieren Sie das Feedback unter Berücksichtigung der Feedbackregeln
 - Simulieren Sie das Feedback mit Ihrem Gruppenpartner wechselseitig.

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Was ist PEF ?

PEF wird definiert als...

„...**Interaktionsprozess** mit dem Ziel,
unter **gleichberechtigter aktiver Beteiligung**
von Patient und Arzt auf Basis **geteilter**
Information zu einer **gemeinsamen**
verantworteten Übereinkunft zu kommen.“

nach Härter, 2004

Merkmale der PEF

- Mindestens 2 Teilnehmer
- Informationsaustausch in beide Richtungen
- Wahlmöglichkeiten sind bekannt
- Aktive Beteiligung am Entscheidungsprozess
- Gleichberechtigung
- Übernahme der Verantwortung von beiden Seiten

nach Härter, 2004

Modelle der Entscheidungsfindung

Arzt alleine



Patient alleine

**Paternalistisches
Modell**

**Partizipative
Entscheidungsfindung**

**Informations-
modell**



Patientenautonomie

modifiziert nach Bieber et al., 2007

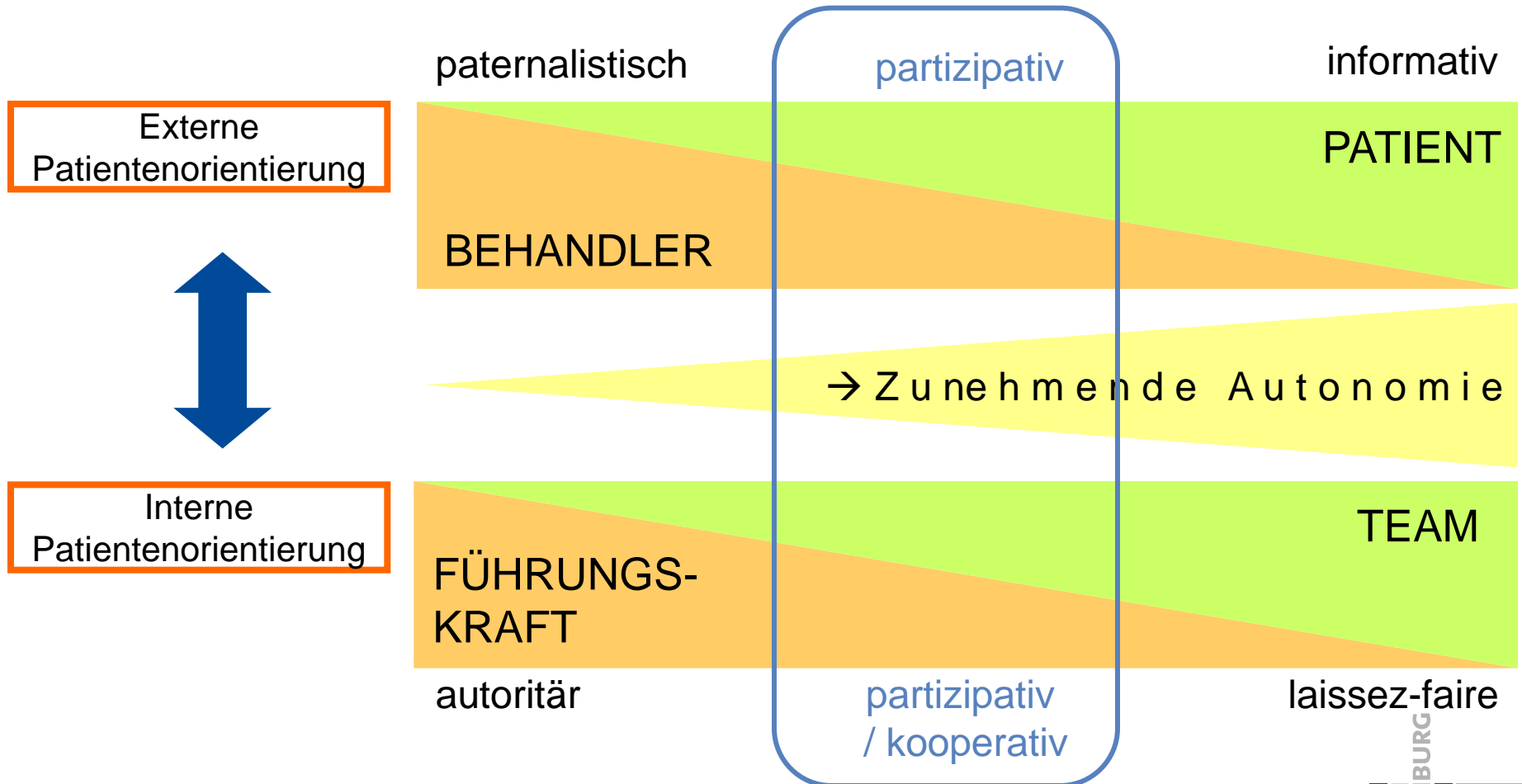
Modelle der Entscheidungsfindung

		Paternalistisches Modell	Partizipative Entscheidungsfindung	Informationsmodell
Austausch von Information	Richtung des Informationsflusses	Behandler ↓ Patienten	Behandler ↓ ↑ Patienten	Behandler ↓ Patienten
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	Rechtlichen Anforderungen entsprechend	Alles für die Entscheidung Relevante	Alles für die Entscheidung Relevante
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Behandler	Behandler und Patient	Patient

modifiziert nach Charles, Whelan & Gafni, 1999

Interaktionsmodelle der Patientenorientierung

Die Entscheidungsverantwortung liegt bei...



Führungsstile in Entscheidungssituationen

autoritär

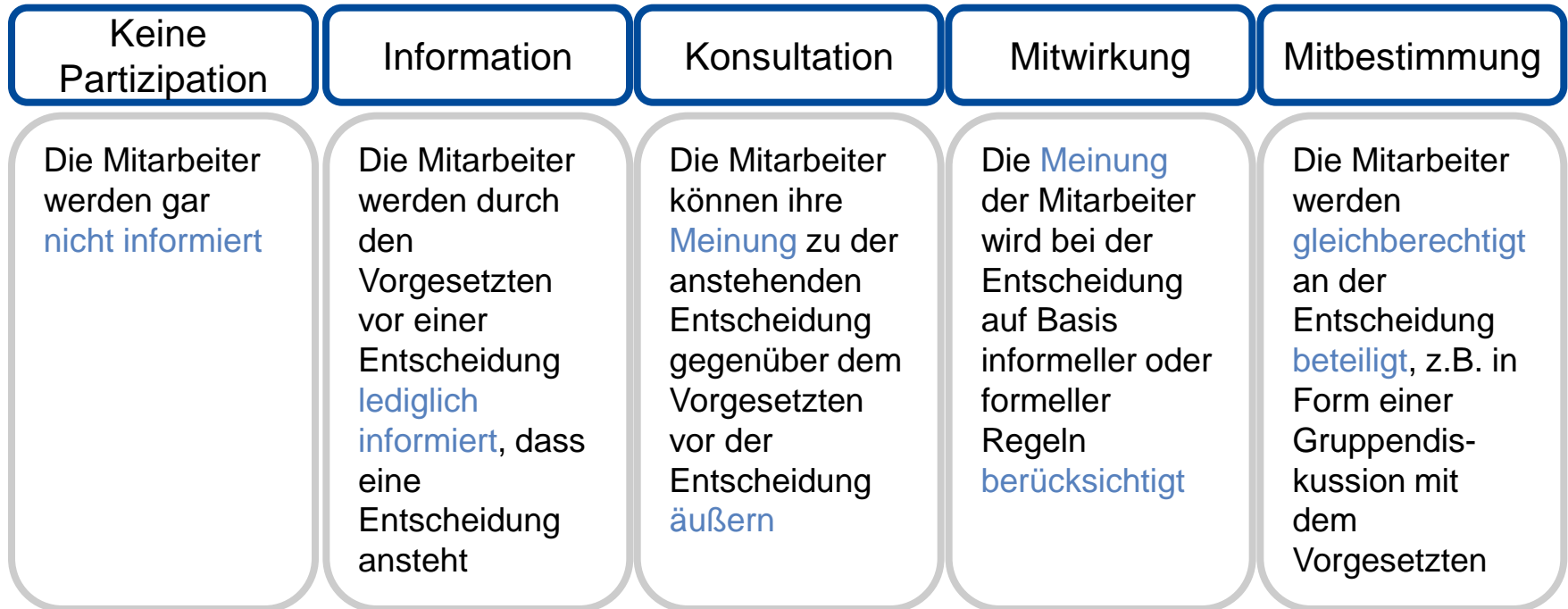
partizipativ / kooperativ

laissez-faire

FÜHRUNGS-
KRAFT

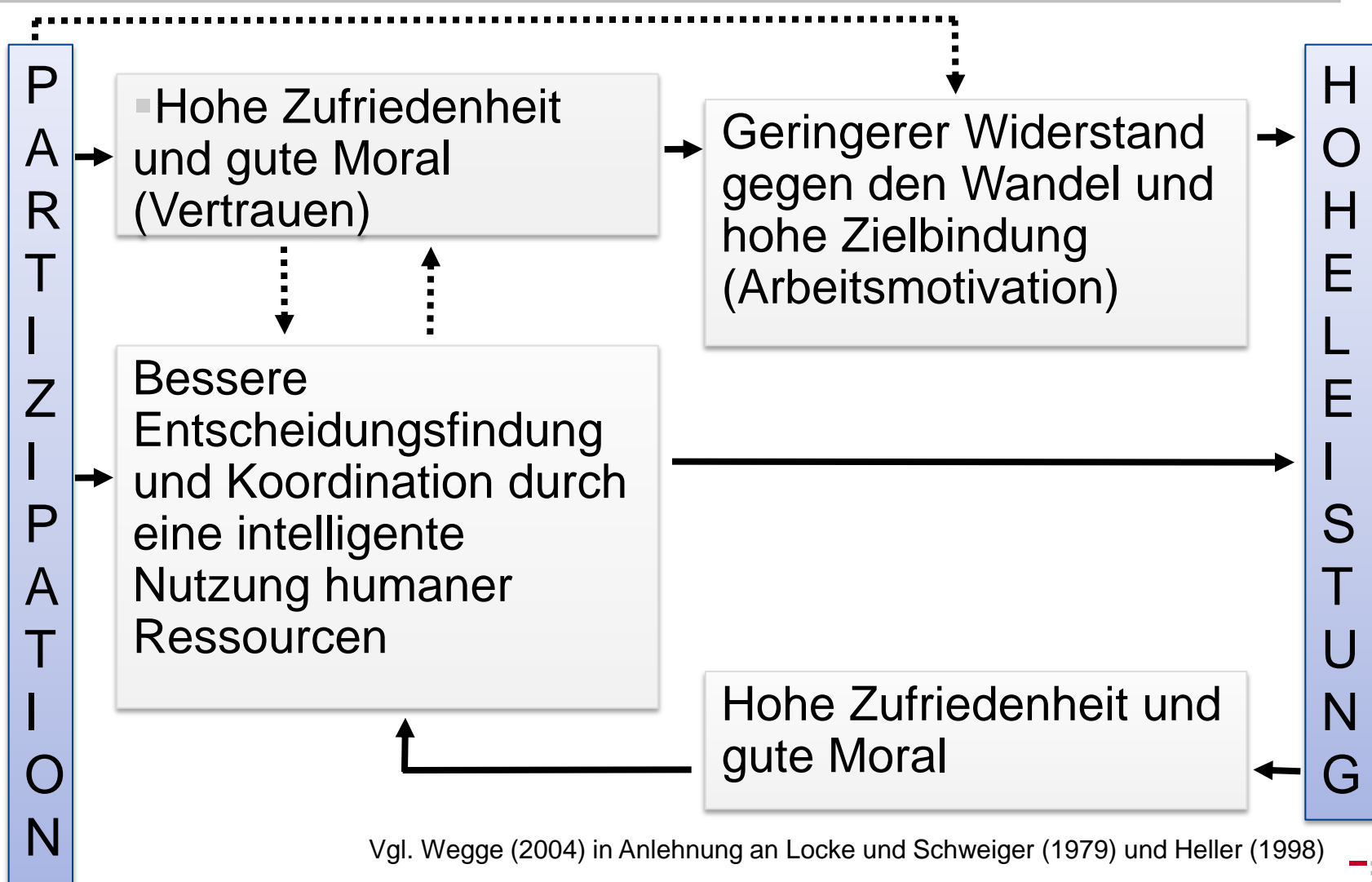
TEAM

Modell der Partizipationsstufen



Vgl. Wegge, 2004 in Anlehnung an Partizipationsstufen nach Antoni, 1990; Heller, 1998. Vroom & Jago, 1995

Wirkung partizipativer Entscheidungsgestaltung



Vgl. Wegge (2004) in Anlehnung an Locke und Schweiger (1979) und Heller (1998)

b) Einführung in das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung: Ablauf*

Choice talk

(Möglichkeiten aufzeigen)

- Klare Formulierung des Problems
- Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und gemeinsame Entscheidungsfindung begründen
 - Berücksichtigung der individuellen Patienten-/Klientensituation
 - Berücksichtigung der möglichen Unsicherheiten
- Reaktion des Patienten/Klienten einschätzen

Option talk

Möglichkeiten auf den Patienten/Klienten abstimmen

- Wissensstand des Patienten/Klienten klären
- Mögliche Optionen auflisten
- Detaillierte Beschreibung der einzelnen Optionen (Nutzen, mögliche Nebenwirkungen)
- Unterstützung für den Patienten aufzeigen
- Zusammenfassen

Choice talk

Gemeinsame Entscheidung finden

- Präferenzen des Patienten/Klienten herausarbeiten
- Präferenzen besprechen, mögliche Alternative herausarbeiten
- Gemeinsame Entscheidung anvisieren und treffen
- Hervorheben, dass die getroffene Entscheidung erneut besprochen werden kann

b) Einführung in das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung: Ablauf*

Choice talk

(Möglichkeiten aufzeigen)

⇒ Therapeut und Patient/Klient einigen sich, die Entscheidungen über die Therapieoption gemeinsam zu treffen

Option talk

Möglichkeiten auf den Patienten/Klienten abstimmen

⇒ Der Patient/Klient hat alle notwendigen Informationen, welche Therapieoptionen bestehen

Choice talk

Gemeinsame Entscheidung finden

⇒ Therapeut und Patient/Klient treffen gemeinsam die Entscheidung, welche Therapieoption anvisiert wird

PEF - Schritt für Schritt

- 1 • Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- 2 • Gleichberechtigung der Partner formulieren
- 3 • Über Wahlmöglichkeiten informieren
- 4 • Information über Vor- und Nachteile der Optionen geben
- 5 • Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- 6 • Präferenzen ermitteln
- 7 • Aushandeln
- 8 • Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- 9 • Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

modifiziert nach Simon, Loh & Härter, 2008

Übung 6: Sie sind gefragt!

*In welchen
Entscheidungssituationen ist
Partizipation der Mitarbeiter (im
Sinne von Mitbestimmung) in
Ihrem Arbeitsalltag sinnvoll und
wann nicht?*



Entscheidungssituationen – Ergebnisse der PEFiT-Pilotstudie (2008)

Pro interne PEF

- Personalplanung (Dienstplan, Urlaub...)
- Therapiegestaltung
 - (z.B. Therapiefähigkeit, -methoden, Behandlungskonzept, Therapiedichte, Therapieziele, Therapieverlauf)
- Arbeitsabläufe
- Aufgabenverteilung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit / Team betreffend
- Persönliche Betroffenheit des MA
- Organisatorische Änderungen
- Gemeinsame Zielvereinbarungen

Contra interne PEF

- Bei fehlenden Handlungsalternativen
- Disziplinarische Maßnahmen
- Konsens nicht erreichbar
- Finanzielle Entscheidungen / Investitionen
- Fehlender Weitblick der MA
- Patientenversorgung erfordert rasche Entscheidungen oder Patientenwohl leidet
- Routinearbeiten (z.B. Verwaltung)
- Delegation und Aufgabenverteilung
- Sicherheit am Arbeitsplatz
- Wenn Vereinbarungen nicht eingehalten wurden
- Zum Teil bei organisatorischen Entscheidungen

Kommunikationsschema

SBAR

Warum strukturierte Kommunikation?

- Fehler passieren häufig nicht aufgrund von fehlendem Fachwissen (!), sondern aufgrund von
 - unübersichtlichen und komplexen Situationen, in denen man zu schnellem Handeln gezwungen ist
 - Zeitdruck, Übermüdung, ...
 - Missverständnisse in der Kommunikation etc.
- Strukturierte Kommunikation kann erlernt werden, muss aber durch regelmäßiges Üben trainiert werden!
- Und: Strukturierte Kommunikation spart Zeit!

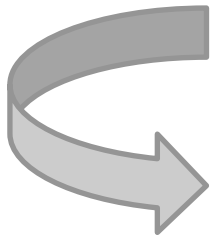
Standardisierter Kommunikations-Ansatz

Wahrnehmung von Teamwork in der medizinischen Versorgung unterschiedlich bei
Ärzten und **Pflegekräften**

Wahrnehmung von Teamwork als **kollaborativ**

vs.

Wahrnehmung von Teamwork als **wenig kollaborativ**



Situation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation

SBAR - Anwendung

Standardisierung von Kommunikation führt zu:



Zeitersparnis



Alle haben die gleiche Wissensbasis



Kritische Themen können objektiv berichtet werden

ABER: Funktioniert nur, wenn Empfänger richtig zuhört!

SBAR - Bestandteile

S ituation	Aktuelle Situation in einem Satz darstellen
B ackground	Hintergrundinformationen geben
A ssessment	Sag was deiner Meinung nach passiert ist
R ecommendation	Eigene Methode zur Problemlösung darstellen

Anwendung von SBAR im Beispiel

Ordnen Sie bitte die Aussagen des Pflegers aus dem Videobeispiel den SBAR-Kategorien auf Ihrem Arbeitsblatt zu!

		Videobeispiel
S	Präzise Benennung des aktuellen Problems Was ist aktuell das Problem?	
B	Sachdienliche und kurze Information mit Bezug zur Situation Was ist passiert?	
A	Analyse und Überlegungen zu den Optionen Was denkst du / hast du herausgefunden, was los ist.	
R	Forderung und/oder empfohlene Aktion Was möchtest du, das getan werden soll?	

Vorteile strukturierter Kommunikation

- Erhöhung der Behandlungs- und damit der Patientensicherheit
- Nachhaltige Verbesserung der Effektivität der Zusammenarbeit im Team
 - Zeitersparnis
 - Gleiche Wissensbasis
 - Kritische Themen können objektiv berichtet werden
- Steigerung der Zufriedenheit im Team und der eigenen Zufriedenheit

Kommunikationstool „SBAR“

- SBAR ist in den USA in der Medizin bereits sehr, in Deutschland noch weniger verbreitet.
- Es ist vor allem für Berufseinsteiger hilfreich und hilft, Kommunikation zu strukturieren und damit effektiv (zeitsparend) zu gestalten.
- Mit SBAR können konkrete Probleme klar und strukturiert erläutert und damit Fehler vermieden werden.
- Das Schema kann auf unterschiedliche Problemfelder, Situationen und Patiententypen angepasst werden.

SBAR - Bestandteile

Situation	<ul style="list-style-type: none">• Patientenidentität und ggf. eigene Identität nennen (bei Erstkontakt: Name, Funktion, Abteilung).• Aktuelles Hauptproblem + Grund der Konsultation in einem Satz darstellen.
Background	<ul style="list-style-type: none">• Hintergrundinformationen geben (Patientendaten, Aufnahmegrund, relevante Ergebnisse der Anamnese).
Assessment	<ul style="list-style-type: none">• Spezielle Beobachtungen und Vitalzeichen, Veränderungen seit der letzten Untersuchung berichten.• Sagen, was nach eigener Meinung vermutlich das Problem ist.
Recommendation	<ul style="list-style-type: none">• Eigenen Plan zur Problemlösung darstellen und gewünschte Hilfe formulieren.

Übung 7: „SBAR im 2-er Gespräch“

Ordnen Sie bitte die Aussagen des Pflegers aus dem Videobeispiel den SBAR-Kategorien auf Ihrem Arbeitsblatt zu!

		Videobeispiel
S	Präzise Benennung des aktuellen Problems Was ist aktuell das Problem?	
B	Sachdienliche und kurze Information mit Bezug zur Situation Was ist passiert?	
A	Analyse und Überlegungen zu den Optionen Was denkst du / hast du herausgefunden, was los ist.	
R	Forderung und/oder empfohlene Aktion Was möchtest du, das getan werden soll?	

Strukturierte Kommunikation im Team

Übung: „SBAR im Team“

1. Bilden von Kleingruppen (4 Pers./ Gruppe).
2. Verteilen der folgenden Rollen:
 - Arzt
 - Physiotherapeut
 - Pflegekraft
 - Beobachter (Feedbackgeber)
3. Diskutieren des Falles im Team.

Das **Ziel** der Fallbesprechung ist eine interprofessionell abgestimmte patientenorientierte Entscheidung über das weitere Vorgehen. Alle weiteren Infos befinden sich auf den Arbeitsblättern.

Arbeitsauftrag

Vertiefung der Kommunikationstechniken SBAR oder PEF im Rahmen einer Interaktion in der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse über PEF und SBAR im Rahmen Ihrer Arbeitstätigkeit auszuprobieren. Hierzu sollten Sie sich im Vorfeld überlegen, in welcher Situation mit dem interprofessionellen Team oder im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit Sie eine der beiden Kommunikationstechniken ausprobieren möchten. Strukturieren Sie die ausgewählte Situation anhand des SBAR oder PEF Kommunikationsschemas.

Nach der Erprobung reflektieren Sie Ihr Vorgehen.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

UNI
FREIBURG

Arbeitsauftrag: Vertiefung der Kommunikationstechniken SBAR oder PEF im Rahmen einer Interaktion in der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse über PEF und SBAR im Rahmen Ihrer Arbeitstätigkeit auszuprobieren. Hierzu sollten Sie sich im Vorfeld überlegen, in welcher Situation mit dem interprofessionellen Team oder im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit Sie eine der beiden Kommunikationstechniken ausprobieren möchten. Strukturieren Sie die ausgewählte Situation anhand des SBAR oder PEF Kommunikationsschemas.

Nach der Erprobung reflektieren Sie Ihr Vorgehen.

Meine Erfahrungen

- a) Beschreiben Sie die ausgewählte Gesprächs-/Entscheidungssituation.
- b) Beschreiben Sie Ihr Vorgehen nach dem Kommunikationsschema.
- c) Was hat gut funktioniert? Was weniger gut?
- d) Beurteilen Sie die Kommunikationstechnik als geeignet für die ausgewählte Gesprächssituation?

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Vertiefung der Kommunikationstechniken SBAR oder PEF“ bis zum **30.09.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „1. Selbstlernphase“ („Nachbereitung: Vertiefung der Kommunikationstechniken SBAR oder PEF im Rahmen einer Interaktion in der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.

Arbeitsauftrag: Vorbereitung auf den inhaltlichen Austausch zwischen den Professionen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Vorkenntnisse und Erfahrungen im Rahmen Ihrer Arbeitstätigkeit zu nutzen und an diese anzuknüpfen. Der Auftrag wird in 3 Teilschritte aufgeteilt:

Teil 1 dient der gedanklichen Vorbereitung auf die inhaltliche Arbeit am nächsten Präsenztage.

Teil 2 knüpft ebenfalls an Ihre Erwartungen und persönlichen Erfahrungen in der Praxis zur interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit an, die Sie als gelungen oder weniger gelungen erfahren haben.

Teil 3 der Vorbereitung ist das Lesen eines zusammenfassenden Textes. Dieser soll Sie in die Arbeit mit der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einstimmen.

Folgende Fragestellungen dienen für Sie als Grundlage für die Vorbereitung:

Meine Erfahrungen

Auftrag 1: Bitte überlegen Sie sich im Vorfeld, welches *Vorwissen, Stereotype /Klischees* Sie aus den *verschiedenen Gesundheitsberufen*, mit denen Sie bisher in Kontakt kamen, kennen oder von denen Sie gehört haben. Bitte verschriftlichen Sie Ihre Überlegungen (mind. ½ Seite).

Auftrag 2: Worin liegen Ihrer Meinung nach die Potentiale der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit? Nennen Sie persönliche Erwartungen und schildern Sie aus Ihrer Erfahrung je ein Beispiel zu gelungener und misslungener interprofessioneller Zusammenarbeit / Teamarbeit. Falls möglich, führen Sie Gründe oder Ursachen für das Gelingen/ Misslingen an und beschreiben Sie kurz das Setting (beispielsweise ambulante Praxis, palliative Versorgung, Wohnheim...). Bitte verschriftlichen Sie Ihre Überlegungen (ca. ½-1 Seite).

Auf Ihre Beiträge wird am 1. Tag der 2. Präsenzphase Bezug genommen.

Auftrag 3: Bitte lesen Sie vorbereitend die beigefügte Kurzfassung zur ICF (siehe Anlage).

Laden Sie bitte Ihre Ergebnisse aus den Arbeitsaufträgen 1 und 2 „Vorbereitung auf den Austausch zwischen den Professionen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit“ bis zum **Freitagmittag, 12.10.18** auf die Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „1. Selbstlernphase“ („Vorbereitung auf den Austausch zwischen den Professionen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit/ Teamarbeit“) hoch.

Alternativ können Sie diese auch an Sebastian Flottmann, an folgende E-Mail Adresse senden: sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de. Vielen Dank!

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL |||

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

**Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit,
Behinderung und Gesundheit - ICF-Grundlagen**
Chancen und Herausforderungen im Rahmen der
interprofessionellen Kommunikation

Freitag: 19./20.10.2018

Universität Osnabrück Fachbereich 8 Humanforschung Institut für Gesundheitsforschung und Bildung

Prof. Dr. Andrea Glässel MPH, MSc Neuroreha
Anita Manser Bonnard Dipl. Psych. FH
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Department Gesundheit, Winterthur, Schweiz
Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL |||

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

Inhalte für die 2 Tage

- 1) Begrüßung und Kennenlernen
- 2) Selbstbild – Fremdbild Analyse Input – Übung – Fallbezug
- 3) WHO Klassifikationen ICD-10
- 4) Biopsychosoziales Modell
- 5) Struktur und Aufbau der ICF als Klassifikation
- 6) Ausblick ICF in der Rehabilitation
- 7) Interprofessioneller Arbeitsauftrag für die Selbstlernzeit

Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
zhaw



- Winterthur
 - Architektur, Gestaltung und Bauingenieurwesen
 - Gesundheit
 - Angewandte Linguistik
 - School of Engineering
 - School of Management & Law
- Zürich
 - Soziale Arbeit
 - Angewandte Psychologie
- Wädenswil
 - Life Sciences and Facility Management



Zürcher Fachhochschule 3

Kennenlernen

Soziometrische Aufstellung

- Beruf
- Arbeitsplatz Stadt und Land
- Arbeitssetting
ambulant – stationär – Reha – Langzeitbetreuung – Schule –
- Berufserfahrung
- Was wäre ein gutes Ergebnis dieser 1,5 Tage?



Zürcher Fachhochschule 4

GEFÖRDERT VOM

KeGL |||

**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

Perspektiven der Selbstbild – Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



GEFÖRDERT VOM

KeGL |||

**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

Inhalte

- Input 1: Hintergrund, Ziele
- Übung: World Café Selbstbild-Fremdbild Analyse
- Input 2: Grundlagen zum Interprofessionellen Lernen
- Übung: Behandlungspfade
- Abschluss Präsentation & Diskussion, Ausblick



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Ziel der Selbstbild – Fremdbild Analyse

Herausbildung eines **gemeinsamen Identitätsverständnisses trennender und verbindender Aspekte** der verschiedenen Gesundheitsberufe als Basis für interprofessionelles Lernen und Voraussetzung für die Arbeit im praktischen Feld, oder Setting.

Zürcher Fachhochschule

7

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Definition Gesundheitsfachberuf (D)

Gesundheitsfachberuf ist ein in Deutschland verwendeter Begriff für nichtärztliche, nichtpsychotherapeutische Berufe im Gesundheitswesen, die Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung, in der medizinischen Therapie und Diagnostik sowie in der Rehabilitation beinhalten.

Andere Bezeichnungen sind heute Medizinalfachberuf und Medizinische Assistenzberufe; Heilhilfsberuf dagegen ist ein veralteter Terminus.

Auch die Berufe, die neben dem des Apothekers im pharmazeutischen Bereich ausgeübt werden (→ Pharmazeutisches Personal), werden zu den Gesundheitsfachberufen gezählt.

[<https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsfachberuf> zuletzt eingesehen, 15.08.2016]

Zürcher Fachhochschule

8

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Was ist Identität

„Identität als **psychologisches Konzept** geht davon aus, dass sich die Person mit etwas identifiziert.

Merkmale einer **bestehenden Gruppenidentität als eigene Wesensmerkmale** anzunehmen und zugleich eigene persönliche Merkmale auszubilden.

Gruppenidentitäten dienen als notwendiger Prozess zur Heranbildung einer eigenen Persönlichkeit, aber sie bleiben stets ein **Element der Fremdbestimmung und Zuschreibung**.“ (Wikipedia, 2016)

Zürcher Fachhochschule

9

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Was ist Identität

lateinischen Wort „idem“ von, „**derselbe**“ oder „**dasselbe**“.

- Umschreibt die Gesamtheit einer Entität, welche sich als Individuum oder Gruppe von anderen unterscheidet.
- Merkmale im Selbstverständnis von Individuen oder Gruppen verankert.
- Kriterium für Zugehörigkeit oder Ausschluss von sozialen Gruppen.
- Findet sich bei Konstrukten: Familie, Volk oder Nation, Geschlecht, Religion, Freunde, informelle Gruppen oder **Beruf**.

Zürcher Fachhochschule

10

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Was ist Berufsidentität

Die Berufsidentität gilt als ein Teil der persönlichen und sozialen Identität von Individuen:

➔ Einstellungen, Verhaltensweisen, Werte, Annahmen und Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppe.

(Schein, 1978, Watts, 1987, McGowen & Hart, 1990)

Zürcher Fachhochschule

11

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Was ist Berufsidentität in den Gesundheitsberufen



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Was ist Berufsidentität

Über die Lebensspanne ist die **berufliche Identität** diejenige, mit höchster identitätsstiftender Relevanz (Cohen, 1981).

Die Entwicklung der Berufsidentität findet v.a. im Übergang vom **Jugend- zum Erwachsenenalter** statt und stellt auch insbesondere bei Studierenden einen zentralen Aspekt in der persönlichen Identitätsbildung dar.

(Kroger & Marcia, 2011, Stringer & Kerpelman, 2010)

Zürcher Fachhochschule

13

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Was ist Berufsidentität

Evidenz:

Starker Zusammenhang einer hohen Berufsidentität mit guten beruflichen und akademischen Leistungen und, von besonderer Bedeutung, **mit gutem psychischem Wohlbefinden**, hohe **Selbstwirksamkeit** und **hohes Selbstwertgefühl**.

(Mancini et al, 2015, Luyckx, Duriez, Klimstra & De Witte, 2010)

Zürcher Fachhochschule

14

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

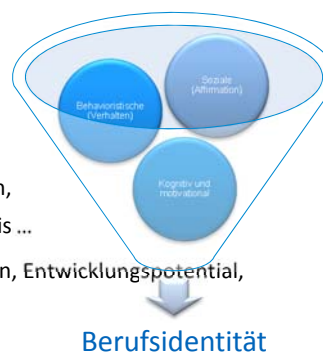


Aspekte zur beruflichen Identitätsbildung Mancini et al. (2015)

Soziale (Affirmation): Kollektive Zusammengehörigkeit: Zentralität des gewählten Berufs, gemeinsame Werte und Normen, Gefühl von Stolz über die Berufszugehörigkeit. Einheitliche, gemeinsame Sprache, Kompetenzen, Berufsbild.

Behavioristische (Verhalten): Engagement beruflicher Aktivitäten, Haltung, Fachkongresse besuchen, Fachbücher lesen, Berufspraxis ...

Kognitive und motivationale: Selbstbewusstsein, Karrierechancen, Entwicklungspotential, Überlegungen zu alternativen Berufen etc.



Zürcher Fachhochschule

15

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Beispiele zur Berufsidentität: Ergotherapie

Maria Hofmann

Von der Basteltante zur Ergotherapeutin

ROLLENWECHSEL IN DER ERGOTHERAPIE Wenn das Handwerk in der Ergotherapie zum alten Eisen gehört, dann müsste man ganze Abteilungen auf den Kopf stellen. Dass sich dieser Aufwand lohnt, zeigt das Beispiel einer Suchtklinik. Hier haben die Ergotherapeuten den Sprung zur Klientenzentrierung geschafft. Ein Plädoyer.

Zürcher Fachhochschule

16

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Beispiele zur Berufsidentität: Pflege

Von der Krankenschwester/
vom Krankenpfleger zur

Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Gesundheits- und Krankenpfleger

Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann (CH)



Zürcher Fachhochschule

18

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Beispiele zur Berufsidentität: Logopädie

Logopädie

Atem- Sprech- und Stimmlehrer
Sprachheiltherapeuten
Klinische Linguisten, Neurolinguisten




Logopädie in CH zählt zu den pädagogischen und nicht
therapeutischen Berufen

Zürcher Fachhochschule

19

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Beispiele zur Berufsidentität: Sozialpädagogik

**Ehemals Jugendleiterin(-Seminar)
ursprünglich Frauenberuf**


**Wissenschaftszweig Erziehung, Bildung und
sozialstaatliche Interventionen**



Zürcher Fachhochschule 20

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften


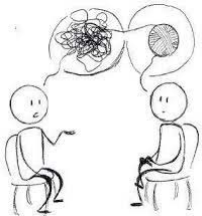
Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Beispiele zur Berufsidentität: Psychologie

Seelenkunde
Die Psychologie als empirische Wissenschaft beschreibt und erklärt menschliches Denken, Verhalten und unsere Emotionen.
Gilt als interdisziplinäre Wissenschaft verknüpft die Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften.

Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie....



Zürcher Fachhochschule 21

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften


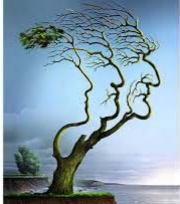

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Beispiele zur Berufsidentität: Gerontologie

Alterswissenschaft, Alternswissenschaft

interdisziplinär


Fachgesellschaft



Zürcher Fachhochschule 22

Vorbereitungsauftrag 1

Stereotypen - Klischees aus verschiedenen Gesundheitsberufen?



Zürcher Fachhochschule 23

Vorbereitungsauftrag 1

Stereotypen - Klischees aus verschiedenen Gesundheitsberufen?

- **Ärzte** sind die Götter in weiß, die nicht mit sich reden lassen oder die pflegerische Meinung im Gespräch nicht ernst nehmen.
- Bereits organisatorisch/ strukturell zeigt sich die Abhängigkeit der Pflege von den Ärzten
- Pflegerische Dienstleistungen sind (finanziell) abhängig von ärztlichen Verordnungen
- schon die Terminfindung für Gespräche wird nach den Möglichkeiten des Arztes gestaltet.
- Götter in Weiß
- Wissen alles besser
- Machen keine Fehler
- Hören nicht zu
- Sind nur am Geld verdienen interessiert
- ...



Zürcher Fachhochschule

Vorbereitungsauftrag 1

Stereotypen - Klischees aus verschiedenen Gesundheitsberufen?

- **Pflege**
- formulieren ihre Wünsche und Forderungen häufig nicht sehr konkret, nutzen häufig keine Fachsprache sondern kommunizieren umgangssprachlich
- in der interprofessionellen Zusammenarbeit passt häufig die Betitelung- Pflegekräfte sind eine bescheidene Berufsgruppe
- setzen sich in Diskussionen häufig nicht durch,
- lassen sich durch die Profession Arzt schnell überzeugen oder überstimmen
- sind in der Diskussion untereinander oft sehr bestimmt und unnachgiebig,
- in der Diskussion mit anderen Berufsgruppen eher zurückhaltend
- Kabolmäuschen
- wollen sich Arzt angeln
- gehen in der Pflege auf
- sind hingebungsvoll
- schlecht bezahlt
- setzen sich in Diskussionen häufig nicht durch,
- lassen sich durch Arzt schnell überzeugen oder
- mangelnde Kenntnisse der Tätigkeiten
- ...



Zürcher Fachhochschule

25

Vorbereitungsauftrag 1

Stereotypen - Klischees aus verschiedenen Gesundheitsberufen?

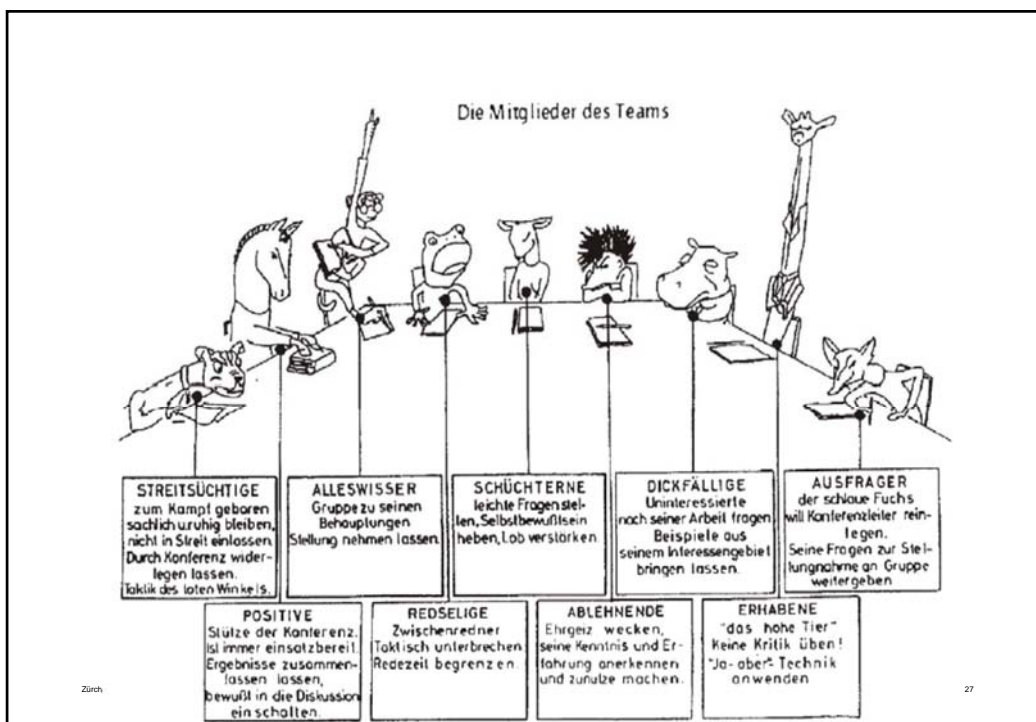
- **Psychologie**

- in der interprofessionellen Zusammenarbeit gehen sie in der Regel wertschätzend mit den Gesprächspartnern um
- sie äußern ihre Meinung ohne sich aufzudrängen
- formulieren ihre Forderungen häufig konkret und
- drücken sich rhetorisch gewandt aus
- sie benutzen Fachtermini
- wissen alles besser
- Isolieren sich teils etwas von anderen
- Übernehmen im Team oft die Leitung
-

gewandt
 rhetorisch
 Team
 bessergehen
 häufig
 alles
 Leitung
 wissen
 drücken
 aufzudrängen
 äußern
 konkret
 isolieren
 übernehmen
 wertschätzend
 benutzen

Zürcher Fachhochschule

26



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw

Film He DuDa



Zürcher Fachhochschule

29

**Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als
Basis für interprofessionelles Lernen**

Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse

World Café



<https://www.youtube.com/watch?v=8oLCQN2KsVs>
Kinderbücher - He Duda.mp3

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

Ziel des World Cafés:

Reflektieren Sie anhand folgender 5 Perspektiven Ihre Selbstwahrnehmung und Identität des eigenen Berufsbildes.

Bitte notieren Sie jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

1) Individuelle Perspektive: Innensicht

Was war Ihr Grundanliegen, Ihre persönliche Motivation für die Wahl Ihres Berufsbildes?

Bitte notieren Sie dazu jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

2) Interprofessionelle Perspektive: Innensicht

Fokussieren Sie auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede?
Welche Aspekte „einen“ die Gesundheitsberufe in Abgrenzung zu anderen Berufen?

Bitte notieren Sie dazu jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

3) Professionsbezogene Perspektive: Innen & Aussensicht

Fokus auf spezifische Besonderheiten und Grenzen der eigenen Disziplin, Fachexpertise und Kompetenzen als Abgrenzungslinie zu anderen Professionen
– Worin sehen Sie Ihre Expertise?

Bitte notieren Sie dazu jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

4) Patienten/Klienten Perspektive: Aussensicht

Welche Merkmale/Charakteristika von Gesundheits(fach)personen könnten Ihrer Meinung nach aus Sicht der Patienten bedeutend sein?

Bitte notieren Sie dazu jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

5) Gesellschaftliche Perspektive: Aussensicht

Welche Beitrag leisten die Gesundheitsberufe für das Gesundheitssystem gegenwärtig und zukünftig?

Bitte notieren Sie dazu jeweils Kernaspekte Ihrer Diskussion auf die Plakate.

Pro Gruppe eine Farbe - bitte behalten; Zeit: pro Runde ca. 8 Minuten

Zürcher Fachhochschule



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



5 Perspektiven: World Café

1) Individuelle Perspektive:

Grundverständnis zur eigenen beruflichen Motivation

2) Professionsbezogene Perspektive:

Fokus auf spezifische Besonderheiten und Grenzen der eigenen Disziplin,
Fachexpertise und Kompetenzen als Abgrenzungslinie.

3) Interprofessionelle Perspektive:

Fokus auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede

4) Patienten/Klienten Perspektive:

Welche therapeutischen Charakteristika adressieren und erkennen
Patienten/Klienten?

5) Gesellschaftliche Perspektive:

Welchen Beitrag leisten Therapeuten für das Gesundheitssystem
gegenwärtig und zukünftig?



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Auftrag 1: Selbstbild – Fremdbild Analyse World Café

6) Fazit aus den jeweiligen 5 Perspektiven

Notieren Sie 3 wichtige Kernelemente, Erkenntnisse zur
jeweiligen Perspektive?



Warum Zusammenarbeit in der Praxis?

An die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe werden etliche Erwartungen verknüpft wie bspw.

- Verbesserung der Patientenversorgung und Patientensicherheit
- Verbesserung des Zugangs und der Koordination der Gesundheitsversorgung
- Verbesserung der Outcomes, v.a. bei chronisch kranken Menschen
- die Verminderung von Fehlerraten und Minderung der Mortalität
- weniger Konflikte zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens
- Senkung der Gesundheitskosten
- etc.

Interprofessionelle Ausbildung soll die Akteure für die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Praxis vorbereiten!

Zürcher Fachhochschule

40

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

WHO Definition: Interprofessionelle Ausbildung

Interprofessionelle Ausbildung und Lehre:

“Wenn Studierende aus zwei oder mehr Professionen **von, über und miteinander lernen**, für eine effektivere Zusammenarbeit, um damit die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern”.

(WHO, 2010)

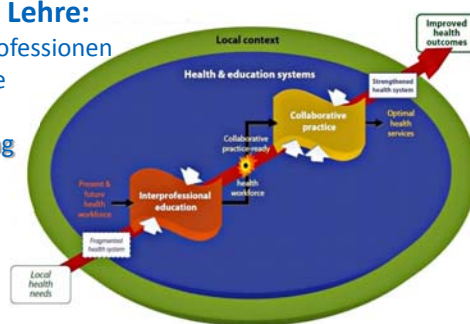


Abbildung: Health & education systems (WHO, 2010)

41

Zürcher Fachhochschule

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



WHO Definition: Interprofessionelle Praxis

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis practice:

“Wenn **mehrere** Gesundheitspersonen mit verschiedenen professionellen Hintergründen zusammenarbeiten und dabei **Patienten, deren Familien, Betreuungspersonen und die Gemeinde** einbeziehen, um die höchste Versorgungsqualität zu **reichen**”. (WHO, 2010)

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



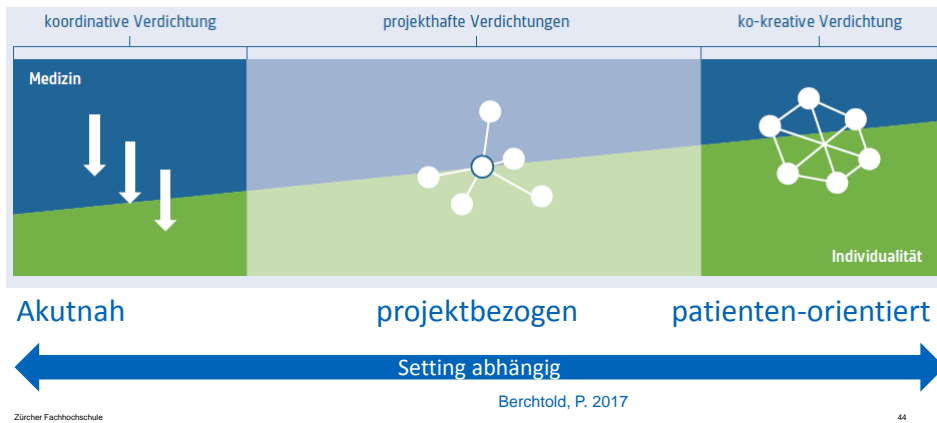
WHO Definition: Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Teamarbeit:

“Das Ausmass an Kooperation, Koordination und Kollaboration charakterisiert die Beziehung **zwischen** den Professionen hinsichtlich der Erbringung einer patienten-zentrierten Versorgung.” (WHO, 2010).

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Evidenz: SAMW, 2016: Interprofessionelle Zusammenarbeit



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis

Kompetenzen



Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen



Charta für Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Angehörigen aller Gesundheitsberufe setzen sich für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein.

Im Zentrum der Gesundheitsversorgung stehen **die Patientin bzw. der Patient**. Dies bedeutet, dass die edukativen, beratenden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und palliativen Leistungen aller benötigten Berufsleute aufeinander abzustimmen sind. Die Verantwortung wird entsprechend den fachlichen Kompetenzen wahrgenommen. Die gegenseitige Information ist jederzeit gewährleistet, die Arbeit basiert auf gegenseitigem Respekt und gemeinsam definierten, anerkannten Standards.

Die Ziele einer solchen Gesundheitsversorgung sind der gleichberechtigte Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen, dies in guter Qualität, mit hoher Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Effizienz. Sie ist damit Teil einer «nachhaltigen Medizin», die sich an den Kriterien der Evidenz, der Ethik und der Ökonomie orientiert.

Zürcher Fachhochschule

46

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Memorandum der Robert Bosch Stiftung 2012

Kooperation der Gesundheitsberufe

Weichenstellung - - Forderungen - - Maßnahmen - - 20 -



Memorandum der Robert Bosch Stiftung, 2012

- Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für eine qualitativ hochwertigen und sicheren Gesundheitsversorgung. Zwar fördert ökonomischer Druck eine oberflächliche Zusammenarbeit, doch für die Stabilisierung tragfähiger Formen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung bedarf es weiterer Voraussetzungen und Anreizen. Erforderlich ist eine neue Kultur der Zusammenarbeit, die die gegenseitigen Hemmnisse in den rechtlichen Rahmenbedingungen, den Qualitätskriterien und den beruflichen Rollen besser einschließt. In der Gesundheitsversorgung muss die Aufgabe und die Pflege der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen strukturell verantwortet, nicht die Interdisziplinarität ohne Leben. Das Memorandum will Wege aufzeigen, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe in deutschen Gesundheitssystemen strukturell etabliert werden kann und wie zum Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses jedes einzelnen Mitarbeiters wird. In dem Memorandum wird verdeutlicht, welche Hindernisse der Kooperation der Gesundheitsberufe im Wege stehen und welche Weichenstellungen und Maßnahmen dabei zu ihrer Förderung ergreifen werden müssen.
- Weichenstellungen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen**
1. **Überwindung der Hindernisse zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung**
Es gilt Hindernisse, die einer sektorübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen, durch Entwicklung professioneller Konzepte zur Fallbearbeitung sowie Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen zu beseitigen.
 2. **Neuorientierung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten**
Gesundheitlich notwendige und Gesundheitsberufe sind angefordert, ihre Vorgehensprozesse in Konzepte, die patientenorientiert sind, umzusetzen.
 3. **Ausrichtung von Leitungsstrukturen an inhaltlichen Zielen statt an Statusfragen**
Gesundheitseinrichtungen müssen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht nach Statusfragen festlegen und damit die professionenübergreifende Arbeit wirkungsvoll unterstützen. Die Erfüllung der Leitungsfunktion in interdisziplinären Teams bedarf einer entsprechenden Qualifizierung.
 4. **Aufbau von Organisationen mit Blick auf Versorgungsziele und Förderung von Zusammenarbeit**
Kooperation erfordert eine Abkehr von streng hierarchischen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an den Zielvorgaben orientieren.
 5. **Förderung von Teambildungsprozessen durch Schaffung von Strukturen**
Die **interprofessionelle Zusammenarbeit** ist interdisziplinäre Kooperation durch Strukturmaßnahmen wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben und dadurch Teambildungsprozesse befördern.
 6. **Beschreibung von Berufspartnern mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten**
Berufspartnern werden **spezifischer** sind aufgeführt. Klare Berufspartnerschaften mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten festzuschreiben.
 7. **Erstellung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Betroffenen**
Die Fachgesellschaften aller Gesundheitsberufe sind aufzufordern, die interdisziplinären Leitlinienentwicklung zu fördern.
 8. **Beschreibung und rechtliche Verankerung der in Aus- und Weiterbildung zu verwirklichtenden beruflichen Kompetenzen**
Die Art und Weise der europäischen und deutschen

Beispiele für interprofessionelles Lernen



Schweden – Kanada - Deutschland

- Mitte 80er Jahre McMaster University Hamilton, Kanada (Physio- Ergotherapie, Pflege)
- Seit 1986 Gesundheitswissenschaftliche Fakultät Universität Linköping, Schweden
7 verschiedene Professionen (Medizin, Pflege, Ergo-, Physiotherapie, Logopädie, MTA, ...)
- Deutschland: SRH Heidelberg, FH Hildesheim, Berufsakademie Saarbrücken, Heidenheim u.a.



Ziele interprofessionellen Lernens in der Gesundheitsversorgung:

- Lernen **über** Andere -> Perspektiven Anderer erleben und Einblick in die Vielfalt des Wissens
- Lernen **von** Anderen -> „wie macht Ihr das, wie machen wir das?“
- Lernen **mit** Anderen zusammen -> zur Entwicklung einer Basis für gemeinsames Handeln und dem Konstruieren gemeinsamen Wissens der Zusammenarbeit



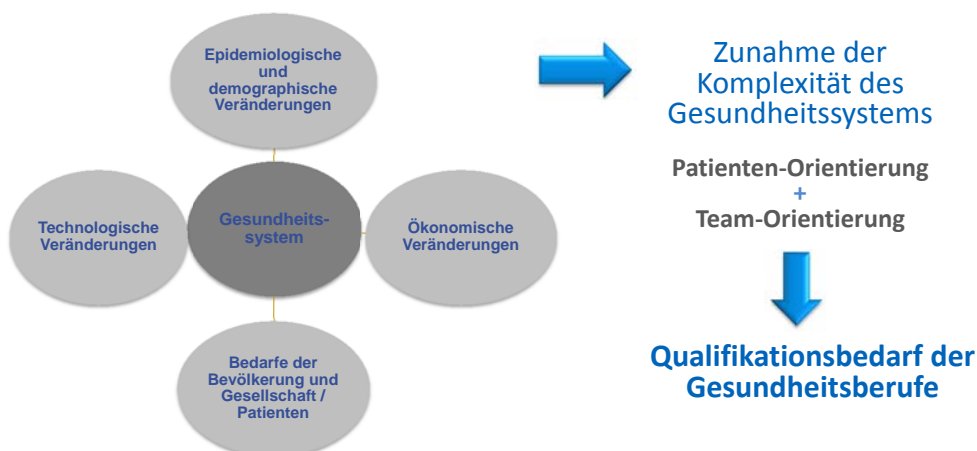
„Das Lernen **über, von und mit anderen Berufen** der gesundheitlichen Versorgung trägt **entscheidend zur Bildung professioneller Identität** bei“

(Barr, 1998, 2002).

Dahlgren, 2010

Basis für interprofessionelles Lernen

Wandel im Gesundheitswesen



Frenc et al, 2010, The Lancet

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Interprofessionelle Zusammenarbeit



Zürcher Fachhochschule

51

Vorbereitungsauftrag 2

Worin liegen Ihrer Meinung nach die Potentiale der interprofessionellen Zusammenarbeit / Teamarbeit?

Nennen Sie persönliche Erwartungen und schildern Sie aus Ihrer Erfahrung je ein Beispiel zu gelungener und misslungener interprofessioneller Zusammenarbeit / Teamarbeit.

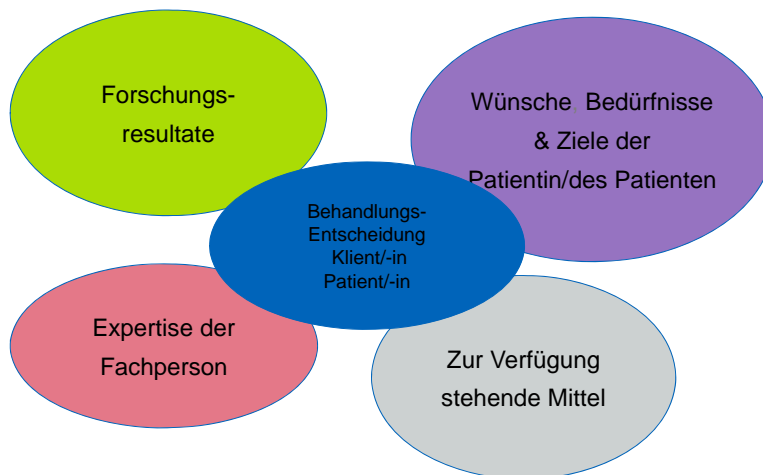
Falls möglich, führen Sie Gründe oder Ursachen dafür an und beschreiben Sie kurz das Setting (beispielsweise ambulante Praxis, Palliativ Versorgung, Wohnheim...).

Zürcher Fachhochschule

52

Basis für interprofessionelles Lernen

Evidence Based Health Care Model



Behrens, J. & Langer, G. (2010)


56

Basis für interprofessionelles Lernen



Patienten-Klienten-orientierte Behandlungskonzepte

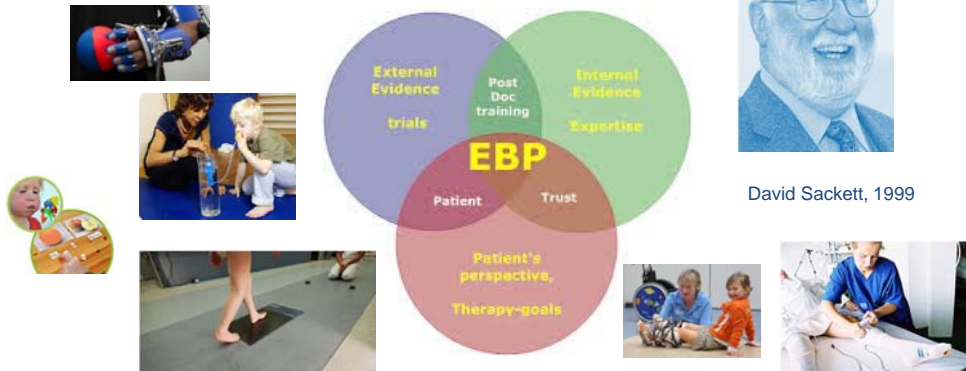
- Zugeschnitten auf die individuelle Lebenswelt unter Einbezug der Lebensqualität
- Gemeinsam formulierte Behandlungs- & Versorgungs-Ziele
- Kommunikation beteiligter Akteure
- Alltags- und Teilhabe relevante Behandlungsziele

 Zukünftig wird die Leistungsfähigkeit der Versorgung am individuellen „Verlauf und **am Erreichen der Teilhabeziele des Patienten**“ gemessen und **nicht** an den Erfolgszielen einzelner Berufsgruppen.

(SVR, 2007 & Siegert, 2008)

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Gemeinsamkeiten?



Zürich Universities of Applied Sciences and Arts

58

Basis für interprofessionelles Lernen

- disziplinar versus - professionell

„disziplinar“ = wissenschaftliche Disziplinen; im Spitalalltag von den Ärzten her besetzt: Fachrichtung

„professionell“ = unterschiedliche Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Physio, Ergo, Hebammen,)



59

Basis für interprofessionelles Lernen

- multidisziplinär versus - interprofessionell



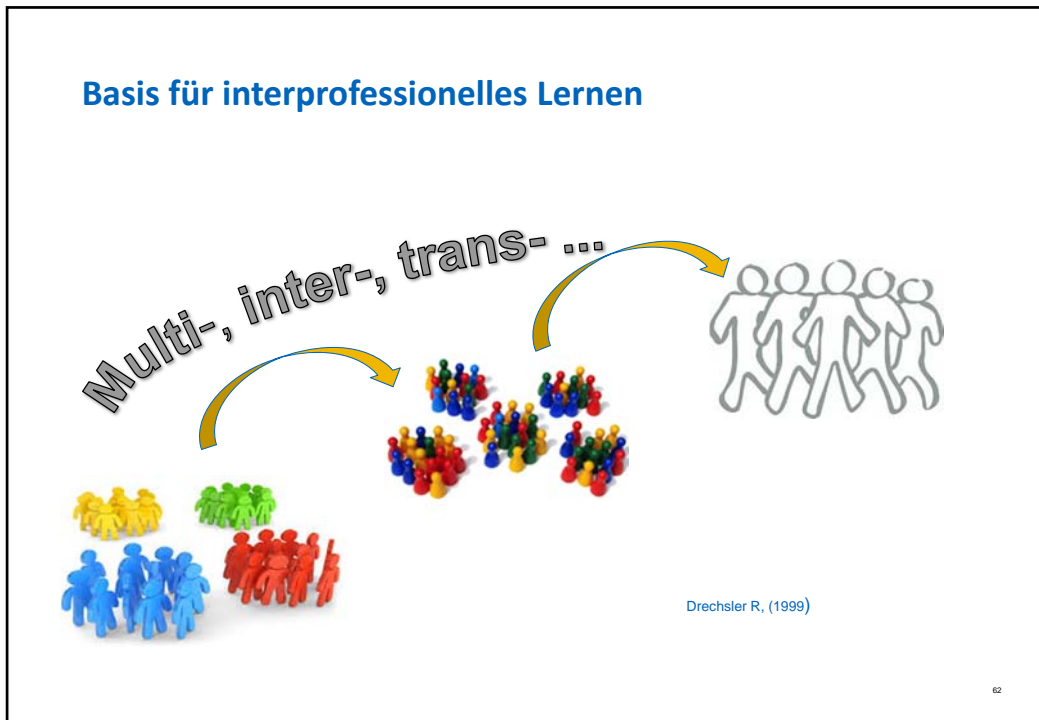
60

Basis für interprofessionelles Lernen

- interprofessionell?




61



Basis für interprofessionelles Lernen

Ziele zur Neuordnung der Gesundheitsberufe (GSB) SRV 2007

- Abbau lokaler Versorgungsdefizite
- Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den GSB
- Verbesserung der Kooperation durch engere Verzahnung der GSB
- Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Kosteneffektivität in der Patientenversorgung
- Bestehender hoher Praxisbezug im Berufsfeld

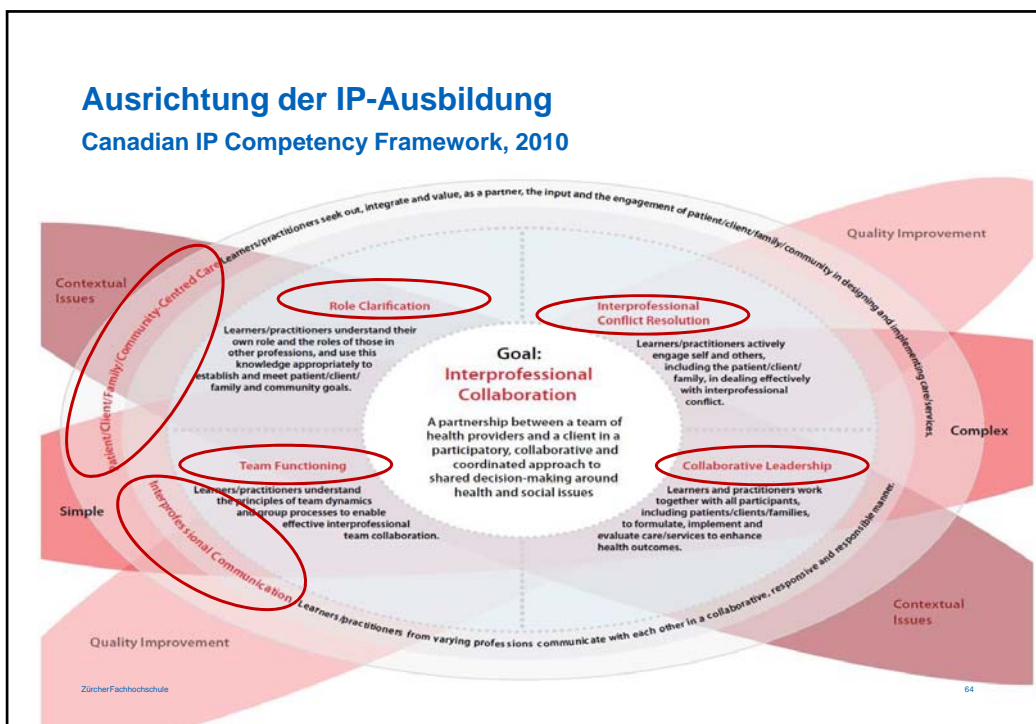


Frühe Basislegung für Elemente der Zusammenarbeit:

Respekt, Autonomie, Kooperation, Kommunikation, Koordination, gegenseitiges Vertrauen, Übernahme von Verantwortung, Durchsetzungsvermögen, Arbeit an dem gemeinsamen Ziel, das Ergebnis der Patientenversorgung verbessern zu wollen.

... gehen wir an einem Strang ziehen!

Deutscher Bundestag: Sachverständigenrat SVR, 2007



Basis für interprofessionelles Lernen Memorandum der Robert Bosch Stiftung 2012

Kooperation der Gesundheitsberufe

Weichenstellungen - Forderungen - Maßnahmen

Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe
Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung

Robert Bosch Stiftung

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung. Zwar fördert die Minister der Druck eine oberflächliche Zusammenarbeit, doch für die Etablierung tragfähiger Formen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung bedarf es weiterer Voraussetzungen und Anstrengungen. Erforderlich ist eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, die die gegenseitige Hemmnisse in den rechtlichen Rahmenbedingungen, den Qualifikationsstrukturen und dem beruflichen Denken beiseite schiebt. In den Gesundheitswesen niemand für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen strukturell verantwortlich ist, bleibt die Interdisziplinarität bisher ohne Erfolg. Das Memorandum will Wege aufzeigen, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitswesen strukturell etabliert werden kann und wie zum Bestandteil der beruflichen Selbstverständnisse jedes einzelnen Mitarbeiters wird. In dem Memorandum wird verdeutlicht, welche Hindernisse der Kooperation der Gesundheitsberufe im Wege stehen und welche Weichenstellungen und Maßnahmen daher zu ihrer Förderung ergriffen werden müssen.

Wichtigste Forderungen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen

- Überwindung der Hindernisse zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung**
Es gilt, Hindernisse, die einer sektorenübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen, durch Entwicklung professioneller Konzepte zur Falllösung sowie Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen zu beseitigen.
- Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten**
Gesundheitsberufe sind aufgefordert, ihre Versorgungsprozesse konsequent patientenzentriert auszurichten.
- Ausrichtung von Leitungsstrukturen an inhaltlichen Zielen statt an Statusfragen**
Gesundheitsinstitutionen müssen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht nach Statusfragen festlegen und damit das professionell übergreifende Arbeiten wirkungsvoll unterstützen. Die Erfüllung der Leitungsfunktion in interdisziplinären Teams bedarf einer entsprechenden Qualifikation.
- Aufbau von Organisationen mit Blick auf Versorgungsziele und Förderung von Zusammenarbeit**
Kooperation erfordert eine Abkehr von streng hierarchischen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an den Zielvorgaben orientieren.
- Förderung von Teambuildingprozessen durch Schulung und Strukturen**
Die Gesundheitsinstitutionen müssen die Teambuildingprozesse durch geeignete Maßnahmen wie Team- oder Projektschulungen wirksam fördern und dadurch Teambuildingprozesse befördern.
- Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten**
Berufsverbände und der Gesetzgeber sind aufgefordert, klare Berufsprofile mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten festzuschreiben.
- Erstellung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Betroffenen**
Die Fachgesellschaften aller Gesundheitsberufe sind aufgefordert, die interdisziplinäre Leitlinienentwicklung zu fördern.
- Beschreibung und rechtliche Verankerung der in Aus- und Weiterbildung zu vermittelnden beruflichen Kernkompetenzen**
Die anhand des europäischen und deutschen

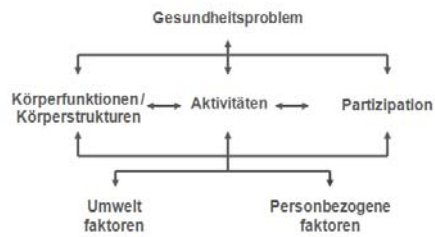
Memorandum der Robert Bosch Stiftung, 2012

Basis für interprofessionelles Lernen

- Interprofessionelles Handeln als zentrale Kategorie in den Curricula verankert (Robert Bosch Stiftung)
- Bildung eines gemeinsamen Denk – und Handlungsgebäudes



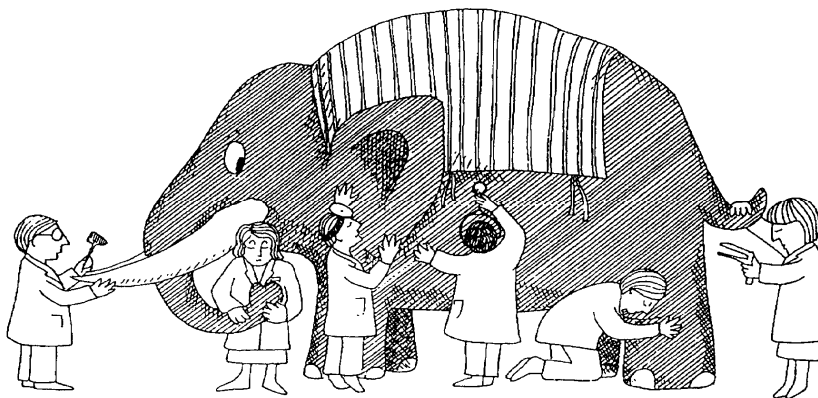
Gemeinsames Denkmodell



Memorandum der Robert Bosch Stiftung, 2012

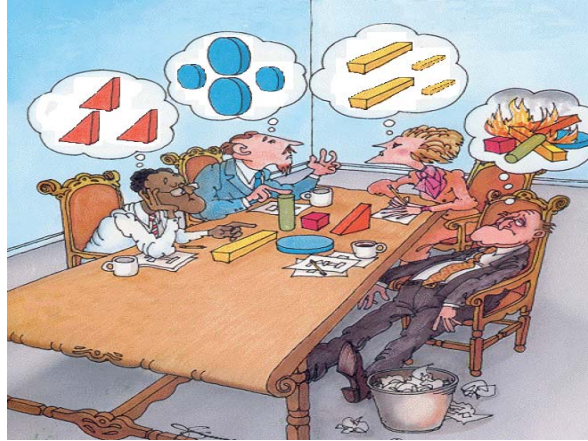
WHO, 2001

Basis für interprofessionelles Lernen



Ein gemeinsames und umfassendes **Verständnis** von Funktionsfähigkeit ist erforderlich

Basis für interprofessionelles Lernen



Eine gemeinsame Sprache

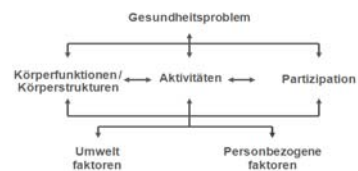
Basis für interprofessionelles Lernen

§ 1 Selbstbestimmung & Teilhabe am Leben in der Gesellschaft



§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen ..., um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“



Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_1.html

Basis für interprofessionelles Lernen

Interdisziplinär/-professionell

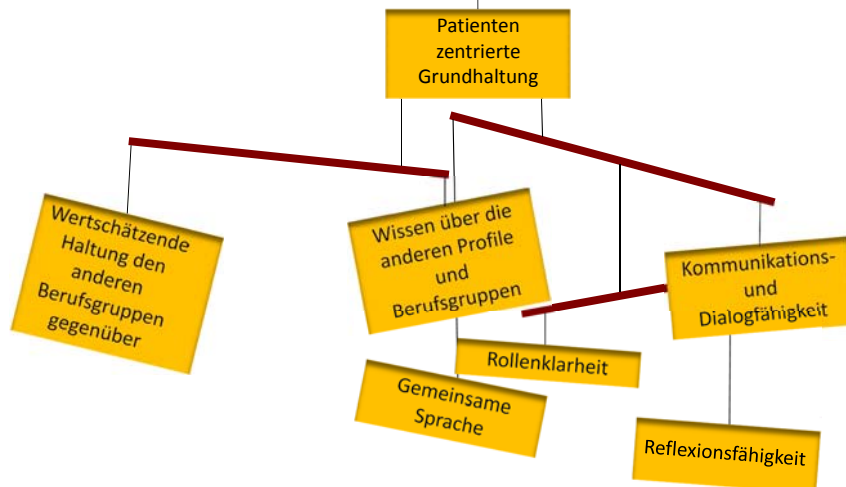
Gemeinsames Ziel und gemeinsame Zielerreichung

- braucht das Entwickeln einer gemeinsamen Sprache
- braucht die Kenntnisse über die Anderen
- braucht das Vertrauen in die Anderen
- braucht das klare Erkennen der eigenen Grenzen
- die Bereitschaft auf einander zuzugehen



Huber, M 2016

Kompetenzen zur Zusammenarbeit



Huber, M 2016

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Behandlungspfade Instrument zur Strukturierung der IP ZA

Interprofessionell



Zürcher Fachhochschule

73

Basis für interprofessionelles Lernen



Behandlungspfade als Hilfsmittel für die interprofessionelle Zusammenarbeit:


Klinischer Behandlungspfad:

Ein klinischer Behandlungspfad (engl.: clinical pathway) ist ein Beschreibungsmodell als Muster für einen Ablaufplan zur Durchführung einer medizinischen Behandlung. Der Modus für die Ordnung kann temporal, kausal oder schlicht final sein.


https://de.wikipedia.org/wiki/Klinischer_Behandlungspfad

Zürcher Fachhochschule

74




Beispiele Behandlungspfade palliative Pflege Frau Arnold zu Hause




Frau Arnold. 58 Jahre. zu Hause

Frau Arnold ist 58 Jahre alt, Sekundarlehrerin, und wohnt seit vier Jahren mit ihrem Lebenspartner in einer gemeinsamen Wohnung. Vor fünf Jahren erkrankte sie an einem Mammakarzinom, welches mit einer Chemotherapie erfolgreich behandelt werden konnte. IV-Abklärungen hatten damals bereits stattgefunden. Ihr Arbeitspensum wurde reduziert und Frau Arnold erhält eine Teilinvalidenrente. Unterstützung im Alltag erhält sie von ihrer Tochter, die in der Nähe wohnt und zwei kleine Kinder hat. Momentan leidet sie wieder vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden. Sie klagt über ständige Müdigkeit, Kreislauf- und Atemprobleme bei körperlicher Aktivität und Schmerzen.

Zürcher Fachhochschule 75



Frau Arnold zu Hause



Platz 1 in Haus	Verdacht auf Rezidiv	Bestätigung Diagnose	Betreuung zu Hause	Stabilisierung & Entlassung	Frau Arnold vertritt zu Hause
Symptome	Keine Symptome	Keine Symptome	Keine Symptome	Keine Symptome	Keine Symptome
Koordinationsaufgaben	Keine Koordinationsaufgaben	Keine Koordinationsaufgaben	Keine Koordinationsaufgaben	Keine Koordinationsaufgaben	Keine Koordinationsaufgaben
Interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	Keine interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	Keine interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	Keine interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	Keine interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	Keine interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung
Mittel	Keine Mittel	Keine Mittel	Keine Mittel	Keine Mittel	Keine Mittel
PSY	Keine PSY	Keine PSY	Keine PSY	Keine PSY	Keine PSY
Psychiatrie	Keine Psychiatrie	Keine Psychiatrie	Keine Psychiatrie	Keine Psychiatrie	Keine Psychiatrie
Physiotherapie / Ergotherapie	Keine Physiotherapie / Ergotherapie	Keine Physiotherapie / Ergotherapie	Keine Physiotherapie / Ergotherapie	Keine Physiotherapie / Ergotherapie	Keine Physiotherapie / Ergotherapie
Sozialdienst	Keine Sozialdienst	Keine Sozialdienst	Keine Sozialdienst	Keine Sozialdienst	Keine Sozialdienst
Sonstige	Keine Sonstige	Keine Sonstige	Keine Sonstige	Keine Sonstige	Keine Sonstige
Pharmazie	Keine Pharmazie	Keine Pharmazie	Keine Pharmazie	Keine Pharmazie	Keine Pharmazie
Erkrankung	Keine Erkrankung	Keine Erkrankung	Keine Erkrankung	Keine Erkrankung	Keine Erkrankung
Privatär	Keine Privatär	Keine Privatär	Keine Privatär	Keine Privatär	Keine Privatär
Erkrankungsbewertung	Keine Erkrankungsbewertung	Keine Erkrankungsbewertung	Keine Erkrankungsbewertung	Keine Erkrankungsbewertung	Keine Erkrankungsbewertung

FRAU ARNOLD, 58 JAHRE 76
 Zürcher Fachhochschule

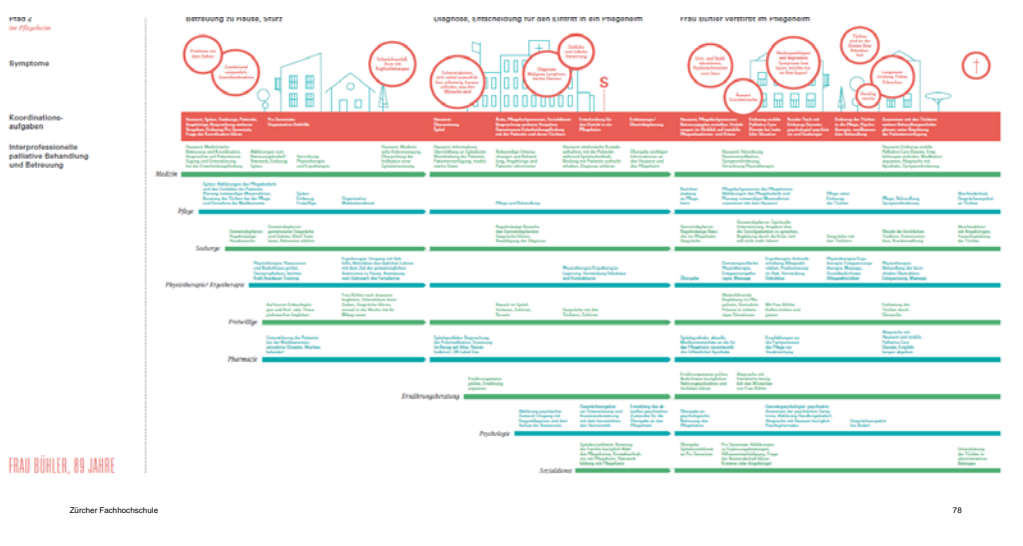
Beispiele Behandlungspfade palliative Pflege Frau Bühler, Pflegeheim



Frau Bühler. 89 Jahre. Pflegeheim

Frau Bühler ist 89 Jahre alt, verwitwet, und lebt alleine in einer Zwei-Zimmer-Alterswohnung. Mit Unterstützung ihrer beiden Töchter führt sie ihren Haushalt selbständig. Sie trifft sich regelmässig mit ihren Nachbarn zum Kaffee und ist in der Kirchgemeinde gut verankert. Sowohl ihre Töchter als auch der Hausarzt bemerken, dass sich der Gesundheitszustand von Frau Bühler zunehmend verschlechtert und sie vergesslich wird. Der Hausarzt behandelt die Patientin seit vielen Jahren. Er kennt ihre Töchter und auch die Lebenssituation. Die gute und langjährige Beziehung zur Familie ermöglicht es ihm, Frau Bühler auf die Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes anzusprechen und mit den Fachpersonen der Spitex erste unterstützende Massnahmen einzuleiten.

Frau Bühler Pflegeheim



Beispiele Behandlungspfade palliative Pflege Herr Rossi, Spital



Beispiele Behandlungspfade Herr Rossi, 59 Jahre, im Spital

Herr Rossi ist 59 Jahre alt, Italiener, und lebt mit seiner Frau seit 35 Jahren in der Schweiz. Er hat drei erwachsene Kinder. Herr Rossi musste seine Arbeit als Bauarbeiter vor zwei Jahren aufgrund seiner fortschreitenden Erkrankung aufgeben. Er leidet seit Jahren an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankung (pAVK), einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD), einer Niereninsuffizienz, Arteriosklerose und Diabetes Typ II. Vor einem Jahr erhielt seine Ehefrau eine Krebsdiagnose. Nach einer erfolgreichen Behandlung hat sie sich körperlich etwas erholt. Die Situation, insbesondere auch die finanzielle Lage, ist sehr belastend für das Ehepaar, da der Antrag für eine Invalidenrente immer noch hängig ist.

79

Herr Rossi Spital



Plan 3
 im Spital

Symptome

Koordinations-
 aufgaben

Interprofessionelle
 palliative Behandlung
 und Betreuung

	Betreuung zu Hause, Verschlechterung des Zustands	Spitallaufenthalt und Operation	Betreuung zu Hause, Notfallplan	Herr Rossi verstarbt im Spital
Symptome	<ul style="list-style-type: none"> Ständige Schmerzen Ständige Atemnot Ständige Müdigkeit Ständige Schwäche Ständige Appetitlosigkeit Ständige Unruhe Ständige Angst Ständige Depression Ständige Isolation Ständige Einsamkeit Ständige Verzweiflung Ständige Hoffnungslosigkeit Ständige Sinnlosigkeit Ständige Leere Ständige Verzerrung der Wahrnehmung Ständige Halluzinationen Ständige Delirien Ständige Koma Ständige Sterblichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Ständige Schmerzen Ständige Atemnot Ständige Müdigkeit Ständige Schwäche Ständige Appetitlosigkeit Ständige Unruhe Ständige Angst Ständige Depression Ständige Isolation Ständige Einsamkeit Ständige Verzweiflung Ständige Hoffnungslosigkeit Ständige Sinnlosigkeit Ständige Leere Ständige Verzerrung der Wahrnehmung Ständige Halluzinationen Ständige Delirien Ständige Koma Ständige Sterblichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Ständige Schmerzen Ständige Atemnot Ständige Müdigkeit Ständige Schwäche Ständige Appetitlosigkeit Ständige Unruhe Ständige Angst Ständige Depression Ständige Isolation Ständige Einsamkeit Ständige Verzweiflung Ständige Hoffnungslosigkeit Ständige Sinnlosigkeit Ständige Leere Ständige Verzerrung der Wahrnehmung Ständige Halluzinationen Ständige Delirien Ständige Koma Ständige Sterblichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Ständige Schmerzen Ständige Atemnot Ständige Müdigkeit Ständige Schwäche Ständige Appetitlosigkeit Ständige Unruhe Ständige Angst Ständige Depression Ständige Isolation Ständige Einsamkeit Ständige Verzweiflung Ständige Hoffnungslosigkeit Ständige Sinnlosigkeit Ständige Leere Ständige Verzerrung der Wahrnehmung Ständige Halluzinationen Ständige Delirien Ständige Koma Ständige Sterblichkeit
Koordinationsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre
Interprofessionelle palliative Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäre Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit Interdisziplinäre Kommunikation Interprofessionelle Kommunikation Interdisziplinäre Koordination Interprofessionelle Koordination Interdisziplinäre Planung Interprofessionelle Planung Interdisziplinäre Umsetzung Interprofessionelle Umsetzung Interdisziplinäre Evaluation Interprofessionelle Evaluation Interdisziplinäre Reflexion Interprofessionelle Reflexion Interdisziplinäre Weiterbildung Interprofessionelle Weiterbildung Interdisziplinäre Forschung Interprofessionelle Forschung Interdisziplinäre Lehre Interprofessionelle Lehre

HERR ROSSI, 59 JAHRE

Zürcher Fachhochschule

80

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Auftrag 2: Behandlungspfade

Interprofessionell



Zürcher Fachhochschule

81

Perspektiven der Selbst-Fremdbild Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Auftrag 2: Behandlungspfade

Welche Bedürfnisse und Konflikte / Barrieren erkennen Sie bei der
interprofessionellen Zusammenarbeit für die beteiligten
Berufsgruppen anhand der ausgewählten Behandlungspfade/Fälle?

Bitte formulieren Sie:

- Bedürfnisse
- Konfliktpotential oder Barrieren

Beziehen Sie die Ergebnisse aus den 5 Perspektiven zur Identität ein



Zürcher Fachhochschule

82

Literatur

- Barr H.(2002) Interprofessional Education. Today, Yesterday and Tomorrow. A review. Universität Westminster. UK
- Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, vom 30. September 2016 (Ges BG)
- Byrne & Pettigrew, 2010: Knowledge and attitudes of allied health professional students regarding the stroke rehabilitation team and the role of the Speech and Language Therapist. *Int J Lang Commun Disord*, 45 (4):510-21. doi: 10.3109/13682820903222791
- Deutscher Bundestag: Sachverständigenrat SVR, 2007. Berlin
- Deutsches Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX). (2003). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
- Drechsler R, (1999). NeuroRehabilitation (Hrsg.): Peter Frommelt, Holger Grötzbach. Berlin: Blackwell
- Egli, S., von Wartburg, L., Näf, F. 2016: Das interprofessionelle Team in der palliativen Care, Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*.376(9756):1923-58.
- Huber, M. (2016). Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. ZHAW, Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis (IPLP) Winterthur.
- Kroger, J., & Marcia, J.E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In S.J. Schwartz, K. Luyckx, & V.L. Vignoles (Hrsg.), *Handbook of identity theory and research* New York: Springer. S. 31–53.
- Kuhlmeiy, A. (2011): Die Idee des Memorandums »Kooperation der Gesundheitsberufe«. In: Robert-Bosch-Stiftung. „Memorandum Kooperation der Gesundheitsfachberufe“.
- Luyckx, K., Goosens, L., Soenens, B., Beyers, W., & Vansteenkiste, M. (2005). Identity statuses based on 4 rather than 2 identity dimensions: extending and refining Marcia's paradigm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), S. 605–618. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-8949-x>
- Mancini, T., Caricati, L., Panari, C. & Tonarelli, A. (2015). Personal and social aspects of professional identity. *Journal of Vocational Behavior*, 89, S.140–150. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.06.002>
- McGowen K.R. & Hart L.E. (1990). Still different after all these years: gender differences in professional identity formation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, S. 118–123.
- Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care*. (2005) Aug;19(4):358-70.
- Schein E. (1978). *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*. Addison-Wesley Co., Reading, MA.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2014). Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen, Charta. Basel: SAMW.
- Sieger M. (2008). Interprofessionelles Handeln: Qualitätskriterien für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen. Padua: 54-7.
- Stringer, K.J. & Kerpelman, J.L. (2010). Career identity development in college students: Decision mak-ing, parental support, and work experience. *Identity*, 10(3), S. 181–200. <http://dx.doi.org/10.1080/15283488.2010.496102>
- Deutsches Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX). (2003) http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_9/_1.html; letzter Zugriff: 06.03.2017.
- Watts R. (1987) Development of professional identity in black clinical psychology students. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, S. 28–35.
- WHO (2010) Framework of Action of Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3) http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/; letzter Zugriff: 06.03.2017.

83

KeGL |||

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

**Nach unserer Überzeugung gibt es kein
größeres und wirksameres Mittel zu
wechselseitiger Bildung als das
Zusammenarbeiten.**

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

**Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit,
Behinderung und Gesundheit - ICF-Grundlagen**
Chancen und Herausforderungen im Rahmen der
interprofessionellen Kommunikation

Freitag: 20.10.2018

Universität Osnabrück Fachbereich 8 Humanforschung Institut für Gesundheitsforschung und
Bildung

Prof. Dr. Andrea Glässel MPH, MSc Neuroreha
Anita Manser Bonnard Dipl. Psych. FH
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Department Gesundheit, Winterthur,
Schweiz
Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

Inhalte für die 2 Tage

- 1) Begrüßung und Kennenlernen
- 2) Selbstbild – Fremdbild Analyse Input – Übung – Fallbezug
- 3) WHO Klassifikationen ICD-10
- 4) Biopsychosoziales Modell
- 5) Struktur und Aufbau der ICF als Klassifikation
- 6) Ausblick ICF in der Rehabilitation
- 7) Interprofessioneller Arbeitsauftrag für die Selbstlernzeit

- KLASSIFIKATIONEN -

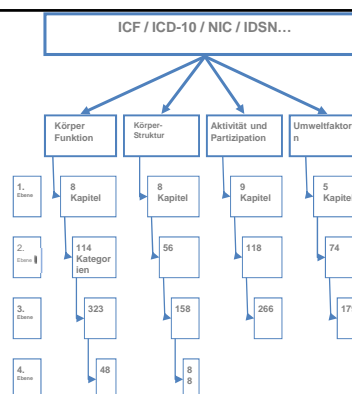
Partner-Übung

Tauschen Sie sich mit Ihrem Nachbarn zu folgenden Fragen aus und überlegen Sie je einen Aspekt:

- Kennen Sie Klassifikationen, wenn ja welche?
- Was sind Klassifikationen und welche Rolle spielen Sie für uns als Gesundheitsberufe?

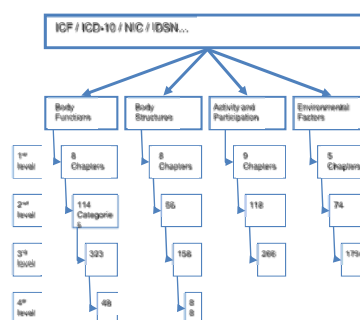
Klassifikationen

- die systematische Einteilung von Dingen oder Begriffen,
- die durch gemeinsame Merkmale miteinander verbunden sind,
- in Klassen und Teilklassen.
- Als Ordnungsprinzip in Wissenschaft und Praxis angewendet ... (Brockhaus)



Klassifikationen der Rehabilitation

- *ICD-10*: Internationale Klassifikation für Krankheiten und Todesursachen
- *ICSD*: Internationale Klassifikation für Erkrankungen des Schlafes
- *NIC*: Pflegeklassifikationen für Interventionen
- *ICF*: Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung
- *KTL*: Katalog therapeutischer Leistungen?
- *und andere ...*



Ziele von Klassifikationen

- Systematisierung von Wissen über Erkrankungen
- Einheitliche Codierung & Dokumentationsform
- Statistische Auswertungen
- Vergleichbarkeit von Informationen über Erkrankungen anhand von Diagnosen
- Anwendung in der Forschung
 - zur Ursachenforschung und der
 - Erforschung von Zusammenhängen

WHO

= World Health Organization (www.who.ch)

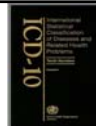
- Gegründet am 7. April 1948
- 192 Mitgliedsstaaten
- Definiert **Gesundheit** als
„Zustand von vollständigem physischem, mentalem und
sozialem Wohlbefinden“ und nicht vorrangig als
Abwesenheit von Krankheit



DIMDI www.dimdi.de

- Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI),
- eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), wurde 1969 gegründet.
- Das DIMDI gibt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit amtliche Klassifikationen heraus.
- Aufgaben:
u.a. der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen.

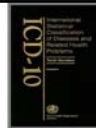
ICD



International Classification of Diseases and Health Related Problems:

- Für medizinstatistische Zwecke auf Basis von Farr (1885) vorgelegtem Todesursachenverzeichnis entwickelt.
- Klassifiziert Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
- Seit 1968 vom statistische Bundesamt für Deutschland für verbindlich erklärt

Anwendung der ICD



Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD):

- dient der Verschlüsselung von Diagnosen.
- Anwendung von zwei deutschsprachigen Ausgaben in Deutschland:
 - die ICD-10-WHO zur Mortalitätsverschlüsselung und
 - die ICD-10-GM zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung.
- ICD-O: Spezialausgabe für Tumorerkrankungen



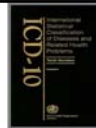
Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision



Kapitelübersicht

I	A00-B99	parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-S98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y-98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Beispiel



Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzminderung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

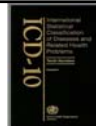
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Beispiel

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) (F20-F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

... In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffective Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt.

F20 Schizophrenie Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome. ...



www.icd-code.de



ICD OPS Impressum

Suche

[ICD-10-GM-2017 Systematik online lesen](#)

ICD-10-GM-2017 Code Suche

ICD Code 2017 - Dr. Björn Krollner - Dr. med. Dirk M. Krollner - Kardiologe Hamburg



ICD OPS Impressum

ICD Suche

[ICD-10-GM-2017 Systematik online lesen](#)

ICD-10-GM-2017 Suchergebnisse 1 - 1 von 1

M17.- Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M17.- **Gonarthrose** [Arthrose des Kniegelenkes] M17.0 Primäre **Gonarthrose**, beidseitig Beidseitige primäre **Gonarthrose** M17.1 Sonstige primäre **Gonarthrose** Primäre **Gonarthrose**: einseitig Primäre **Gonarthrose**



Sitemap | Presse | Impressum | Kontakt

Code-Suche:

Dreisteller-Eingabe:

OK!

ICD-10 Homepage

Kapitel V:

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

[F00-F09](#) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
[F10-F19](#) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
[F20-F29](#) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
[F30-F39](#) Affektive Störungen
[F40-F48](#) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
[F50-F59](#) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
[F60-F69](#) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
[F70-F79](#) Intelligenzstörung
[F80-F89](#) Entwicklungsstörungen
[F90-F98](#) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
[F99](#) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Kapitel VI:

Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

<http://www.icd-code.de/>



Anwendung der ICD



Praktische Übung für zuhause:
www.dimdi.de

Das ICD-Quiz Lösung auf Moodle



- **ICF** - CRASHKURS -

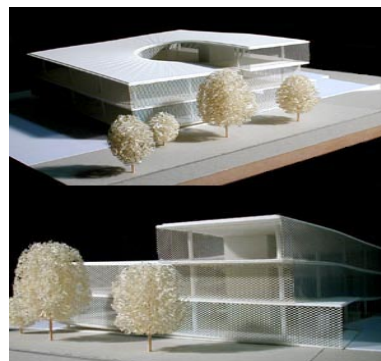
- THEORIEN - MODELLE - DER REHABILITATION

THEORIEN - MODELLE

Definition Modell:

1. Muster, Vorbild
2. Entwurf oder Nachbildung
in kleinerem Maßstab
(z.B. eines Bauwerks) ...
(Duden Fremdwörterbuch, 2005)
3. Ein vereinfachtes Abbild der Realität um komplexe
Zusammenhänge zu erklären

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Modell>, 28.02.2017)



THEORIEN - MODELLE

Definition Modell:

„Modelle sind Versuche, einen bestimmten Teil der Wirklichkeit dazustellen und zu verstehen. Ein Modell beschreibt wichtige Elemente dieser partiellen Wirklichkeit und deren Relationen untereinander.

Modelle haben beim Aufbau von Theorien eine wichtige Erkenntnisfunktion. Sie können helfen, reale Eigenschaften, Beziehungen und Zusammenhänge aufzudecken, erfassbar und beeinflussbar zu machen. „

(Nieuwesteeg-Gutzwiller, M. 2010, S.12)

THEORIEN - MODELLE

Definition Modell:

Krefting (1985) schlägt vor:

Konzeptuelle Modelle sollten die Frage beantworten:

„**Was behandeln TherapeutInnen, und warum?**“

Es handelt sich um einen Prozess, ausgehend von einer Idee bis hin zur Konzeptualisierung, unter Einbeziehung eines **Klassifikationssystems**, in dem eine richtungsweisende Sammlung von Konzepten entwickelt wird.

(AK Theorien und Modelle Wien, S.12, 2004)

- MODELLE DER REHABILITATION -

Modelle der Rehabilitation

Welche Modelle sind Ihnen aus Ihrem beruflichen Kontext bekannt oder dafür auch relevant?

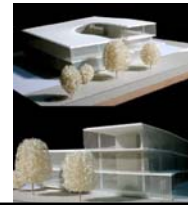


First monday of the month the corporate group gets together for a brainstorming session..

Brainstorming

Modelle der Rehabilitation

- Das Nagi-Modell
- Das soziale Modell
- Das bio-medizinische Modell
- Das ICIDH Modell
- Das Rehabilitationsmodell von Gerdes und Weiss
- Das bio-psycho-soziale Modell (ICF Modell)
- ...



Modelle der Rehabilitation

Die Allgegenwärtigkeit und die Dominanz des bio-medizinischen Modells in der Medizin inkl. der Rehabilitation

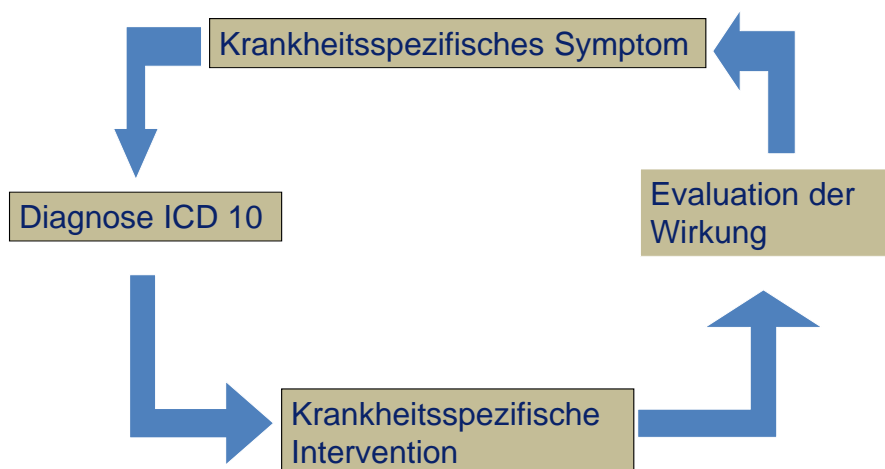


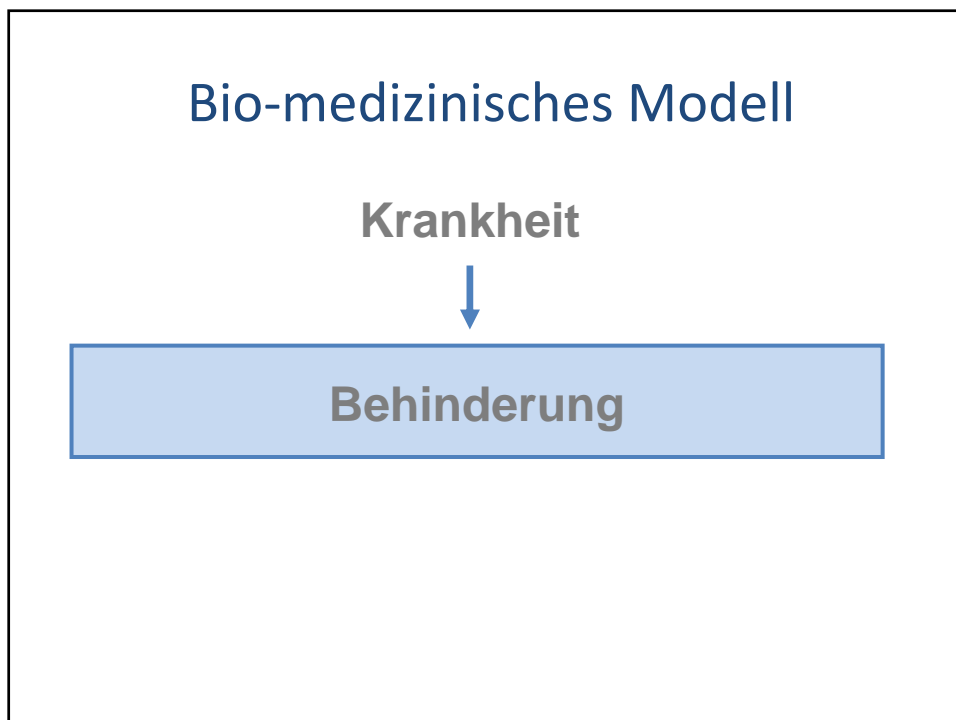
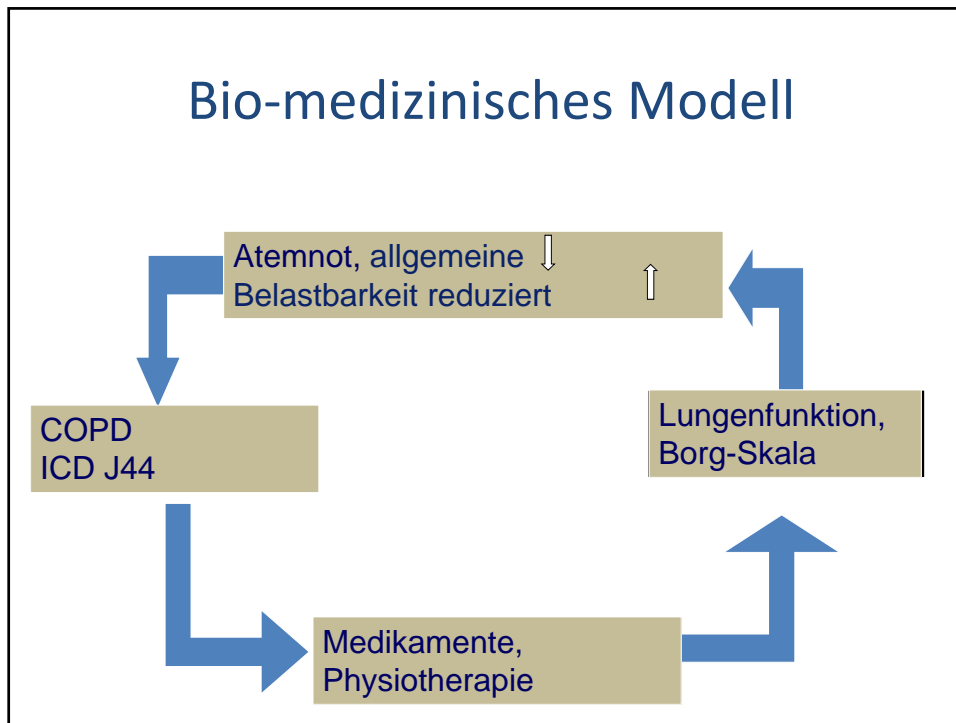
Bio-medizinisches Modell

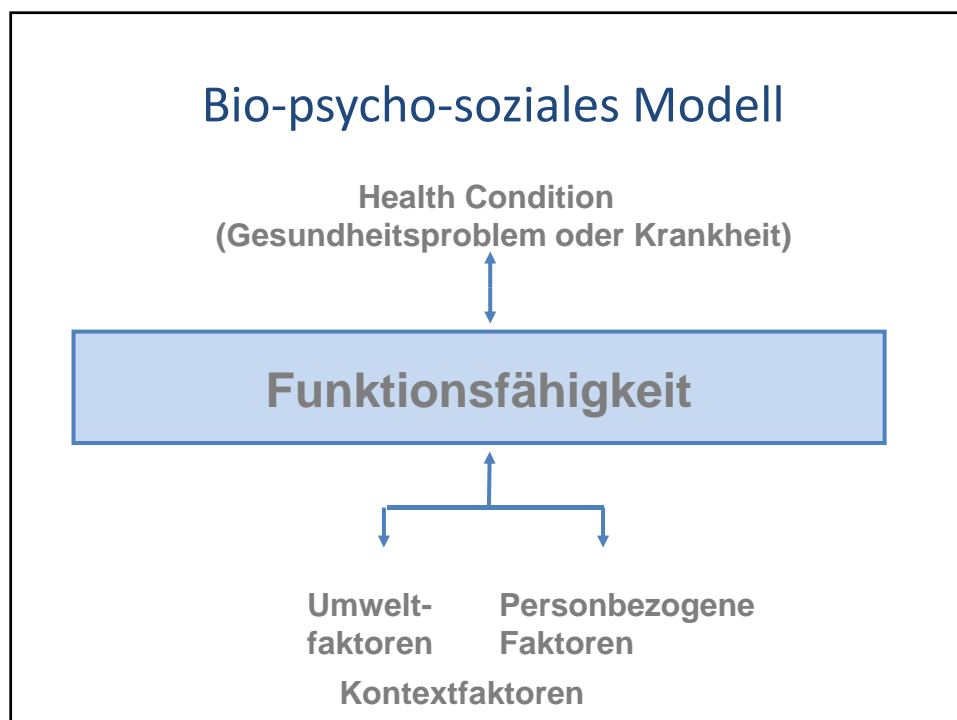
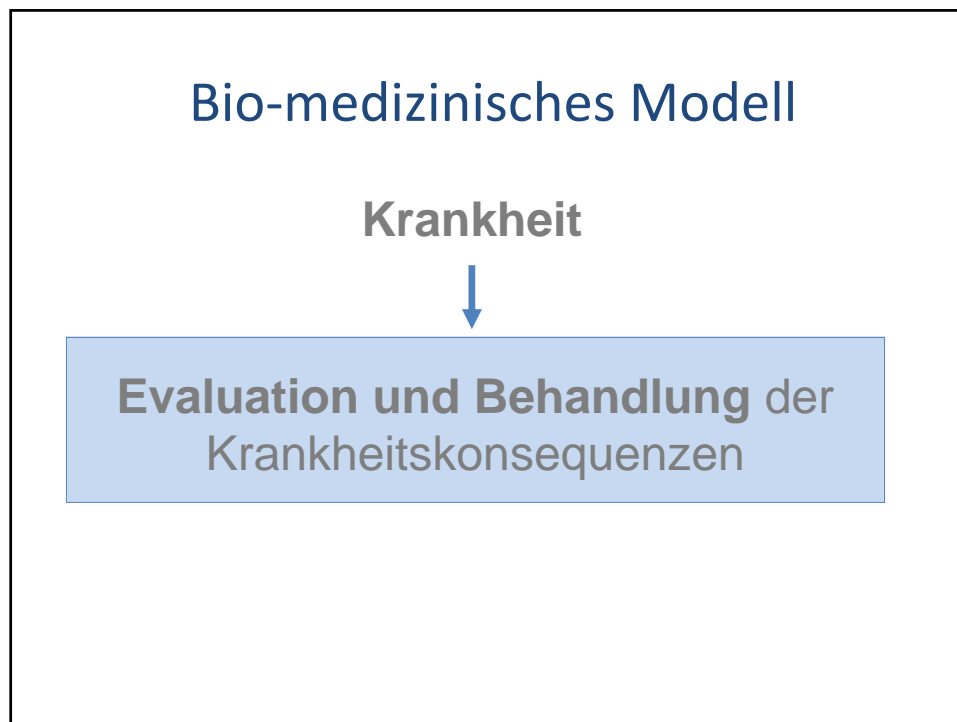


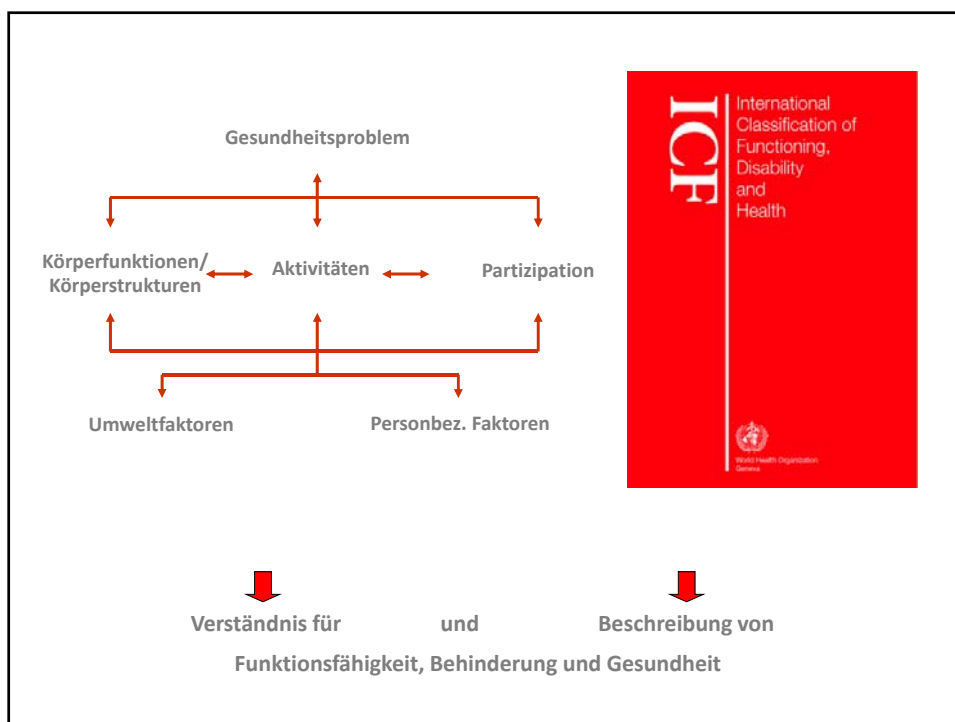
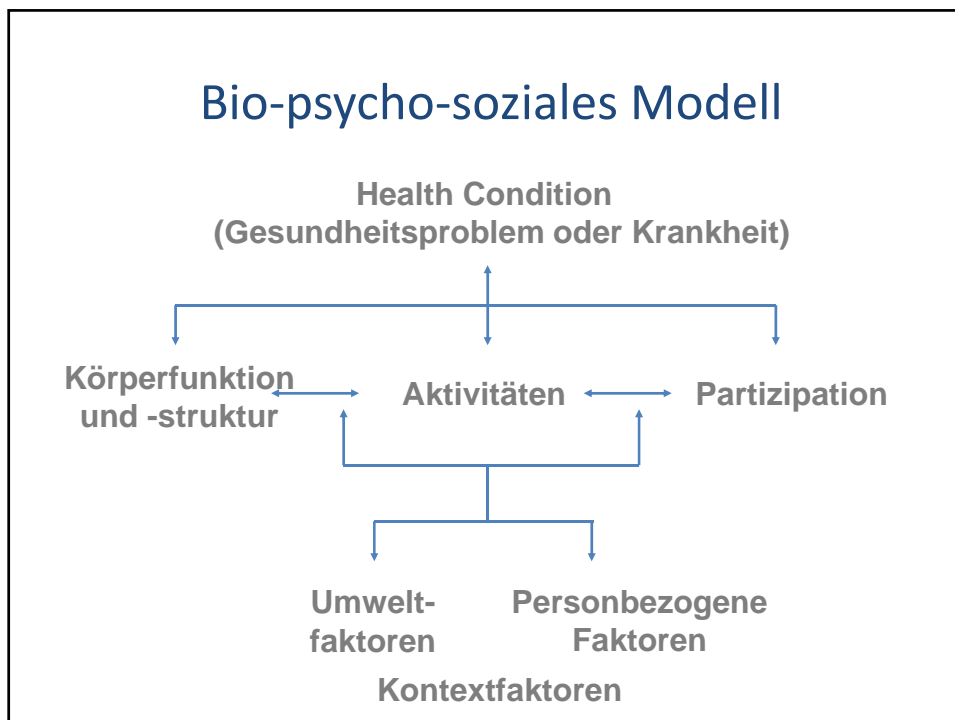
Krankheit ist ein Zustand oder Prozess, charakterisiert durch eine spezifische **Verursachung** (Ätiologie), beschreibbare Manifestation nach **Symptomen**, voraussehbare Handlungsergebnisse (**Therapie**) und voraussehbaren Ablauf (**Prognose**)

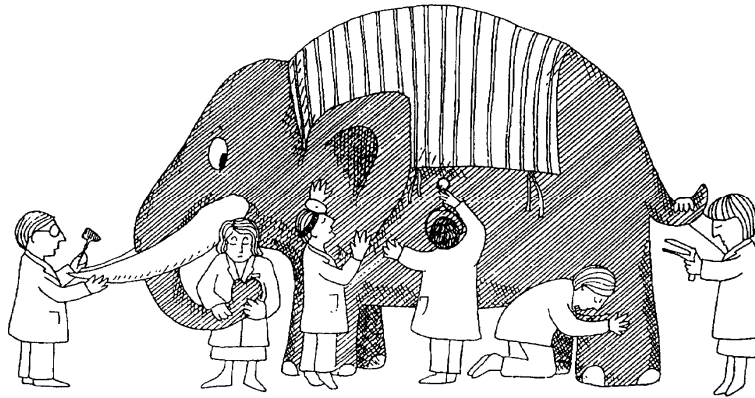
Bio-medizinisches Modell









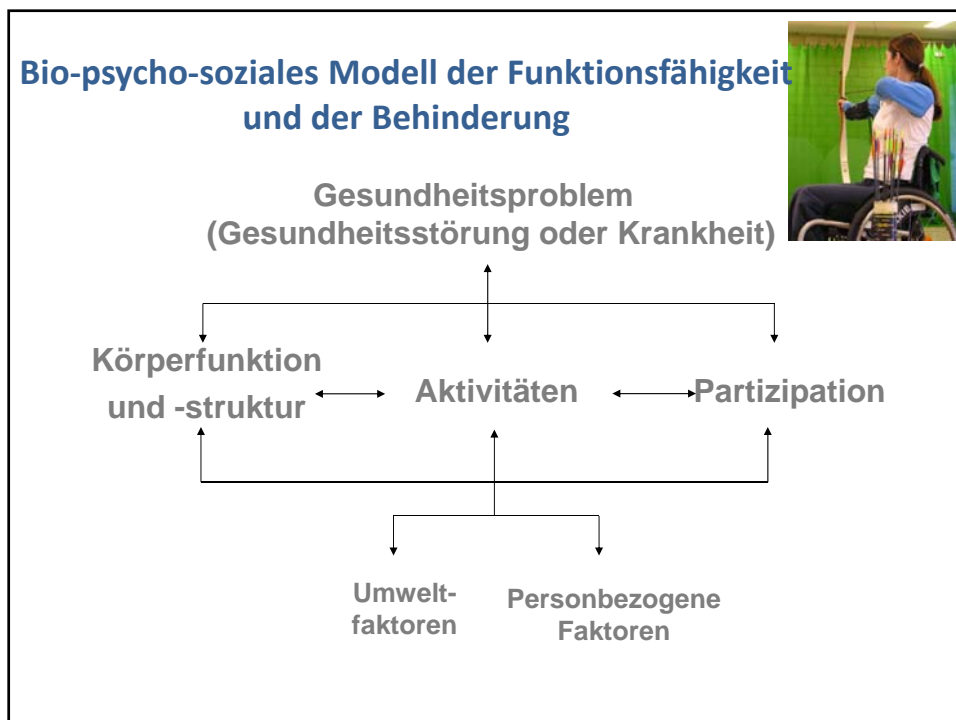


Ein gemeinsames und umfassendes
Verständnis von Funktionsfähigkeit ist
erforderlich

Wie wird Funktionsfähigkeit erfasst?



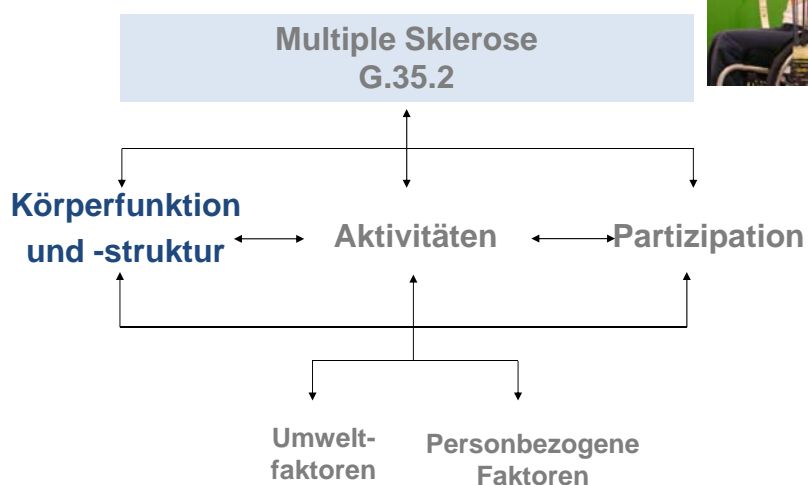
Eine gemeinsame **Sprache** der Funktionsfähigkeit
ist ebenso erforderlich



Gesundheitsproblem

- **Gesundheitsproblem** ist ein Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata
- Ein **Gesundheitsproblem** kann auch andere Phänomene umfassen, wie Schwangerschaft, Altern, Stress, kongenitale Anomalien oder genetische Prädisposition
- **Gesundheitsprobleme** werden nach ICD-10 kodiert

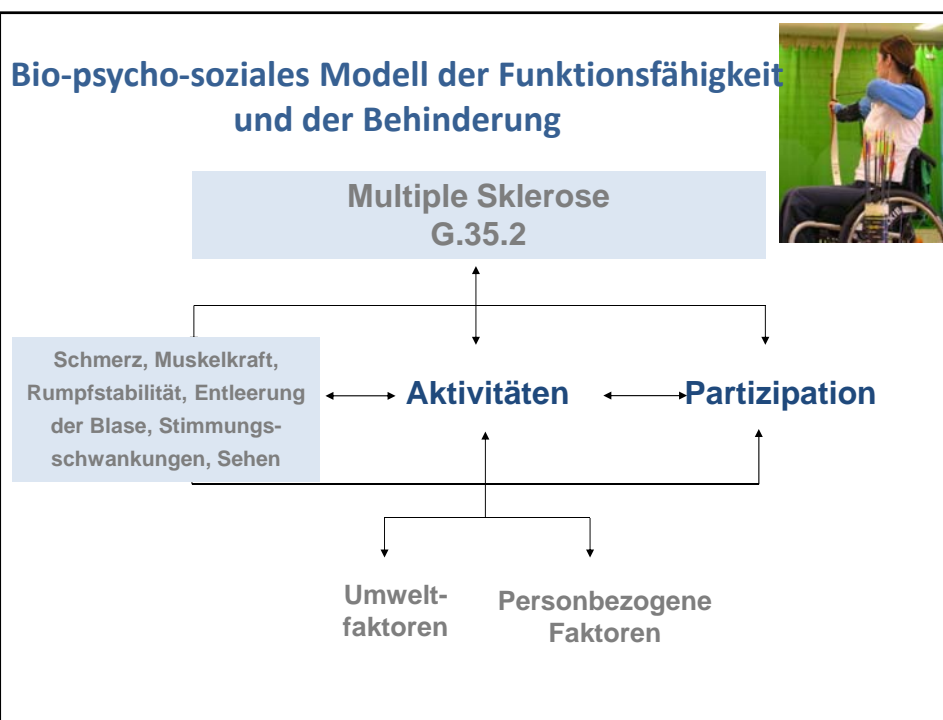
Bio-psycho-soziales Modell der Funktionsfähigkeit und der Behinderung



Körperfunktion und -struktur

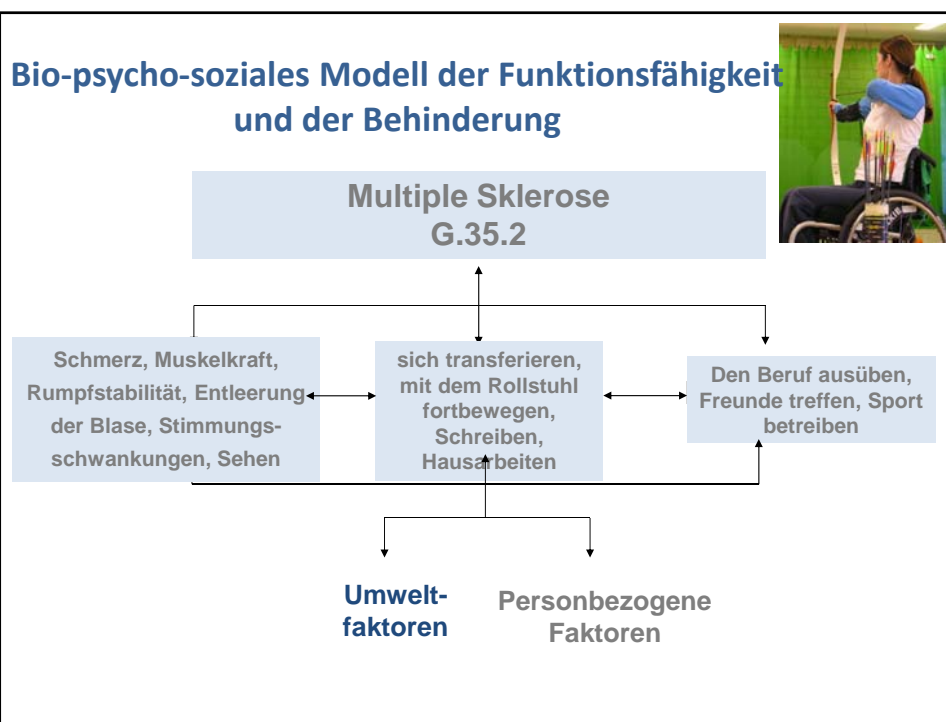
- **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen)
- **Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile

– Schädigungen



Aktivitäten und Partizipation

- **Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Sie repräsentiert die individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit.
 - Beeinträchtigung der Aktivität
- **Partizipation** ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit.
 - Beeinträchtigung der Partizipation

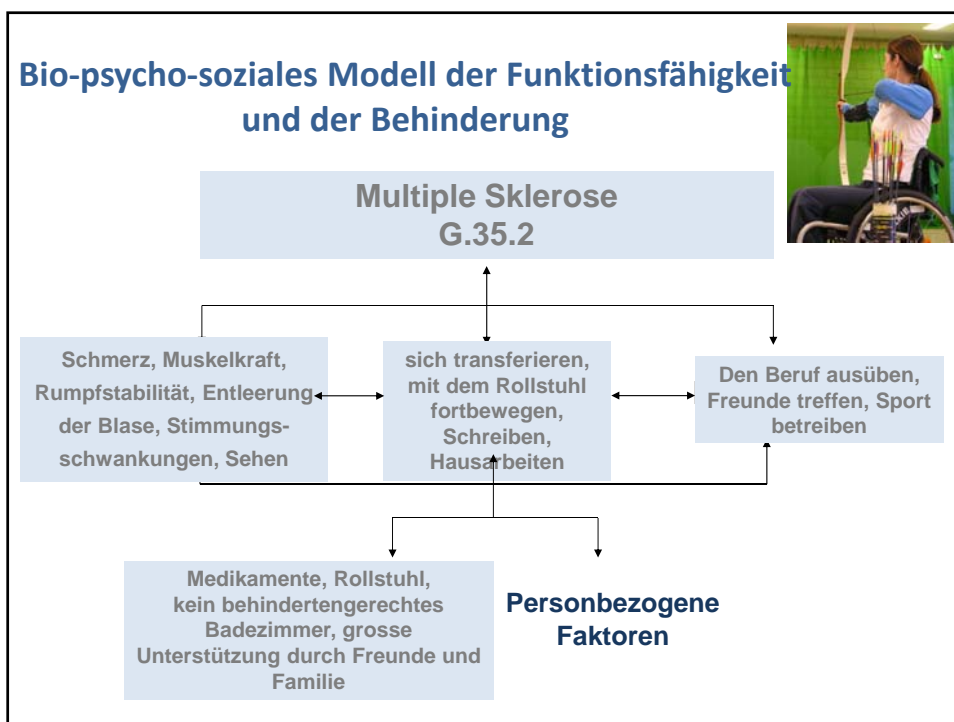


Umweltfaktoren

- **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

– **Umweltfaktoren**

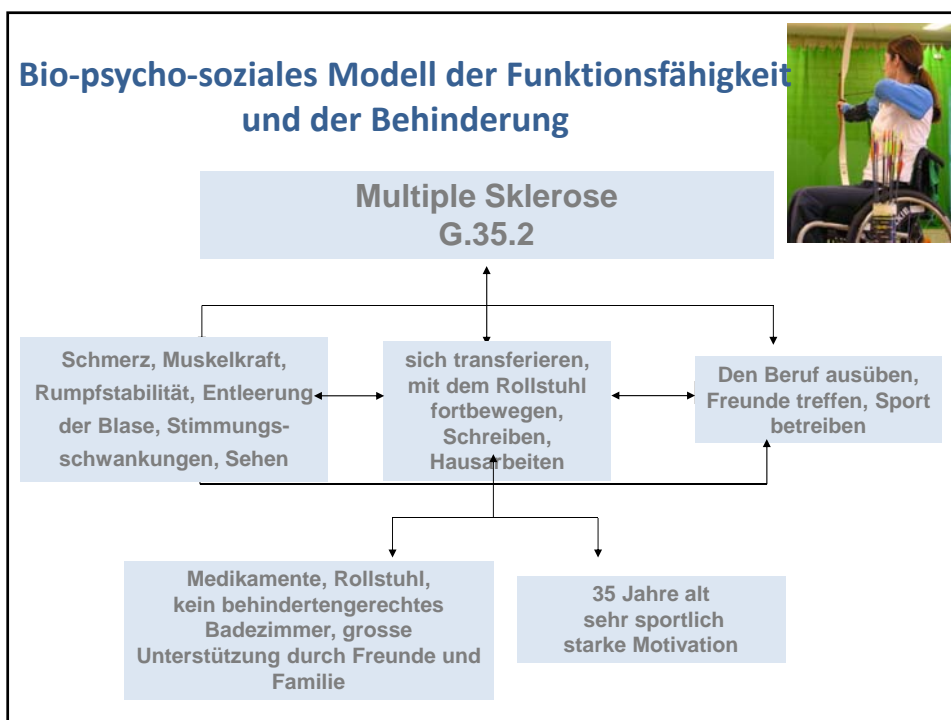
- positiv (Unterstützung)
- negativ (Hindernis)

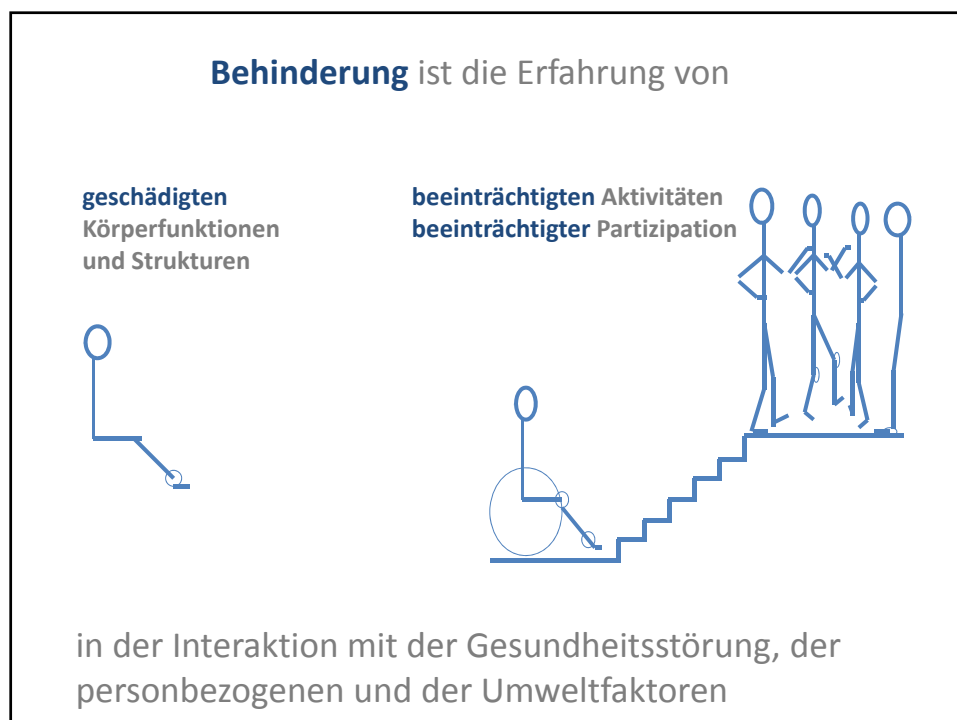
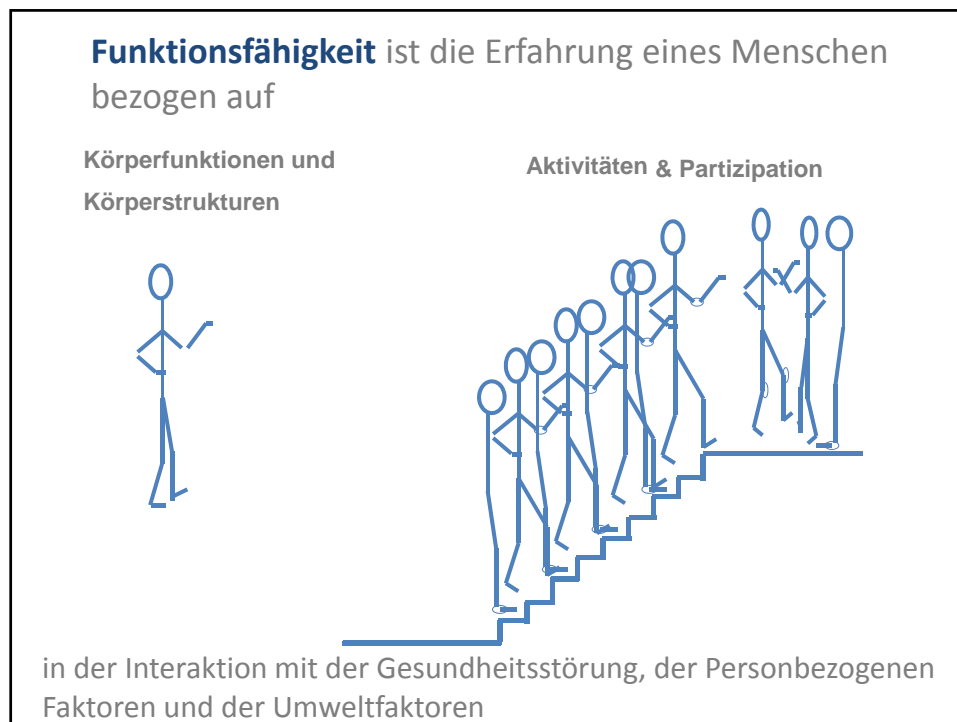


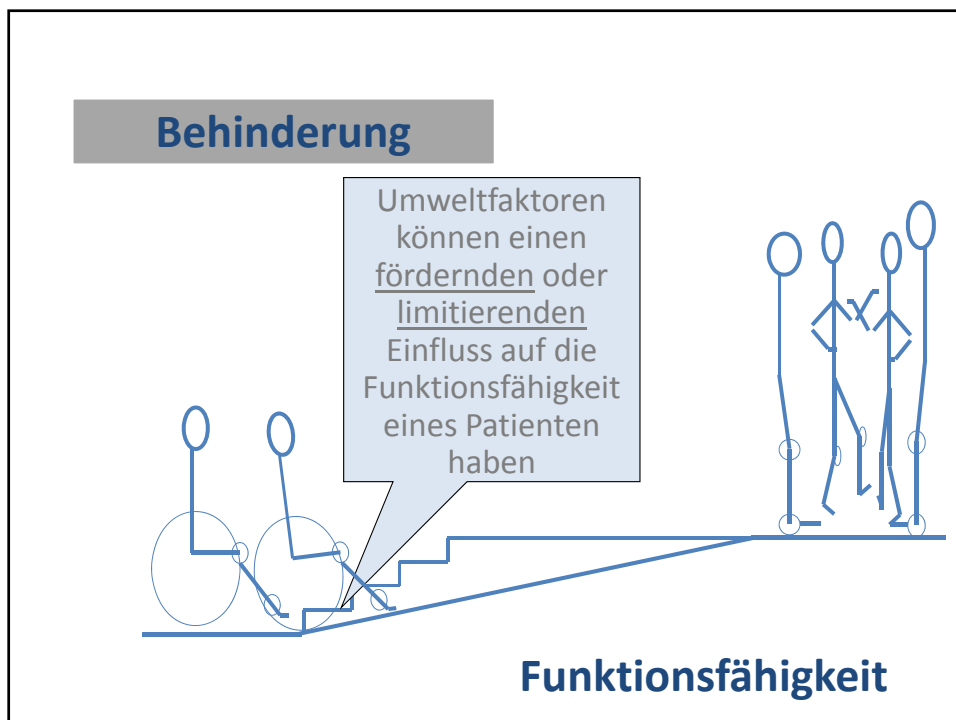
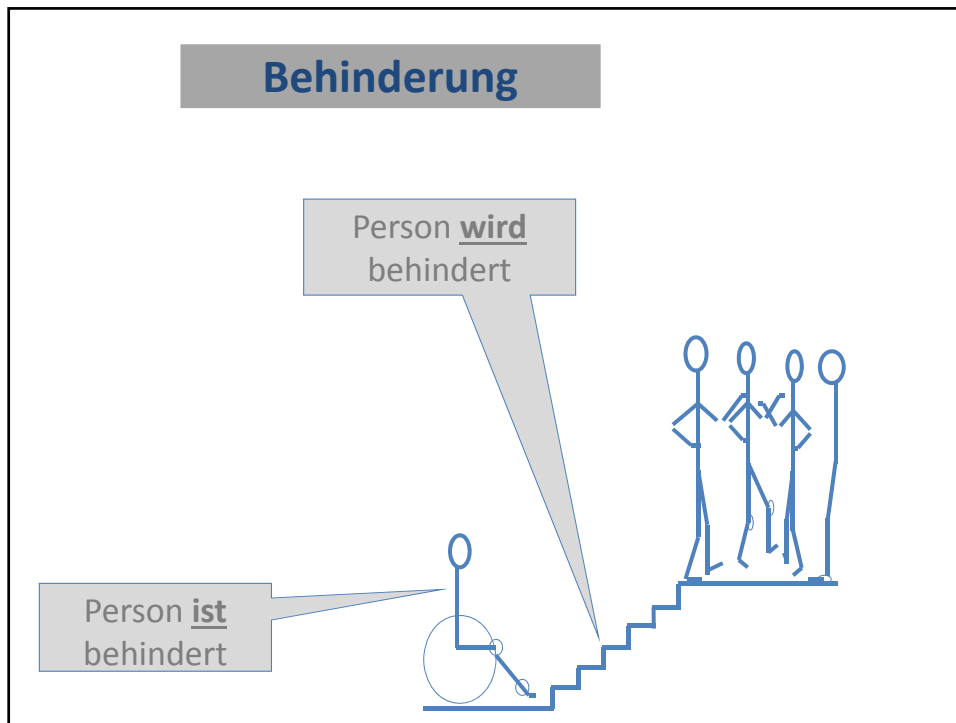
Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind der spezielle Lebenshintergrund eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Erfahrungen, Verhaltensmuster, Bildung, Beruf, Charakter, Alter etc.







Fallbeispiel Übung 1

- Bitte lesen Sie die folgenden Text und bearbeiten Sie das Fallbeispiel indem Sie die markierten Textstellen einer Komponente aus dem ICF Modell zuordnen.
- Verwenden Sie dazu die Abkürzungen:
 - Körperfunktionen : b
 - Körperstrukturen: s
 - Aktivität und Partizipation: d
 - Kontextfaktoren: Umwelt: e
 - Personenbezogene: pf

Fallbeispiel

Frau Arnold ist 58 Jahre alt ____, Sekundarlehrerin _____, und wohnt seit vier Jahren mit ihrem Lebenspartner ____ in einer gemeinsamen Wohnung. Vor fünf Jahren erkrankte sie an einem

Mammakarzinom _____, welches mit einer Chemotherapie erfolgreich behandelt werden konnte.

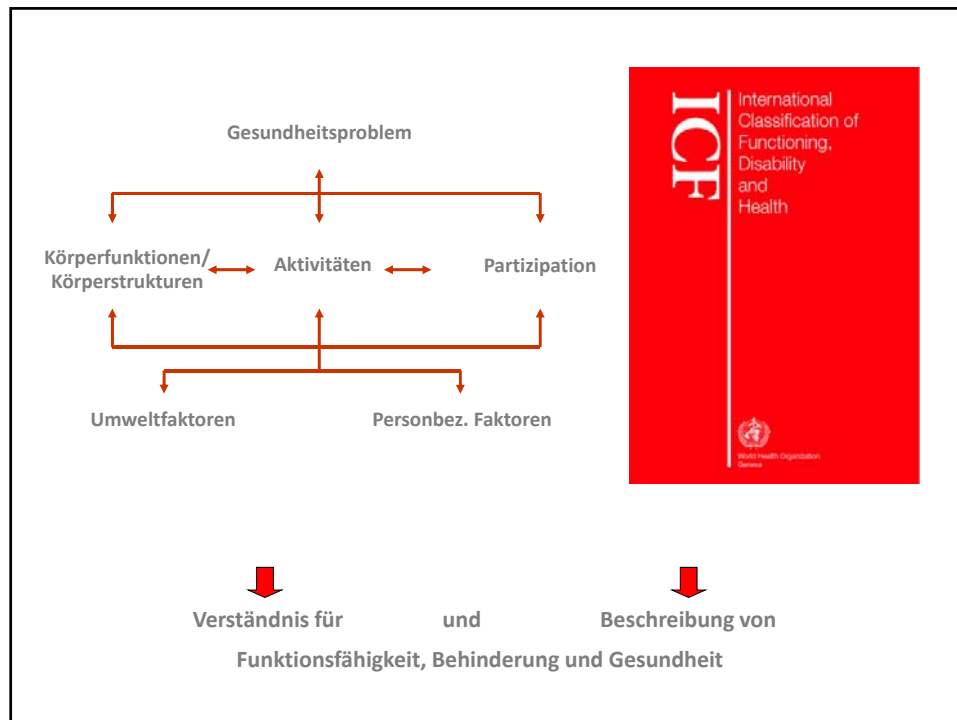
IV-Abklärungen hatten damals bereits stattgefunden. Ihr Arbeitspensum wurde reduziert ____ und Frau Arnold erhält eine Teilinvalidenrente _____. Unterstützung im Haushalt _____ erhält sie von ihrer Tochter, die in der Nähe wohnt und zwei kleine Kinder hat. Momentan leidet sie wieder vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden. Sie klagt über ständige Müdigkeit ____, Kreislauf- und Atemprobleme ____ bei körperlicher Aktivität und Rückenschmerzen _____.

Austausch

Eigene Einschätzung in Bezug auf die
Anwendung auf das eigene Praxisfeld
und bereits etablierte Instrumente



-KLASSIFIKATION –
- ICF -



Bedeutung, Ziele und Grenzen der ICF

Hauptklassifikationen der WHO



ICF ist der Rahmen, den die WHO für die Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung sowohl **auf einer Individuellen** als auch **auf Bevölkerungsebene** zur Verfügung stellt.

Während die **ICD** Krankheiten und Todesursachen klassifiziert, klassifiziert die **ICF** Funktionsfähigkeit und Behinderung.



Dr. Gro Harlem Brundtland
Former Director General, WHO

Geschichte der ICF

- 1972: Beginn der Vorbereitungsarbeiten zur ICIDH
- 1980: Erstmalige Veröffentlichung der ICIDH
- 1993: Beginn des Revisionsprozesses der ICIDH
- 2001: Final Draft (Mai 2001, Assembly der WHO)
- 2001: ICF, Translator Version, Oktober 2001
- 2001: Deutscher Entwurf der ICF, November 2001
- 2002: Konsensus-Konferenz (27. Februar)
- 2002: Schlussfassung (Juli 2002) www.dimdi.de
- 2006: Freigabe der Deutschen Fassung der ICF

Ziele der ICF

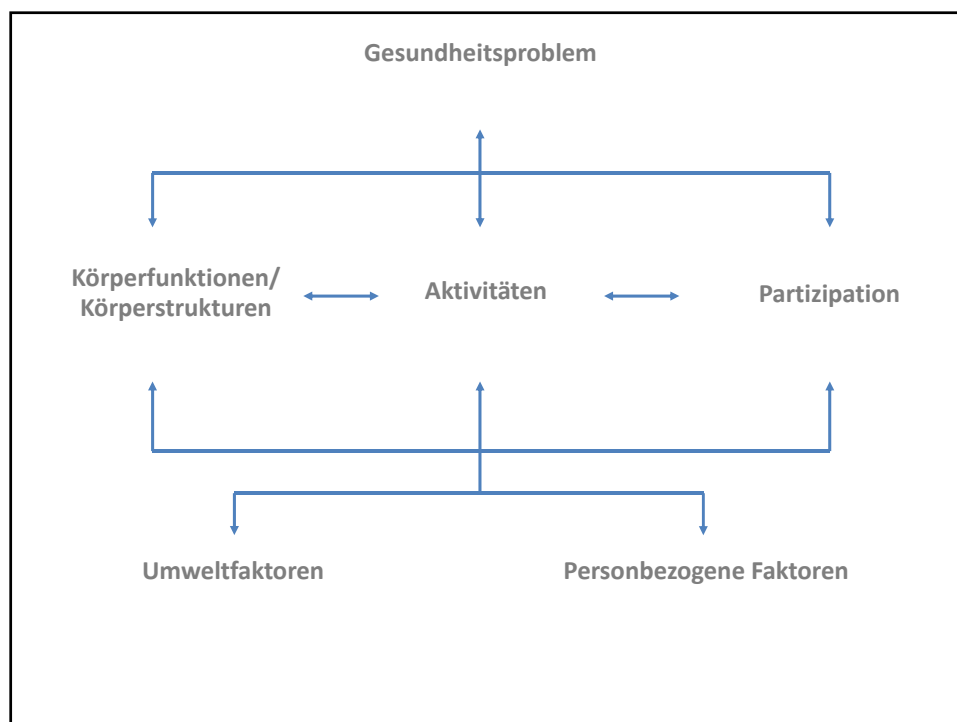
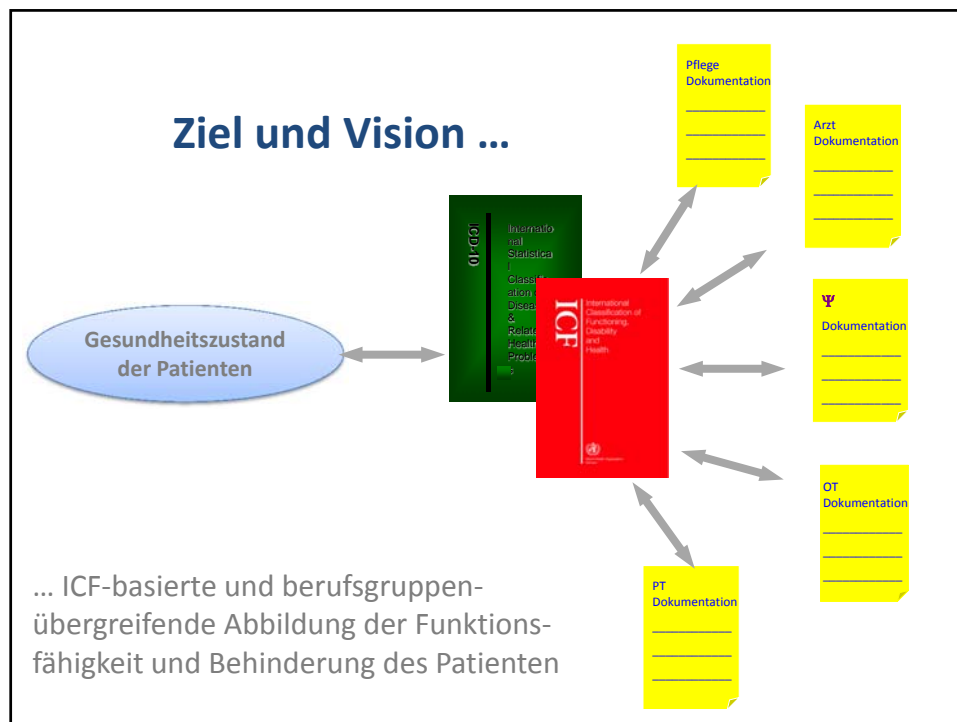
Gemeinsame, standardisierte Sprache für



- ← Interdisziplinäre Kommunikation
- ← Praxis, Lehre, Forschung
- ← Gesundheitsberichterstattung
- ← Gesundheitsmanagement
- ← Sozialpolitik

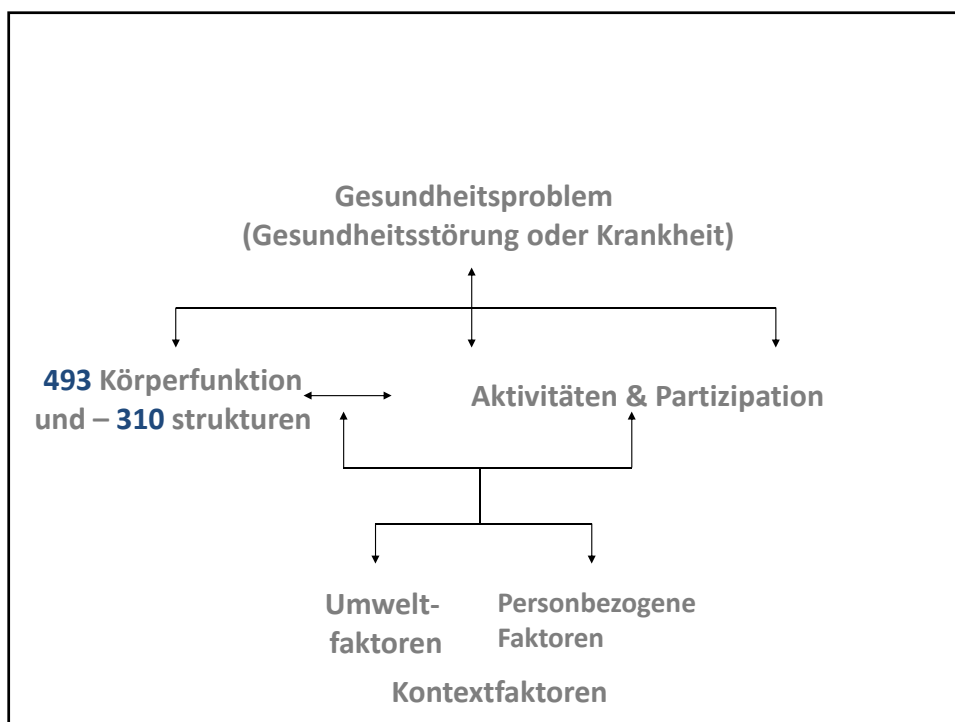
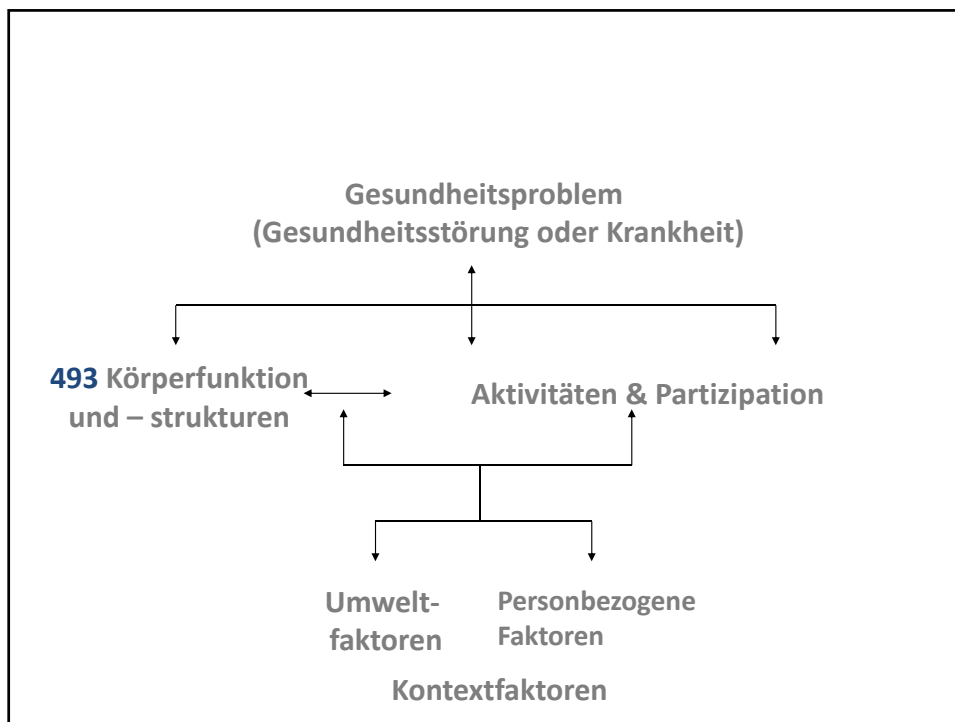
Sie ist **kein Assessmentinstrument**. Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden

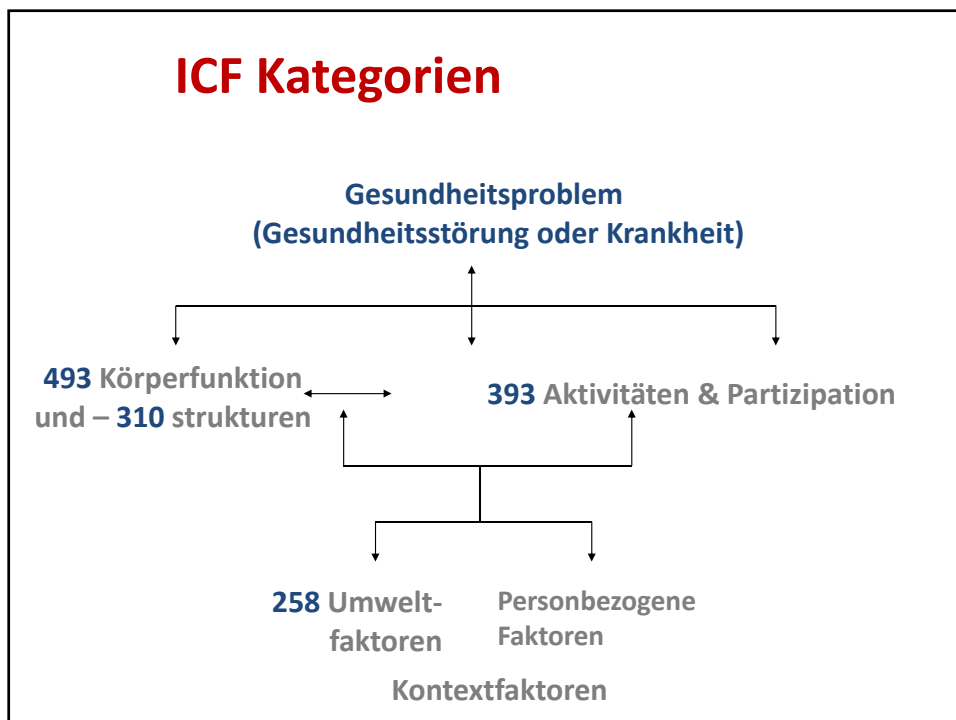
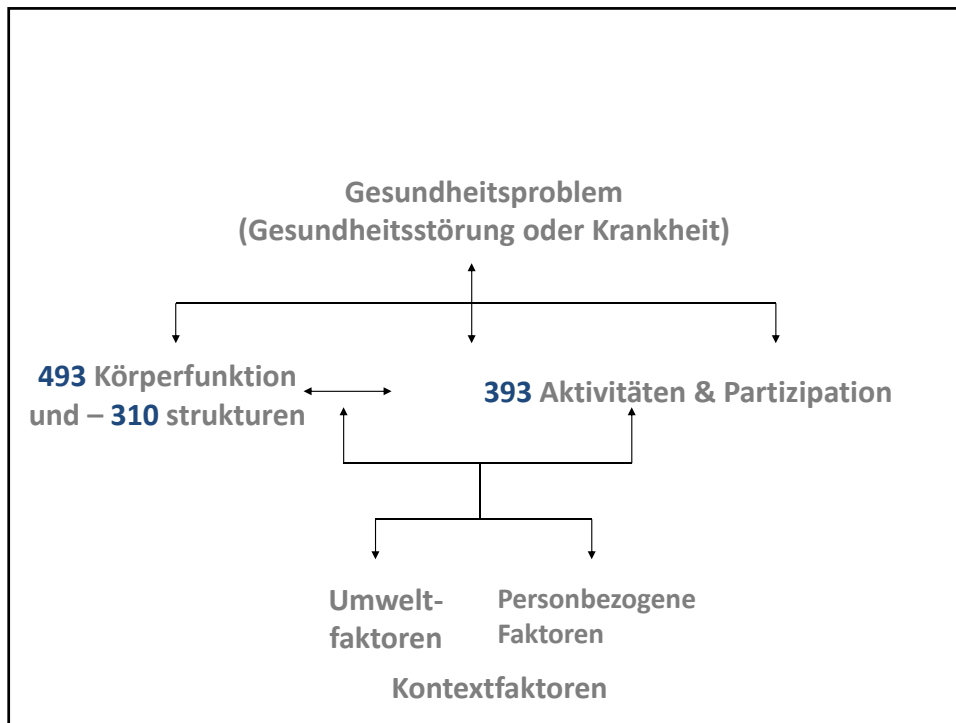


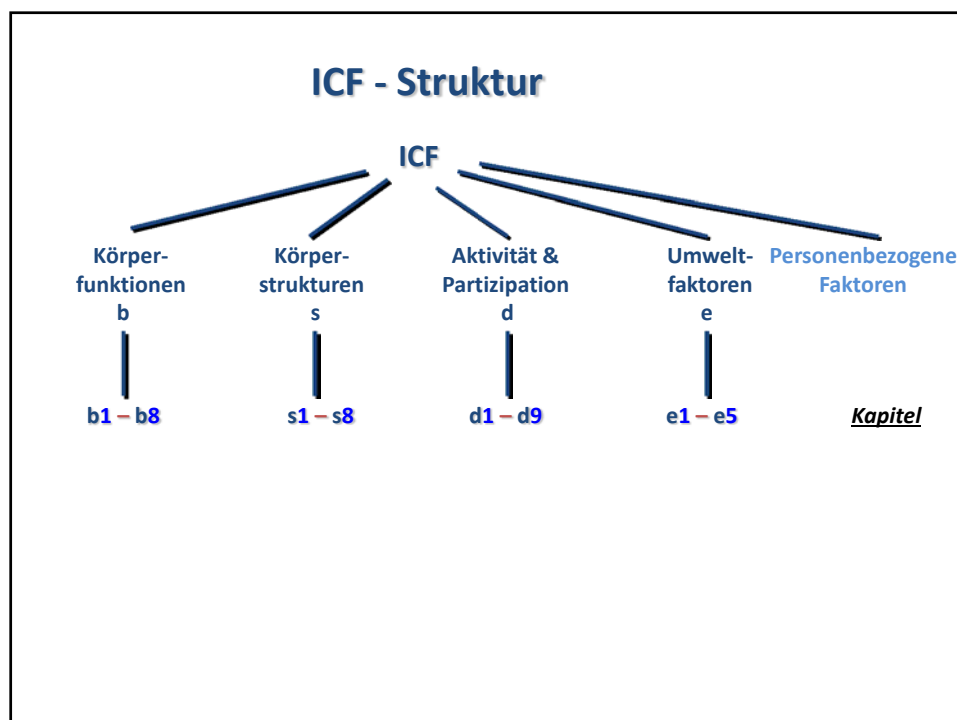
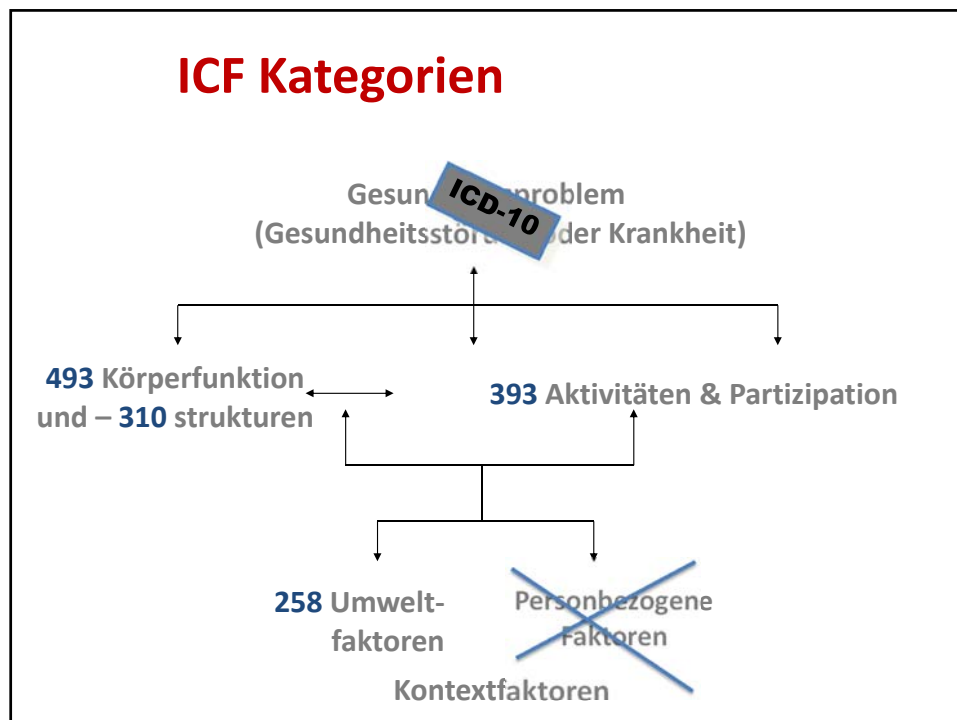





Inhalt und Aufbau der ICF










Klassifikation der ersten Ebene

	Körperfunktionen (b)	Körperstrukturen (s)
Kapitel 1	Mentale Funktionen	Strukturen des Nervensystems
Kapitel 2	Sinnesfunktionen und Schmerz	Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang steh. Strukturen
Kapitel 3	Stimm- und Sprechfunktionen	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
Kapitel 4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	Strukturen, des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystem
Kapitel 5	Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang steh Strukturen
Kapitel 6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang steh. Strukturen
Kapitel 7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	Mit der Bewegung in Zusammenhang steh. Strukturen
Kapitel 8	Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde



Klassifikation der ersten Ebene

Aktivitäten & Partizipationen (d)

Kapitel 1:	Lernen und Wissensanwendung
Kapitel 2:	Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen
Kapitel 3:	Kommunikation
Kapitel 4:	Mobilität
Kapitel 5:	Selbstversorgung
Kapitel 6:	Haushalt
Kapitel 7:	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Kapitel 8:	Hauptlebensbereiche
Kapitel 9:	Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben

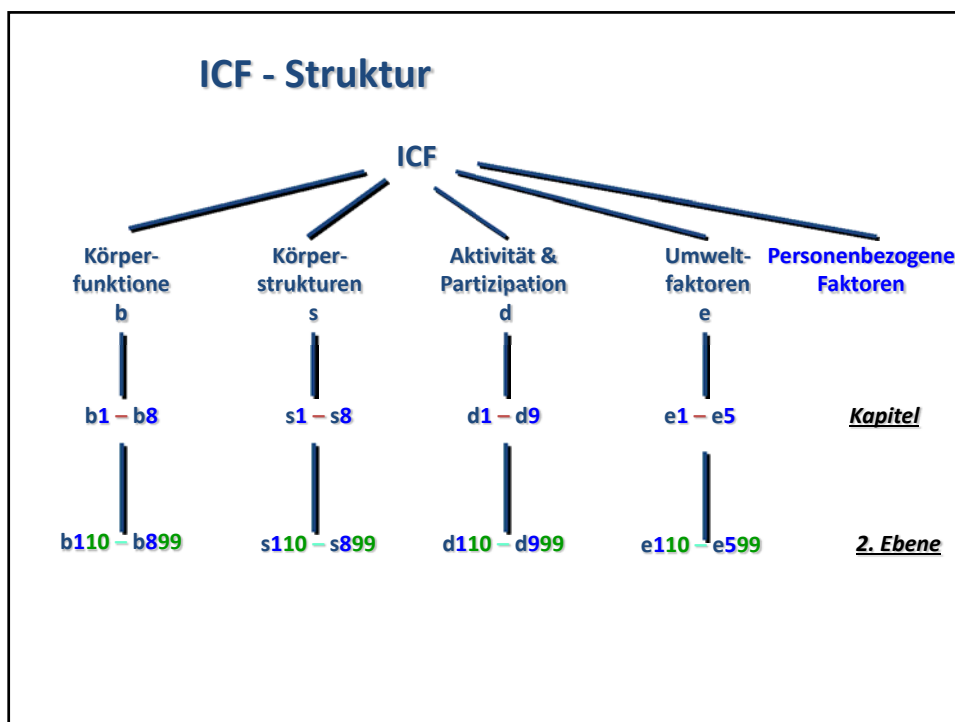
Klassifikation der ersten Ebene



Umweltfaktoren (e)

- Kapitel 1: Erzeugnisse und Technologien
- Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
- Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen
- Kapitel 4: Einstellungen
- Kapitel 5: Dienstleistungen, Politikfelder einschließlich
Organisation und Struktur sowie
Politikformulierung und -umsetzung

Blättern Sie in der ICF
und suchen Sie die
Klassifikation der
ersten Ebene
S. 31 - 33



Klassifikation der zweiten Ebene

Beispiel:


Kapitel b1 Mentale Funktionen

Globale mentale Funktionen (b110 – b139)

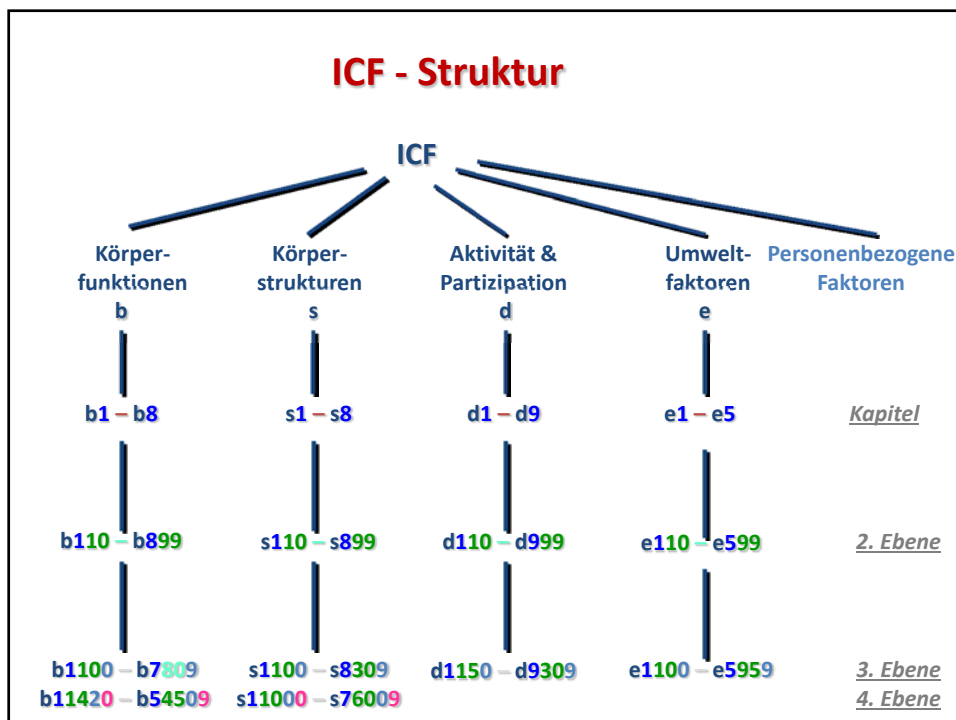
- b110 Funktionen des Bewusstseins
- b114** Funktionen der Orientierung
- b117 Funktionen der Intelligenz
- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- b134 Funktionen des Schlafes
- b139 Globale mentale Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert


Spezielle mentale Funktionen (b140 – b189)

...



Suchen Sie die
Kategorien **b114** und
e455 in der Klassifikation
der zweiten Ebene
S. 35 - 50





Detaillierte Klassifikation mit Definitionen

Kapitel b1 Mentale Funktionen

b114 Funktionen der Orientierung
Allgemeine mentale Funktionen, die Selbstwahrnehmung, Ich-Bewusstsein und realistische Wahrnehmung anderer Personen sowie der Zeit und der Umgebung betreffen

Inkl.: Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person sowie der Orientierung zur eigenen Person und zu anderen Personen; Desorientierung zu Zeit, Ort und Person.

Exkl.: Funktionen des Bewusstseins (b110); Funktionen der Aufmerksamkeit (b140); Funktionen des Gedächtnisses (b144).

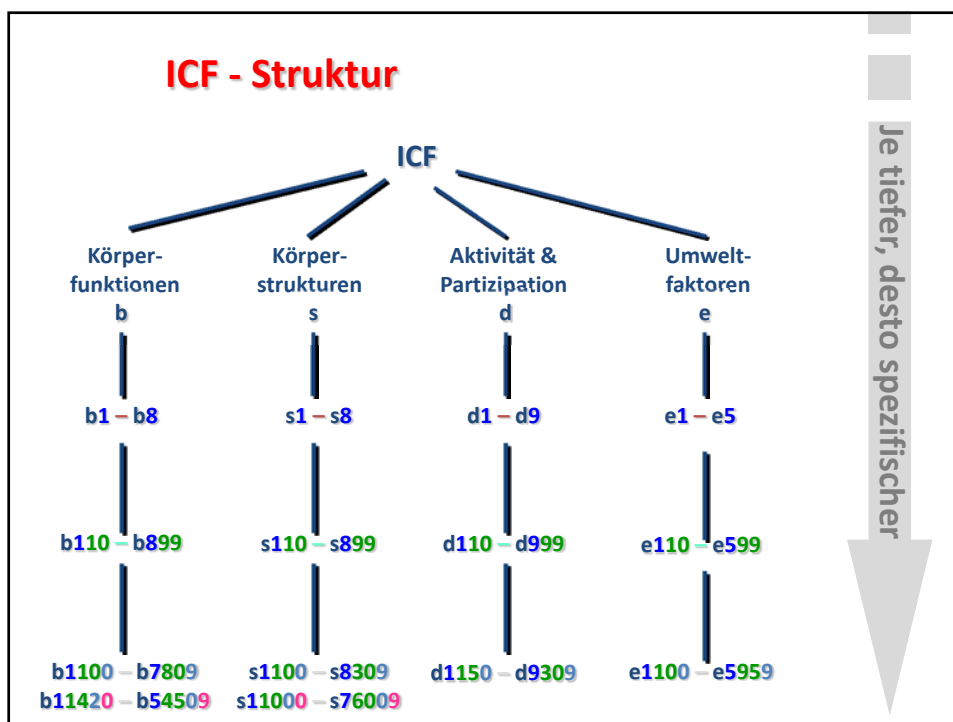
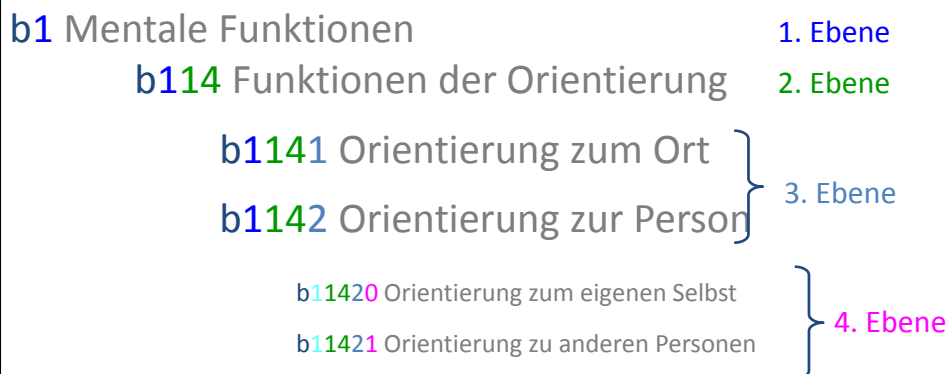
b1140 Orientierung zur Zeit
Mentale Funktionen, die sich im bewussten Gewahrsein von Wochentag, Datum, Tag, Monat und Jahr äußern

b1141 Orientierung zum Ort
b1142 Orientierung zur Person
b11420 Orientierung zum eigenen Selbst
b11421 Orientierung zu anderen Personen

Suchen Sie die Kategorien
b11420 und **d4501** in der
detaillierte Klassifikation
mit Definitionen
S. 51 - 142

ICF Kategorien

Beispiel



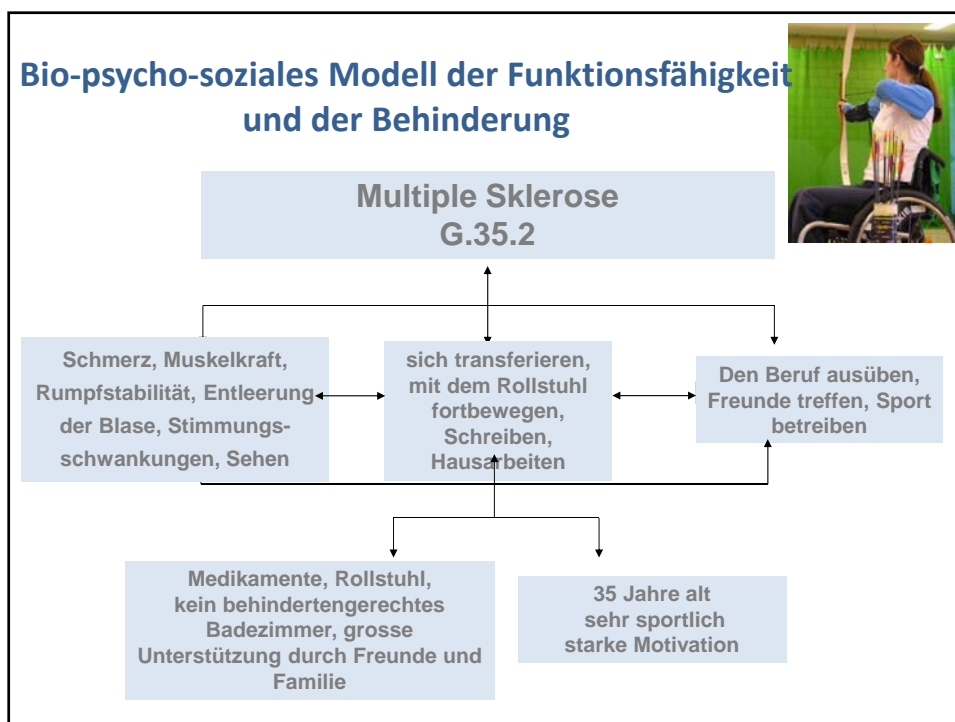
Übung II Fallbeispiel

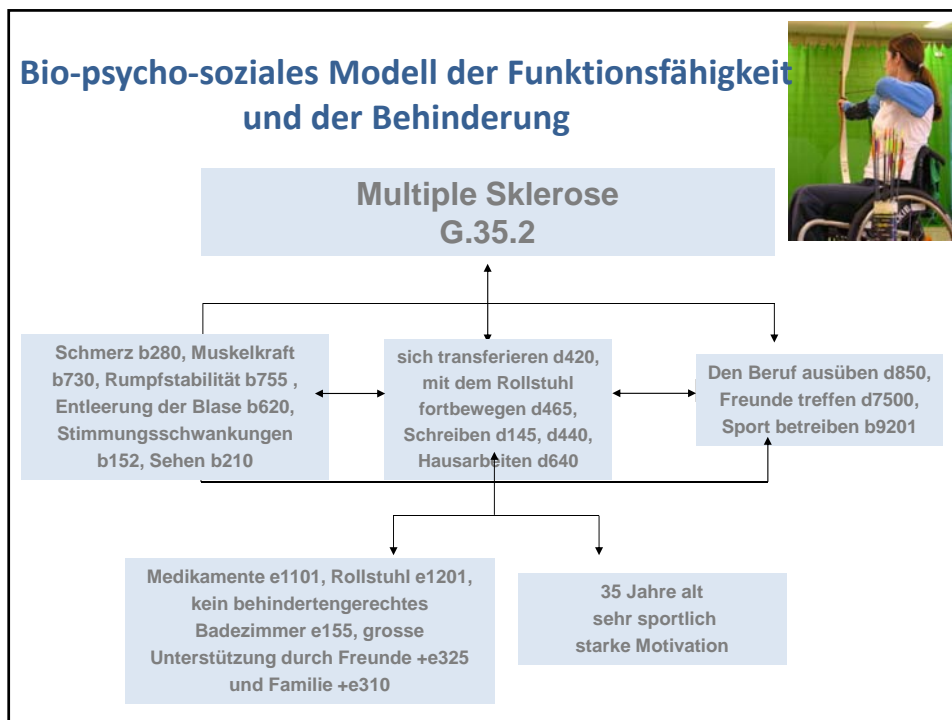
Fallbeispiel

Frau Arnold ist 58 Jahre alt _____, Sekundarlehrerin _____, und wohnt seit vier Jahren mit ihrem Lebenspartner _____ in einer gemeinsamen Wohnung. Vor fünf Jahren erkrankte sie an einem

Mammakarzinom _____, welches mit einer Chemotherapie erfolgreich behandelt werden konnte.

IV-Abklärungen hatten damals bereits stattgefunden. Ihr Arbeitspensum wurde reduziert _____ und Frau Arnold erhält eine Teilinvalidenrente _____. Unterstützung im Haushalt _____ erhält sie von ihrer Tochter, die in der Nähe wohnt und zwei kleine Kinder hat. Momentan leidet sie wieder vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden. Sie klagt über ständige Müdigkeit _____, Kreislauf- und Atemprobleme _____ bei körperlicher Aktivität und Rückenschmerzen _____.





Bisher war die Frage...

... **was** sind die Probleme der Patienten ?

Jetzt ist die Frage...

... was ist das **Ausmaß** des Problems?

→ **Beurteilungsmerkmale**

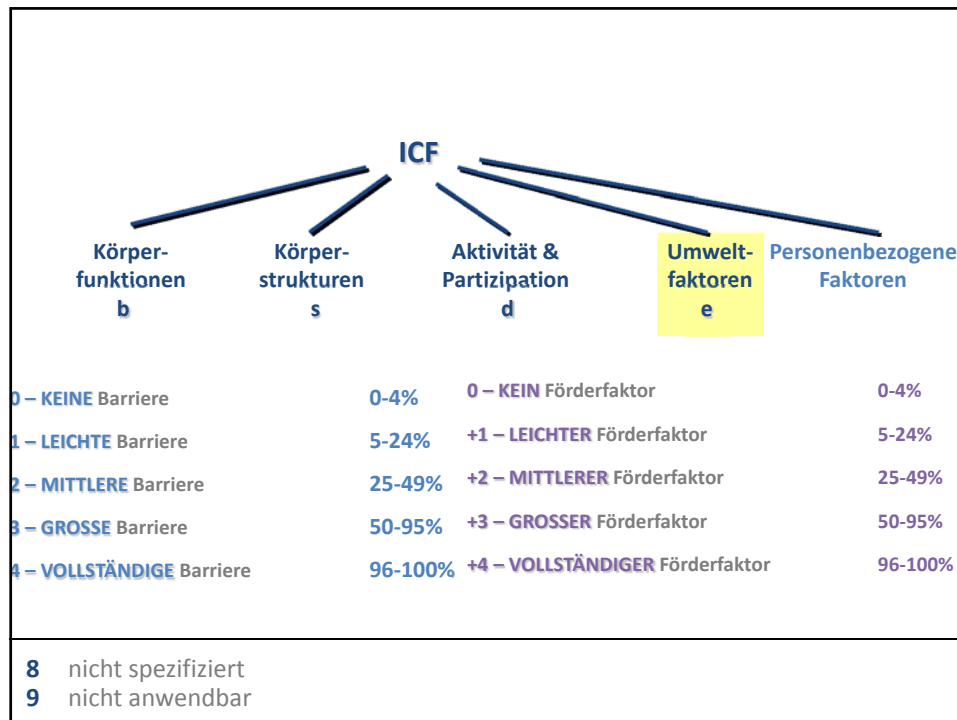
b1141.9

Allgemeine Skala = Ausmaß des Problems

xxx.0	nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich,...)	0-4%
xxx.1	leicht ausgeprägt (schwach, gering,...)	5-24%
xxx.2	mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich,...)	25-49%
xxx.3	erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst,...)	50-95%
xxx.4	voll ausgeprägt (komplett, total,...)	96-100%
<hr/>		
xxx.8	nicht spezifiziert (die verfügbare Information nicht ausreicht, um den Schweregrad des Problems zu bestimmen)	
xxx.9	nicht anwendbar (Die Kategorie ist nicht anwendbar für den Patienten)	



0	nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich,...)	0-4%
1	leicht ausgeprägt (schwach, gering,...)	5-24%
2	mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich,...)	25-49%
3	erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst,...)	50-95%
4	voll ausgeprägt (komplett, total,...)	96-100%
<hr/>		
8	nicht spezifiziert	
9	nicht anwendbar	



– **ICF** IN DER REHABILITATION –

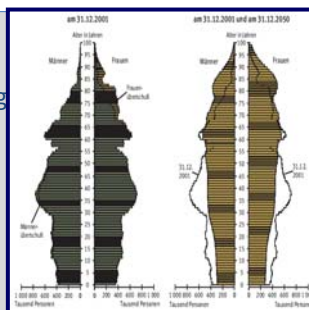
Warum die ? nach Funktionsfähigkeit

- Gründe:

Warum die ? nach Funktionsfähigkeit

Anforderungen an die zukünftige Rehabilitation

Mit der demographischen Entwicklung wird eine Zunahme chronischer Erkrankungen prognostiziert. Entstehung und Verlauf dieser Erkrankungen sind nicht allein mit dem biomedizinischen Modell zu erklären. Für die Behandlung ist eine bio-psycho-soziale Betrachtung notwendig!



Public Health Ziel: Funktionsfähigkeit

- über 600 Millionen Menschen leben mit einer physischen und/oder mentalen Behinderung unterschiedlicher Art
- Es gibt einen rasanten Anstieg in der Anzahl der Personen mit Behinderung als Resultat von
 - Bevölkerungswachstum, Überalterung, Anstieg von chronischen Krankheiten
 - Fehlernährung, Krieg, Gewalt, Verkehrsunfälle, Haushalts- und Arbeitsunfälle
 - anderen Ursachen, die häufig mit Armut zusammenhängen

Behinderungsraten von Erhebungen aus aller Welt



ICF in der Gesetzgebung



§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen ..., **um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.**“

THEORETISCHER HINTERGRUND

Das biopsychosoziale Modell im Gesundheitssystem

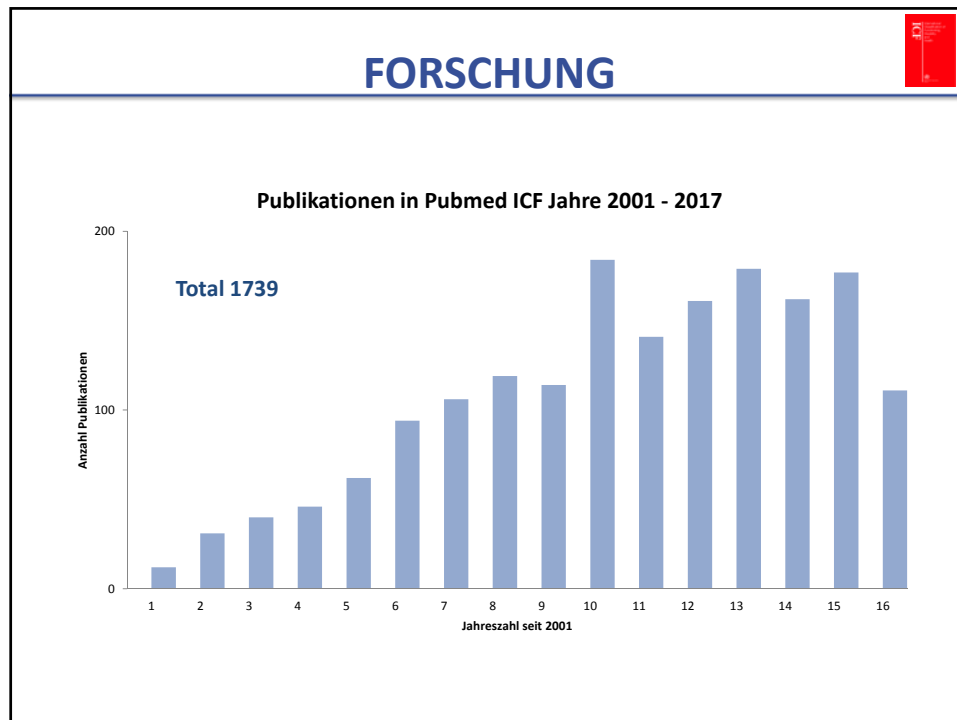
	Gesundheitsförderung	Prävention	Akutversorgung / Kuration	Rehabilitation	Pflege/ Palliation
Hauptziel	Schutzfaktoren / fördernde Faktoren	Risikofaktoren	Krankheitsprozess	Determinanten der Funktionsfähigkeit	Funktions- und Strukturschädigung Beeinträchtigung
Ziel / Outcome	Erhaltung / Verbesserung der Gesundheit	Verminderung von Inzidenzen von Gesundheitsstörungen	Remission der Krankheitskontrolle	Optimierung der Funktionsfähigkeit	Lebensqualität
Strategie	gesundheitsfördernd	präventiv	behandelnd	rehabilitativ sekundär präventiv	unterstützend, pflegend, lindernd
Hauptanwendungsfelder	Public Health	Public Health	Klinische Versorgung	Rehabilitative Versorgung	Pflege und palliative Versorgung
Forschungsbereich	Epidemiologie Verhaltensforschung Soziolog. Forschung	Epidemiologie & Biomedizinische klinische Forschung	Biomedizinische klinische Forschung	Funktionsfähigkeitswissenschaften	Pflege und Palliativforschung
Modell	Bio-psycho-sozial	Risikofaktoren-Modell	Biomedizinisch	Bio-psycho-sozial	Bio-psycho-sozial

← Versorgungskontinuum →



Die ICF in der Lehre

- Bestandteil der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung für Ärzte in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation
- Eingang in den Unterricht vieler (Fach)-Hochschulen für Gesundheitsfachberufe
- Aufnahme ins Curriculum der Ausbildung zum Physiotherapeuten
- ...



Beispiele klinischer Anwendung der ICF

Neurologische Rehabilitationsklinik Elzach

Einsatz des ICF Modellblatts auf einer Station für Frührehabilitation Phase B zur Team- und Verlaufsdokumentation (Reha-Management)

Kantonsspital Luzern (Abteilung für Neurologische Reha)

ICF muss handhabbar gemacht werden durch Core Sets oder fachbezogene Listen (Fachübergreifendes Grundraster + ergänzende Fachraster)

Asklepios Klinik Schaufling (Neurologische Reha-Klinik)

ICF verbessert Verständnis der Mitglieder des Reha-Teams untereinander
ICF trägt auch dazu bei das „Fachchinesisch“ im Umgang mit den Patienten zu vermeiden

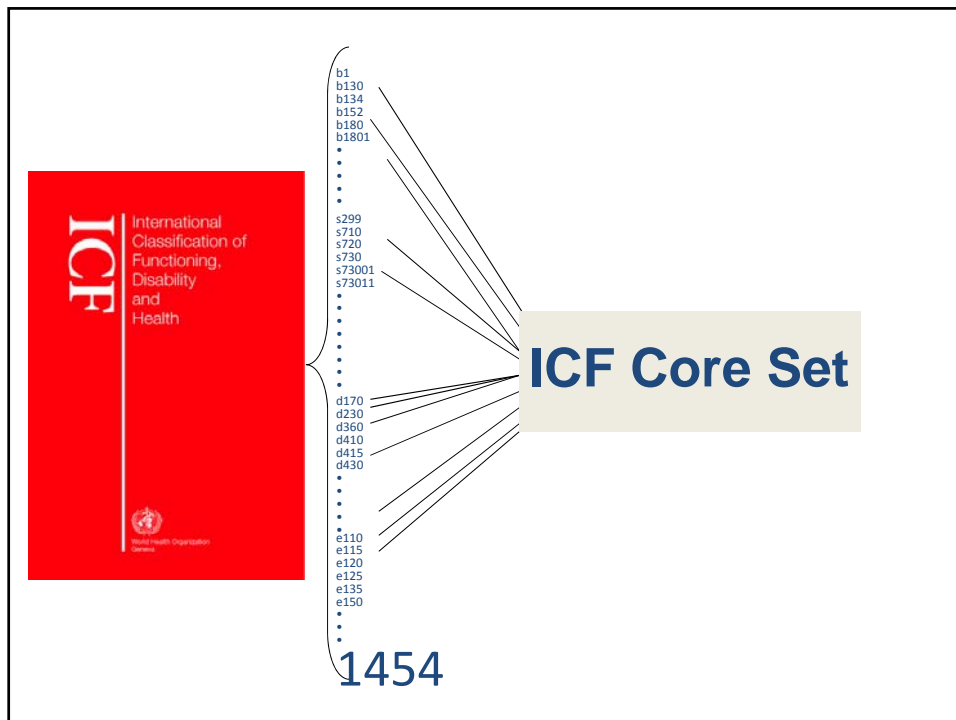
Rehabilitationszentrum „Häuser am Latterbach“, Peiting-Herzogsägmühle (Psychiatrie)

Durch Einsatz des Rehab-Cycle wurde die Reha-Planung für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams transparent und nachvollziehbar

– ENTWICKLUNG VON ICF CORE SETS –

**Problem für die klinische Praxis:
Grosser Umfang der ICF**

1454 ICF Kategorien



Anwendbarkeit durch ICF Core Sets

ICF Core Sets

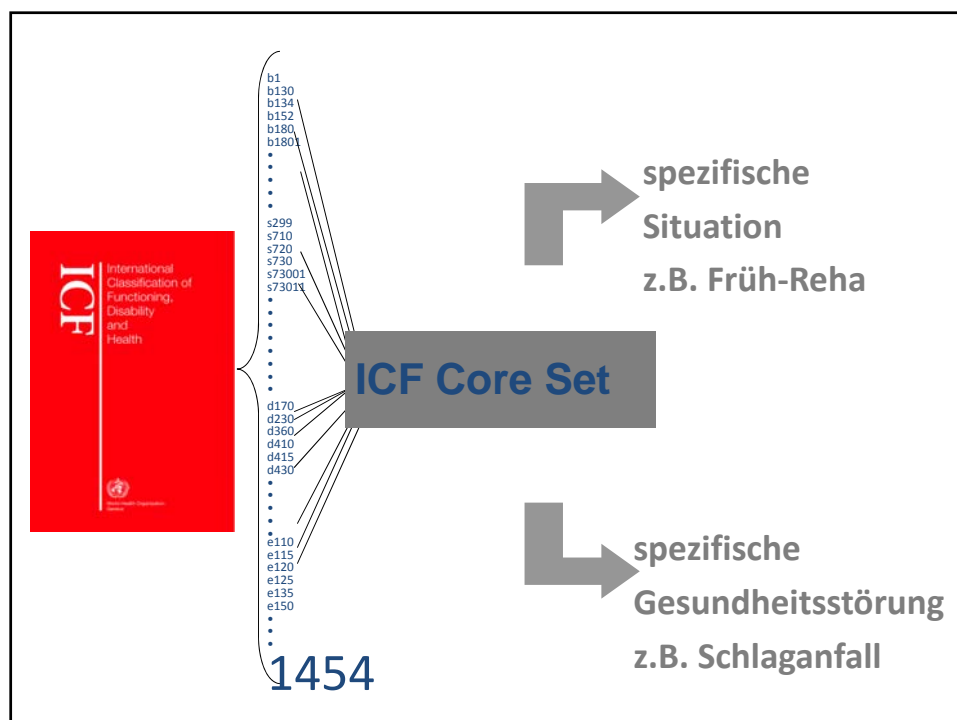
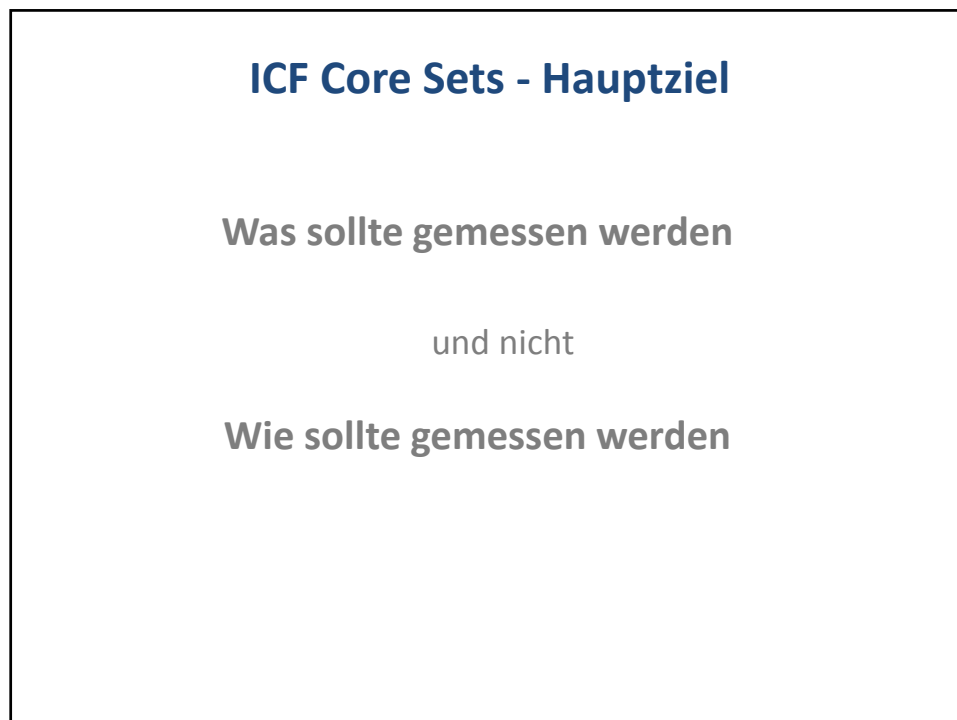
Ein ICF Core Set ist eine **Liste von ICF Kategorien**, die so **wenig Kategorien wie möglich, jedoch so viele wie nötig** umfasst, um alle relevanten **Aspekte der Funktionsfähigkeit** von Menschen mit einer **spezifischen Gesundheitstörung** und in einem **spezifischen Kontext** für ein umfassendes und multidisziplinäres Assessment zu beschreiben.

ICF Core Sets - Hauptziele


Verknüpfung der ICF mit der ICD

Anwendbarkeit der ICF für


- klinische Praxis
- Forschung



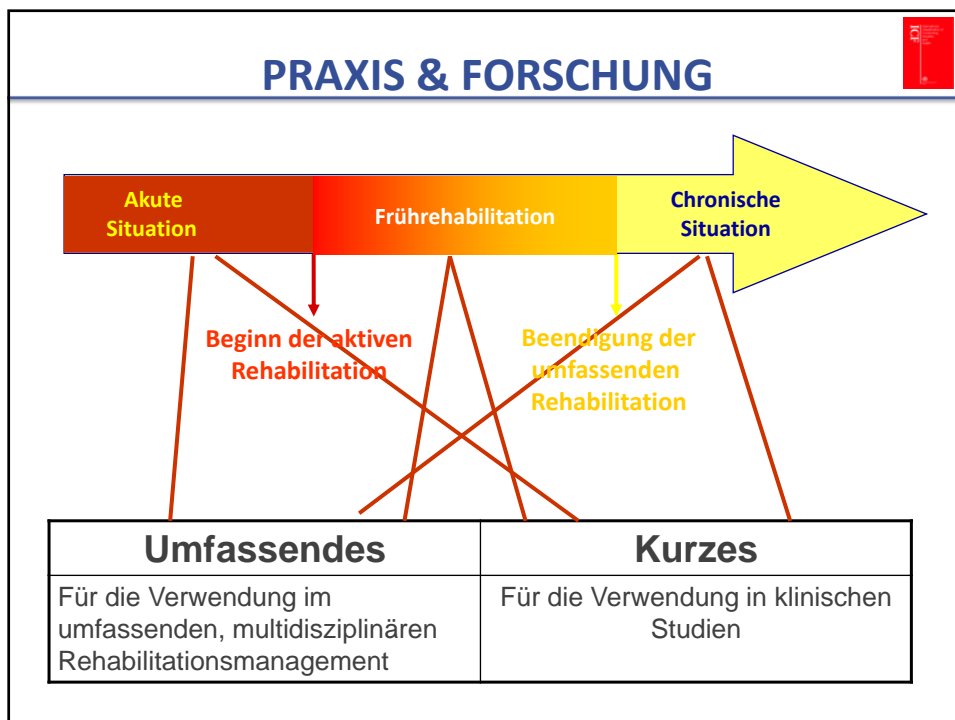
PRAXIS & FORSCHUNG



<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">34</p> <p>ICF Core Sets</p> <p style="margin-top: 20px;">Generic Set +</p>	Acute Care	Post-Acute Care	Long-Term Care
	Neurological conditions	Neurological conditions	Multiple sclerosis Stroke Traumatic brain injury Cerebral palsy Spinal cord injury
	Cardiopulmonary conditions	Cardiopulmonary conditions	Chronic ischemic heart disease Diabetes mellitus Obesity Obstructive pulmonary diseases
	Musculoskeletal conditions	Musculoskeletal conditions	Ankylosing spondylitis Chronic widespread pain Low back pain Osteoarthritis Osteoporosis Rheumatoid arthritis
	Acute inflammatory arthritis	For geriatric patients	Bipolar disorders Depression Breast cancer Head and neck cancer Hand conditions Inflammatory bowel diseases Sleep Hearing loss Vertigo
			Vocational rehabilitation



ICF Core Set Manual. 2012. Bickenbach et al. Huber Verlag. S 46



Körperfunktionen - Osteoarthritis

- b280 Schmerz**
 - b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit**
 - b730 Funktionen der Muskelkraft**
 - b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
 - b134 Funktionen des Schlafes
 - b152 Emotionale Funktionen
 - b715 Funktionen der Gelenkstabilität
 - b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen
 - b735 Funktionen des Muskeltonus
 - b740 Funktionen der Muskelausdauer
 - b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
 - b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
 - b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen
- Kurzes ICF Core Set
- Umfassendes ICF Core Set

Körperstrukturen - OA

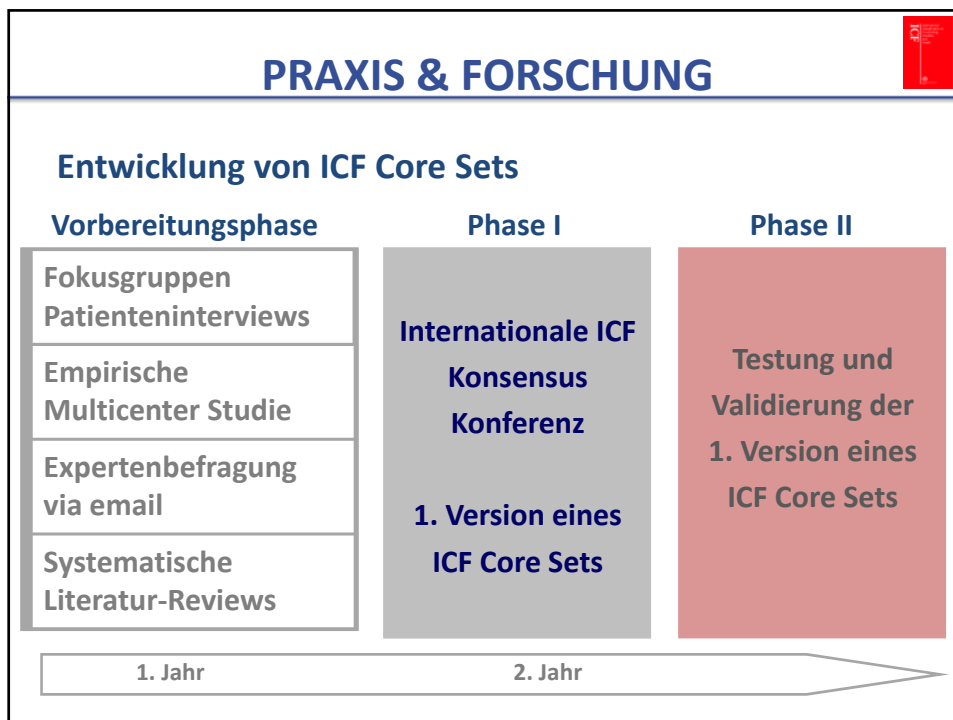
- s750 Strukturen der unteren Extremitäten**
- s730 Strukturen der oberen Extremitäten**
- s770 Weitere mit der Bewegung im Zusammenhang stehende muskuloskeletale Struktur**
- s720 Struktur der Schulterregion
- s740 Struktur der Beckenregion
- s799 Strukturen im Zusammenhang mit der Bewegung, nicht näher bezeichnet

Aktivitäten und Partizipation - OA

d450	Gehen
d540	Sich kleiden
d445	Hand- und Armgebrauch
d410	Eine elementare Körperposition wechseln
d415	In einer Körperposition verbleiben
d430	Gegenstände anheben und tragen
d440	Feinmotorischer Handgebrauch
d455	Sich auf andere Weise fortbewegen
d470	Transportmittel benutzen
d475	Ein Fahrzeug fahren
d510	Sich waschen
d530	Die Toilette benutzen
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
d640	Hausarbeiten erledigen
d660	Anderen helfen
d770	Intime Beziehungen
d850	Bezahlte Tätigkeit
d910	Gemeinschaftsleben
d920	Erholung und Freizeit

Umweltfaktoren - OA

e310	Engster Familienkreis
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden
e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e135	Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit
e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden
e225	Klima
e320	Freunde
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe
e460	Gesellschaftliche Einstellungen
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung



Dokumentationsbogen

BODYFUNCTIONS	Impairment	0	1	2	3	4					
b130 Energy and drive functions											
b134 Sleep functions											
b152 Emotional functions											
b180 Experience of self and time											
b280 Sensation of pain											
b410 Heart functions											
b420 Blood pressure functions											
b440 Respiration functions											
b620 Urination functions											
b710 Mobility of joint functions											
b715 Stability of joint functions											
b730 Muscle power functions											
b800 Repair functions of the skin											
BODY STRUCTURES	Impairment	0	1	2	3	4					
s410 Structure of cardiovascular system											
s430 Structure of respiratory system											
s730 Structure of upper extremity											
s750 Structure of lower extremity											
s790 Structure of trunk											
s810 Structure of areas of the skin											
ACTIVITY AND PARTICIPATION	Difficulty	0	1	2	3	4					
d230 Carrying out daily routine	P										
d240 Handling stress and other psychological demands	P										
d415 Maintaining a body position	P										
d445 Hand and arm use	P										
d450 Walking	P										
d455 Moving around	P										
d510 Washing oneself	P										
d530 Toileting	P										
d700 Family relationships	P										
d800 remunerative employment	P										
ENVIRONMENTAL FACTORS	Facilitator	Barrier	+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4
e110 Products or substances for personal consumption											
e120 Products and facilities for personal and outdoor mobility and transportation											
e310 Immediate family											
e355 Health professionals											
e410 Individual attitudes of immediate family members											
e580 Health services, systems and policies											

PRAXIS

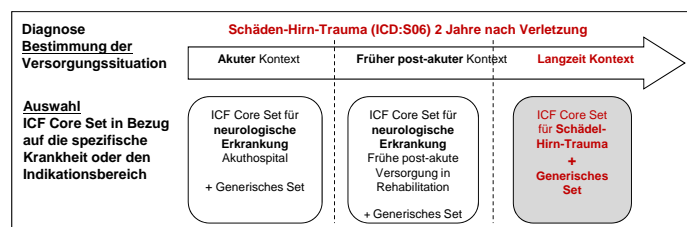
Assesment (12 Wochen nach dem Trauma)										Evaluatie (16 Wochen nach dem Trauma)																	
<p>Abk.: ICF-Kategorie (Beschreibung der Veränderung der Leistungsfähigkeit) Ziel (Beschreibung der erwarteten Veränderung der Leistungsfähigkeit) Zusammenhang (Beschreibung der erwarteten Veränderung der Leistungsfähigkeit) Erreichbar (Beschreibung der erwarteten Veränderung der Leistungsfähigkeit) Erreicht (Beschreibung der erwarteten Veränderung der Leistungsfähigkeit) Erreicht (Beschreibung der erwarteten Veränderung der Leistungsfähigkeit)</p>																											
<p>Global-Ziel: Erweiterte Unabhängigkeit, Besuch zur Universität</p> <p>Program-Ziel: Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens</p> <p>Zyklus-Ziel 1: dh Wohlbefinden</p> <p>Zyklus-Ziel 2: dh Selbstversorgung</p> <p>Zyklus-Ziel 3: dh201 Sport</p>																											
ICF-Kategorie-Interpretation	ICF-Berurteilungsmerkmale*					Zusammenhang	Ziel	Ziel	ICF-Berurteilungsmerkmale*					Erreichtes Ziel													
	Probleme								Probleme																		
	0	1	2	3	4				0	1	2	3	4														
b28011 Rückenstärker						Z21	0							-													
b415 Hüftgelenkfunktionen gestärkt						G2	0							✓													
b420 Blutdruckfunktionen						Z21	0							✓													
b7911 Beweglichkeit mehrerer Gelenke						Z21.2	0							-													
b795 Funktionen des Muskeltonus						Z21	0							✓													
b795 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen						Z21.2	0							✓													
b7913 Sitzbewegung der Arme-Ressourcen						Z21.2	0							✓													
b7903 Empfindung von Muskelbefehl (M. klicocostale)						Z21.2	0							✓													
d810 Struktur der Hautregionen gestärkt						G2	0							✓													
d430 Einlernen zum Körperposition wechseln						Z21	0							✓													
d4153 In ständiger Praxis verbleiben						Z21.2	0							✓													
d2003 Sich beim Sitzen verlagern						Z21	0							-													
d405 Sich unter Vermeidung von Gelenken fortbewegen						Z21	0							-													
d4751 Ein Auto fahren						Z21	0							✓													
d510 Sich waschen						Z22	0							✓													
d520 Seine Körperpflege pflegen						Z22	0							-													
d5303 Die Balance der Blutzuckerregulation						Z22	0							✓													
d5301 Die Balance der Darmbewegung regulieren						Z22	0							✓													
d540 Sich kämmen						Z22	0							✓													
d5001 Sport						Z23	0							✓													
	Förderfaktor					Barriere					Förderfaktor					Barriere											
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4																		
e1103 Medikamente										Z21.2	2+																
e1151 Hilfsmittel: Stollisam										Z21	0																
e1201 Hilfsmittel: Mobilität: Rollstuhl, Auto										Z21	0																
e155 Entwurf, Konstruktion, Reparatur von privaten Gebäuden										P2	2																
e5700 Dienste der sozialen Sicherheit										P2, G2	4+																
e5750 Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung										P2, G2	3+																
	Einfluss von pf					Einfluss von pf																					
	positiv	neutral	negativ																								
pf Wissen über die Erkrankung										P2	3+																
pf Anpassung der Erkrankung										G2	0																

Kirschneck M. et al. Rehabilitationsmanagement in der Praxis unter Anwendung der ICF. Ph Med Rehab Kuror. 2011;21:11.21.

Auswahl von ICF Core Sets

Die Auswahl eines am besten geeigneten ICF Core Sets ist abhängig von:

- Der Gesundheitsstörung (e.g. Schlaganfall oder Rückenschmerzen,...)
- Kontext der Gesundheitsversorgung (akut, Frühphase post-akute oder Langzeitversorgung)
- Anwenderzweck (e.g. multidisziplinär vs. Einzeldisziplin, Kurzfassung vs. umfassendes Assessment)

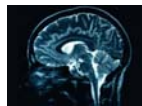


Beschreibung Funktionsfähigkeit

An die Auswahl eines passenden ICF Core Set, schliesst sich die Erstellung eines Profil des/der Patienten/In an.

Folgende Informationsquellen sind dabei einzubeziehen:

- Anamnese (Interview mit Patient, Familie, Angehörigen, Pflegepersonen)
- Patienten-Selbsterhebungsbögen
- Klinische Untersuchung inkl. Die Anwendung standardisierter Messverfahren z.B.: Blutdruckmessung, Barthel-Indes, ect...
- Technische Untersuchung inkl. Diagnostische Verfahren (z.B. Ultraschall, MRI)



Barthel Index of ADLs

Blowers:

Bladder:

Grooming:

Toilet use:

Feeding:

Transfer:

Mobility:

Dressing:

Stairs:

Bathing:

Score: 7

(Maximum disability) - 200min



Dokumentationsbogen


① ICF Kategorie mit Code, Title, Definition mit Inklusion / Exklusion Kriterium

③ Beschreibung des Problems

		No. impairment	No. impairment	No. impairment	No. impairment	No. impairment	No. impairment	No. impairment	No. impairment
BODY FUNCTIONS =Physiological functions of body systems (including psychological functions)									
How much impairment does the person have in...		0	1	2	3	4	5	6	7
7400 Blood pressure functions Functions of maintaining the pressure of blood within the arteries. Includes functions of maintenance of blood pressure, increased and decreased blood pressure, impairments such as hypertension, hypotension and postural hypotension. Excludes: heart functions (b410); blood vessel functions (b412); exercise tolerance functions (b423)									
Sources of information: Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation <input type="checkbox"/>									
7401 Description of the problem: Clinical pressure measure (ICD-9) in rest. Hypertension. Already known since several years									
BODY STRUCTURES Anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components									
How much impairment does the person have in the...		0	1	2	3	4	5	6	7
7250 Structure of lower extremity									
Sources of information: Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation <input type="checkbox"/>									
7251 Description of the problem: Femoral amputation above knee joint (right leg)									
ACTIVITIES AND PARTICIPATION =Execution of a task or action by an individual and involvement in a situation									
How much difficulty does the person have in the... (a) performance of... (b) capacity in...		0	1	2	3	4	5	6	7
a450 Walking									
Moving along a surface on feet, step by step, by using, or without feet in contact with the ground, such as when strolling, sauntering, walking forwards, backwards, or sideways. Includes walking on or over uneven ground, walking on uneven surfaces, walking around obstacles. Excludes: transferring oneself (s420); moving around (s423)									
Sources of information: Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation <input type="checkbox"/>									
Description of the problem: P: When a walking frame or crutches, walking distance is severely reduced due to lack of muscle endurance in the upper body and left leg with walking frame 50m, with crutches 15m. C: Without crutches walking is impossible.									
ENVIRONMENTAL FACTORS =Make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives									
How much of a facilitator or barrier does the person experience with respect to...									
e120 Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation Equipment, products and technologies used by people in activities of moving inside and outside buildings, including those a) adapted or specially designed, located in, on or near the person using									

④ ICF Beurteilungsmerkmal

② Quelle der Information



PRAXIS

Elektronischer Dokumentationsbogen

Selection Process - Step 1

Please select one (or more) ICF Core Set(s)
To select more than one ICF Core Set mark the ICF Core Sets by holding the CTRL-button pressed.

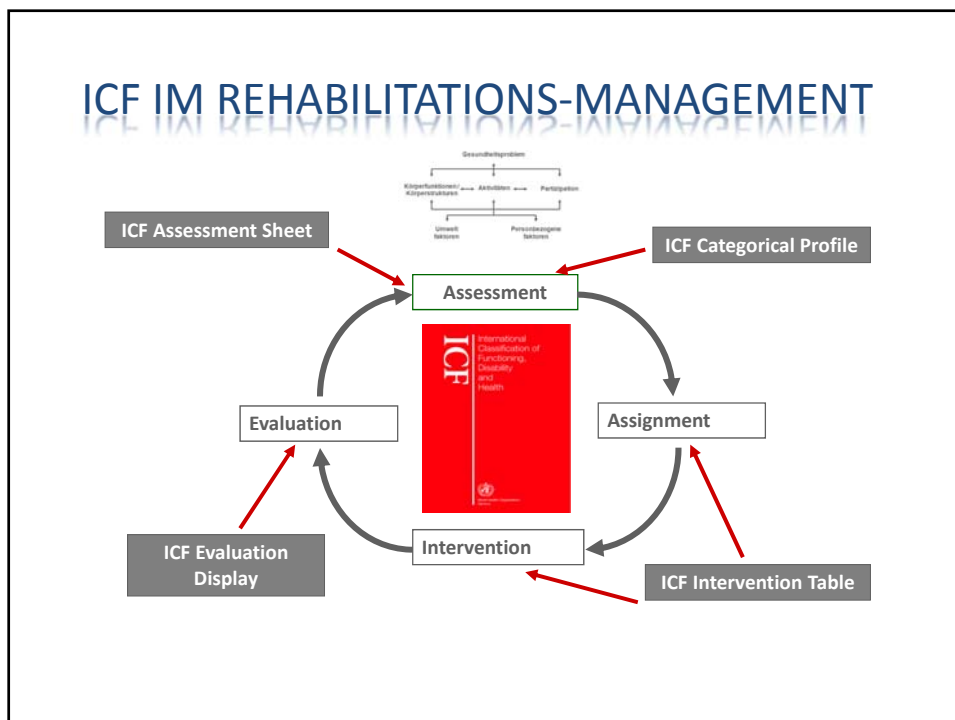
Generic Set

MUSCULOSKELETAL ICF CORE SETS:
 Musculoskeletal Acute Comprehensive
 Musculoskeletal Acute Brief
 Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive
 Musculoskeletal Post-Acute Brief
 Ankylosing Spondylitis Comprehensive
 Ankylosing Spondylitis Brief
 Chronic Widespread Pain Comprehensive
 Chronic Widespread Pain Brief
 Low Back Pain Comprehensive
 Low Back Pain Brief
 Osteoarthritis Comprehensive
 Osteoarthritis Brief
 Osteoporosis Comprehensive
 Osteoporosis Brief
 Rheumatoid Arthritis Comprehensive
 Rheumatoid Arthritis Brief

CARDIOPULMONARY ICF CORE SETS:
 Cardiopulmonary Acute Comprehensive
 Cardiopulmonary Acute Brief
 Cardiopulmonary Post-Acute Comprehensive
 Cardiopulmonary Post-Acute Brief
 Ischaemic Heart Disease Comprehensive
 Ischaemic Heart Disease Brief
 Diabetes Mellitus Comprehensive
 Diabetes Mellitus Brief
 Obesity Comprehensive

Reminder: The categories of the Generic Set will automatically be included in the selection and will be visible on the sheet created.

<http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>



Modellblatt K22		Rehaziele	Datum: 30.03.2017
Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation		Übergeordnet:	Cycle-Nr:
Reha-Diagnose		stationär:	Patienten-Etikett
		aktueller Cycle:	
Patientenperspektive	Körperfunktionen/-strukturen		Aktivität/Partizipation
Health professional Perspektive	Umweltfaktoren		Personbezogene Faktoren

ICF Modell Blatt

Patientenperspektive	Name: Frau Muster	Gesundheitsproblem: Osteoporose [ICD: M81.9]	Hauptziel der Rehabilitation: Verbesserung der allgemeinen Ausdauer und der Gleichgewichtsreaktion mit dem Ziel, die Unabhängigkeit im Alltag zu erhalten
	Alter: 65 Beruf: Hausfrau		
Perspektive der Gesundheitsfachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> - Schmerz - Schlaflosigkeit - Geringere Belastbarkeit - Kraftlosigkeit der Muskulatur - Gangunsicherheit - Niedergeschlagenheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten bei der Hausarbeit (Wäsche aufhängen, Fenster putzen) - Kurzatmigkeit beim Treppensteigen - Kann nur kurze Strecken gehen - Straßenbahn benutzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Haushalt - Freundschaften pflegen - Mitwirken im Seniorenclub
	Körperfunktion und -struktur	Aktivitäten	Partizipation
	Rückenschmerzen b28013	- Hausarbeiten erledigen d640	- Gemeinschaftsleben d910
	Allgemeine Ausdauerleistung b4550	- Kleidung und Wäsche waschen und trocknen d6400	- Hausarbeiten erledigen d640
	Depression b152	- Wohnbereich reinigen d6402	- Freunde e320
	Gleichgewichtsreaktion b755	- Treppensteigen d440	
Körperhaltung	- Lange Entfernungen gehen d4501		
Kyphosierung der BWS s760	- Transportmittel benutzen d470		
	Kontextfaktoren	Medikamente e1101	
	Umwelt: <ul style="list-style-type: none"> - Lebt im 3. Stock ohne Aufzug e1552; - Keine Unterstützung durch die Kinder e310 Personbez.: <ul style="list-style-type: none"> - Unmotiviert und pessimistisch 		

PRAXIS

ICF

Assesment (12 Wochen nach dem Trauma)												Evaluation (16 Wochen nach dem Trauma)									
Globales Ziel: Erzielte Unabhängigkeit, Besuch zur Universität												Erreichtes Ziel									
Program-Ziel: Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens												Erreichtes Ziel									
Zyklus-Ziel 1: dh. Wohlbefind.												Erreichtes Ziel									
Zyklus-Ziel 2: dh. Selbstversorgung												Erreichtes Ziel									
Zyklus-Ziel 3: dh. Sport												Erreichtes Ziel									
ICF-Kategorie-Interventionsziele	ICF-Berurteilungsmerkmale*					Zusammenlänge*	Ziel-Werte	ICF-Berurteilungsmerkmale*					Erreichtes Ziel								
	Probleme							Probleme													
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4										
b28011 Rückenstärkung						Z21	0					-									
b415 Blutplättchenwert						G2	0					-									
b420 Blutdruckfunktion						Z21	0					-									
b701 Beweglichkeit mehrerer Gelenke						Z21,2	0					-									
b735 Funktionen des Muskeltonus						Z21	0					-									
b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen						Z21,2	0					-									
b7613 Sitzbewegung der Arme/Rennoarmen						Z21,2	0					-									
b7803 Empfindung von Muskelbefehl (M. kichocostale)						Z21,2	0					-									
d410 Struktur der Hautregionen						G2	0					-									
d430 Einlernen zum Körperposition wechseln						Z21	0					-									
d4153 In ständiger Praxis verbleiben						Z21,2	0					-									
d4203 Sich beim Sitzen verlagern						Z21	0					-									
d485 Sich unter Verwendung von Gehden fortbewegen						Z21	0					-									
d4751 Ein Auto fahren						Z21	0					-									
d510 Sich waschen						Z22	0					-									
d520 Seine Körperstelle pflegen						Z22	0					-									
d5303 Die Balance der Blausensoren regulieren						Z22	0					-									
d5301 Die Balance der Blausensoren regulieren						Z22	0					-									
d540 Sich käufeln						Z22	0					-									
d5011 Sport						Z23	0					-									
	Förderfaktor		Barriere				Förderfaktor		Barriere												
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
e103 Medikamente						Z21,2	2+														
e1151 Hilfsmittel: Stollas						Z21	0														
e1201 Hilfsmittel: Mobilität, Rollstuhl, Auto						Z21	0														
e155 Entwurf, Konstruktion, Reparatur von privaten Gebäuden						P2	2														
e5700 Dienste der sozialen Sicherheit						P2, G2	4+														
e5750 Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung						P2, G2	3+														
	Einfluss von pf						Einfluss von pf														
	positiv						positiv														
	neutral						neutral														
	negativ						negativ														
pf	Wissen über die Erkrankung					P2	3+														
pf	Anpassung der Erkrankung					G2	0														

Abb. 1. ICF-Kategorie-Interventionsziele (ICF-Kategorie-Interventionsziele) sind die ICF-Kategorie-Interventionsziele, die im ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch (ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch) aufgeführt sind. Die ICF-Kategorie-Interventionsziele sind in der ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch (ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch) aufgeführt. Die ICF-Kategorie-Interventionsziele sind in der ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch (ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch) aufgeführt. Die ICF-Kategorie-Interventionsziele sind in der ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch (ICF-Kategorie-Interventionsziele-Handbuch) aufgeführt.

Kirschneck M. et al. Rehabilitationsmanagement in der Praxis unter Anwendung der ICF. Ph Med Rehab Kuror. 2011;21:11.21.

Einsatzbereiche von ICF Core Sets

- beim **Assesment** des Patienten
 - minimale Liste der Funktionsfähigkeit: Was ist zu erheben?
- bei der **Zuweisung** von Interventionen zu den Berufsgruppen
 - wer ist für welche Funktionsfähigkeit zuständig?
 - wie können Behandlungen aufeinander abgestimmt werden?
- bei der **Evaluation** der Behandlung
 - wie hat sich die Funktionsfähigkeit und Behinderung des Patienten im Verlauf verändert?
- zur **Vergleichbarkeit von gesundheitsbezogenen Daten**
 - für Institutionen, in denen verschiedene Instrumente zur Evaluation eingesetzt werden
 - Behandlungsaufwand abbilden von Patientengruppen

– ICF-ARBEITSAUFTRAG – SELBSTLERNZEIT

Auftrag für die Selbstlernzeit zur ICF

Arbeitsauftrag in 3 Teilen:

1) Online Repetition des theoretischen Hintergrunds und Bearbeitung von Verständnisfragen zur ICF.

Bitte bearbeiten Sie unter folgendem Link: <http://leuchtturmprojekt-hand.de/e-learning/>

- Modul 1 Einführung in die ICF-Klassifikation und
- Modul 2 Einführung ICF Core Sets

2) Anwendung eines ICF Core Sets zu eigenem Fall


- Bitte entscheiden Sie zunächst , ob Sie diesen Arbeitsauftrag in Einzel-/ oder in interprofessioneller Partnerarbeit bearbeiten möchten.
- Bearbeiten Sie ein Fallbeispiel Ihrer Wahl aus Ihrer praktischen Routine.
- Geben Sie eine Hauptdiagnose mit ICD-10 Kodierung an.
- Verwenden Sie folgenden Link: <http://www.icd-code.de>
- Verfassen Sie einen kurzen Abschnitt zu Ihrem Fall, in welchem Setting der Behandlung (stationär, ambulant, Reha, etc.) sich die Person befindet, geben Sie Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf an. Schildern Sie kurz das Hauptproblem (Umfang max. ½ DIN A4 Seite).
- Wählen Sie bitte unter folgenden Link: <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php> ein zu Ihrem Fall passendes ICF Core Set oder das generische Core Set aus. (siehe Seite 2 Übersicht zur bestehenden Auswahl). Im Core Set nicht enthaltene Kategorie können Sie für Ihren Fall ergänzen.
- Erstellen Sie einen Dokumentationsbogen. Speichern Sie in ihn mit Definitionen ab.
- Erstellen Sie nach Möglichkeit ein Funktionsfähigkeitsprofil und speichern Sie es ab.



ICF e-Learning Tool <http://leuchtturmprojekt-hand.de/modul-1/>

Home | Projekt | Kliniken | ICF-Klassifikation | Behandlungsstandards | Fallstudien | e-learning

Modul 1
Einführung in die ICF-Klassifikation




In Modul 1 stellen wir Ihnen die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vor. Sie erfahren in den einzelnen Kapiteln des Moduls die Hintergründe zur Entstehung der ICF, welche Ziele die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der ICF-Klassifikation verfolgt und lernen den zentralen Ansatz der ICF, das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Behinderung, kennen. Darüber hinaus erhalten Sie eine Einführung in die einzelnen Komponenten der ICF-Klassifikation, deren hierarchische Struktur und werden mit den Kodierungsschemata der ICF vertraut gemacht.

- Kapitel 1 - Hintergrund**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...erfährt die Hintergründe zur Entstehung der ICF und lernt die Unterschiede zur ICDH kennen
(2) ...erkennt, dass es Grenzen in der Anwendung der ICD gibt und erfährt welchen Zugewinn an Informationen die Nutzung der ICF ermöglicht
(3) ...versteht, dass eine gemeinsame Nutzung der Klassifikationen ICD und ICF zum besseren Verständnis über Funktionsfähigkeit und Behinderung beiträgt
- Kapitel 2 - Notwendigkeit**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...erfährt, weshalb die Beschreibung der Funktionsfähigkeit bei Personen mit einer bestehenden Gesundheitsstörung wichtig ist
(2) ...erkennt, dass die Berücksichtigung einer Diagnose alleine nicht ausreicht
(3) ...wird erklären können, warum die Beschreibung der Funktionsfähigkeit über die reine Diagnosestellung hinausgeht
(3) ...erfährt, welchen Nutzen die Anwendung der ICF-Klassifikation mit sich bringt
- Kapitel 3 - Ziele der ICF**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...lernt die Ziele der ICF kennen und wird diese erklären können
(2) ...erfährt, welche Bedeutung die Ziele der ICF haben
- Kapitel 4 - Das biopsychosoziale Modell der ICF**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...lernt die Begrifflichkeiten und die Komponenten des ICF-Modells kennen
(2) ...wird die Bedeutung der Funktionsfähigkeit innerhalb des biopsychosozialen Konzeptes verstehen
(3) ...wird Beispiele für die einzelnen Komponenten des ICF-Modells nennen können
- Kapitel 5 - Komponenten und Struktur der ICF**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...lernt die Inhalte der einzelnen Komponenten und die hierarchische Struktur der ICF kennen
(2) ...wird die Inhalte der ICF anhand von Beispielen richtig zuordnen können
- Kapitel 6 - Kodierung und Beurteilungsmerkmale**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...lernt das Kodierungsschema und die Beurteilungsmerkmale der ICF kennen
(2) ...wird das Prinzip der Kodierung unter Anwendung der Beurteilungsmerkmale verstehen und anwenden können

ICF e-Learning Tool <http://leuchtturmprojekt-hand.de/modul-2/>

Home | Projekt | Kliniken | ICF-Klassifikation | Behandlungsstandards | Fallstudien | e-learning

Modul 2
Einführung in die ICF Core Sets



In Modul 2 erfahren Sie mehr zu ICF Core Sets im Allgemeinen und lernen darüber hinaus die ICF Core Sets der Hand kennen. Wir stellen Ihnen das von 2008 bis 2010 durchgeführte Projekt zur Entwicklung der ICF Core Sets der Hand vor. Dabei haben Sie die Möglichkeit, mehr über die durchgeführten Studien, den Entscheidungsprozess im Rahmen der internationalen Konsensuskonferenz sowie über die Validierungsphase zu erfahren.

- Kapitel 1 - Allgemeine Einführung**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...erfährt, warum es der Entwicklung von ICF Core Sets bedarf
(2) ...wird beschreiben können, was ein ICF Core Set ist
(3) ...lernt die verschiedenen Typen der ICF Core Sets kennen und wird diese beschreiben können
- Kapitel 2 - Entwicklungsprozess von ICF Core Sets**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...lernt die Methodik der Entwicklung von ICF Core Sets kennen
(2) ...wird die verschiedenen Phasen der Entwicklung sowie die in der Vorbereitung durchgeführten Studien nennen können
(3) ...erfährt, dass im Entwicklungsprozess Informationen aus unterschiedlichen Perspektiven generiert werden
(4) ...erfährt, dass die Entscheidung hinsichtlich der Inhalte eines ICF Core Sets auf dem Konsens eines internationalen Expertengremiums basiert
- Kapitel 3 - Entwicklung der ICF Core Sets der Hand**
Lernziele: Der Lernende...
(1) ...erfährt, dass die ICF Core Sets der Hand nicht auf eine einzelne Gesundheitsstörung fokussieren
(2) ...erfährt, dass die ICF Core Sets der Hand bei Verletzungen und Erkrankungen der Hand anwendbar sind
(3) ...lernt die Ergebnisse der Vorstudien aus der Vorbereitungsphase kennen

Auftrag für die Selbstlernzeit zur ICF

Arbeitsauftrag in 3 Teilen:

1) Online Repetition des Hintergrundes und Bearbeitung von Verständnisfragen zur ICF.
Bitte bearbeiten Sie die Aufgaben mit dem Link: <http://leuchtturmprojekt-hand.de/e-learning/>

- Modul 1 Einführung in die Klassifikation und
- Modul 2 Einführung in die ICF



2) Anwendung eines ICF Core Sets zu eigenem Fall

- Bitte bearbeiten Sie ein Fallbeispiel Ihrer Wahl aus Ihrer praktischen Routine.
- Geben Sie eine Hauptdiagnose mit ICD-10 Kodierung an.
- Verwenden Sie folgenden Link: <http://www.icd-code.de>
- Verfassen Sie einen kurzen Abschnitt zu Ihrem Fall, in welchem Setting der Behandlung (stationär, ambulant, Reha, etc.) sich die Person befindet, geben Sie Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf an. Schildern Sie kurz das Hauptproblem (Umfang max. ½ DIN A4 Seite).
- Wählen Sie bitte unter folgenden Link: <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php> ein zu Ihrem Fall passendes ICF Core Set aus. (siehe Seite 2 Übersicht zur bestehenden Auswahl).
- Ergänzen Sie bitte mindestens eine im Core Set nicht enthaltene Kategorie.
- Tragen Sie Ihre Einschätzung zu den Kategorien in die Vorlage ein und erzeugen Sie ein Funktionsfähigkeitsprofil.

ICF Core Set Anwendung: <http://www.icf-core-sets.org/de>

Schritt 1:
Auswahl eines auf ihren
Fall passendes
ICF Core Sets
aus der vorgegebenen
Liste

ICF Core Set Anwendung: <http://www.icf-core-sets.org/de>

Schritt 2:
Auswahl und Ergänzen einer weiteren ICF Kategorie

Schritt 3:
Beurteilung der ICF Kategorien und der Angabe der Informationsquellen

Schritt 4:
Erzeugen des Funktionsfähigkeitsprofils und eine pdf.-Datei unter der Funktion Drucken erzeugen

Schritt 5:
Bitte laden Sie auf Moodle Ihr Ergebnis anhand der pdf. Datei unter der Aufgabe: ICF Core Sets hoch:
Bitte beachten Sie die Bezeichnung des Dateinamens
ICF Core Set_Hauptdiagnose_Nachname1_Nachname2.pdf
Kommentieren Sie ein Beispiel Ihrer Wahl im Forum

The screenshot displays the 'Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens' (Creation of an ICF-based documentation form) interface. It is divided into three main sections:

- Ausgewählte ICF Core Set:** A list of selected ICF categories, including 'Körperfunktionen' (Body Functions) and 'Umweltfaktoren' (Environmental Factors).
- Dokumentationsbogen:** A form for entering patient information and assessing the selected ICF categories. It includes a table for 'Körperfunktionen' and 'Umweltfaktoren' with columns for 'Schadung' (Impairment) and 'Funktionsfähigkeit' (Performance).
- Funktionsfähigkeitsprofil:** A summary table showing the overall functional profile for the selected categories, with a 'Schadung' column and a 'Funktionsfähigkeit' column.

Auftrag für die Selbstlernzeit zur ICF

3) Auftrag 3: Reflexion der Anwendung (Umfang ca. ½ - 1 DIN A4 Seite).

- Geben Sie eine Einschätzung für den interprofessionellen Austausch ab, welche Aspekte aus Ihrer Sicht für die praktische Anwendung dieser Dokumentationsform förderlich oder hinderlich sind.
- Ist die Form des Dokumentationsbogens und des Funktionsfähigkeitsprofils für Sie übersichtlich oder eher verwirrend?
- Einschätzung zum Informationsgehalt der damit beschriebenen, erkrankten Person
 - a. Zu viel oder zu wenig Informationen?
 - b. Fehlen Ihnen Informationen, wenn ja welche?
 - c. Zu spezifische oder zu unspezifische Informationen?
 - d. Benötigen Sie Informationen in einer anderen Form? Bitte geben Sie ein Beispiel an.
- Steht der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen, vorausgesetzt man hat sich eine gewisse Routine in der Anwendung für das Ausfüllen des „Tools“ bereits angeeignet.
- Werden Sie das „Tool“ für sich in der Praxis bzw. täglichen beruflichen Routine vielleicht noch einmal einsetzen? Begründen Sie kurz Ihre Antwort.
- Wo sehen Sie ggf. Veränderungsbedarf, damit das Tool für Sie brauchbar bzw. besser nutzbar würde?

Auftrag für die Selbstlernzeit zur ICF

Abgabe des Arbeitsauftrages ist **11.11.2018** via Moodle:

- Laden Sie bitte Ihre Ergebnisse aus den Arbeitsaufträgen 2 und 3 „Repetition und Anwendung der ICF Grundlagen“
- Bis **Samstag 11.11.2018** um **18:00 Uhr** auf die Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ („Repetition und Anwendung der ICF Grundlagen“) hoch.
- Alternativ können Sie diese auch an Sebastian Flottmann, an folgende E-Mail Adresse senden: sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de. Vielen Dank!

ICF e-Learning Tool <http://icf.ideaday.de/en/index.html>



ICF eLearning Tool



Please click here to start



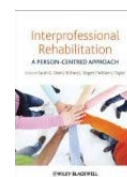
Contact us Help References Glossary Credits Disclaimer Site Map

„take home message“

- Die Gesundheitsprofessionen sind eingebettet in eine Vielzahl von Theorien zu Gesundheit und Krankheit.
- Theoretische Modelle (TM) vereinfachen das Verständnis für komplexe Zusammenhänge insbesondere im interprofessionellen Setting.
- Für die Umsetzung eines bio-psycho-soziales und das ganzheitlichen Denken ist eine gemeinsame Sprache auf der Grundlage der ICF die Ausgangsbasis für Verständigung.
- Klassifikationen, wie die ICF können im Bereich Gesundheit als deduktive Systematisierungshilfe dienen.
- Die Wissenschaft entwickelt Verfahren für eine praxistaugliche Anwendung zur Implementierung der ICF. Diese sind bisher nur teilweise im Praxisalltag angekommen und verlangen nach einer systematischen Anwendung und Evaluation.
- Übergreifende Denkansätze sind für die Zukunft von Bedeutung und erfordern interdisziplinäre Forschungsbestrebungen, für die es eine professionsübergreifende Sprache, wie z.B. die der ICF erfordert.

Weiterführende Lehrmittel und Links

- ICF Browser deutsch
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/>
- <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>
- <http://leuchtturmprojekt-hand.de/e-learning/>
- www.bar-frankfurt.de/50.html - **BAR ICF-Leitfäden**
- www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html
- <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>
- www.icf-research-branch.org
- www.icf-casestudies.org
- <https://www.icf-training.eu/index.php?menuupos=5&submenupos=1>
- <http://www.dvfr.de/schwerpunktthemen/icf/single-news/anwendung-der-icf-cy-erleichtern/>
- www.sar-reha.ch/icf-plattform/downloads.html



Literatur

Quellen:

Arbeitskreis Modelle und Theorien Wien. (2004). OPM Occupational Performance Model (Australia). Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

Carter R, Lubinsky J, Domholdt E. (2011) Rehabilitation Research: Principles and Applications. 4th edition Elsevier publishing company.

Davis S. (2006). Rehabilitation the use of theories and models in practice. Limited edition;. Churchill Livingstone Elsevier.

Franke A. (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Kapitel 6,9 12; Bern. Huber Verlag.

Hagedorn R. (2000). Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme Verlag.

Mpofu E, Oakland T. (2010). Rehabilitation and Health Assessment. Applying ICF Guidelines. Springer publishing company

Online im Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Theorie>, 31.03.12

WHO. (2001). Die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

KeGL |||

GEFÖRDERT VOM



Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten: 2. Förderphase

Andrea Glässel und Anita Manser

ZHAW, Institut für Gesundheitswissenschaften (IGW)

Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis (IPLP)

Institut für Biomedizinische Ethik & Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich

andrea.glaessel@zhaw.ch

Vielen Dank

Arbeitsauftrag: Repetition und Anwendung der ICF Grundlagen

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse zu den ICF Grundlagen zu vertiefen und innerhalb der Bearbeitung eines Fallbeispiels in Anwendung zu bringen. Der Auftrag wird in 3 Teilschritte aufgeteilt:

Teil 1 dient der Wiederholung der inhaltlichen Arbeit der 2. Präsenzphase und es können Fragen zur ICF online bearbeitet werden.

Teil 2 knüpft an die zweite Präsenzphase an, indem nach der Erstellung eines Fallbeispiels die gesundheitliche Verfassung einer Person durch ein ICF „Online-Tool“ dokumentiert wird.

Teil 3 dient der Reflexion der Anwendung des „Tools“ und dessen Nutzbarkeit in der täglichen Berufspraxis.

Folgende Fragestellungen dienen für Sie als Grundlage für die Vorbereitung:

Auftrag 1: Online Repetition des theoretischen Hintergrunds und Bearbeitung von Verständnisfragen zur ICF.

Bitte bearbeiten Sie unter folgendem Link: <http://leuchtturmprojekt-hand.de/e-learning> Modul 1 Einführung in die ICF-Klassifikation und Modul 2 Einführung ICF Core Sets

Auftrag 2: Anwendung der ICF

- Entscheiden Sie zunächst, ob Sie diesen Arbeitsauftrag in Einzel-/ oder in interprofessioneller Partnerarbeit bearbeiten möchten.
- Bitte bearbeiten Sie ein Fallbeispiel Ihrer Wahl aus Ihrer praktischen Routine. Geben Sie dazu eine Hauptdiagnose mit ICD-10 Kodierung an. Verwenden Sie folgenden Link: <http://www.icd-code.de>
- Verfassen Sie einen kurzen Abschnitt zu Ihrem Fall, in welchem Setting der Behandlung (stationär, ambulant, Reha, etc.) sich die Person befindet, geben Sie Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf an. Schildern Sie kurz das Hauptproblem (Umfang ca. ½ DIN A4 Seite).
- Dokumentieren Sie die gesundheitliche Verfassung des/der Patient*in/Klient*in Ihres Fallbeispiels mithilfe der ICF. Wählen Sie zu Ihrem Fallbeispiel bitte unter folgendem Link <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php> entweder ein zu Ihrem Fall passendes ICF Core Set (eine Auswahl von 74 Sets finden Sie als Anlage am Ende dieses Dokuments) oder, falls Ihr Fallbeispiel zu den ICF Core Sets nicht passend ist, den Punkt „Generisches Set“. Bei beiden Varianten sind bereits ICF Kategorien ausgewählt und Sie können zusätzlich weitere Kategorien (insbesondere beim „generischen Set“) manuell hinzufügen (bei der Auswahl mehrerer zusätzlicher Items erst Taste „AltGr“ drücken und dann mit der linken Maustaste ICF Kategorien auswählen).
- Erstellen Sie einen Dokumentationsbogen und füllen diesen nach Ihren Einschätzungen/ Befunden/Informationen etc. aus. Speichern Sie diesen mit Definitionen.
- Erstellen Sie ein Funktionsfähigkeitsprofil, speichern Sie dieses ebenfalls.

Auftrag 3: Reflexion der Anwendung (Umfang ca. ½ - 1 DIN A4 Seite).

Geben Sie eine Einschätzung für den interprofessionellen Austausch ab, welche Aspekte aus Ihrer Sicht für die praktische Anwendung dieser Dokumentationsform förderlich oder hinderlich sind.

1. Ist die Form des Dokumentationsbogens und des Funktionsfähigkeitsprofils für Sie übersichtlich oder eher verwirrend?
2. Einschätzung zum Informationsgehalt der damit beschriebenen, erkrankten Person
 - a. Zu viel oder zu wenig Informationen?
 - b. Fehlen Ihnen Informationen, wenn ja welche?
 - c. Zu spezifische oder zu unspezifische Informationen?
 - d. Benötigen Sie Informationen in einer anderen Form? Bitte geben Sie ein Beispiel an.
3. Steht der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen, vorausgesetzt man hat sich eine gewisse Routine in der Anwendung für das Ausfüllen des „Tools“ bereits angeeignet.
4. Werden Sie das „Tool“ für sich in der Praxis bzw. täglichen beruflichen Routine vielleicht noch einmal einsetzen? Begründen Sie kurz Ihre Antwort.
5. Wo sehen Sie ggf. Veränderungsbedarf, damit das Tool für Sie brauchbar bzw. besser nutzbar würde?

Laden Sie bitte Ihre Ergebnisse aus den Arbeitsaufträgen 2 und 3 „Repetition und Anwendung der ICF Grundlagen“ bis zum **11.11.2018** auf die Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ („Repetition und Anwendung der ICF Grundlagen“) hoch.

Alternativ können Sie diese auch an Sebastian Flottmann, an folgende E-Mail Adresse senden: sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de. Vielen Dank!

Auswahl aus 74 ICF Core Sets, die für die Bearbeitung zur Verfügung stehen:

<http://www.icf-core-sets.org/de/page1.php>

Generisches Core Set
Erweitertes Generisches Set (Rehabilitation Set)
Minimales Set von Umweltfaktoren

ICF CORE SETS FÜR MUSKULOSKELETALE ERKRANKUNGEN (18)

Muskuloskeletale Erkrankungen Akut Umfassend
Muskuloskeletale Erkrankungen Akut Kurz
Muskuloskeletale Erkrankungen Postakut Umfassend
Muskuloskeletale Erkrankungen Postakut Kurz
Spondylitis Ankylosans Umfassend
Spondylitis Ankylosans Kurz
Generalisierter Schmerz Umfassend
Generalisierter Schmerz Kurz
Lumbaler Rückenschmerz Umfassend
Lumbaler Rückenschmerz Kurz
Osteoarthrose Umfassend
Osteoarthrose Kurz
Osteoporose Umfassend
Osteoporose Kurz
Rheumatoide Arthritis Umfassend
Rheumatoide Arthritis Kurz
Akute Entzündliche Arthritis Umfassend
Akute Entzündliche Arthritis Kurz

ICF CORE SETS FÜR KARDIOPULMONALE ERKRANKUNGEN (12)

Kardiopulmonale Erkrankungen Akut Umfassend
Kardiopulmonale Erkrankungen Akut Kurz
Kardiopulmonale Erkrankungen Postakut Umfassend
Kardiopulmonale Erkrankungen Postakut Kurz
Ischämische Herzerkrankungen Umfassend
Ischämische Herzerkrankungen Kurz
Diabetes Mellitus Umfassend
Diabetes Mellitus Kurs
Adipositas Umfassend
Adipositas Kurz
Obstruktive Lungenerkrankungen Umfassend
Obstruktive Lungenerkrankungen kurz

ICF CORE SETS FÜR NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN (18)

Neurologische Erkrankungen Akut Umfassend
Neurologische Erkrankungen Akut Kurz
Neurologische Erkrankungen Postakut Umfassend
Neurologische Erkrankungen Postakut Kurz
Schlaganfall Umfassend
Schlaganfall Kurz
Depression Umfassend
Depression Kurz
Bipolare Störungen Umfassend
Bipolare Störungen I Kurz
Multiple Sklerose Umfassend
Multiple Sklerose Kurz
Rückenmarksverletzungen Postakut Umfassend
Rückenmarksverletzungen Postakut Kurz
Rückenmarksverletzungen Langzeit Umfassend
Rückenmarksverletzungen Langzeit Kurz
Schädel-Hirn-Trauma Umfassend
Schädel-Hirn-Trauma Kurz

ICF CORE SETS FÜR ANDERE ERKRANKUNGEN UND SITUATIONEN (23)

Brustkrebs Umfassend
Brustkrebs Kurz
Kopf- und Halstumore Umfassend
Kopf- und Halstumore Kurz
Entzündliche Darmerkrankung Umfassend
Entzündliche Darmerkrankung Kurz
Schlafstörungen Umfassend
Schlafstörungen Kurz
Berufliche Rehabilitation Umfassend
Berufliche Rehabilitation Kurz
Geriatric Umfassend
Geriatric Kurz
Schwerhörigkeit Umfassend
Schwerhörigkeit Kurz
Schwindel Umfassend
Schwindel Kurz
Schizophrenie Umfassend
Schizophrenie Kurz
Kinder/Jugendliche mit Zerebralparese Umfassend
Kinder/Jugendliche mit Zerebralparese Kurz (allgemein)
Kinder/Jugendliche mit Zerebralparese Kurz (unter 6 Jahren)
Kinder/Jugendliche mit Zerebralparese Kurz (6-13 Jahre)
Kinder/Jugendliche mit Zerebralparese Kurz (14-18 Jahre)

Arbeitsauftrag: Reflexion beruflicher Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Fallbesprechungen

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Erfahrungen in Bezug auf die Durchführung interprofessioneller Fallbesprechungen in der Berufspraxis zu reflektieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Fallbesprechungen in Ihrer Institution/Organisation fest verankert sind und regelmäßig stattfinden oder ob diese bei „schwierigen“ oder „besonderen“ Fällen nur vereinzelt stattfinden. Falls Sie auf keine beruflichen Erfahrungen in diesem Bereich zurückgreifen können, beantworten Sie bitte die Leitfragen 5 bis 8.

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Reflexion beruflicher Erfahrungen“ **bis zum 28.11.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ Abgabeordner „Reflexion beruflicher Erfahrungen“ hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, wenn Sie bereits berufliche Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Fallbesprechungen sammeln konnten.

1. Beschreiben Sie kurz die Rahmenbedingungen, in denen interprofessionelle Fallbesprechungen in Ihrer Berufspraxis stattfinden (Zeitrahmen, beteiligte Berufsgruppen, Intervall der Durchführung, Räumlichkeiten, geplanter Termin oder ad hoc Treffen?).
2. Schildern Sie kurz den Ablauf einer interprofessionellen Fallbesprechung, so wie diese in Ihrer Berufspraxis in der Regel stattfindet (verschiedene Phasen innerhalb der interprofessionellen Fallbesprechung, Vergabe unterschiedlicher Rollen, z. B. Fallvorsteller, Moderator, Protokollant, Gestaltung des (gemeinsamen) Entscheidungsprozesses?).
3. Beschreiben Sie kurz einen eigenen Fall aus einer interprofessionellen Fallbesprechung (Name (geändert), Geschlecht, Alter, Beruf, Größe, Gewicht, Diagnose, Information zu sozialem Umfeld, ggf. Medikation, Problemsituation des Patienten, ggf. weitere wichtige Informationen/Beobachtungen etc.).
4. In Bezug auf Frage 3: Was ist innerhalb der interprofessionellen Fallbesprechung gelungen und/oder weniger gut gelungen? Welche Erfolgsfaktoren haben eher zum Gelingen beigetragen und welche Faktoren bzw. Barrieren haben eher zum Misslingen geführt? Welche Verbesserungsbedarfe sehen Sie?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen nur, wenn Sie auf **keine** beruflichen Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Fallbesprechungen zurückgreifen können.

5. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in der Durchführung von interprofessionellen Fallbesprechungen im Allgemeinen?
6. Welche Faktoren in Ihrer Berufspraxis wirken bisher hinderlich auf die Durchführung von interprofessionellen Fallbesprechungen?
7. Was müsste unternommen werden, damit sich interprofessionelle Fallbesprechungen in Ihrer Berufspraxis etablieren? Was können Sie dazu beitragen? Welche Anwendungsfelder würde das betreffen?
8. Stellen Sie sich vor, Sie hätten die Möglichkeit in Ihrer Berufspraxis interprofessionelle Fallbesprechungen umzusetzen. Entwickeln Sie erste Ideen, Umsetzungsstrategien für ein diesbzgl. Konzept und stellen Sie dieses kurz dar (z. B. Text, Mindmap, etc.).

INTERPROFESSIONELLE FALLBESPRECHUNGEN

- eine Methode zur Förderung der Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen

Birgit Wershofen, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung

Osnabrück, 30.11.2018



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM

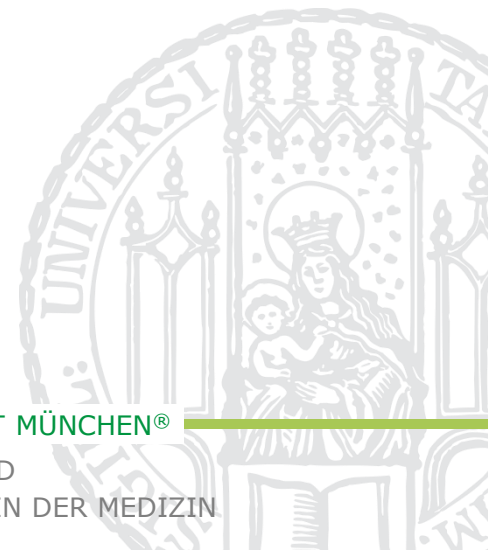


Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

MARSHMALLOW CHALLENGE

Anleitung und Regeln

- Bauen Sie einen möglichst hohen Turm auf dessen Spitze der Marshmallow ist
- Der Marshmallow darf nicht zerteilt werden
- Schnur, Spaghetti und Klebeband dürfen Sie zerteilen
- Der Turm muss am Ende frei stehen (nicht fest kleben, fest binden, fest halten)
- Der höchste Marshmallowturm gewinnt!
- Sie haben 16 Minuten Zeit



ABLAUF

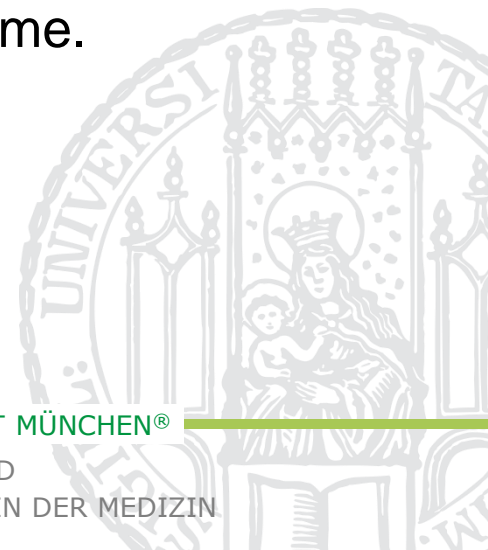
- ✓ Begrüßung/Vorstellung und Marshmallow-Challenge
- Ziele des Workshops
- Warum interprofessionell arbeiten?
- Interprofessionelle Kommunikation
- Interprofessionelle Fallbesprechung
- Durchführung einer interprofessionellen Fallbesprechung
- Reflexion
- Zusammenfassung, Stand und Ausblick



ZIELE

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind nach dem Workshop in der Lage,

- strukturierte interprofessionelle Fallbesprechungen zu leiten und
- strukturierte interprofessionelle Fallbesprechungen vorzustellen - als eine Methode zur Förderung der interprofessionellen Kommunikation und der Entwicklung gemeinsamer Lösungsstrategien für Patientenprobleme.



WARUM INTERPROFESSIONELL ARBEITEN?

Probleme und künftige Herausforderungen

- Fachkräftemangel

Mitarbeiterbindung von Pflegenden

Arbeitszufriedenheit verbessern

- Patientensicherheit

z.B. weniger Fehler in der Medikation

- Patientenzufriedenheit

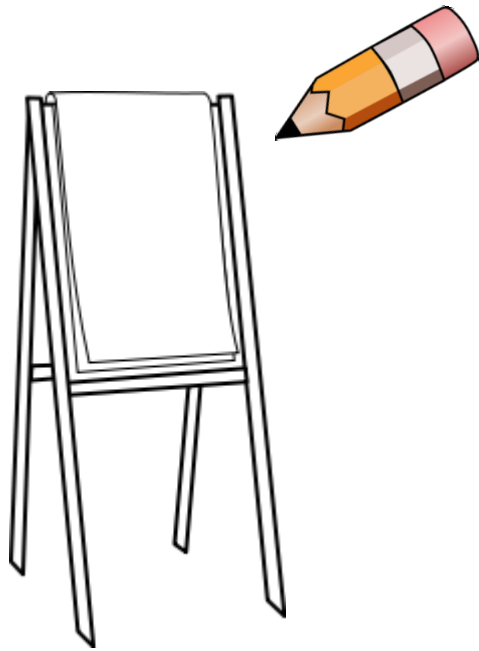
- Verbesserte Patientenversorgung

Kommunikation und
Abläufe optimieren

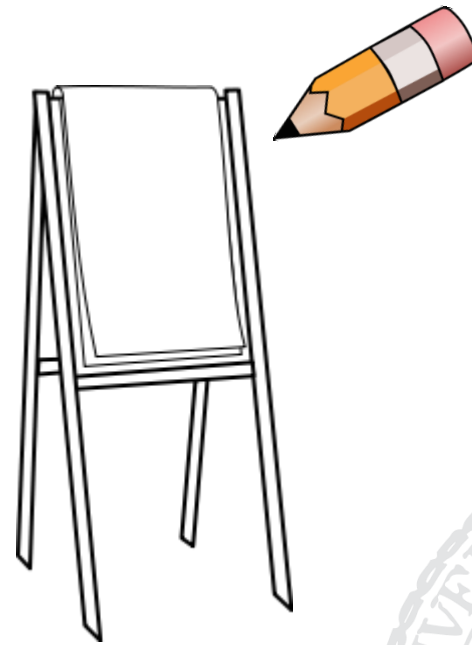
(Crawford, Omery, & Seago, 2012; Maxon et al., 2011; McCafferey et al., 2011, Sieger et al., 2010, Zwarenstein et al., 2009)

INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION

Wie findet interprofessionelle Kommunikation statt?



...und wie sollte sie sein?



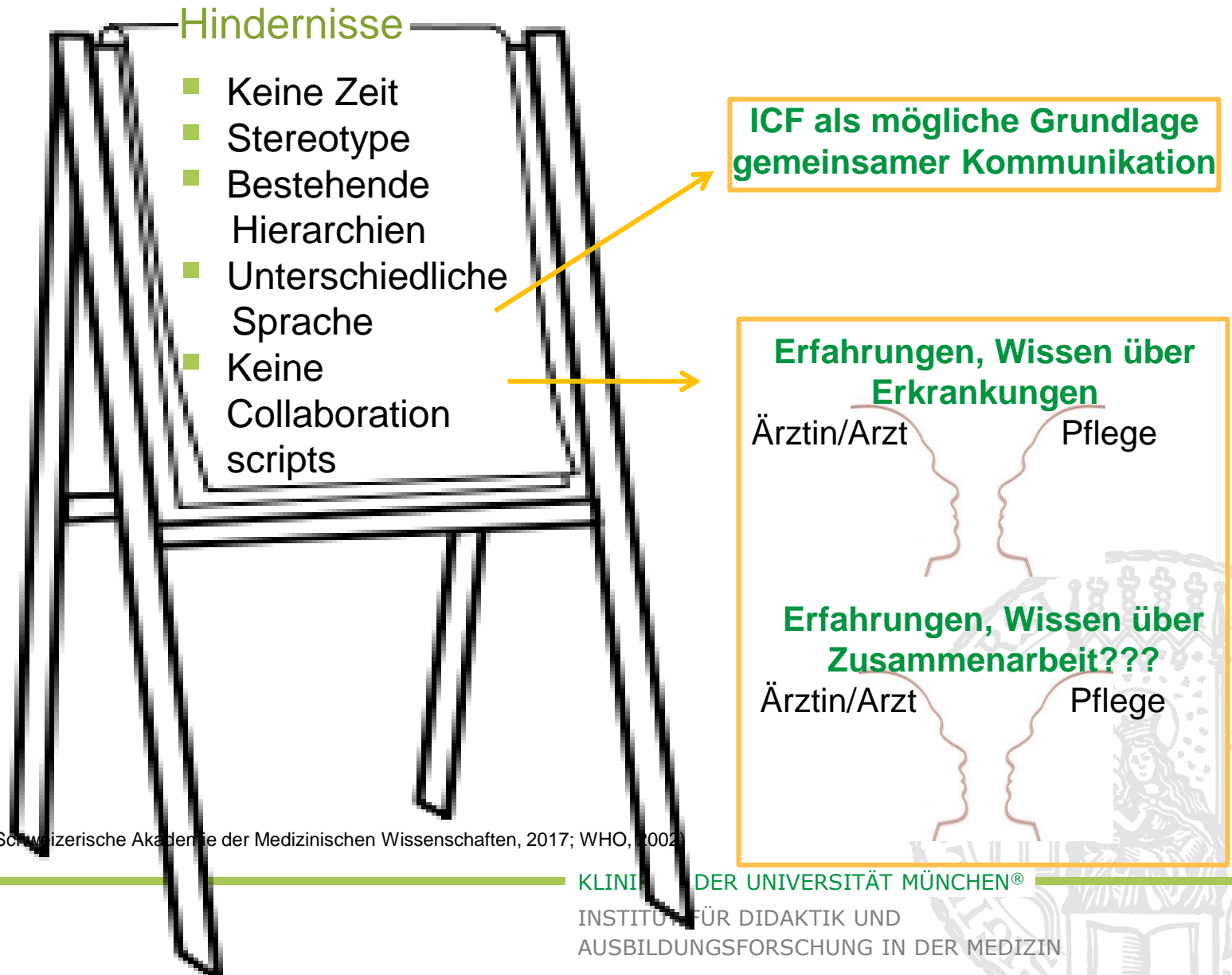
INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION

- 2013 Ausschreibung der Robert Bosch Stiftung ‚Operation Team‘
- Expertenrunde (Medizin - Pflege)

Seminar: Förderung interprofessioneller Kommunikation (FINKO)



INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION



(Kiesewetter et al., 2016; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2017; WHO, 2002)

Interprofessionelle Fallbesprechung

Überwiegend ethischer Fokus

- Nimweger Modell (Gordijn, 2000)
- ethische Fallbesprechung nach Vollmann (2010)
- Prinzipienorientierte Falldiskussion (Marckmann & Mayer, 2009)
- ...

Überwiegend klinischer Fokus

- Binner et al. (2011)
- Interprofessional Team Reasoning Framework (Packard et al., 2012)



Interprofessionelle Fallbesprechung

Interprofessional Team Reasoning Framework

Was ist das Setting im Gesundheitsbereich?

Krankenhaus?
Altersheim?
Rehabilitationsklinik? ...

Wer leitet das Team in diesem Setting?

Wer moderiert?

Wie ist die gesundheitliche Verfassung?

→ Persönliche Faktoren
→ Körperliche Situation
→ Aktivitäten des täglichen Lebens
→ Partizipation

Was ist die Priorität für den Patienten?

Fokus auf das Ziel des Patienten!

Identifizierung der Team Prioritäten

Gemeinsamer Behandlungsplan

- ✓ Beschreibung der Situation
- ✓ Priorisierung
- ✓ Interventionsempfehlungen
- ✓ Wer führt die Interventionen durch? Wer überprüft Sie?

INTERPROFESSIONELLE FALLBESPRECHUNG

Moderationsregeln

- Begrüßung
- Zeitumfang festlegen
- nach der vorgegebenen Struktur Teilnehmer befragen
- angenehme Gesprächsatmosphäre schaffen, wertschätzender Umgang
- keine Bewertung oder Kommentierung der Beiträge
- achten, dass die Teilnehmer aussprechen können, bei Störungen eingreifen
- Störungen bearbeiten (Störungen haben Vorrang)
- Zeit managen
- Ergebnisse zusammenfassen
- Abschließend Dank an die Teilnehmer



DURCHFÜHRUNG EINER INTERPROFESSIONELLEN FALLBESPRECHUNG

- Sie haben einen interprofessionellen Fall mitgebracht. Einigen Sie sich in der Gruppe, welchen Fall Sie bearbeiten wollen
- Identifizieren Sie aus der Sicht Ihrer eigenen Profession die Problemsituationen und überlegen Sie Lösungsstrategien
- Entscheiden Sie, wer welche Rollen übernimmt:
 - Moderation
 - Teilnehmende Gesundheitsberufe
 - Beobachter
- Die Moderatorin/der Moderator leitet Sie durch die Fallbesprechung um einen gemeinsamen Behandlungsplan zu entwickeln




15 Min.



20 Min.

REFLEXION

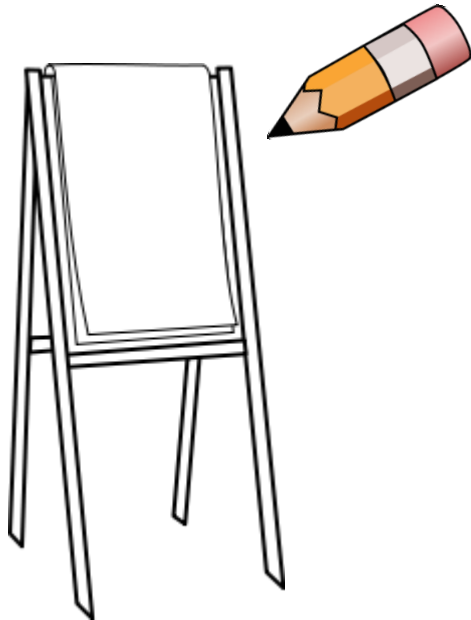
1. Erstellen Sie in Ihrer Gruppe fünf Leitfragen für die Reflexion 
2. Geben Sie die Fragen aus Ihrer Gruppe an die andere Gruppe
3. Reflektieren Sie anhand der Leitfragen aus der anderen Gruppe Ihre Fallbesprechung



- Geben Sie ehrliches, konstruktives Feedback,
- dabei ich-Botschaften formulieren,
- sich auf konkrete Situationen und beobachtetes Handeln beziehen.

REFLEXION

Was ist erforderlich interprofessionelle
Fallbesprechungen in der Praxis zu implementieren?



ZUSAMMENFASSUNG

Interprofessionelle Fallbesprechungen

- eine Methode zur Förderung der Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen

- ✓ Strukturierter Austausch
- ✓ Aufbau einer gemeinsamen Sprache
- ✓ Aufbau von gemeinsamen Erfahrungen in der Zusammenarbeit
- ✓ Erfahrung, dass wir gemeinsam eine verbesserte Patientenversorgung anbieten können



Stand... **Ausblick**

- Das Seminar ist in KomMeCuM implementiert
- ist Pflichtveranstaltung im PJ auf der Anästhesie in Großhadern
- ... und wird in Pflegeschulen zusätzlich angeboten
- Kooperationspartner: inzwischen vier Pflegeschulen in München
- Weiterbildung: interprofessionelle Fallbesprechungen werden in der Intensiv-Anästhesieweiterbildung für Pflegende durchgeführt
- FINKO wird an der Universität Regensburg implementiert
- in Vorbereitung ist ein Transfer in die Praxis (Fallbesprechung in Tandems im klinischen Bereichen)
- Aufnahme von interprofessionellen Fallbesprechungen in die Dozentenschulung für Kommunikation (für Assistenzärzte und OÄ)
- Interprofessionelle Fälle in das Seminar patientenorientierte Kommunikation (POK) aufzunehmen
- Weitere Kooperationspartner: Katholische Stiftungshochschule

Stand... **Ausblick**

- Das Seminar ist in KomMeCuM implementiert
- ist Pflichtveranstaltung im PJ auf der Anästhesie in Großhadern
- ... und wird in Pflegeschulen zusätzlich angeboten
- Kooperationen mit weiteren Einrichtungen
- Weiterentwicklung des Seminars in der Interdisziplinären Anästhesie
- FINK (Forschungsinstitut für Kommunikation) in Vorlesung und Tandem
- Aufnahme von Fallbesprechungen in die Dozentensprechstunde für Kommunikation (für Assistenzärzte und OÄ)
- Interprofessionelle Fälle in das Seminar für Kommunikation (POK) aufzunehmen
- Weitere Kooperationspartner: Katholische Stiftungshochschule

**Eine Medizinstudentin:
,Ich hatte schon von dem Seminar gehört und wollte unbedingt mitmachen. Und ich hab echt viel gelernt dabei! Das müsst Ihr unbedingt für mehr Leute anbieten!'**

...werden wir...

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

ANSPRECHPARTNER:

Birgit Wershofen

Klinikum der Universität München

Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der
Medizin

Telefon: 0049 89 / 4400-57207

E-Mail: birgit.wershofen@med.uni-muenchen.de

<http://dam.klinikum-muenchen.de>



Literatur

- Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R. B. & Zirnstein J. (2012) Die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen - ein Leitfaden. [WWW-Dokument, entnommen am 11.06.2013]. <http://www.severam.de/wp-content/uploads/2012/03/Leitlinien-Fallkonferenz.pdf>.
- Crawford, C. L., Omery, A., & Seago, J. A. (2012). The challenges of Nurse-Physician Communication. *Journal of Nursing Administration*, 42(12), 548-550.
- Gordijn, B. (2000). Ethische Diskussionen im Team. *Die Schwester/Der Pfleger*. 39(2), 114-117.
- Kieseewetter, J., Kollar, I., Fernandez, N., Lubarsky S., Kiessling, C., Fischer, M.R. & Charlin, B.(2016). Crossing boundaries in interprofessional education: A call for instructional integration of two script concepts. *Journal of Interprofessional Care*, DOI: 10.1080/13561820.2016.1184238.
- Marckmann, G. & Mayer, F. (2009). Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Der Onkologe*, 15(10), 980-988.
- Maxon, P., Dozois, E., Holubar, S., Wrobjeski, D., Overman Dube, J., Klippel, J., & Arnold, J. (2011). Enhancing nurse - physician collaboration in clinical decision making through high fidelity interdisciplinary simulation training. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(1), 31-36
- McCafferey, R. G., Hayes, R., Stuart, W., Cassel, A., Ferrell, C., Miller-Reyes, S., & Donaldson, A. (2011). An educational program to promote positive communication between nurses and medical staff. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(3), 121-127.
- Packard, K., Chehal, H., Maio A., Doll, A., Furze, J., Huggett, K., Jensen G., Jorgensen, D., Wilken, M. & Qi, Y. (2012). Interprofessional Team Reasoning Framework as a Tool for Case Study Analysis with Health Professions Students: A Randomized Study. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 2(3), 250-263.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports* 12 (2).
- Sieger, M., Ertl-Schmuck, R. & Bögemann-Großheim E. (2010). Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege & Gesellschaft*, 15(3), 197-216.
- Vollmann J. (2010) Ethische Falldiskussionen. In: A. Dörries, G. Neitzke, A. Simon, J. Vollmann (Hrsg.), *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- WHO (2002). Towards a common language for functioning, disability and health. ICF. Geneva: World Health Organisation.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.



Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten - Unit 4

Konflikte zwischen Angehörigen von Gesundheitsfachberufen analysieren und bewältigen

Lea Abdel Ghani

Universität Osnabrück

Samstag, den 01.12.2018

Vorstellungsrunde

Beruflicher Hintergrund

Erwartungen & Wünsche

Erfahrungen mit
interprofessionellen
Konflikten

Agenda

Gruppendynamik und die Bedeutung von Zielen
Macht, Herrschaft & Konflikte
Lösungen



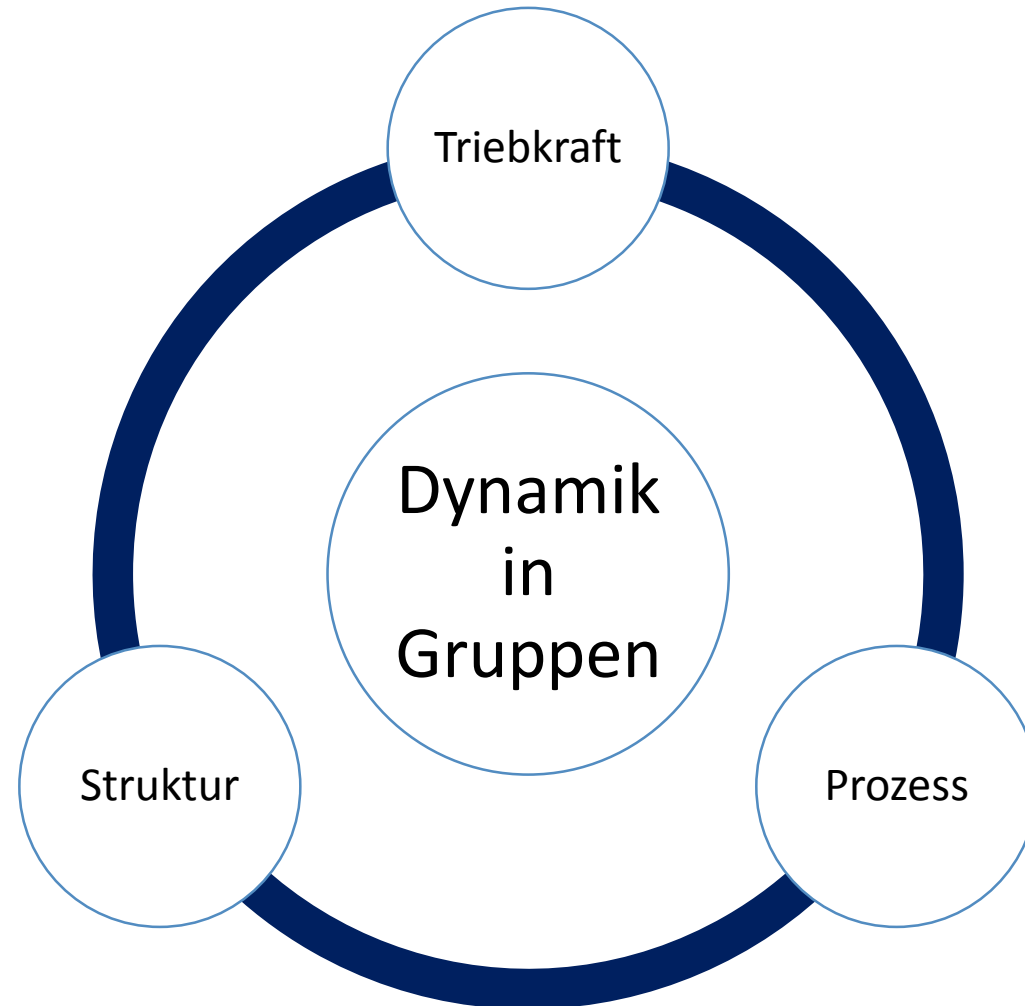
Anwendung auf die eigene Berufspraxis

Gruppendynamik

Dynamik in Gruppen (vgl. Stahl, 2012)

- ❖ lebenslange Zugehörigkeit = eine Ausnahme?
- ❖ Rollenverteilung
- ❖ Triebkraft: Ziele der Gruppenmitglieder
- ❖ Veränderungsprozess, Gruppenstruktur

Dynamik in Gruppen (vgl. Stahl, 2012)



Triebkraft (vgl. Stahl, 2012; Möller, 2010 & Vester, 2009)

❖ Von der Ansammlung über die Gruppe zum Team

❖ Persönlicher Zielpool

Sachlich oder Zwischenmenschlich

Bedeutung

Dringlichkeit

Bewusstheit (vorbewusst und unbewusst)



(Tettoni, 2016)

Triebkraft (vgl. Stahl, 2012)

Der Gruppenvertrag

Chaos und Selbstorganisation

Selbststeuerung

Selbstbestimmung

Variation – und – Selektion

Umweltbedingungen

Triebkraft (vgl. Stahl, 2012 & Wehner, 2012)

Die Notwendigkeit von:

- ❖ Wissen um das Funktionieren von Gruppen
- ❖ Fähigkeiten zur Metakommunikation
- ❖ Offenheit gegenüber Unwägbarkeiten
- ❖ Zieltypen
 1. Verdeckt
 2. Öffentlich
 3. Wählbar
 4. Gesetzt

Triebkraft - gesetzte, öffentliche Ziele (vgl. Stahl, 2012)

Umwandlungsprozess:

Quelle der Autorität

- ❖ Überzeugung
- ❖ Überredung
- ❖ Zwang

}
versus Kampf um Gruppenautonomie
+
der Einfluss des Einzelnen

Triebkraft – gesetzte, nicht öffentliche Ziele (vgl. Stahl, 2012)

- ❖ Scheinsymmetrie
- ❖ das Problem der Lüge
- ❖ Präventives Handeln

Triebkraft – gesetzte, nicht öffentliche Ziele

Aufgabe

1. Bitte verschaffen Sie sich einen Überblick über den Zielpool Ihrer Gruppe.
2. Versuchen Sie bitte die Ziele den verschiedenen Zieltypen zuzuordnen.
3. Treten in dieser Gruppe auch nicht-öffentliche Ziele auf? Was könnte der Grund sein?

Teamprozess

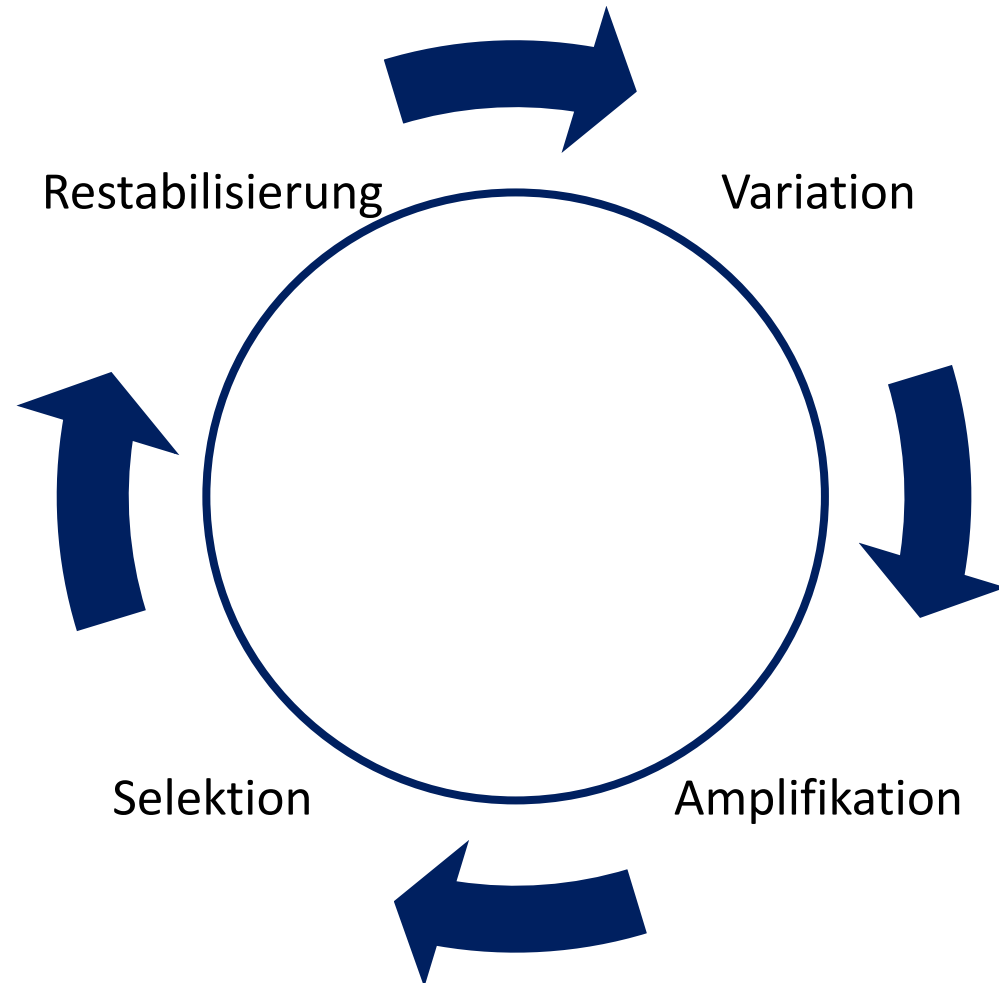


Abb. 1: Der Zielpool der Gruppe im evolutionären Viertakt (Stahl, S.44, 2012)

Teamprozess (vgl. Stahl, 2012)

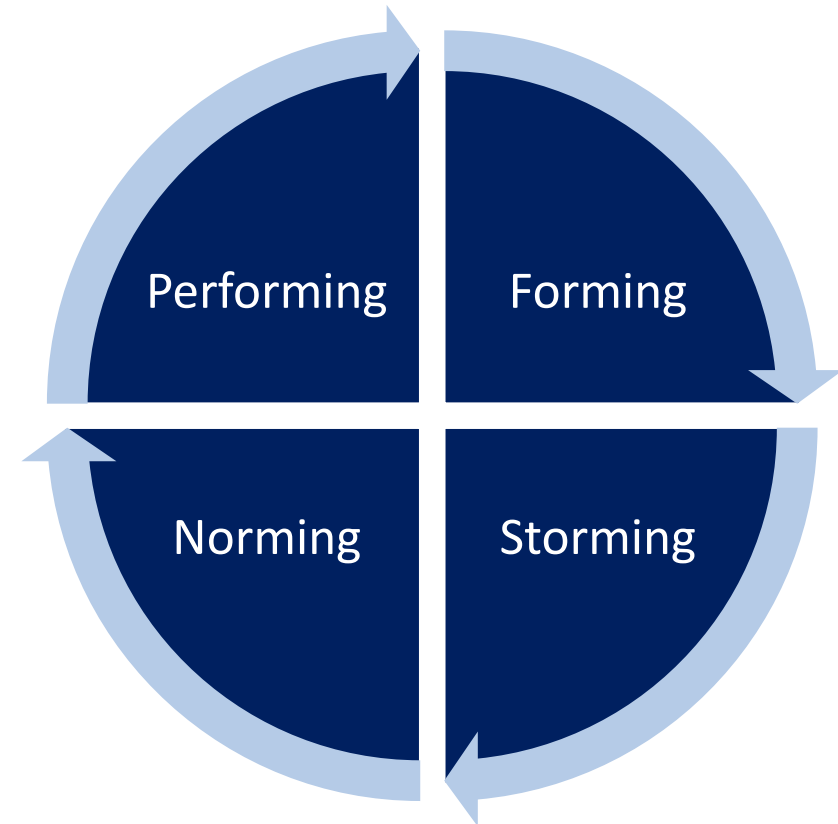
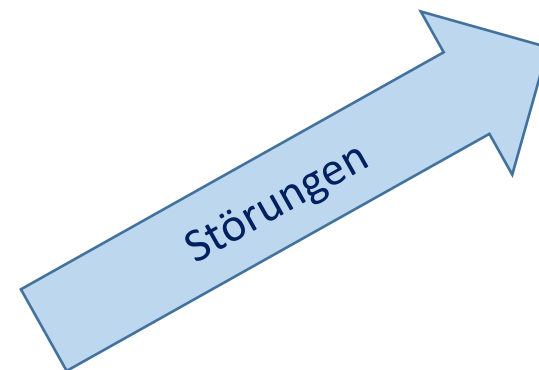
Entscheidungsprozess

- ❖ Wer entscheidet sich für wen?
- ❖ Konsens oder Mehrheit?
- ❖ Welche Mehrheit gilt?

Triebkraft – gesetzte, nicht öffentliche Ziele

Tuckman – Modell (1965)

Taktischer Widerstand
Seelische Ambivalenzen
Charakterlicher Widerstand
(vgl. Stahl 2012)



Norming-Tabus

Stichwortsalat zum Thema Gruppendynamik

Verdeckte und offene Ziele

Drei-Schritte Strategie

Störung der Selektion

Scheinharmonie

Gruppenvertrag

Zielarten

Norming

Forming

Macht

Definition und Quellen der Macht

Marxistische Klassenanalyse (vgl. Vester, 2009)

Herrschaftsbeziehungen zwischen den gesellschaftlichen Gruppierungen
Strukturen der Gesellschaft = Machtstrukturen
universelles soziales Phänomen

Kenneth E. Boulding (vgl. ebd., 1990)

Fähigkeit, das zu bekommen, was man will

Macht (Weber, S.38, 2005)

„Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“.

Macht

- ❖ Einsatz von Macht
- ❖ Macht nach Mann (2001)

Vier Arten sozialer Macht:

- 1) Ideologische Macht
- 2) Ökonomische Macht
- 3) Militärische Macht
- 4) Politische Macht

Macht

Differenzierung zwischen Macht und Herrschaft nach Weber (ebd., S.38, 2005)

„Herrschaft soll heißen die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden.“

Macht auf den verschiedenen Ebenen (vgl. Vester, 2008)

- ❖ Macht auf der Mikro- Meso und Makroebene
- ❖ Bildung von Koalitionen
- ❖ Prinzip des Lebens nach Nietzsche
- ❖ Die Bedeutung des Diskurses = Wissen ist Macht!
- ❖ Machtkreisläufe

Konflikte

Konflikte



Aufgabe

Bitte greifen Sie einen Konflikt aus Ihrem beruflichen Umfeld auf und versuchen ihn anhand der angegebenen Fragen zu klassifizieren.

Was fällt Ihnen dabei auf?

Stichwortsalat zum Thema Macht

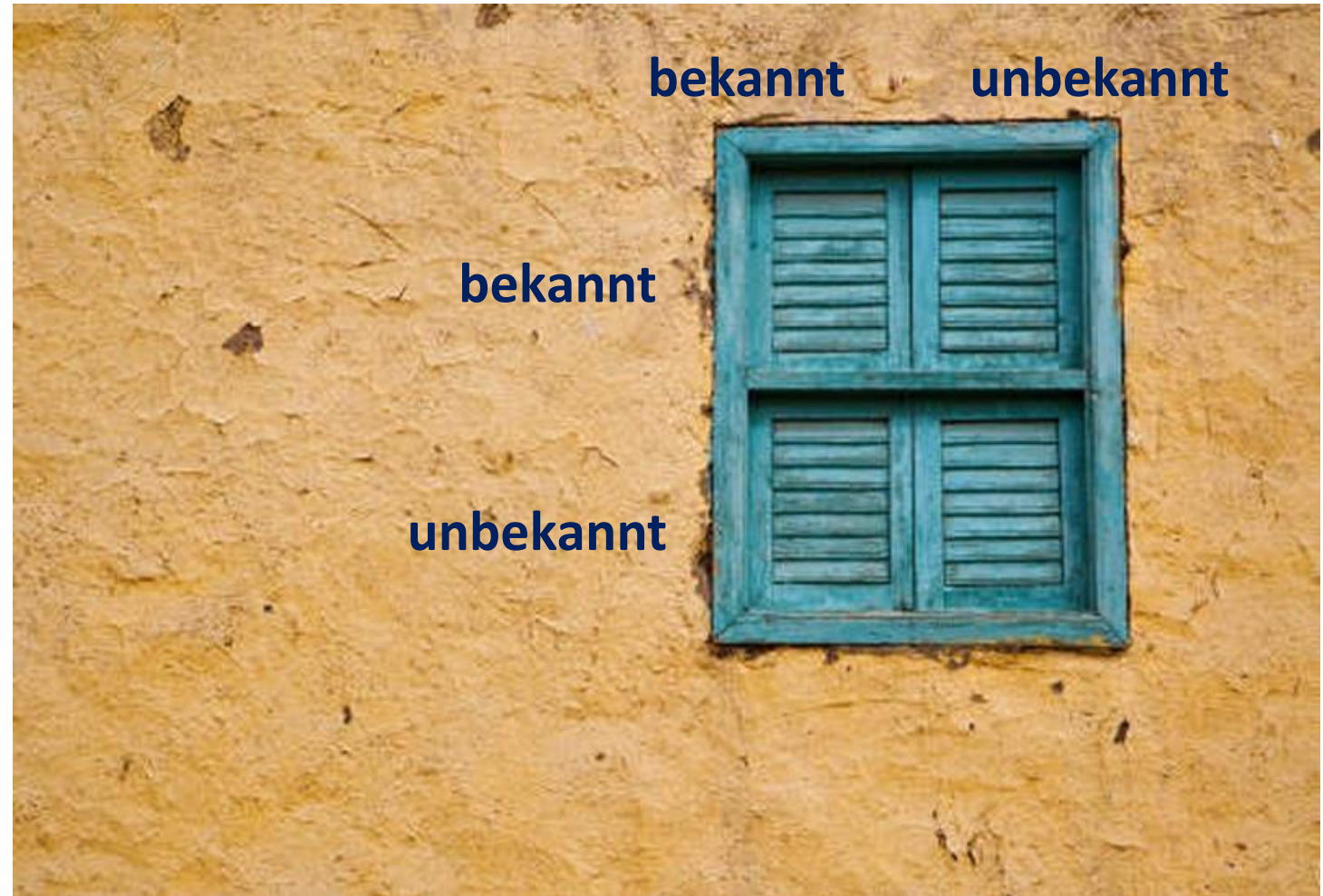


Feedback

Verhaltensbereiche

→ mir selbst

↓
anderen



(Adam Jones, Encyclopædia Britannica ImageQuest, 2018)

Aufgabe

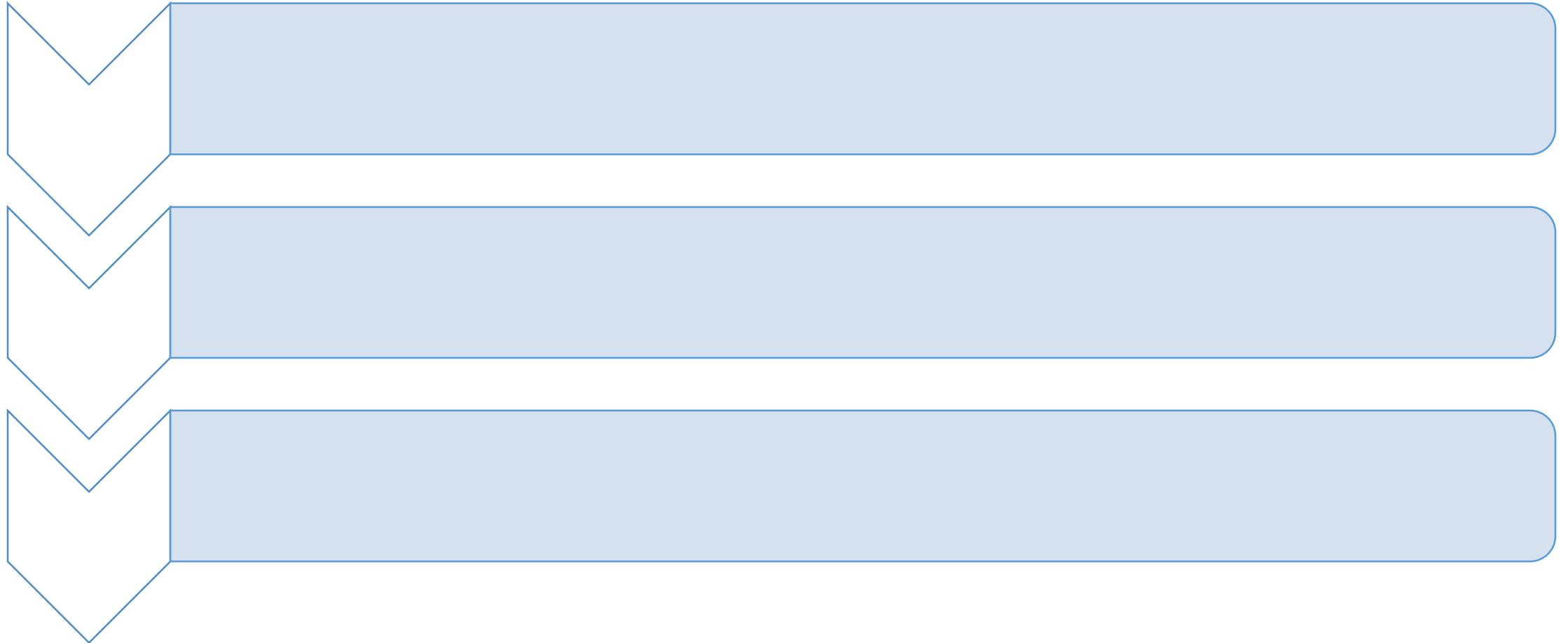
Feedback sollte sein ...

- ❖ Respektvoll
- ❖ Konkret & sachlich
- ❖ Ich – Botschaften
- ❖ Auf das Verhalten bezogen
- ❖ Authentisch
- ❖ gezielt begrenzt

Feedback sollte nicht sein ...

- ❖ Generalisierend
- ❖ Auf die Persönlichkeit bezogen
- ❖ Verletzend
- ❖ ausnahmslos kritisch/negativ
- ❖ Zu viel auf einmal

Aufbau eines Konfliktgesprächs



Argumentationsaufbau

- ❖ Relevanz: Bedeutungszusammenhang
- ❖ Illustration: Veranschaulichung durch Beispiele
- ❖ Effekt: Wozu führt mein Standpunkt
- ❖ Vorwegnahme
- ❖ Zugeständnis

Diverse Haltungen

(vgl. Ellis, 1985, 1991)

Ich empfinde mich (erst) dann als wertvoll, wenn ich in jeglichen mir begegnenden Tätigkeitsfeldern und Aufgaben kompetent bin und sie souverän lösen kann.

Für mich ist es absolut erstrebenswert von praktisch jeder anderen Person in meinem Umfeld gemocht oder geliebt und anerkannt zu werden.

Die Hauptsache ist, dass ich alle Aufgaben irgendwie hinbekomme.

Psychologische Grundhaltung des Empfängers

(vgl. Ellis, 1985, 1991)

Feedbackgespräch/Konstruktive Kritik



„Fehler gehören zu meinem Lernprozess dazu“



Akzeptanz & Dankbarkeit



„Ich habe einen Fehler gemacht und versagt“



Abwehr & Verletzung

KeGL | | |

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

- Boulding, K. E. (1990). *Three Faces of Power*. New York: Sage.
- Ellis, A. (1985). Expanding the ABCs of rational-emotive therapy. In M. J. Mahoney, & A. Freeman (Hrsg.), *Cognition and psychotherapy* (S. 313-323). New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of Rational-Emotive Therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9 (3), 139-172.
- Herrmann, M., Hoppmann, M., Stölzgen, K. & Taraman, J. (2012). *Schlüsselkompetenz Argumentation*. Paderborn: Schöningh.
- Jones, A (2016). *Window*. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. Zugriff am 24.11.2018. Verfügbar unter: https://quest.eb.com/search/139_1989489/1/139_1989489/cite
- Luft, J. & Ingham, H. (1955). *The Johari window. a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the western training laboratory in group development*. University of California, Los Angeles.
- Mann, M. (2001). *Geschichte der Macht*. Frankfurt am Main.: Campus.
- Möller, S. (2010). *Einfach ein gutes Team - Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen*. Berlin: Springer.
- Perry, P. (2011). *Couch Fiction: Wie eine Psychotherapie funktioniert*. München: Kunstmann.
- Stahl, E. (2012). *Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung* (3. Aufl.). Weinhheim: Beltz
- Tettoni, L. (2016). *Pool*. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. Zugriff am 24.11.2018. Verfügbar unter: https://quest.eb.com/search/151_2531913/1/151_2531913/cite
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental Sequence in Small Groups. *Psychological Bulletin*, 63 (6), 384-399.
- Vester, H. G. (2009). *Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe*. Wiesbaden: Springer.
- Weber, M. (2005). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Wehner, L. (2012). *Dicke Luft*. Berlin: Springer Medizin.

Arbeitsauftrag: Vertiefung von Kenntnissen über Grundlagen des Konfliktmanagements im interprofessionellen Team und Reflexion beruflicher Erfahrungen

Ziel des Arbeitsauftrages zur Nachbereitung der Präsenzphase ist es, Ihre Kenntnisse über Konfliktmanagements im interprofessionellen Team durch praktische Anwendungen zu vertiefen und zu festigen.

1. **Erarbeiten Sie** bitte anhand eines eigenen Beispiels aus ihrer beruflichen Praxis eine präzise Darstellung, mit den im Seminar erarbeiteten Kriterien zur Ziel- und Konfliktbeschreibung nach Vester (2009) und Stahl (2012). Ziel ist es, die Situation zu analysieren und präzise beschreibbar zu machen.

Wie kann der Konflikt gelöst werden und welche Folgen entstehen dadurch?

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Reflexion beruflicher Erfahrungen“ **bis zum 30.12.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „3. Selbstlernphase“ Abgabeordner „Vertiefung von Kenntnissen des Konfliktmanagements“ hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de. Die Ausarbeitung sollte mind. 1 Din A4 Seite umfassen.



Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens



Modulabschluss „Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten“

Vorbereitung der Modulprüfung in der vierten Präsenzphase, 19.01.2019.

1. Vorbereitungsphase (ab 9:30 Uhr – 13:00 Uhr)

1.1. Interprofessionelle Fallbesprechung

Führen Sie eine interprofessionelle Fallbesprechung auf der Grundlage Ihres gemeinsam entwickelten Fallbeispiels durch. Berücksichtigen Sie hierbei das „Interprofessional Team Reasoning Framework“ (siehe Abbildung 1).

Interprofessionelle Fallbesprechung

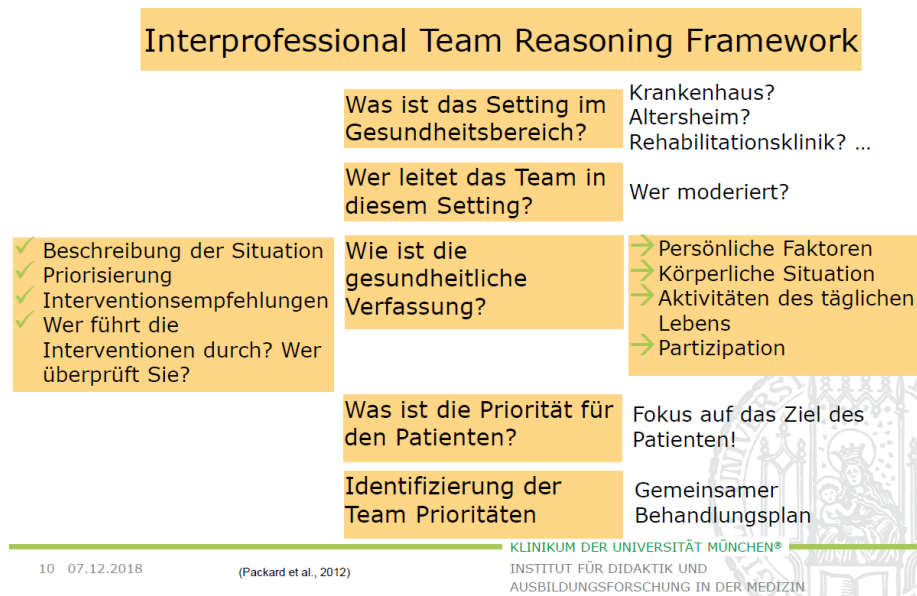


Abbildung 1: Ablauf Interprofessionelle Fallbesprechung (Wershofen, 2018, in Anlehnung an Packard et al., 2012)

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



- Diskutieren Sie Ihre monoprofessionell entwickelten ICF-Fähigkeitsprofile, Ihre jeweilige Priorisierung und Interventionsempfehlung in der Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung der Kommunikationstechnik „SBAR“ (Situation, Background, Assessment, Recommendation).
- Legen Sie im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung die Team Prioritäten fest und berücksichtigen Sie dabei die Prioritäten des/der Patient*in/Klient*in.
- Bestimmen Sie die endgültigen Interventionen und legen Sie fest, welches Gruppenmitglied oder welche Gruppenmitglieder für bestimmte Patienten-/ Klientenoutcomes verantwortlich sind.

1.2 Vorbereitung der Präsentation der Fallbearbeitung

- Dokumentieren Sie Ihre Ergebnisse der Fallbearbeitung und erarbeiten Sie eine Präsentationsgrundlage. Entscheiden Sie sich für eine oder mehrere Präsentationsformen (z. B. Flipchart, Power-Point, etc.) zur Visualisierung Ihrer Ergebnisse. Anregungen hierzu finden Sie u. a. im Lernmaterial „Moderations- und Präsentationstechniken“. Beziehen Sie für die Präsentation alle Gruppenmitglieder mit möglichst gleichen Anteilen ein. Sie haben für die Präsentation 15 – 20 Minuten Zeit.



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



1.3 Selbstreflexion der Fallbearbeitung

- Reflektieren Sie für sich die Fallbearbeitung anhand folgender Leitfragen:
Wie habe ich den interprofessionellen Arbeitsprozess innerhalb der Fallbearbeitung (Selbstlernphase, Fallbesprechung, etc.) erlebt? Welchen Beitrag konnte ich zum interprofessionellen Arbeitsprozess leisten? Was ist mir im Hinblick auf interprofessionelle Kommunikation gut gelungen? Was kann ich ggf. verbessern? „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (Rambow & Nückles, 2002, S.116). Welche Aspekte des Gelernten betrachten Sie eher kritisch im Hinblick auf den Transfer in die eigene Berufspraxis?
- Reflektieren Sie anschließend Ihre Ergebnisse in Ihrer Arbeitsgruppe. Fassen Sie Ihre wichtigsten Gedanken und Wahrnehmungen zu einem Resümee zusammen.
- Entscheiden Sie, welche Aspekte Sie aus dieser persönlichen Selbstreflexion in der Modulprüfung präsentieren möchten.

2. Durchführungsphase (13:00 – 17:00 Uhr)

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

Feedbackbogen: Modulabschlussprüfung „Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen gestalten“

Name(n) der Präsentierenden: _____

Kriterium	Notizen
Präsentation	
Alle relevanten Informationen zum Fallbeispiel werden genannt. (z. B., Geschlecht, Alter, Beruf, Größe, Gewicht, Diagnose(n)/Komorbiditäten/Beschwerden etc.)	
Das Setting des gewählten Fallbeispiels wird angemessen beschrieben.	
Die gesundheitliche Verfassung des/der Patienten*in/ Klienten*in wird unter Bezugnahme der „ICF“ dargestellt.	
Die Team- Prioritäten wurden unter Berücksichtigung der Prioritäten des/der Patienten*in/ Klienten*in adäquat festgelegt .	
Endgültige Interventionen und Verantwortlichkeiten werden nachvollziehbar bestimmt.	

Die Präsentation macht deutlich, dass das interprofessionelle Team gelungen agiert hat.	
Die Präsentation ist übersichtlich gegliedert .	
Die gewählte Visualisierungsmethode verdeutlicht die Ergebnisse.	
Diskussion	
In der Diskussion aufkommende Fragen werden von der Gruppe adäquat beantwortet.	
Argumente werden auf die Diskussionsbeiträge abgestimmt.	
Selbstreflexion	
Die Ergebnisse der kritischen Auseinandersetzung im Rahmen der Selbst- und Gruppenreflexion in Bezug auf die interprofessionelle Fallbearbeitung werden deutlich.	

Modul 3:
Teilhabeorientierung
in der Rehabilitation

Weiterbildungsmodul: „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Modulschwerpunkt: „Grundlagen der Teilhabe“

Universität Osnabrück

8. September 2018

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Inhalte und zeitlicher Ablauf

8.30h: Vorstellungsrunde und erstes Kennenlernen

bis ca. 10.15h: **Grundbegriffe** (u. a. Beeinträchtigung, Behinderung, ICF, Integration und Inklusion)

10.30 – 12.15h: **Behinderung als soziales Problem**

ca. 12.15-13.00h: Mittagspause

13.00 – 15.00h: **Sozialpolitische Interventionen und rechtliche Grundlagen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung (u. a. persönliches Budget)**

15.15 – 16.30h: **Teilhabe an Gesundheit und Barrieren im Rahmen der UN-BRK**

Abschluss: Selbstlernaufgabe, Fazit und Verabschiedung

These

**Eine Behinderung hat nichts
mit Beeinträchtigung zu tun.**

Lese- und Brainstormaufgabe

- Bitte lesen Sie die Definitionen zu Behinderung und Beeinträchtigung → Handouts zu Auszügen aus dem Ersten Teilhabebericht (BMAS 2013)
- Fragestellung: Wie wird Behinderung definiert? Wie Beeinträchtigung? Worin bestehen Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen beiden Begriffen?

Behinderung vs. Beeinträchtigung

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

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 (...) **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).

Quelle: Erster Teilhabebericht (BMAS 2013, S. 7ff.)

Verständnis von Behinderung

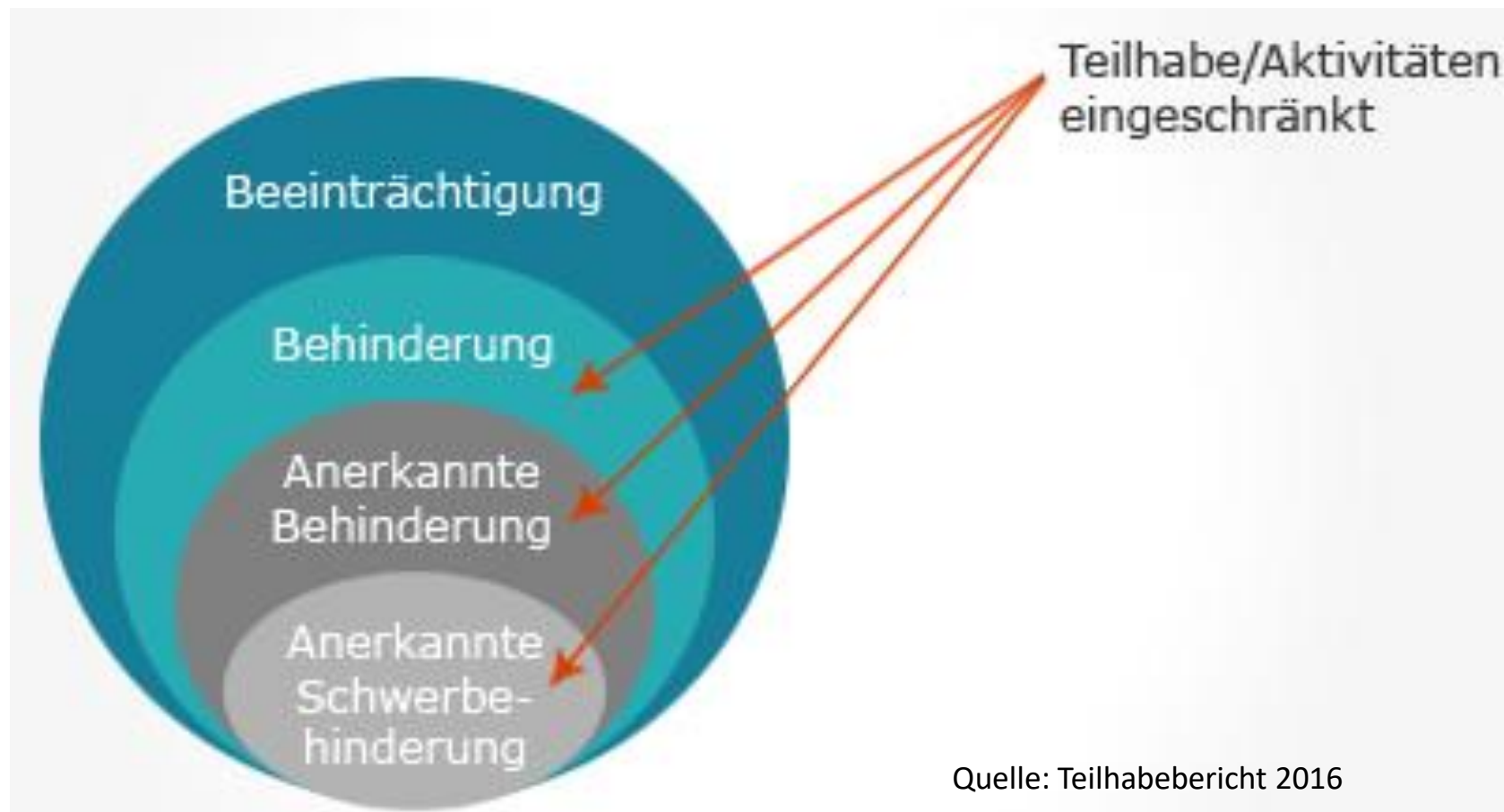
Abbildung 2 Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderung



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

Beeinträchtigung und Behinderung:

Vom 'Behindert-Sein' zum 'Behindert-Werden'



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).

Inklusion

These Raumdiskussion

**Durch die Inklusion sind alle Menschen
gleichberechtigt!**

Begriffsdefinition: Inklusion

Inklusion bedeutet die uneingeschränkte, gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an allen Aktivitäten des Lebens. Dies gilt insbesondere auch für chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung. Inklusion ist der Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention. Ein wichtiger Punkt der Konvention legt fest, dass Menschen mit Behinderungen die gleiche Gesundheitsversorgung erhalten müssen wie alle anderen Menschen. Zugangshindernisse zu Gesundheitseinrichtungen sollen beseitigt werden, Menschen mit Behinderung sollen Hilfen und Mittelspersonen zur Verfügung stehen, um den Zugang zu erleichtern (s. Literaturverzeichnis [1]).

(Quelle: Habermann-Horstmeier 2018, S. 17)

Begriff Inklusion

Lateinischer Ursprung: inclusio= Einschließung, Einbeziehung

- die inhaltliche Bedeutung und Verwendung des Begriffs ist wenig eindeutig.
- gegenwärtig gibt es viele wissenschaftliche Diskurse die verschiedene Bedeutungsinhalte haben

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

(Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen)

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

Begriff Inklusion

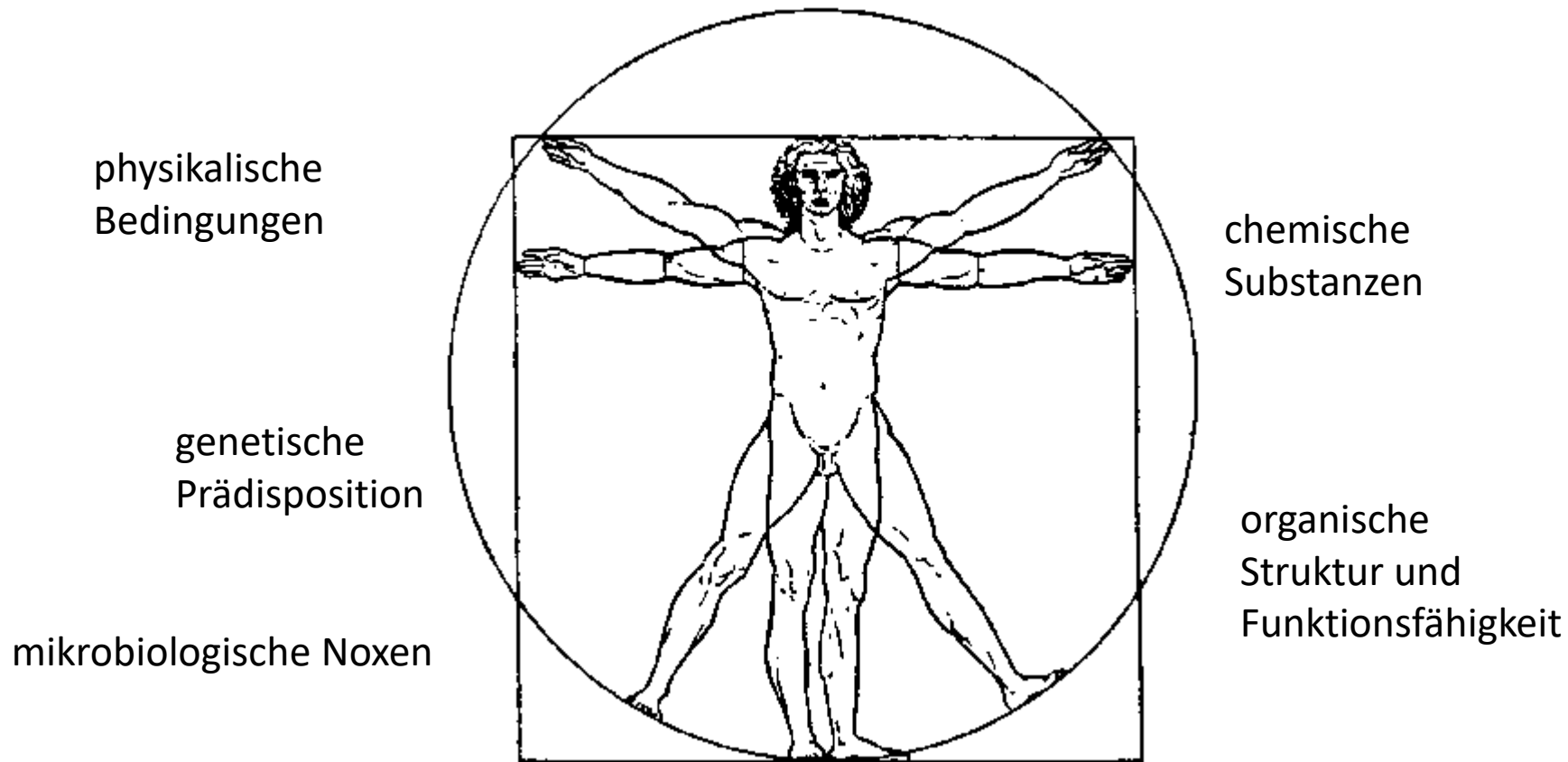
Verschiedene Verwendungen in Disziplinen:

- **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

Inklusion in der UN-BRK

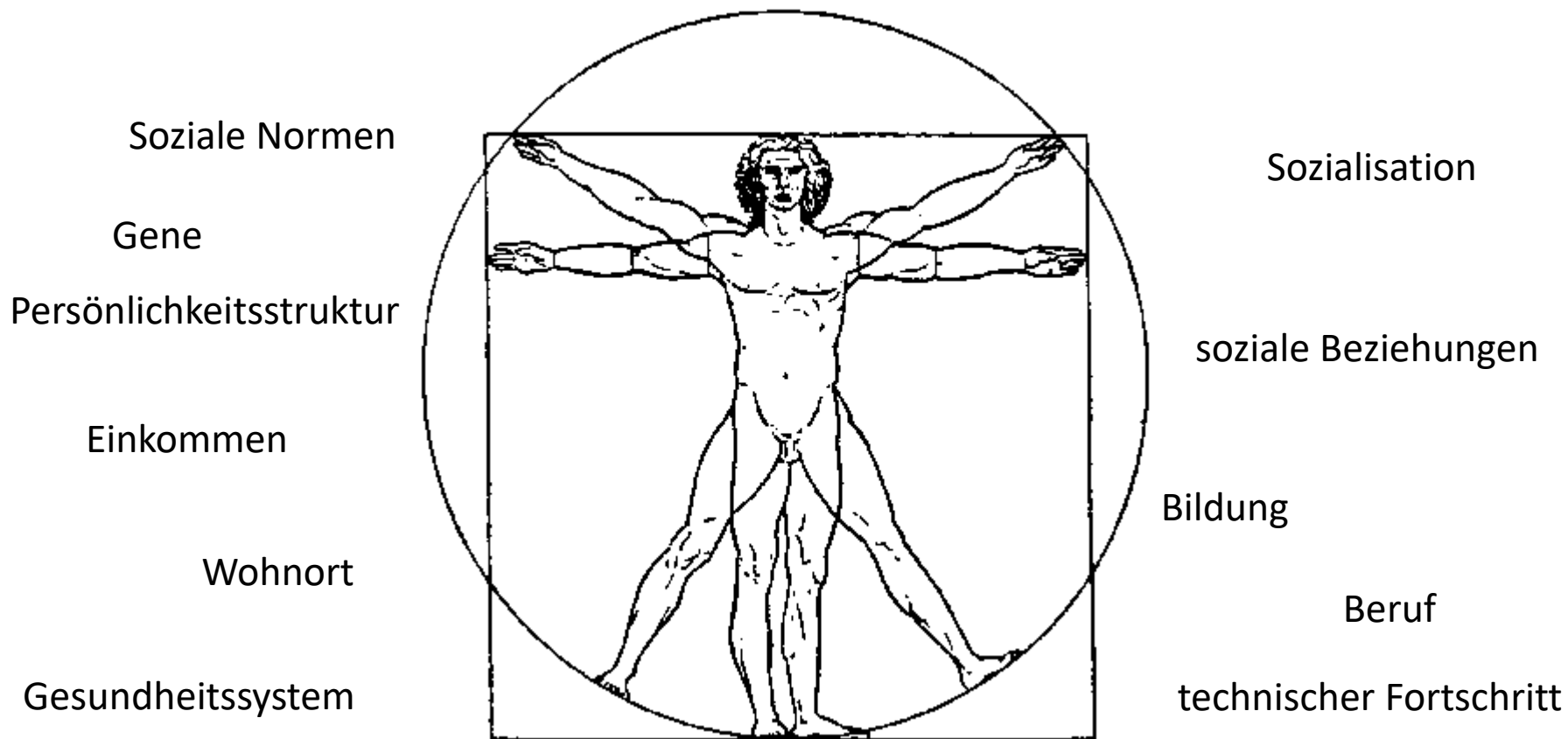
- **UN-BRK: Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“**
- verabschiedet 2006 in New York
- trat am 26. März 2009 in der BRD in Kraft (Schweiz: erst 2014)
- die UN-BRK schafft **keine Sonderrechte**, sondern **konkretisiert** und spezifiziert die **universellen Menschenrechte** (vor allem für die Lebenssituation von MmB)
- **Inklusion erfasst alle Lebensbereiche.**
- grundlegend ist der Gedanke bei der Inklusion: **Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft.**

Was konstituiert die Gesundheit?



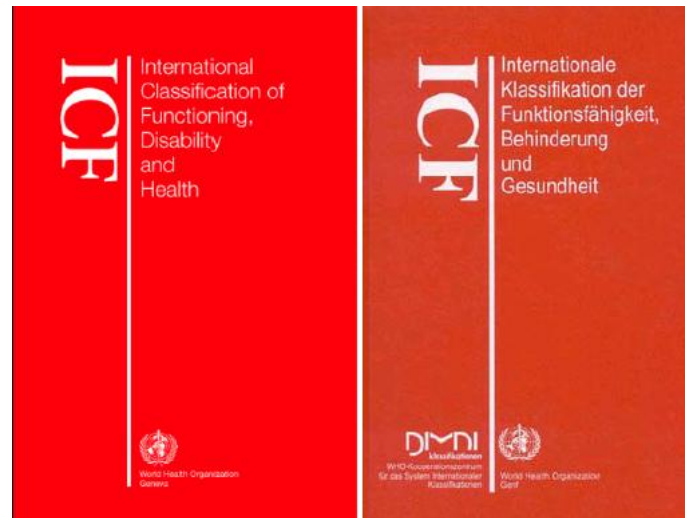
Das bio-medizinische Modell

Was konstituiert die Gesundheit?



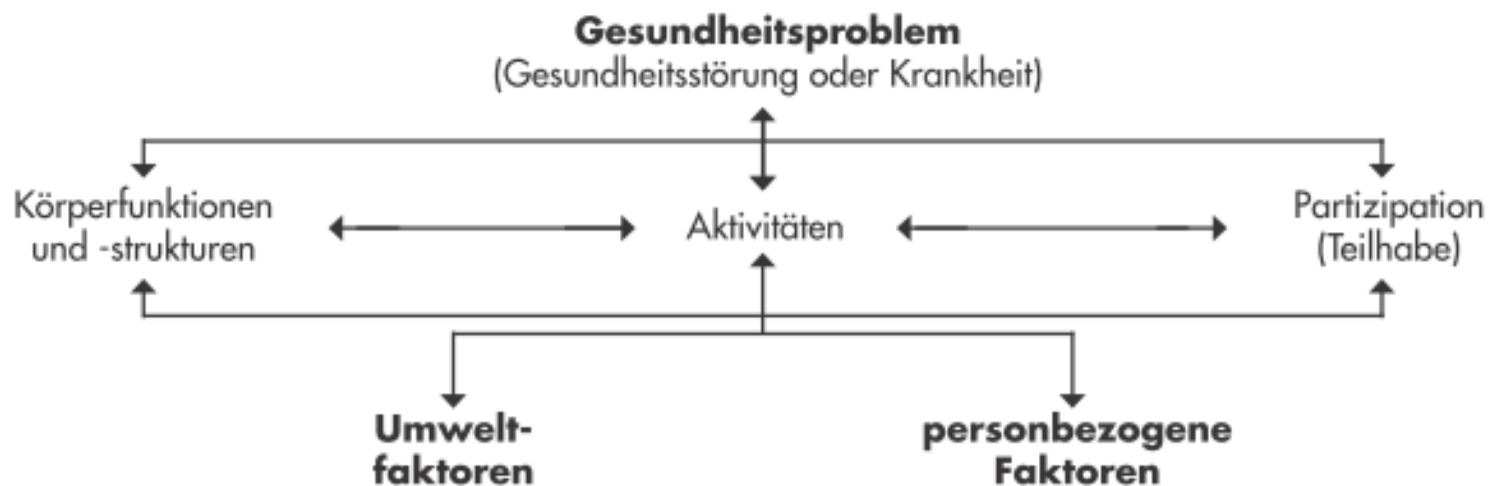
Das bio-psycho-soziale Modell

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)



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.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001)

- ICF: „Behinderung“ nicht mehr primär auf **Defiziten** eines Menschen ausgerichtet, sondern auf seine **Potenziale und Ressourcen**,
- indem sie verschiedene Gesundheitskomponenten (wie Körperstrukturen und –funktionen),
- seine Aktivitäten (also Möglichkeiten der Teilhabe an der Gesellschaft) und
- verschiedene umwelt- und personenbezogene Faktoren aufeinander bezieht.

(Quelle: Habermann-Horstmeier 2017, S. 17)

- **ICF ergänzt die ICD** (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
- ICF = diagnose-unabhängige Klassifikation

Bio-psycho-soziales Modell der ICF

- 2001 von der WHO veröffentlicht
- Fokussiert 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.

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

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.



Behinderung: Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (ICF) vs. Behinderungsbegriff des SGB IX

- **Behinderung (ICF):** Erst wenn aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine **Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit** resultiert, 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.

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.

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.
- **Rehabilitation** = Wesentliches Charakteristikum zur Umsetzung der Zielsetzung: **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**

Begriffsdefinitionen: Integration vs. Inklusion - Teilhabe

- **Integration:** Förderung, Beratung, Training, Unterstützung des Individuums → **Hilfe an das Individuum**
- **Inklusion:** gesellschaftliches Ganzes 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).



Exklusion



Integration



Inklusion

Kritisch reflexiver Inklusionsbegriff

Paradoxe Inklusionseffekte

- Alle Kinder bzw. Menschen 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!
- Inklusion ist kein Garant für erfolgreiche Teilhabe!
 - Qualität der Teilhabemöglichkeiten hängt von Funktionssystemen und individuellen Voraussetzungen ab (i. S. d. ICF)

Vertiefende Lektüre (als Empfehlung) 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).

Menschen mit Behinderung / Beeinträchtigung (MmB) in Deutschland



Erster Teilhabebericht (BMAS 2013)



Zweiter Teilhabebericht (BMAS 2016)

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)

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 %

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.

(Quelle: Teilhabebericht 2016, S. 40)

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.

(Teilhabebericht 2016, S. 41)

Für Zuhause:

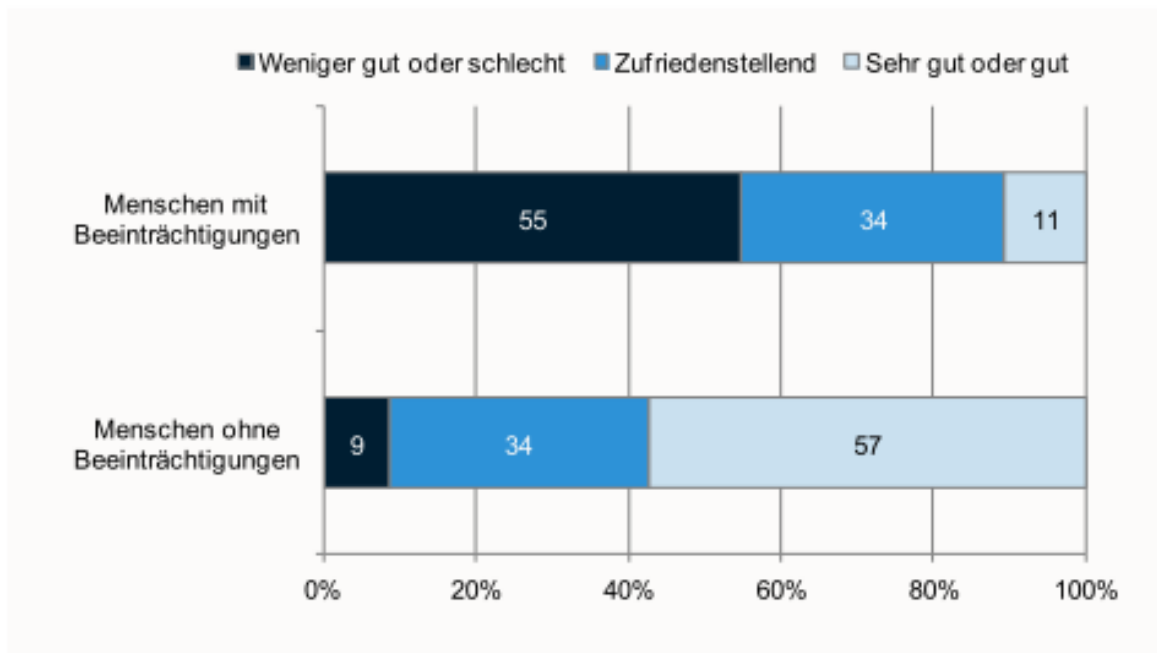
Ergebnisse aus den Teilhabeberichten:

**Gesundheit von Menschen
mit Beeinträchtigung**

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Gesundheitseinschätzung

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



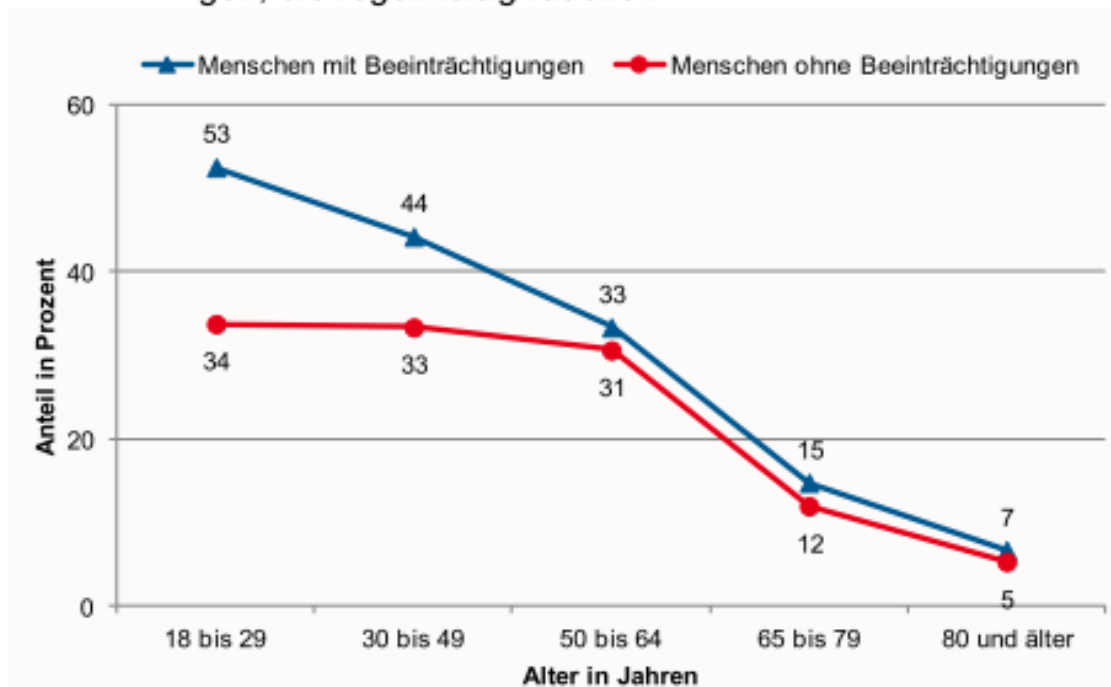
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhabebericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Regelmäßiger Tabakkonsum

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



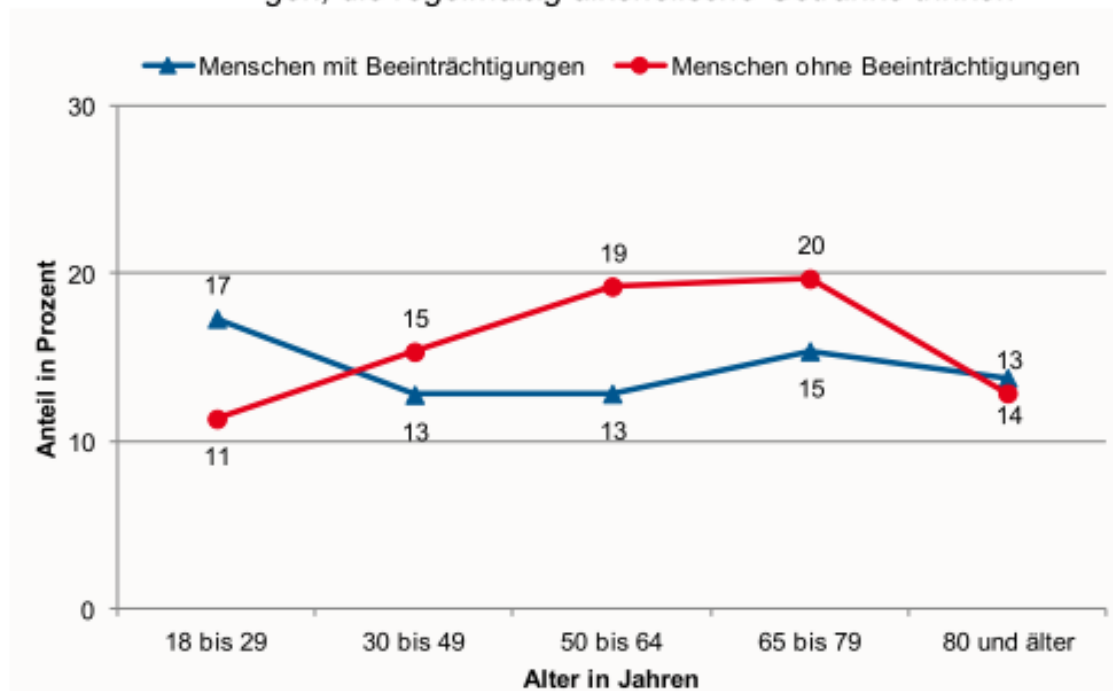
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhabebericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Regelmäßiger Alkoholkonsum

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



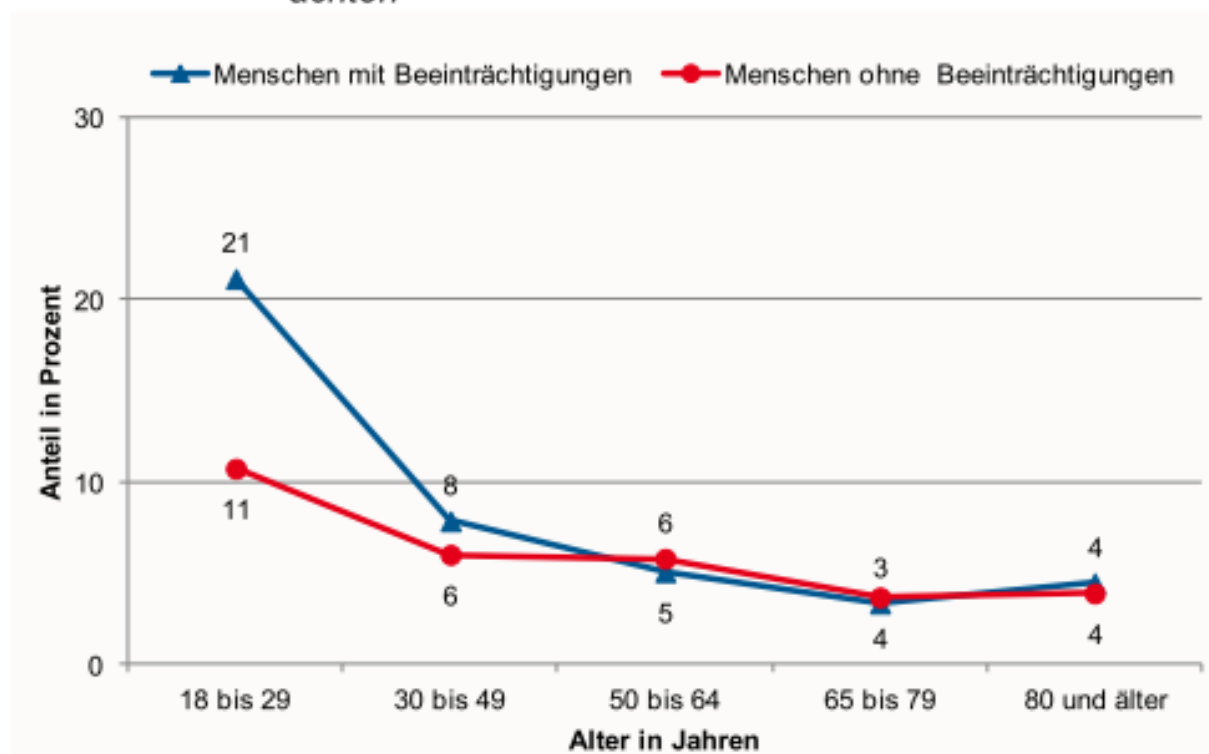
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhabebericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Ungesunde Ernährung

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



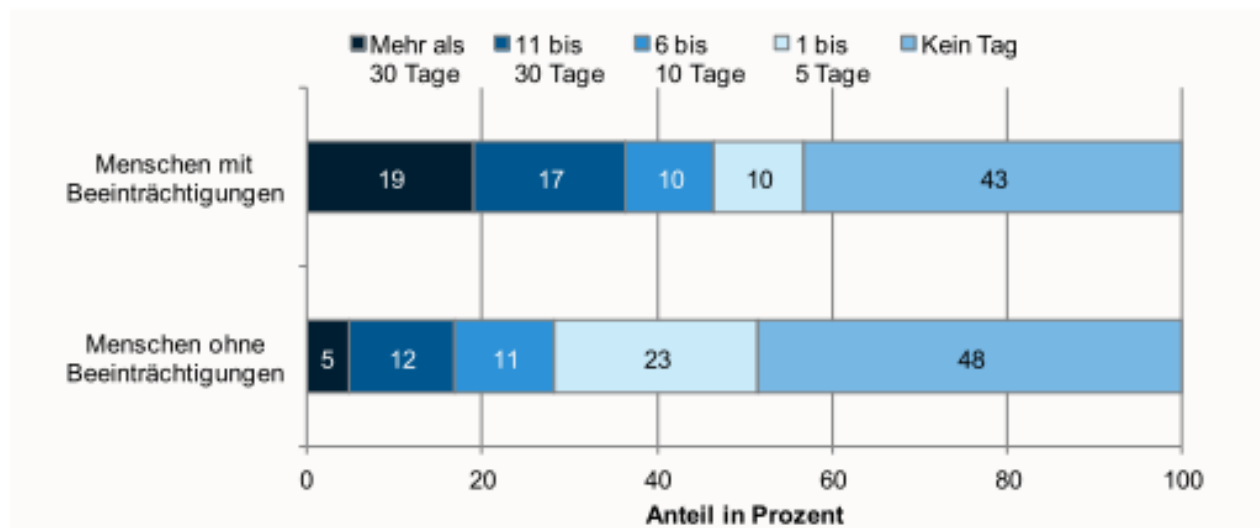
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhabebericht 2013)

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



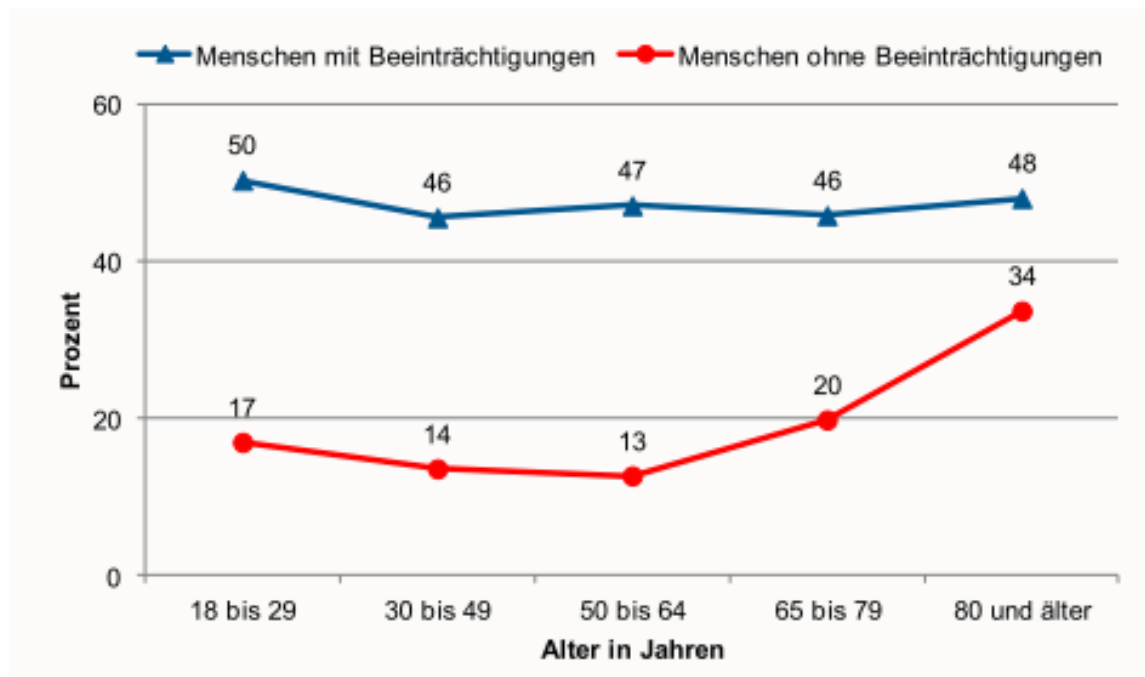
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhabebericht 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

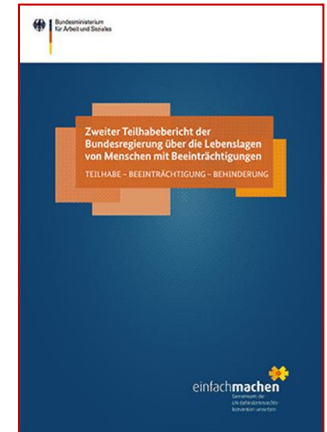


Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Zusammenfassung der Ergebnisse zum Thema Gesundheit

Die Ergebnisse der beiden Teilhabeberichte zum **Themenbereich Gesundheit** zeigen Folgendes (BMAS Teilhabebericht 2013, 2016):

- Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten **körperlichen Gesundheitszustand und psychisches Wohlbefinden** **deutlich schlechter** als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen müssen - gemessen an der **Häufigkeit der Arztbesuche** - öfter medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Gerade junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen weisen häufiger **unbewusstes Ernährungsverhalten** auf, **rauchen häufiger** und trinken häufiger regelmäßig **Alkohol**.



Gesundheit von Menschen mit Behinderung in bisherigen Gesundheitssurveys

- **Menschen mit Behinderung** verfügen über **ungleiche Bildungs- und Teilhabechancen** → zählen daher zu einer **vulnerablen Gesellschaftsgruppe** (Haveman & Stöppler 2014, Rathmann & Richter 2016, Richter & Hurrelmann 2009, RKI 2015).
- Besonderheiten für diese Adressatengruppe:
Deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko und erhöhte Krankheitslast im Vergleich zur Gesamtbevölkerung
(BMAS Teilhabeberichte 2013, 2016).
- In bisherigen Surveys: Menschen **mit geistiger Behinderung / psychischer bzw. seelischer Behinderung kaum repräsentiert.**
- **Grund:** Menschen mit diesen Behinderungsarten werden in standardisierten (Haushalts-) Befragungen nicht erreicht, aufgrund der Unterbringung / Beschäftigung in (stationären) Settings der Behindertenhilfe.



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, Wacker 2013).

Die Artikel der UN-BRK

...

Artikel 9: **Zugänglichkeit und Barrierefreiheit**

...

Artikel 25: **Gesundheit**

Artikel 26: **Habilitation und Rehabilitation**

...

Weiterbildungsmodul: „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Modulschwerpunkt: „Grundlagen der Teilhabe“

Universität Osnabrück

8. September 2018

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Behinderung als soziales Problem?!

Historische Entwicklung des Umgangs mit Behinderung

Historische Entwicklung der Behinderung

Anfang 20. Jahrhundert:

- Krankheit und Behinderung immer seltener als etwas „Gott Gegebenes“ bzw. „Strafe Gottes“ → eher als medizinisches Problem betrachtet
- Zunehmend staatliche Einrichtungen für Kranke und Behinderte



- Anspruch auf staatliche Leistungen: an Arbeitsfähigkeit gekoppelt
- Armengesetzgebung von Preußen (1891): Körperbehinderte Frauen, Kinder und Männer von medizin. Versorgung, von Ausbildung und Rehabilitation ausgenommen.
- **„Schwerbeschädigtengesetz“** (1920)
- **„Preußisches Krüppelfürsorgegesetz“ (1920)**: als Folge des Ersten Weltkrieges
- **„Reichsjugendwohlfahrtsgesetz“** (1924)

Historische Entwicklung des Umgangs mit Menschen mit Behinderung

Nationalsozialismus (1933-1945)

- „Rassegedanke“ dominiert und kategorisiert Menschen nach „gut“ und „schlecht“

Nachkriegsdeutschland (ab 1945)

- Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung blieb in den Nachkriegsjahren weiterhin zwiespältig → im Mittelpunkt: Fürsorge, medizin. Maßnahmen und Sortierung nach dem **Kriterium der Arbeitsfähigkeit**
- Gesetz über die Beschäftigung Schwerbehinderter (1953)
- 1960er Jahre:
 - Entstehung erster Selbsthilfeorganisationen („Aktion Sorgenkind“ – heute: „Aktion Mensch“)
 - allmähliche Änderung der Gesetzgebung → Hilfe für M.m.B. wurde zu Rechtsanspruch

Historische Entwicklung des Umgangs mit Menschen mit Behinderung

Nachkriegsdeutschland (ab 1945) - Fortsetzung

- Bundessozialhilfegesetz (1962-2004): Hilfe zur Selbsthilfe, Die Würde eines Menschen, Teilnahme am Leben in Gemeinschaft
- Arbeitsförderungsgesetz (1969): Ausbildung und Förderung von MmB (heutige WfbM)
- Änderung des **Schwerbehindertengesetzes (1974)**: Unterstützung nicht mehr von der Ursache, Art und Umfang der Behinderung abhängig
 - Veränderung der Beurteilung von Behinderung (1986): „**Grad der Behinderung**“ im Fokus (nicht mehr „Grad der Erwerbsminderung“)
- Änderung des Grundgesetzes (1994): Verbot von Benachteiligung aufgr. von Behinderung (Art. 3, Abs. 3 GG)

Blick auf die Sozialpolitik

- **Was ist der Auslöser für sozialpolitisches Handeln?**
- **Auf welche Ereignisse reagiert der Sozialstaat?**

Was ist ein soziales Problem?

Sozialpolitik reagiert auf soziale Probleme mit dem Ziel der Verbesserung der Lebenslage von Personen(gruppen).

„Ein **soziales Problem** ist alles, was von kollektiven Akteuren, der Öffentlichkeit oder dem Wohlfahrtsstaat als solches angesehen und bezeichnet wird.“ (Schetsche 1996, S. 2)

„Der erste und grundlegende Bestandteil eines sozialen Problems besteht in einer wesentlichen **Diskrepanz zwischen sozial akzeptierten Standards und tatsächlich vorherrschenden Bedingungen.**“ (Merton 1971, S. 799)

„**Soziale Probleme** sind Phänomene, die 1) **größere Gruppen** von Gesellschaftsangehörigen (bis hin zur Gesamtbevölkerung) in ihrer Lebenssituation beeinträchtigen, 2) öffentlich **als veränderungsbedürftig** definiert und 3) zum **Gegenstand spezieller Programme und Maßnahmen** gemacht werden.“ (Stallberg/Springer 1983, S.14)

Neue Soziale Frage: Vermeidung von Ausgrenzung

Die **alte soziale Frage** bestand darin, **die Ausbeutung der arbeitenden Menschen zu verhindern** und die Antwort bestand in einem eindrucksvollen System von Institutionen und Verfahren (...), das den arbeitenden Menschen während der Erwerbsarbeit, aber auch außerhalb (bei Alter, Krankheit und Arbeitslosigkeit, die Familien immer mit eingeschlossen) geschützt und abgesichert hat.

Die **neue soziale Frage** wird darin bestehen, die **Ausgrenzung** der nicht arbeitenden Menschen zu **verhindern**, all jener also, die scheinbar nicht mehr ‚gebraucht‘ werden. Dazu gehören nicht nur Arme und Arbeitslose, sondern auch Kinder, Alte und Familien.“

(Dettling 2000, S. 28)

Was ist ein soziales Problem?

1. Bestimmte konkrete soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert werden können.
2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem.
3. Möglichkeit und Notwendigkeit von Veränderungen der Situation und die Entwicklung von Gegenmaßnahmen und Politik.

Ist Behinderung ein soziales Problem?

Ausgangsthese: Behinderung ist kein soziales Problem, weil es ein individuelles Schicksal, ein persönliches Problem ist!

Überprüfen Sie bitte anhand der drei Kriterien, ob es sich bei Behinderung um ein soziales Problem handelt und nennen Sie bitte Gründe für Ihre Argumentation! (Zeit: 10-15 Min.)

Ist Behinderung ein soziales Problem?

1. Bestimmte konkrete soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert werden können.

Anzahl an Menschen mit anerkannter (Schwer-)Behinderung in Deutschland?

- 10,2 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung lebten 2013 in Deutschland. Im Durchschnitt war somit gut jeder achte Einwohner (13%) behindert.
- Der größte Teil, nämlich rund 7,5 Millionen Menschen (9,4%), war schwer-behindert, 2,7 Millionen Menschen lebten mit einer leichteren Behinderung.
- 31% der schwerbehinderten Menschen war 75 Jahre und älter; knapp die Hälfte (45%) gehörte der Altersgruppe zwischen 55 und 75 Jahren an. 2 % waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
- Mit 85% wurde der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht. 4% der Behinderungen waren angeboren beziehungsweise traten im ersten Lebensjahr auf. 2% waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen



Ist Behinderung ein soziales Problem?

1. Bestimmte konkrete soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert werden können.

Stichwort: Sonderpädagogischer Förderbedarf

Wie hoch ist die Förderquote in Deutschland?

- 6,6% aller Schüler/innen haben einen sonderpädagogischen Förderbedarf



Quelle: KMK (2014): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2003 – 2012. Dokumentation Nr. 202

SchülerInnen mit sonderpädagogischen Förderung und Förderquoten nach Förderschwerpunkten 2012

Förderschwerpunkt	Schüler – Anzahl –	Förderquote – in % –
Lernen	197.475	2,6
Sehen	7.341	0,1
Hören	17.240	0,2
Sprache	54.604	0,7
Körperliche und motorische Entwicklung	33.574	0,5
Geistige Entwicklung	79.500	1,1
Emotionale und soziale Entwicklung	70.534	0,9
Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung	13.438	0,2
Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung (LSE)	9.526	0,1
Kranke	11.512	0,2
Insgesamt	494.744	6,6

Schulabschlüsse an Förderschulen 2012

Förderschwerpunkt	Abgänger/ Absolventen	Verteilung in %
Abgänger/Absolventen insgesamt	37.108	100,0
Davon:		
- ohne Hauptschulabschluss	26.892	72,5
davon mit Förderschwerpunkt Lernen	17.112	46,1
davon mit sonstigen Förderschwer- punkten	9.780	26,4
- mit Hauptschulabschluss	9.146	24,6
- mit mittlerem Abschluss	998	2,7
- mit Fachhochschulreife	0	0,0
- mit Hochschulreife	72	0,2

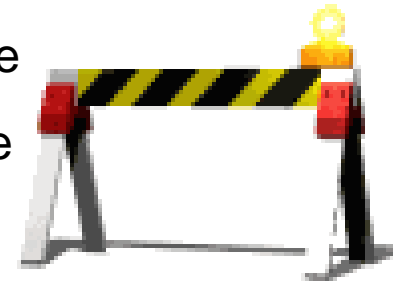
Quelle: KMK (2014): Sonderpädagogische Förderung
in Schulen 2003 – 2012. Dokumentation Nr. 202

Eingeschränkte Teilhabechancen

➤ Die Chancen zur Teilhabe an der Gesellschaft sind für Menschen mit Behinderung vielfach eingeschränkt:

→ **Gründe?**

- häufiger ohne Schulabschluss und niedrigere Bildungsabschlüsse
- häufiger ohne Berufsausbildung und niedrigere Berufsabschlüsse
- niedrigere Erwerbsbeteiligung und höhere Arbeitslosenquote
- niedrigere Einkommen und höhere Armutsquote
- kleinere soziale Netzwerke und Erfahrungen sozialer Isolation und Diskriminierung
- erschwerter Zugang zu Mobilität, Kommunikation, Verkehr



Ist Behinderung ein soziales Problem?

2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem

Wer oder was konstruiert Behinderung / nimmt Behinderung als soziales Problem wahr?

- Menschen mit Behinderung selbst / Selbstbestimmt Leben – Bewegung

Ist Behinderung ein soziales Problem?

2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem

- Menschen mit Behinderung selbst / Selbstbestimmt Leben – Bewegung
- Politik: Sozialpolitisches Modell von Behinderung

Benachteiligungsverbot

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

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



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.

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).

„**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.**“

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG, 2006)

„**Ziel** des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen. (§ 1 AGG)

Anwendungsbereiche (Beispiele, § 2 AGG):

- die Bedingungen (...) für den Zugang zu unselbstständiger und selbstständiger Erwerbstätigkeit (...) sowie für den beruflichen Aufstieg,
- die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen einschließlich Arbeitsentgelt und Entlassungsbedingungen (...),
- die Bildung,
- den Zugang zu und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, einschließlich von Wohnraum.

Ist Behinderung ein soziales Problem?

2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem

- **Zielgruppe selbst:** Menschen mit Behinderung selbst / Selbstbestimmt Leben – Bewegung
- **Politik:** Sozialpolitisches Modell von Behinderung
- **Recht:** Sozialrechtliche Konstruktion von Behinderung

Sozialrechtliche Konstruktion von Behinderung

„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)

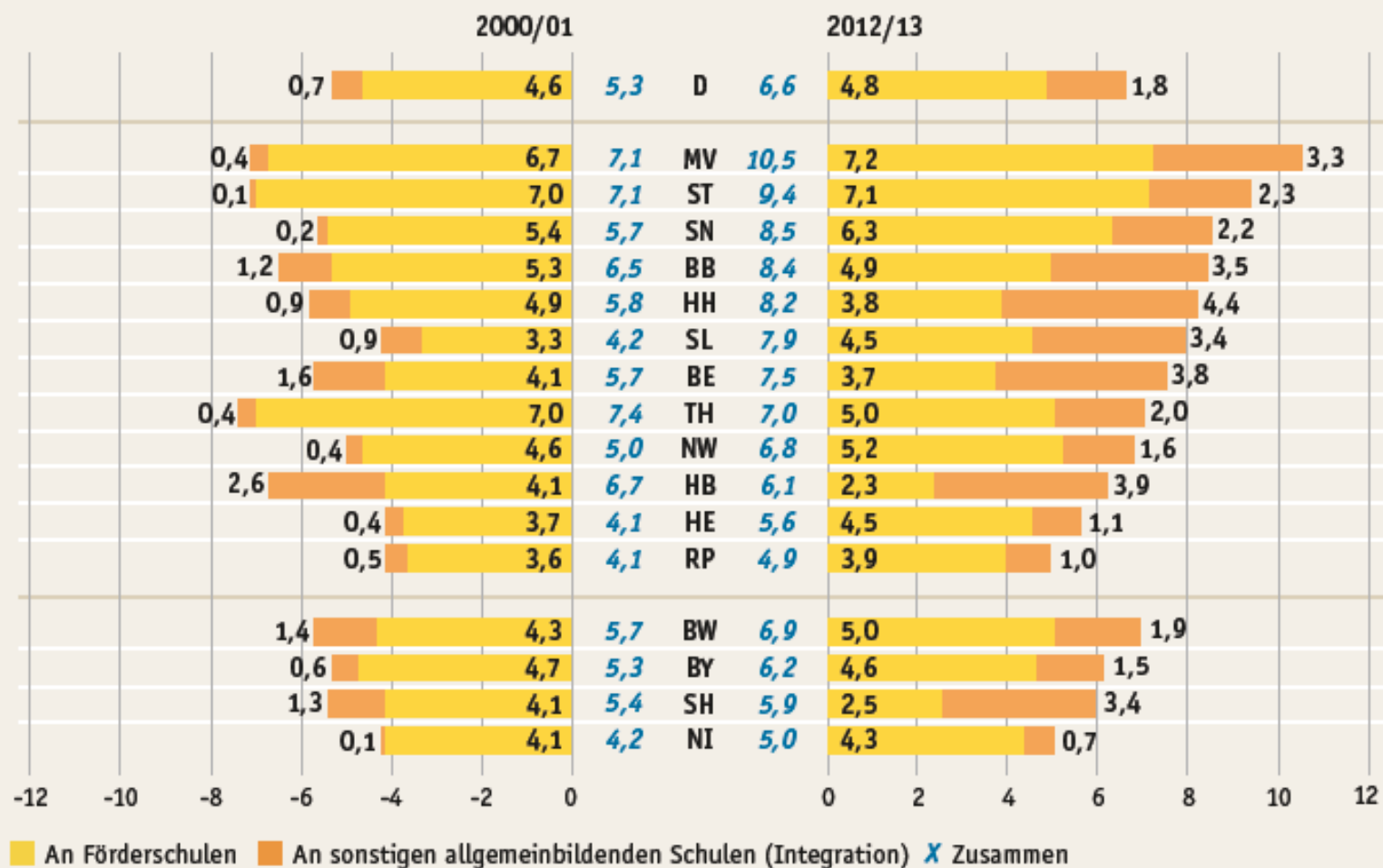
„Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50 aber wenigstens 30 (...), wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz (...) nicht erlangen oder nicht behalten können.“ (§ 2 Abs. 3 SGB IX)

Ist Behinderung ein soziales Problem?

2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem

- **Zielgruppe selbst:** Menschen mit Behinderung selbst / Selbstbestimmt Leben – Bewegung
- **Politik:** Sozialpolitisches Modell von Behinderung
- **Recht:** Sozialrechtliche Konstruktion von Behinderung
- **Bildungssystem:** Konstruktion von Förderbedarf

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

Förderquoten:

Anteile der SchülerInnen (in Förderschulen und der in allgemeinen Schulen unterrichteten SchülerInnen) **mit sonderpädagogischem Förderbedarf** an der Gesamtzahl der SchülerInnen im Alter der Vollzeitschulpflicht in Prozent.

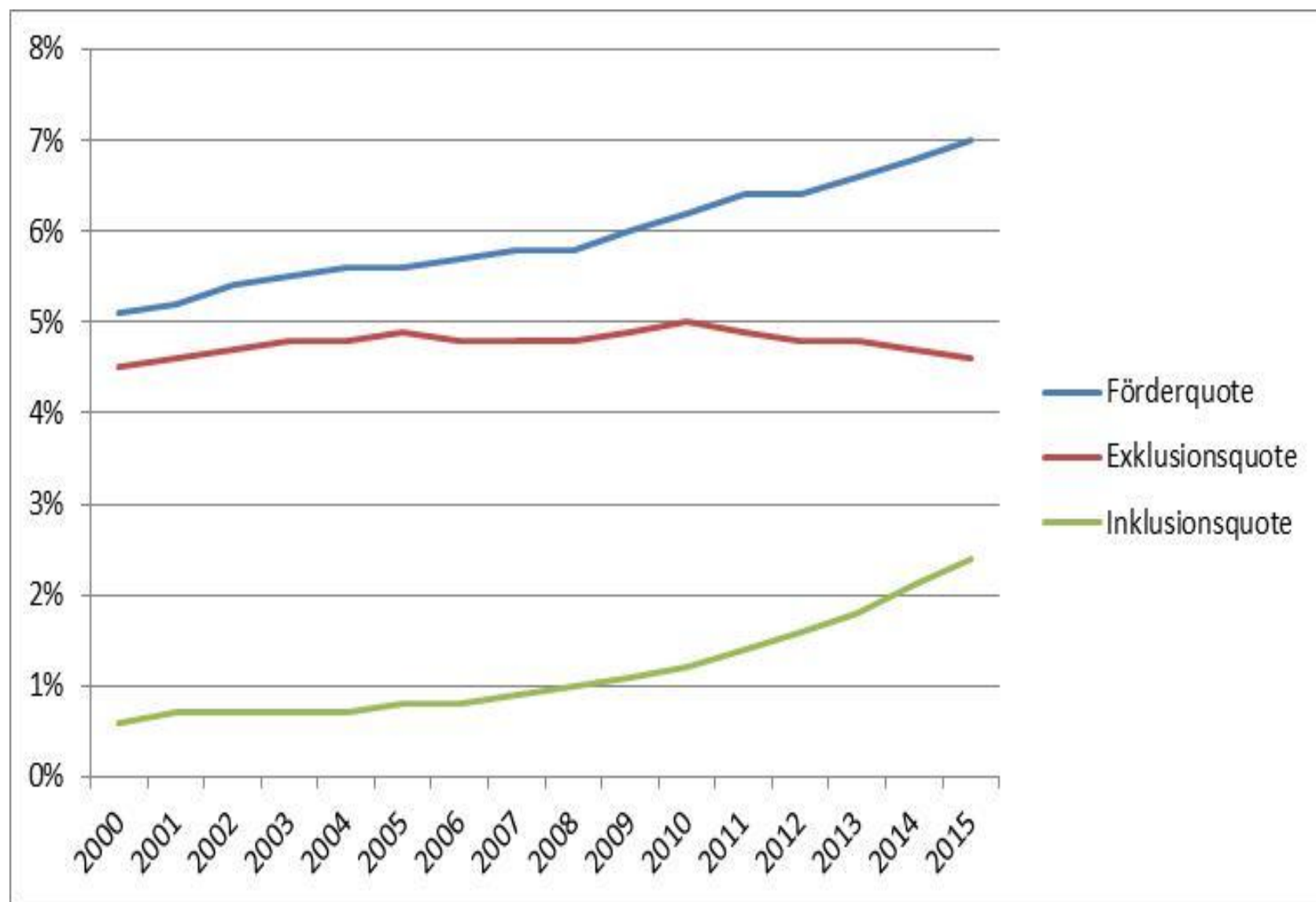
Deutschland gesamt	6,6 %
Rheinland-Pfalz	4,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	10,5 %

Nach welchen Kriterien erfolgt die Wahl des geeigneten Förderortes?

- regionale Schwankungen bei der Diagnose von lernbehinderten SchülerInnen
- positiver Zusammenhang zwischen schulischem Platzangebot und Aufnahmequote!

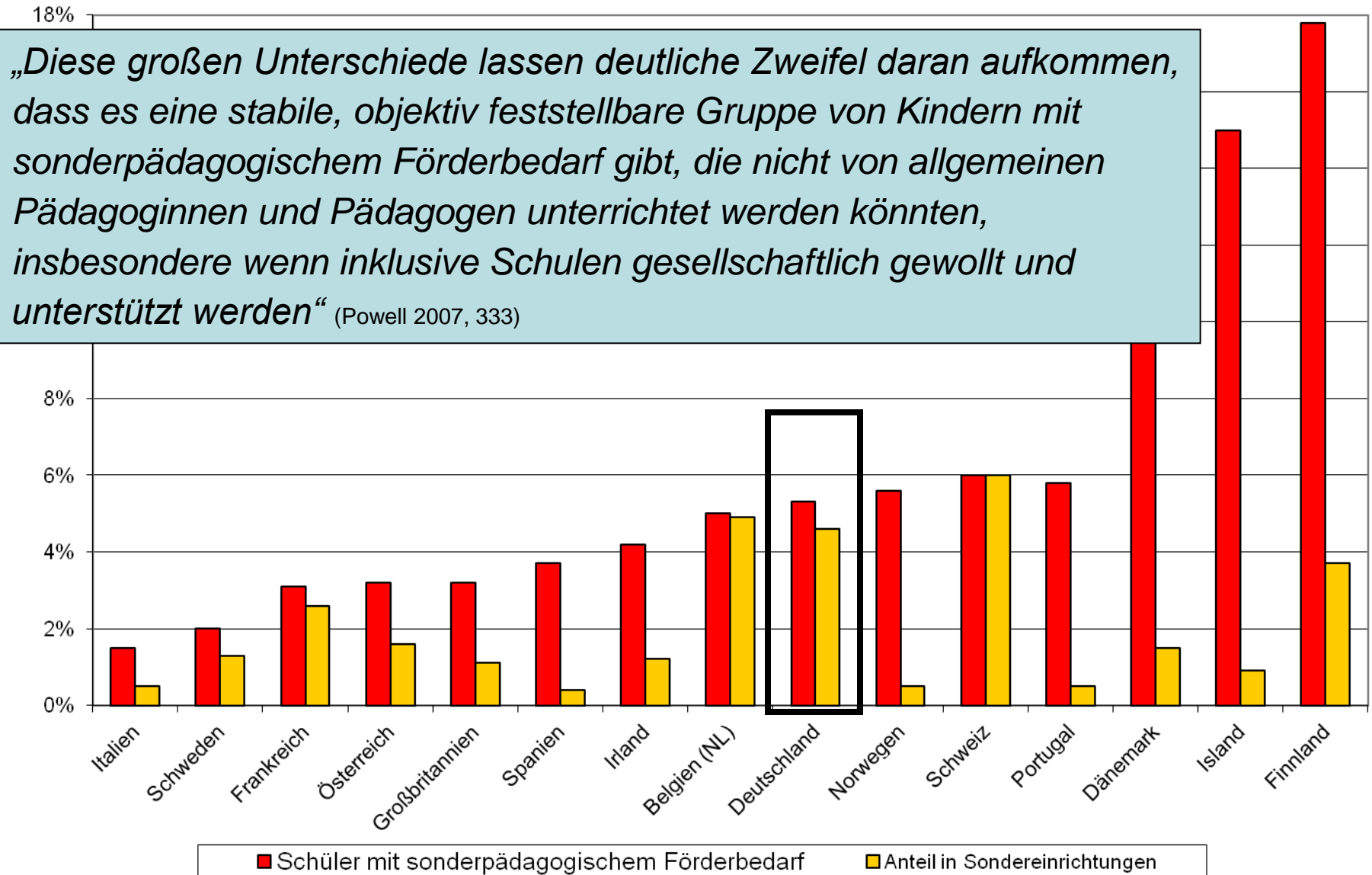
„Der Anteil, der als lernbehindert diagnostizierten SchülerInnen hängt wohl gelegentlich mit der Zahl der in einer Region tätigen Sonderschullehrer zusammen.“ (Mand 2002)

Entwicklung der Förderquoten in Deutschland in den Jahren 2000–2015



[eigene Berechnung nach KMK-Daten]

Förderquoten im europäischen Vergleich



Konstruktion von Behinderung durch Schulen

„Schulische Behinderung (...) als ein kontinuierlich sich ausreifender Prozess des Behindertwerdens durch eine offizielle Klassifizierung und Beschulung in räumlich getrennten und stigmatisierenden Einrichtungen.“ (Powell 2007)

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

(Quelle: Euler & Severing 2014, S. 26)

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 §§ 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

Ist Behinderung ein soziales Problem?

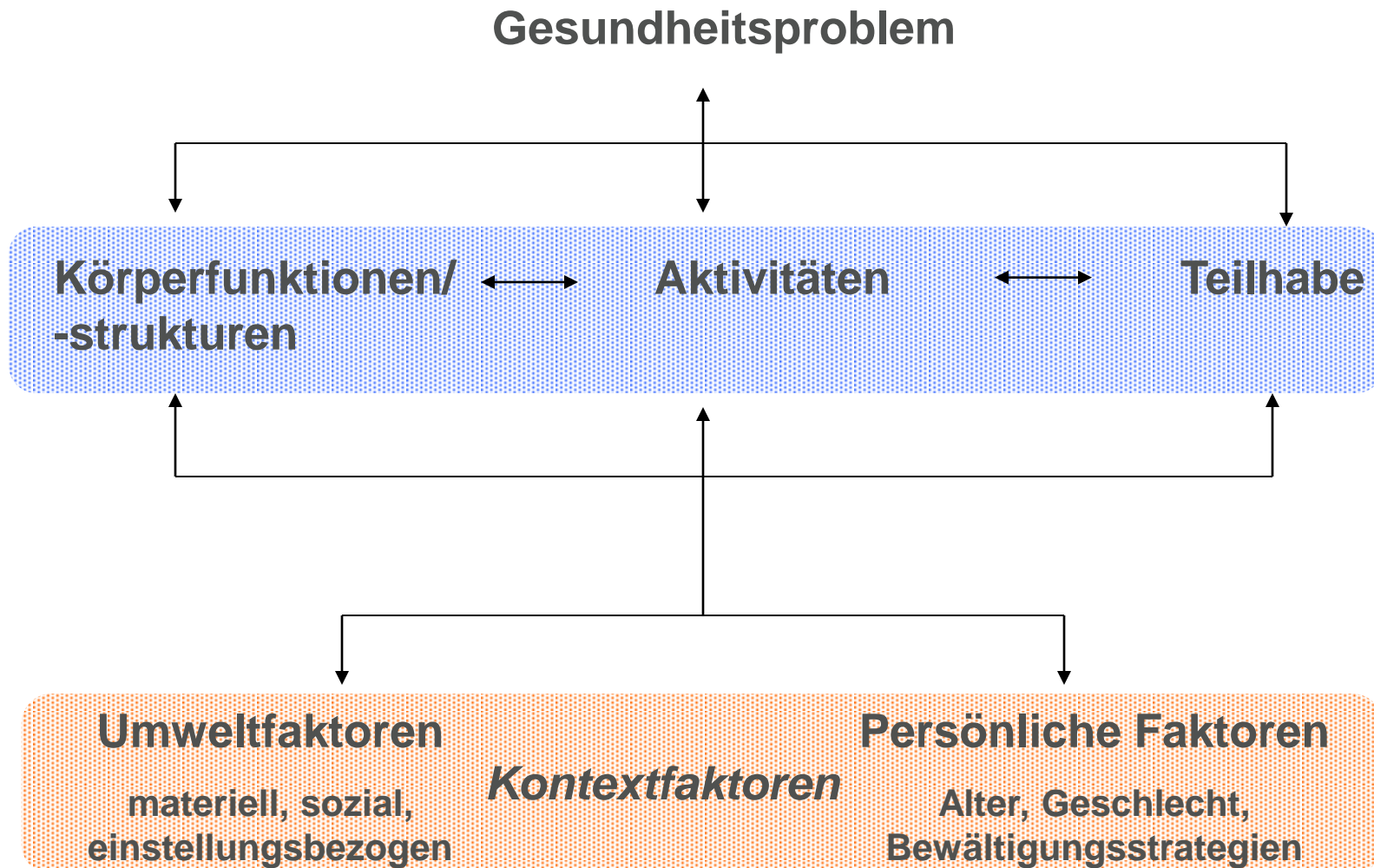
2. Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion als soziales Problem

- **Zielgruppe selbst:** Menschen mit Behinderung selbst/ Selbstbestimmt Leben – Bewegung
- **Politik:** Sozialpolitisches Modell von Behinderung
- **Recht:** Sozialrechtliche Konstruktion von Behinderung
- **Bildungssystem:** Konstruktion von Förderbedarf

Behinderung ist nicht naturgegeben, sondern wird durch Beobachtung und Benennung durch verschiedene Institutionen und Akteure sichtbar bzw. immer wieder erzeugt. → **Soziales Modell von Behinderung**

Behinderungsmodell der ICF

Bio-psycho-soziales Modell

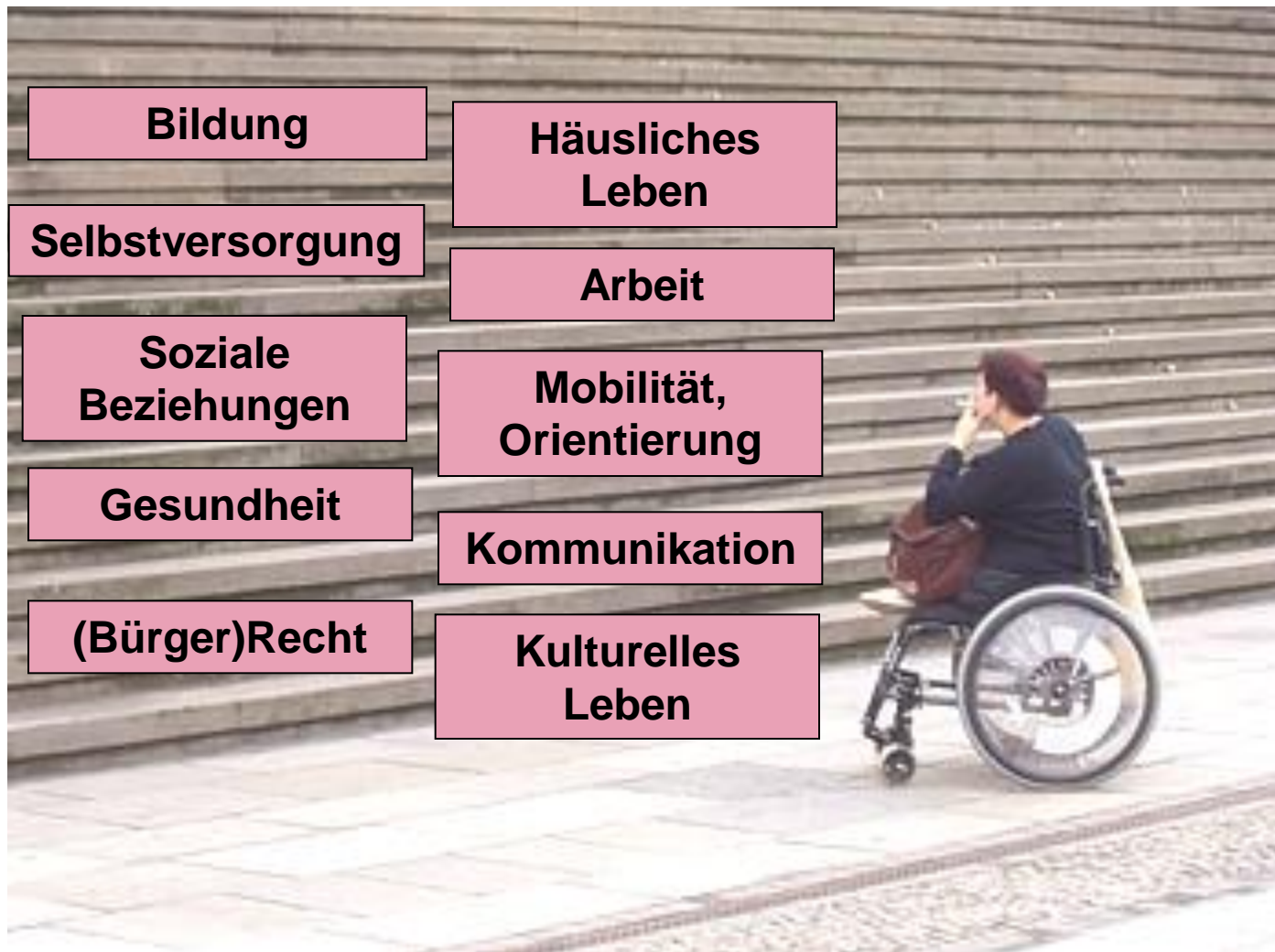


Behinderung = Beeinträchtigte Teilhabe

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



Behinderung = Beeinträchtigte Teilhabe: Ein soziales Problem



Ist Behinderung ein soziales Problem?

3. Möglichkeit und Notwendigkeit von Veränderungen der Situation und die Entwicklung von Gegenmaßnahmen und Politik.

→ **Reaktion durch soziale Interventionen...**

Zusammenfassung: Ist Behinderung ein soziales Problem?

➤ **Behinderung ist ein soziales Problem!**

- es betrifft eine größere Bevölkerungsgruppe
- Lebenssituation von Menschen mit Behinderung ist gekennzeichnet durch **mehrdimensionale Benachteiligung in der Verwirklichung von Teilhaberechten** (ökonomische, soziale, politische, kulturelle Ausgrenzung)
- Behinderung wird als soziales Problem wahrgenommen bzw. konstruiert.
- Die Situation kann (und soll) verändert werden.

**Soziale Interventionen –
Reaktionen der Sozialpolitik
(u. a. Persönliches Budget)**

Wie reagiert Sozialpolitik auf soziale Probleme?

Dimension sozialer Teilhabe	Form Sozialer Intervention
Teilhaberechte	Rechtliche Intervention
Monetäre Ressourcen	Ökonomische Intervention
Zugang zur Infrastruktur	Ökologische Intervention
Kompetenzen	Pädagogische Intervention

(nach Kaufmann 1999)

Allgemeine Zielsetzung...

unseres Sozialstaats bleibt es daher...

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

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

- Rechtliche Interventionen
- Ökonomische Interventionen
- Pädagogisch-ökologische Interventionen

Behinderung = Beeinträchtigte Teilhabe:

Ein soziales Problem



Health is the ability to live life to its 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.



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.)

Ökologische Intervention

Pädagogische Intervention

- Arbeitsmarktprogramm (,,Inklusive“ Betriebe)
- Gute Verwaltung / gemeinsame Servicestellen
(entfällt nach BTHG 2016 → SGB IX Teil 1)
- Leistungen zur Teilhabe
- Persönliches Budget (u. a. für Arbeit)

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN-Behindertenrechtskonvention)



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)



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

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).

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 (vor BTHG!) • Persönliches Budget

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 \neq individuelles Schicksal
- **Behinderung = Wechselwirkung** zwischen Beeinträchtigungen von MmB und den Barrieren der Gesellschaft

Rehabilitation und Teilhabe

Sozialgesetzbuch IX (2001)

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch (...), um ihre **Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben** in der Gesellschaft zu **fördern**, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. (§ 1 SGB IX)

Was sind die zentralen Errungenschaften des SGB IX?

u.a.:

- vereint die Rechte für Menschen mit Behinderung, (aber bisher kein Leistungsgesetz!)
- bessere Koordination der Leistungsträger
- ~~gemeinsame Servicestellen – Beratung, Unterstützung, Koordinierung und Vermittlung; u.a. Zuständigkeitsklärung an einer Stelle~~ → **Änderung durch BTHG 2016: gemeinsame Beratungsstellen (bei Trägern), Peer-Counselling (Beratung von und für Betroffene)**
- Persönliches Budget

Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

5 Leistungsgruppen zur Teilhabe – welche sind das?

Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)

„Zur Teilhabe werden erbracht:

1. Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** (medizin. Reha),
2. Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** (berufl. Reha),
3. **Unterhaltssichernde** und ergänzende Leistungen
(**unterhaltssichernde Reha**),
4. Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (**soziale Reha**).“
5. **Neu (BTHG 2016):** Leistungen zur **Teilhabe an Bildung** (d. h. technische und kommunikative Hilfsmittel)

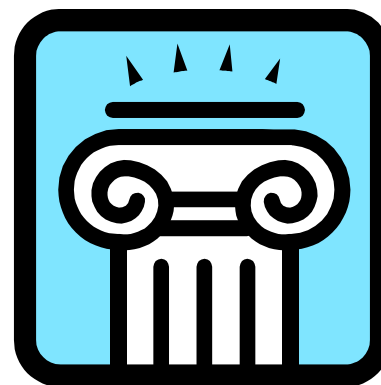
Die „Säulen“ sozialer Sicherung in Deutschland



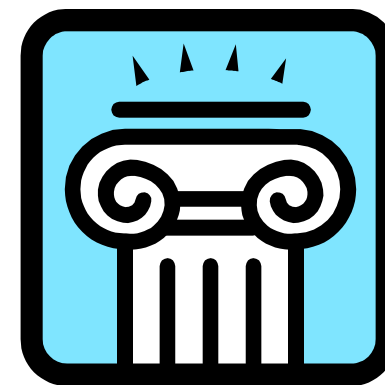
Vorsorge
(Sozial-
versicherungen)



Versorgung
(soz. Entschädigung)



Förderung

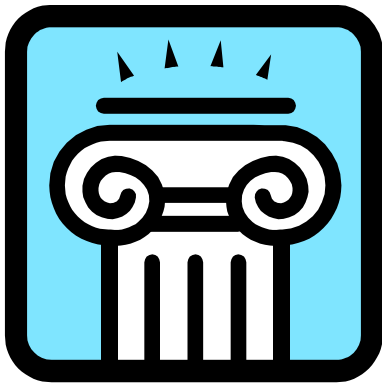


Sozialhilfe
(Fürsorge)



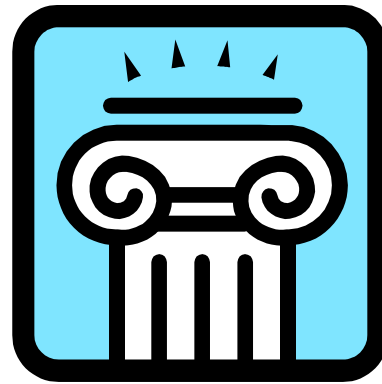
Rehabilitation ???

Die vier „Säulen“ sozialer Sicherung in Deutschland



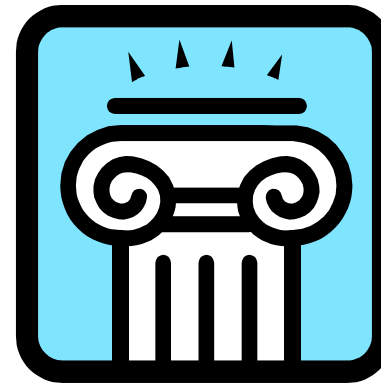
Vorsorge

z.B. Medizin. Rehab.,
Teilhabe Arbeitsleben
Pflege



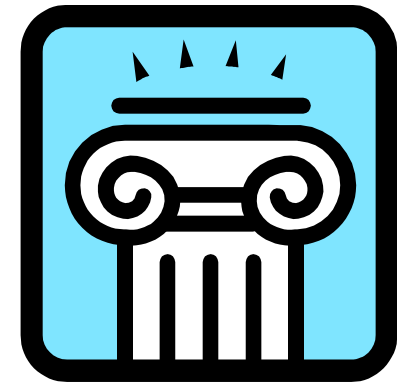
Versorgung

z.B. Medizin. Rehab.



Förderung

z.B. berufliche Bildung



Sozialhilfe

z.B.
Eingliederungshilfen

Rehabilitation

Rehabilitation

SGB IX:

Rehabilitation und Teilhabe (RuT) 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 (bis 2020)

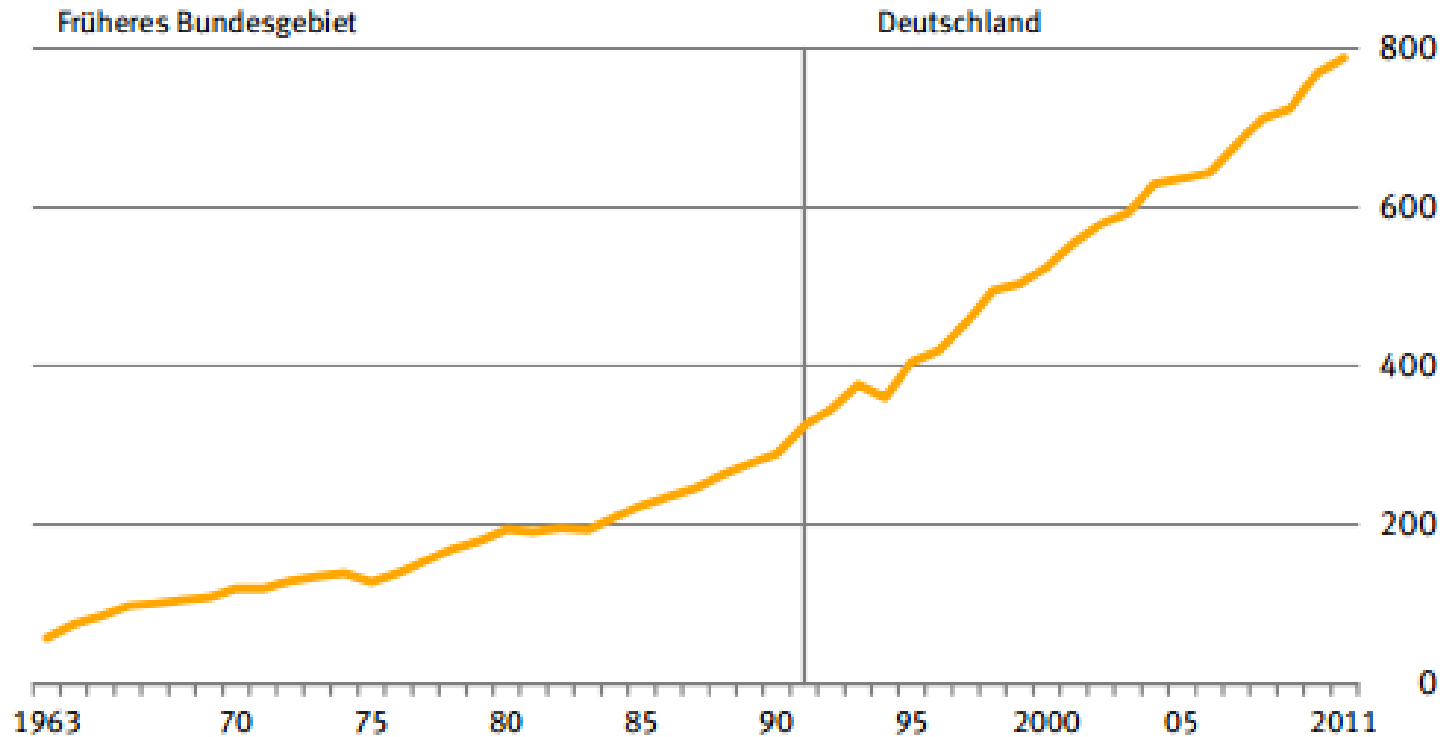
Kapitel 6 (§§ 53-60): **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen**

„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)

Entwicklung der Empfängerzahlen

Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in 1 000

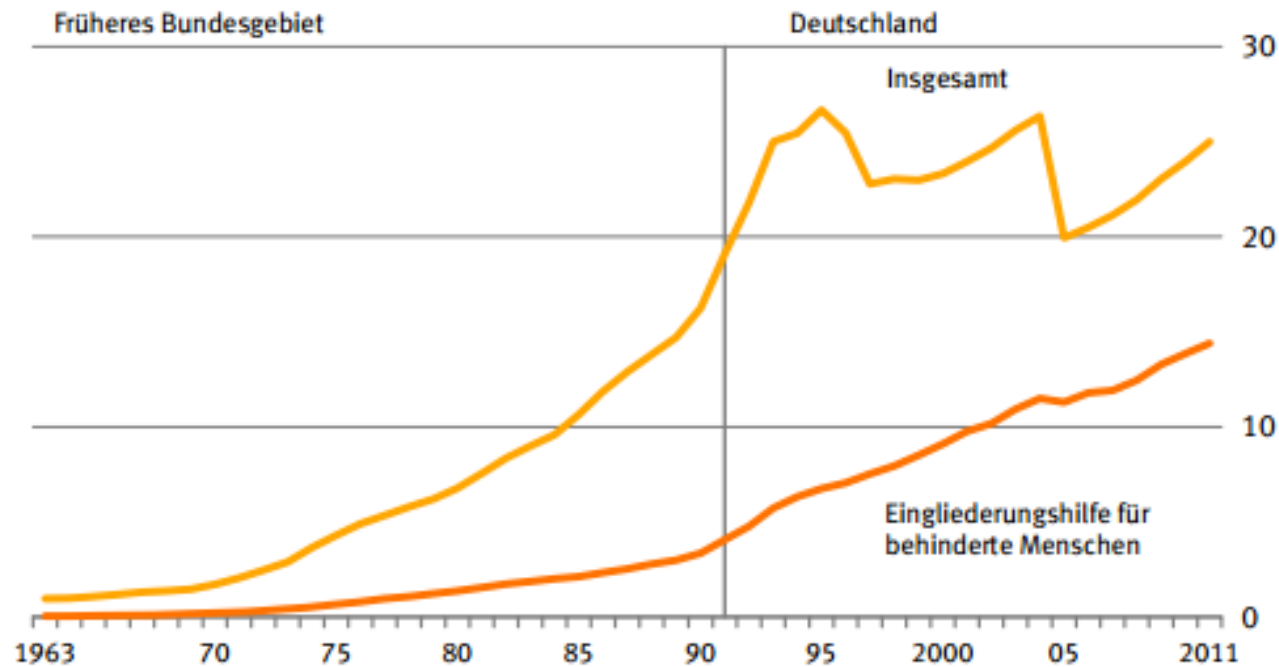


Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Statistik der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, S.6

2011: 114% mehr Hilfeempfänger als 1991

Entwicklung der Ausgaben

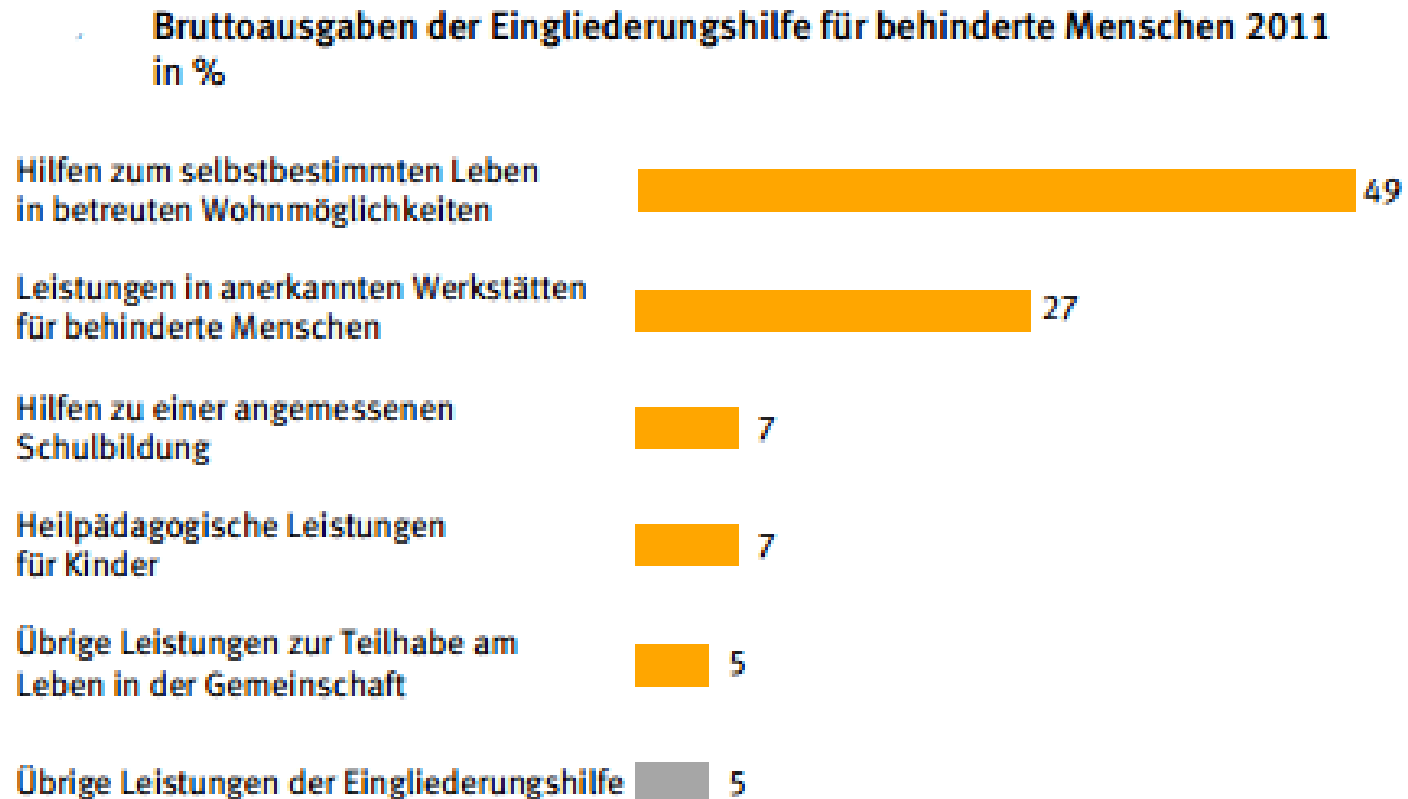
Abb 2 Bruttoausgaben der Sozialhilfe sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Mrd. EUR



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

- 2011: 254% mehr Ausgaben als 1991
- 2011: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen entsprechen 58% der Ausgaben für Sozialhilfe.

Ausgaben der Eingliederungshilfe 2011



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

Institutionalisierte Behindertenhilfe

- Gesetzliche Grundlagen: SGB IX, SGB XII
- **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: §53 und §54 des SGB XII → Leistungsgewährung**
 - Gehört/e zur Sozialhilfe (= größtes Ausgabenpaket) bis 2020
 - 2009: 13 Mrd. € (stetig steigend)
 - 2010: 770.000 Menschen
 - Stetige Ausdehnung des Personenkreises

Neuregelung im SGB IX-neu (BTHG 2016) ab 2020:

- Eingliederungshilfe wird in SGB IX (2. Teil) integriert.
- **Neu:** Trennung von Fach- und Existenzsichernden Leistungen der EGH (SGB XII Sozialhilfe, SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende)

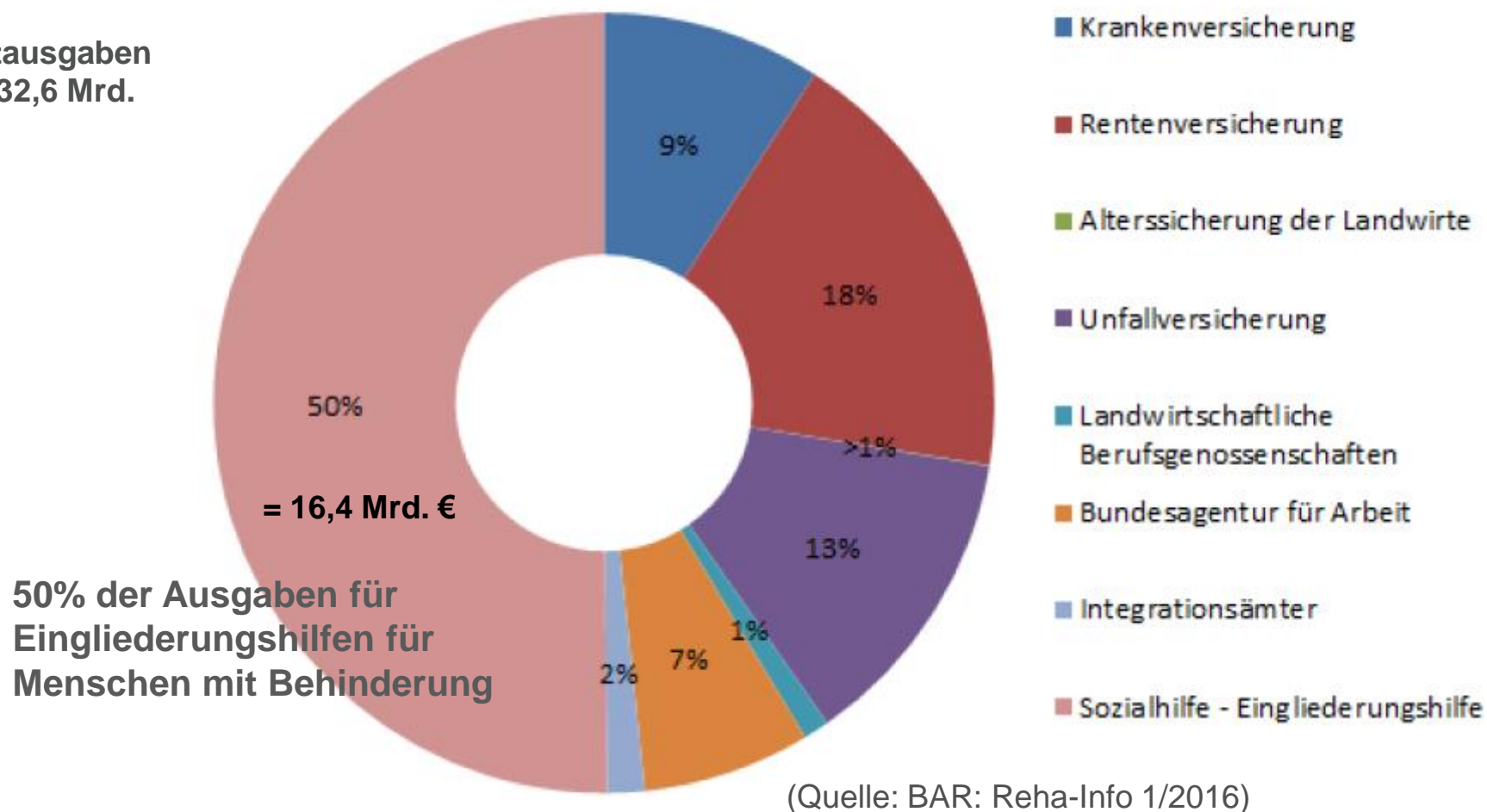
Rehaträger und ihre Leistungsbereiche bei der RuT von Menschen mit Behinderung

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			

M edizinische, b erufliche, u nterhaltssichernde und s oziale Teilhabeleistungen

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe nach Leistungsträger 2014

Gesamtausgaben
(2014): 32,6 Mrd.

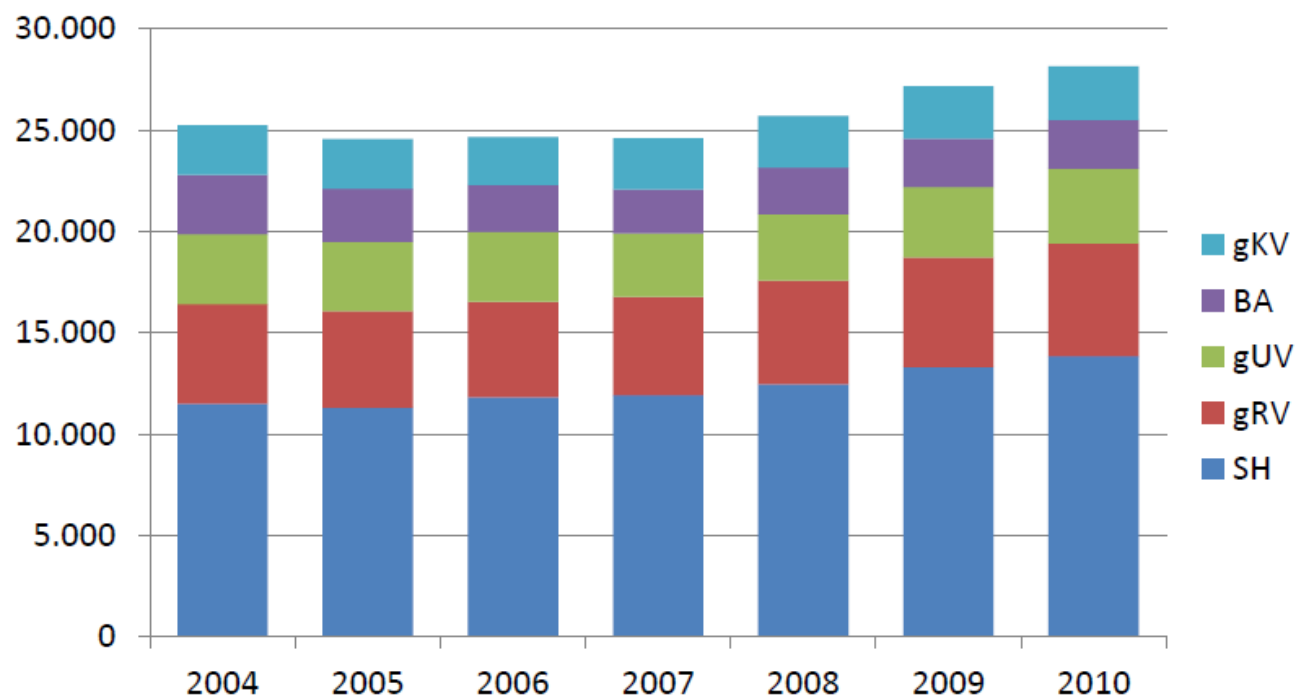


Stetiger Anstieg der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe seit 2004!

Zeitliche Entwicklung der Ausgaben für RuT

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

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



Leistungen zur Teilhabe

Wer ist zuständig für Leistungen zur Teilhabe?

- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger soziale Entschädigung / Versorgung
- Öffentliche Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- SGB VII
- SGB V
- SGB VII
- SGB III
- BVG
- SGB XIII
- SGB XII

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

- BTHG trat am 29. Dezember 2016 in Kraft
- Größte Reform des SGB IX → starker Bezug zur UN-BRK (2009)
- Stellt die Grundlage für ein leistungsfähiges Rehabilitations- und Teilhaberecht dar und soll dieses modernisieren
- Stufenweise Umsetzung bis 1. Januar 2023 (insgesamt 4 Stufen)
- **Hauptfokus:** Weiterentwicklung des Teilhaberechts & Reform der Eingliederungshilfe
- Sehr komplex

- Artikel 1: **Neufassung des SGB IX** in drei Teilen



- Änderungen in anderen Gesetzen:



Ausgewählte Änderungen (SGB IX-neu Teil 1)



- Neuer Behinderungsbegriff (UN-BRK → siehe Teilhabeberichte)
- Neue Leistungsgruppe „Teilhabe an Bildung“ → als Ergänzung zu Teilhabeleistungen zur medizin. Reha, Teilhabe am Arbeitsleben etc.
- **Ziel:** gleichberechtigter Zugang zum allgemeinen Bildungssystem (überwiegend durch kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel)
- Leistungsgruppe „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ wird umbenannt → **„Leistung zur sozialen Teilhabe“** (erstmalig wortwörtlich im Leistungskatalog benannt)
- **Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation (§11 SGB IX-neu):** Umsetzung von Modellvorhaben durch Jobcenter (SGB II) und Rentenversicherung (SGB VI), um drohender Behinderung oder Erwebsminderung entgegenzuwirken
- Frühzeitige Bedarfserkennung (§12 SGB IX-neu) durch Reha-Träger
- Neue Beratungsstrukturen: Abschaffung „Gemeinsame Servicestellen“
- → Etablierung von „Ansprechstellen“ bei allen Reha-Trägern (inkl. Info-Material)

Fortsetzung

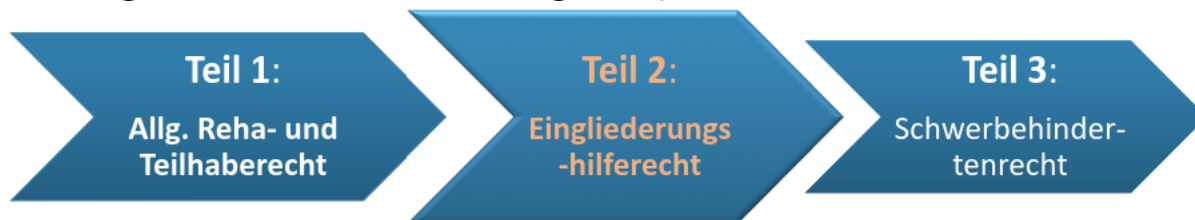
Der Leistende Reha-Träger in einer neuen Rolle:

- Kernbereich des BTHG: Antrags- und Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren
- Künftig genügt ein einziger Antrag aus, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Reha-Trägern zu erhalten
- Ab 01.01.2018: §14 SGB IX-neu: ein sog. „**leistender Reha-Träger**“ → zuständig für Koordination der Leistungen und verantwortlich ggüber Antragsteller → Erhöhung der Verantwortlichkeit
- Aufgabe des Reha-Trägers: Verbindliches **Teilhabeplanverfahren** (§19-23 SGB IX-neu) – unter Einbezug anderer Reha-Träger
- „**Turbo-Klärung**“: Dritter Reha-Träger muss binnen 3 Wochen über Antrag entscheiden
- **Vorteil**: Verantwortung „aus einer Hand“ (auch bei mehreren Reha-Trägern“, §15 Abs. 2, SGB IX-neu)

Budget für Arbeit:

- Bessere Möglichkeiten, u. a. auf allgemeinem Arbeitsmarkt als Alternative zur WfbM
- Lohnkostenzuschuss für AG als Ausgleich für Leistungsminderung (max. 75% des Arbeitsentgelts bzw. 1.190€)

Ausgewählte Änderungen (SGB IX-neu Teil 2 – Eingliederungshilfen)



Eingliederungshilfen:

- Ca. 700.000 Menschen beziehen EGH
- Bis 2020: Herauslösung der EGH aus dem SGB XII (Sozialhilfe) → wird in SGB IX als 2. Teil integriert
- Orientierung der EGH nicht mehr so sehr einrichtungsbezogen → stärkere Personenzentrierung durch Orientierung am individuellen Bedarf
- Trennung von Fach und Existenzsichernden Leistungen: EGH konzentrieren sich künftig auf reine Fachleistungen (z. B. Assistenzleistungen, Leistungen zur Mobilität)
- SGB XII (Sozialhilfe) und SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) erbringen nun Leistungen zum Unterhalt.

Einkommen und Vermögen: Einkommensfreibetrag für berufstätige Menschen mit Behinderung. Vermögensfreibetrag wird erhöht

Gesamtplanung:

- §117 ff. **SGB IX-neu: Gesamtplanverfahren** (Träger der EGH sind verpflichtet einen Gesamtplan zu erstellen)
- Verknüpfung des Gesamtplans der EGH mit Teilhabeplan (trägerübergreifen)

Wirksamkeit von Interventionen der Rehabilitation und Teilhabe?!

„Teilhabeleistungen werden noch immer nicht so zeitnah und passgenau erbracht, wie es Geist und Buchstabe des SGB IX fordern.“

(Olaf Scholz, Bundesminister Arbeit und Soziales)

Wunsch- und Wahlrecht

Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

„Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen **Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen**.“

Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten **möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung**.“

(§ 9 SGB IX)

Yvonne Gersch: Meine Geschichte



„Ich wusste gleich, dass ein Pflegedienst auf die Dauer nichts für mich war. Aber solche Gedanken konnte ich mir damals nicht leisten, denn ich hatte keine andere Wahl. (...)“

„Nach einigen Wochen war dieses System für mich die Hölle, denn ich war ganz und gar nicht flexibel; und ich war höchst unterversorgt.“

„Es ist etwas ganz Furchtbares, sich von jemand helfen lassen zu müssen, den man nicht mag.“

„Aber das Schlimmste war für mich doch, dass ich abends meistens zwischen halb acht und halb neun ins Bett musste, als sechszwanzigjährige Studentin!“

Fallbeispiel: „Passgenaue Hilfen?“

Yvonne Gersch: Meine Geschichte



Welche Schwierigkeiten/Nachteile beschreibt Frau Gersch bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen?

Gibt es in Deutschland eine gesetzlich verankerte Form der Leistungserbringung, die eine individuelle Unterstützungsleistung nach Maß ermöglicht?

→ Ja, das Persönliche Budget!

Lese- und Diskussionsaufgabe

Seit dem 1. Januar 2008 gibt es für Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf das **Persönliche Budget**.

Fragestellungen:

- Was ist das Persönliche Budget?
- Was sind Grundidee und Zielsetzung eines Persönlichen Budgets?
- Was sind Vor- und Nachteile des Persönlichen Budgets?
- Welche Missstände lassen sich in der Umsetzung des Persönlichen Budgets feststellen?

→ Bitte lesen Sie die beiden Texte und besprechen Sie die o. g. Fragen mit Ihrem Nachbarn bzw. Ihrer Nachbarin!

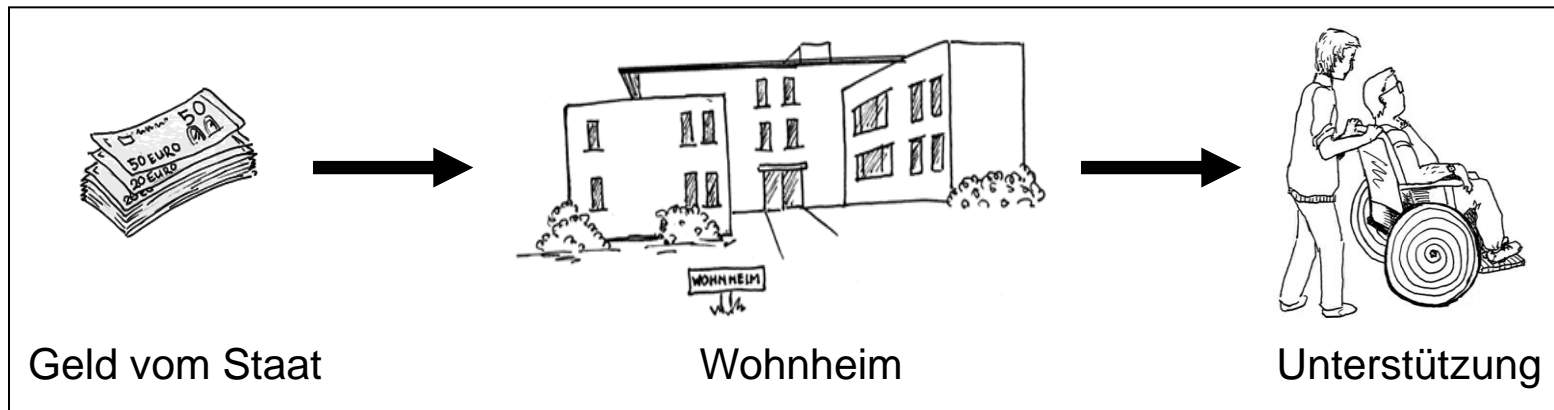
- Trendel (2015): Persönliches Budget
- Schneider (2010): Das Persönliche Budget gefangen im Netz der Angebotszentrierung.

Zeit: 30 Min.



Sachleistungsprinzip in der Behindertenhilfe

Vor der Einführung bzw. ohne PB:



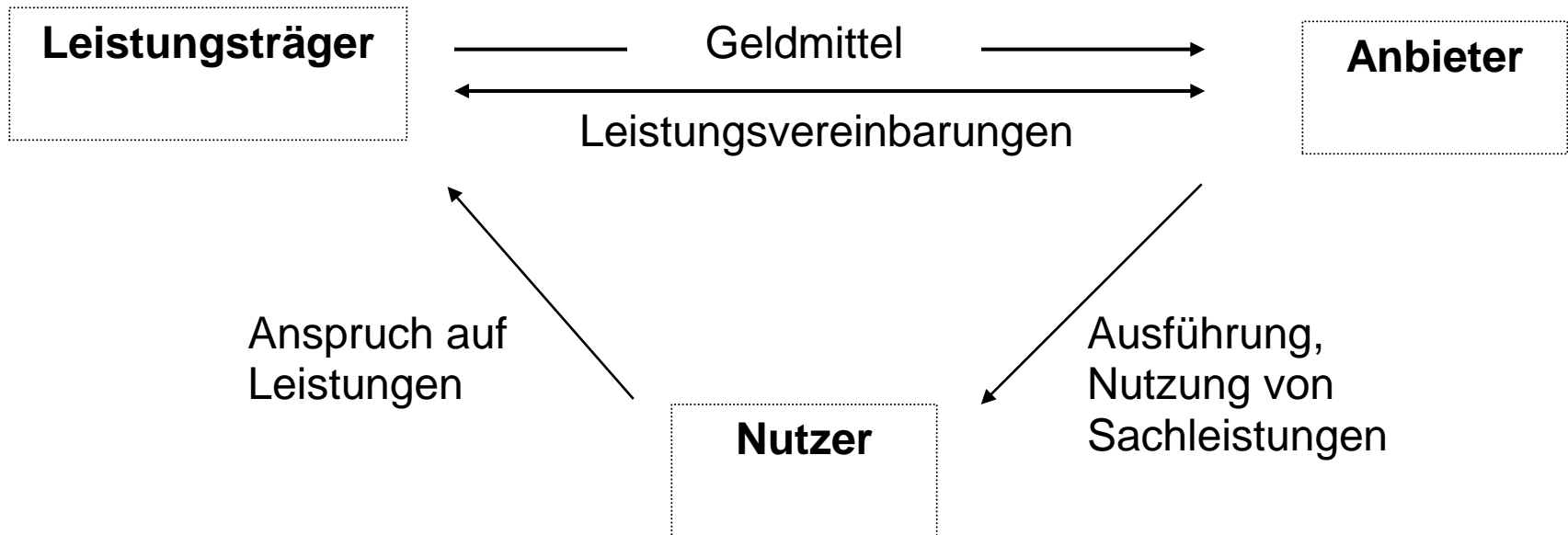
Der Staat bezahlt Geld für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung.

Dieses Geld bekommen die Wohnheime.

Damit bezahlen die Wohnheime die Hilfen für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Sachleistungsprinzip

„Leistungsdreieck“



Individuell passende Hilfen

Individuell passende Hilfen

„Aufgrund meiner speziellen Einschränkung musste ich ein eigenes Konzept ausdenken, da es kein entsprechendes Angebot auf dem sozialen Markt gab.“

Um möglichst selbständig leben zu können, brauche ich eine auf mich zugeschnittene Lösung.“

Individuell passende Hilfen

Individuell passende Hilfen

Zeitlich flexible Hilfen

*„nicht von Dienstplänen
abhängig sein“*

*„nicht immer um 22 Uhr
ins Bett gehen müssen“*

Individuell passende Hilfen

individuell passende Hilfen

zeitlich flexible Hilfen

sozial flexible Hilfen

*„Eben weil ich mir selbst Personen
suchen könnte, wo ich dann auch
ein gutes Gefühl hätte“*

„es müssen Frauen sein“

Ernstfall „Kundenorientierung“



Persönliches Budget

„Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.“ (17 Abs. 2 SGB IX)

Modellerprobung bis 31. Dezember 2007

Rechtsanspruch seit 1. Januar 2008

Ohne das Persönliche Budget (Sachleistung):



Geld vom Staat



Anbieter
(z.B. Wohnheim)



Unterstützung

Mit einem Persönlichen Budget (Geldleistung):



Geld vom Staat



Person



Unterstützung

Wozu soll das Persönliche Budget dienen?

... als Steuerungsinstrument



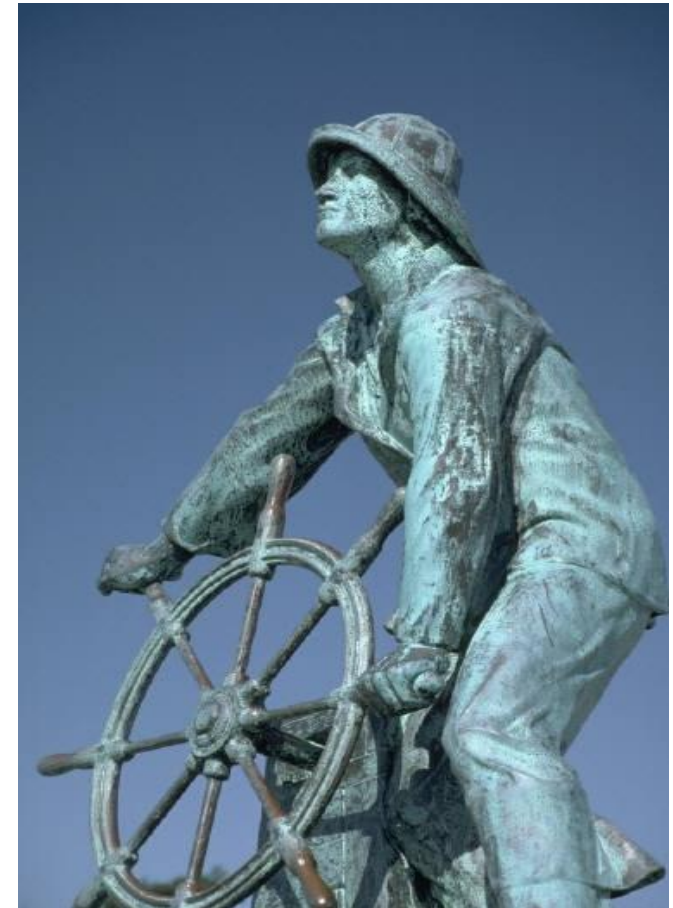
Menschen mit Behinderung sollen selbst das Steuer für ihre Lebensführung in die Hand bekommen.



Budgetnehmer in die Lage versetzen, Einfluss zu nehmen auf:

1. die **Art** (was?)
2. das **Ausmaß** (wie oft und wie viel?)
3. die **Ausführung** (wann, wie und wer?) von Unterstützungsleistungen.

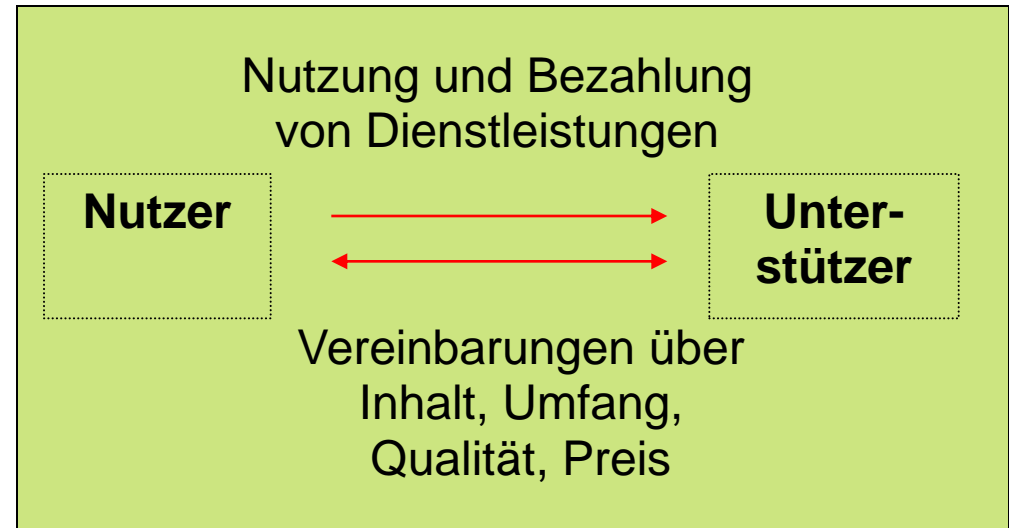
→ zur Ermöglichung einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe



Ernstfall „Kundenorientierung“

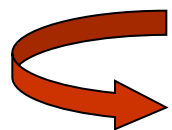


Persönliches Budget



Wer kann das Persönliche Budget nutzen?

... grundsätzlich alle Menschen mit einem rechtlichen Unterstützungsanspruch unabhängig von Art, Ausmaß und Schwere der Behinderung



„Budgetfähigkeit“ ist keine Eigenschaft des Individuums, sondern abhängig von Art und Ausmaß der Unterstützungsleistungen.

Ziele des Persönlichen Budgets

- Grundlegender **Paradigmenwechsel** durch Einführung des PB
→ **weg vom „Fürsorgegedanken“ – hin zur Inklusion und Teilhabe**
- MmB nicht länger als Objekte wohlfahrtsstaatlich standardisierter Leistungen
 - Anerkennung der **Expertenrolle**
 - Förderung der **Subjektstellung**
 - **Personen- und bedarfszentrierte Unterstützung**
 - Unterstützung einer **selbstbestimmten Lebensführung**
 - Unterstützung der **Eigenverantwortlichkeit** für die Bewältigung von Lebenslagen
 - Minderung bzw. **Beseitigung von Ausgrenzungsrisiken**
 - Verwirklichung der **umfassenden Teilhabe** von MmB am Leben der Gesellschaft

(Quelle: Trendel 2015, S. 12)

**„Wie man sich früher auf
Weihnachten gefreut hat, so ist
das mit dem **Persönlichen Budget**:**

**Alles, was man sich wünscht,
kriegt man natürlich nicht, aber
viele ist doch dabei.“**

Fazit: Probleme bei der Umsetzung des PB

- Angebotszentrierung statt Personenzentrierung
- häufig **zweifelhafte Handhabung des PB** durch verschiedene Leistungsträger und/oder Leistungserbringer:
 - Zweckbindung
 - Fachkraftquote
 - Abtretungserklärung
 - Nachweispflicht
 - Zielvereinbarung



Notwendigkeit:

- Umdenkprozess weiter vorantreiben
- Forderung nach zunehmender **Kundenorientierung/Personenzentrierung** durch Leistungserbringer

(Quelle: Schneider 2010, Das Persönliche Budget gefangen im Netz der Angebotszentrierung, Teilhabe 4/2010, S. 179-180).



Darf ich abkassieren?

1x Teilnahme am
Ausflug: 10 Euro
1 Gespräch: 30 Euro
1x getröstet: 15 Euro

...



Neue Rolle – neues Verhältnis

Mit Verlaub,
Sir ...



... Sie sollten mal
wieder duschen.

Beziehungsarbeit??



Weiterbildungsmodul: „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Modulschwerpunkt: „Grundlagen der Teilhabe“

Universität Osnabrück

8. September 2018

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Teilhabe an Gesundheit

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

...

Artikel 9: Zugänglichkeit und Barrierefreiheit

...

Artikel 25: Gesundheit

Artikel 26: Habilitation und Rehabilitation

...

Aufgabe

Bitte lesen Sie die drei Artikel der UN-BRK!

Fragestellung: Was sind Kernelemente? Was ist ggf. kritisch zu betrachten?

→ Machen Sie sich bitte Stichworte und tauschen Sie sich mit dem/der NachbarIn aus!

Zeit: ca. 20 Min.

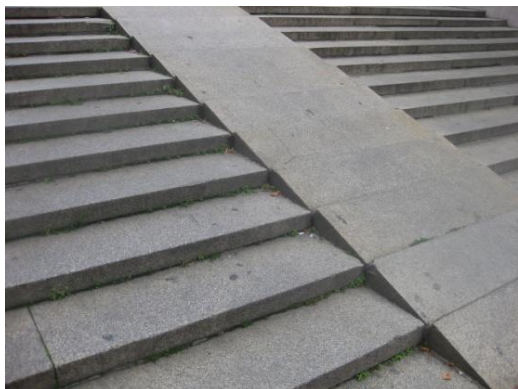
Die Gesundheit von MmB in der UN-BRK



- 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 gemeindenahе Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme gefordert.

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.

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

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.“

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)

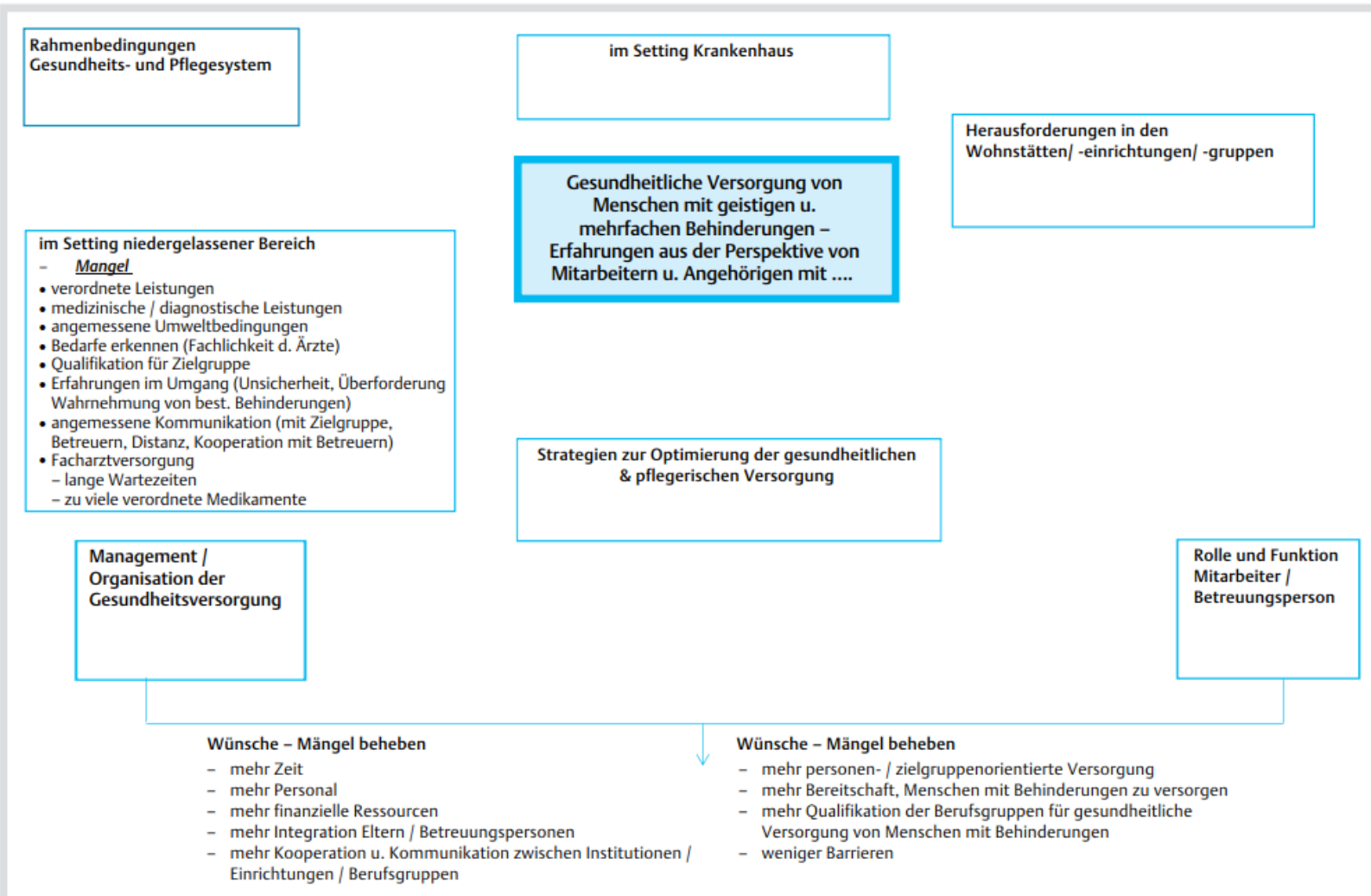


Abb. 1 Kategorienmaterial: Überwiegend negative Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Unterkategorien wegen Komplexität der Gesamtergebnisse der Studie nur für Kategorie „niedergelassener Bereich“ dargestellt).

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

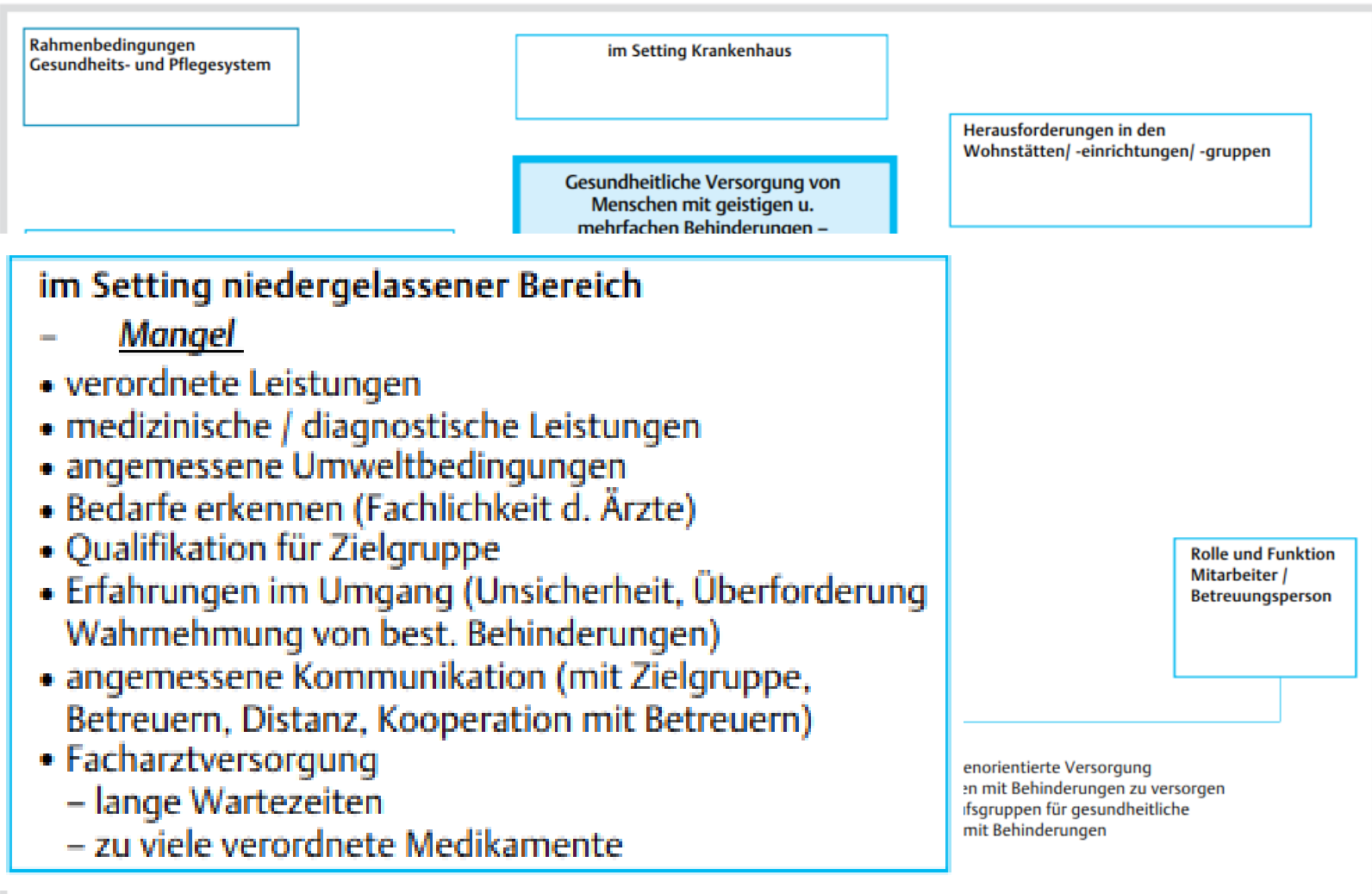


Abb. 1 Kategorienmaterial: Überwiegend negative Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Unterkategorien wegen Komplexität der Gesamtergebnisse der Studie nur für Kategorie „niedergelassener Bereich“ dargestellt).

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

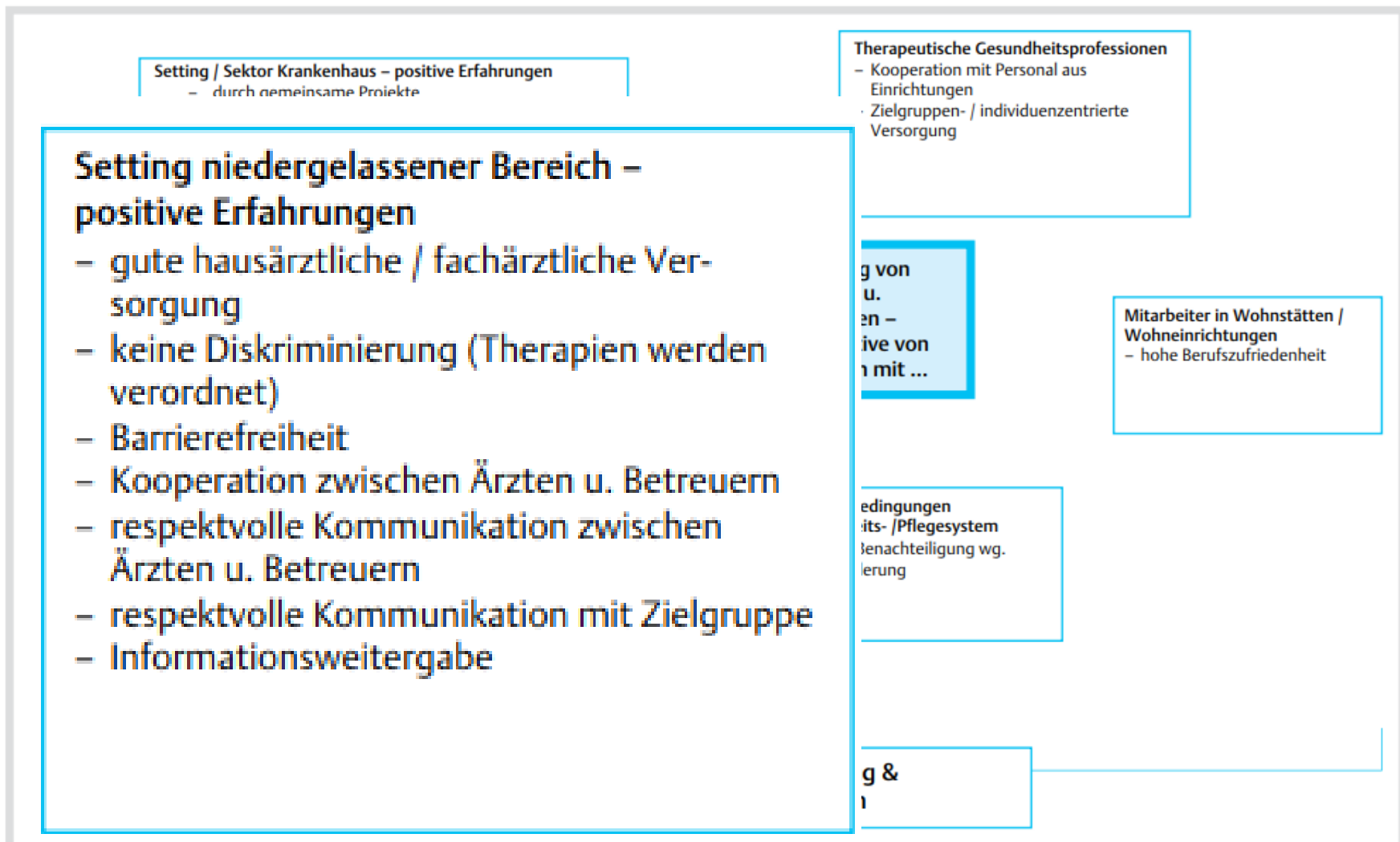


Abb. 2 Kategorienmaterial: Positive Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen.

Studie in Hamburg: Defizite in der Versorgung



MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

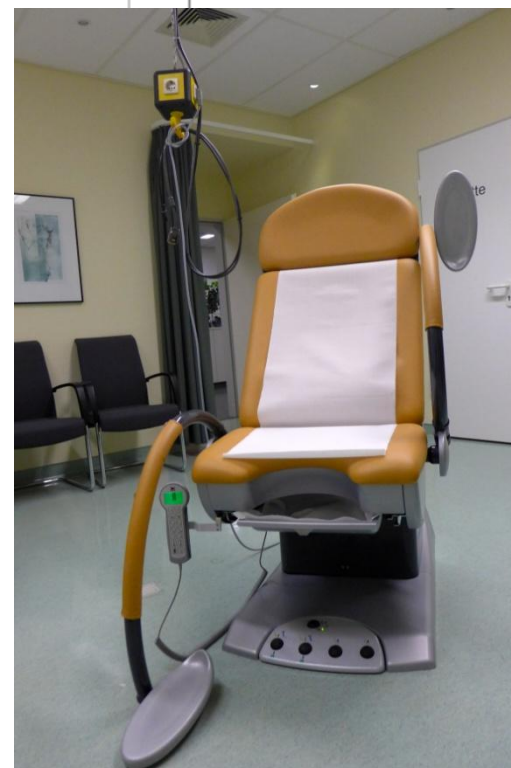
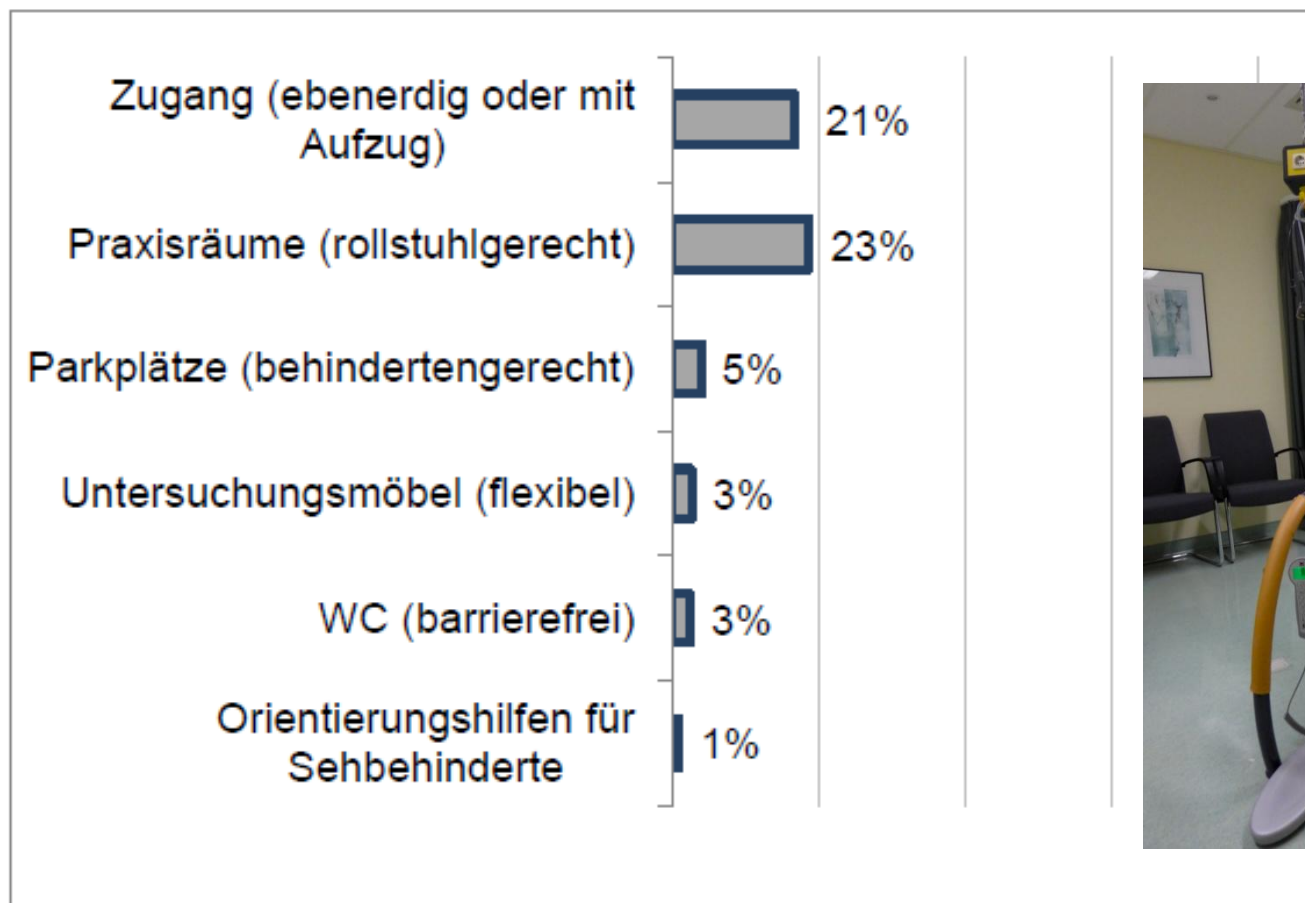
Defizite in der Versorgung

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 79: Barrierefreiheit von Arzt- psychotherapeutischen Praxen



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

Bauliche Barrierefreiheit von Arztpraxen

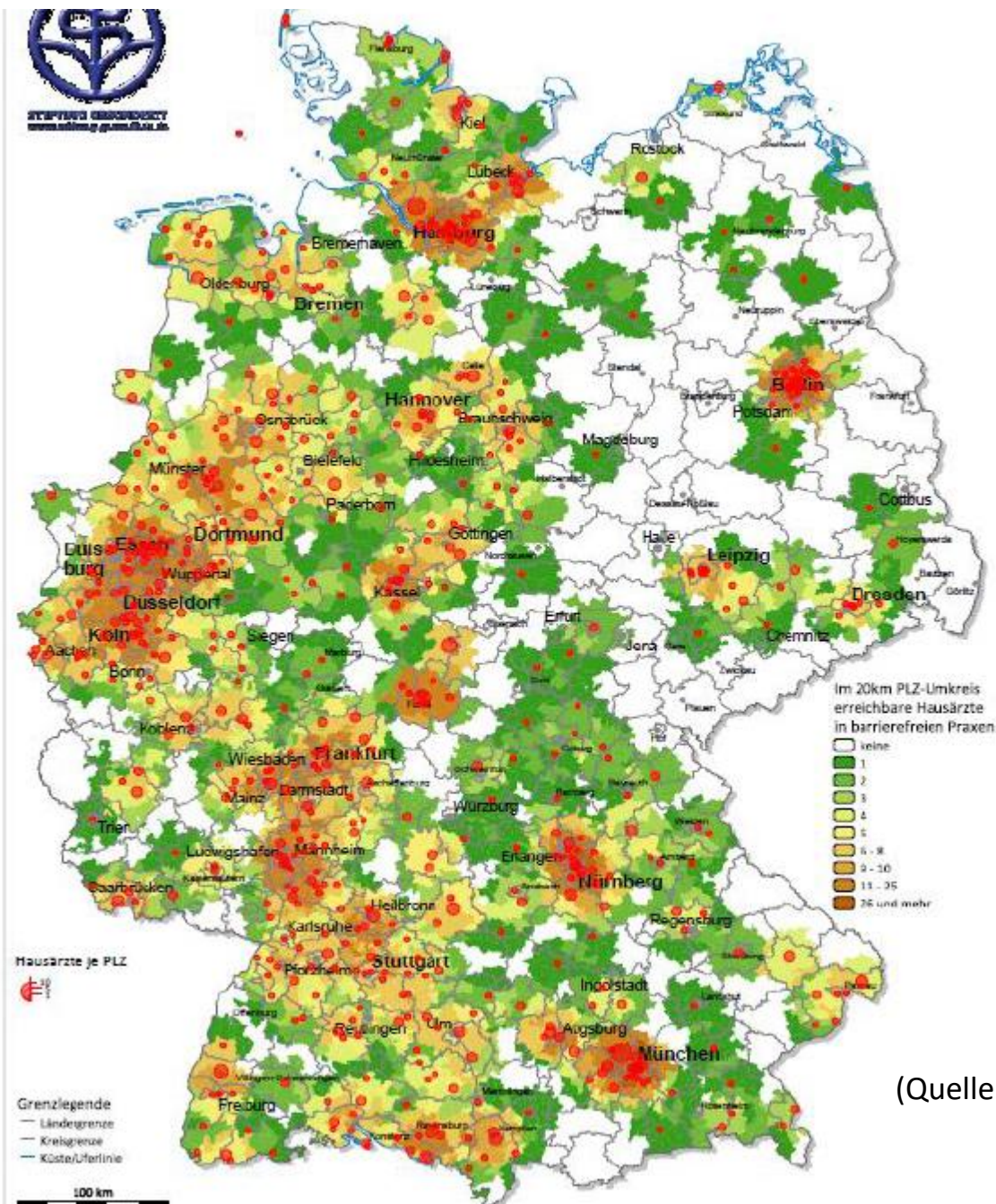
Tabelle 4-52: Anteile von Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen

Fachrichtungen	Anzahl erfasster Praxen	Anteil der Praxen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen				
		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	15%	15%	2%	1%	4%
Psychiatrie und Psychotherapie	27.792	17%	15%	2%	1%	0%
Innere Medizin	19.832	29%	28%	6%	4%	3%
Frauenheilkunde	9.510	33%	25%	5%	3%	4%
Kinder- und Jugendmedizin	5.937	28%	27%	6%	3%	1%
Kinder- / Jugendpsychologie	5.870	16%	14%	2%	1%	1%
Augenheilkunde	5.145	26%	25%	5%	3%	5%
Neurologie	4.623	28%	28%	5%	4%	2%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.831	33%	31%	8%	4%	7%
Hautkrankheiten	3.467	30%	27%	6%	3%	6%
Urologie	2.606	34%	33%	9%	6%	7%
Radiologie	2.563	37%	38%	9%	7%	6%
Rehabilitative Medizin	811	32%	32%	7%	6%	6%

Gut 5% aller Allgemeinarztpraxen in Deutschland haben rollstuhlgerechte Praxisräume!

Quelle: Sonderauswertung Arztauskunft der Stiftung Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013: 201)



Erreichbarkeit von räumlich barrierefreien Hausarztpraxen

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

(Quelle: Bundesteilhabebericht 2016, S. 316)

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)

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!

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



- 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).

BRK-Allianz (Hg.)

Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen
zur UN-Behindertenrechtskonvention

In Kooperation mit der

Aktion
MENSCH

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

mit Prof. Dr. med. Michael Seidel, Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel, regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel

„Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“

Michael Seidel erläutert, wie er sich Barrierefreiheit vorstellt und welche Defizite in der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit Behinderung behoben werden müssen.

Herr Prof. Seidel, ärztliche und zahnärztliche Spitzenorganisationen möchten mit einer Veranstaltung am 9. September für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisieren. Was liegt Ihrer Ansicht nach da noch im Argen?

Seidel: Ich freue mich sehr, dass es auf dieser hohen Ebene zum Bündnis der vier Organisationen gekommen ist. Das symbolisiert deutlich, dass es auf dem Weg zu einer barrierefreien Gesundheitsversorgung

viele Baustellen gibt, die keine Organisation allein bewältigen kann. Das werden immer abgestimmte, komplexe Vorgehensweisen sein müssen. Mir liegt daran, darauf hinzuweisen, dass der Begriff der Barriere nicht ausschließlich auf die bauliche Seite bezogen werden darf. Die Frage der Barriere beziehungsweise der Barrierefreiheit beginnt vielmehr bei einer offenen und wertschätzenden Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen. Es geht dann weiter über Fachwissen und Handlungs- und kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, über organisatorische Abläufe in Praxen und Kliniken. Und es geht dann schließlich bis zur Frage der baulichen Ausstattung von Versorgungsangeboten.

Worin liegt denn der besondere Versorgungsbedarf für Menschen mit Behinderung?

Seidel: Wir müssen das weite Feld der Behinderung etwas systematisieren. Es gibt Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, Menschen mit Behinderungen im Bereich der Motorik, Menschen mit Behinderungen im intellektuellen und mnestischen Bereich. Wir dürfen nicht nur an die Menschen mit einer angeborenen Behinderung denken, wir müssen auch diejenigen Menschen, die erst im Laufe ihres Lebens durch Krankheit oder Unfall

erworben haben, berücksichtigen. Es gibt also auch eine große Schnittmenge zwischen den Menschen mit Behinderung und den Menschen, die als pflegebedürftig beschrieben werden.

Was fordern Sie von der Politik?

Seidel: Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen haben in den letzten Jahren bereits die Verankerung im § 2 a SGB V erreicht, der besagt, dass bei der Gesundheitsversorgung die Belange von behinderten Menschen besonders berücksichtigt werden müssen. Das, was die UN-Behindertenkonvention von 2007 verlangt, war damit eigentlich schon verbindliches Recht geworden. Wenn man nun weiterschauen muss man zwei zentrale Forderungen nennen: Die Gesetzgebung zu Gesundheits- und Sozialbereich sollte daraufhin überprüft werden, ob sie Menschen mit Behinderung im Wege steht oder ob sie diese unterstützt. Außerdem wünschen wir uns als Fachverbände und als Ärztinnen und Ärzte, die für Menschen mit Behinderungen arbeiten, endlich die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, die für erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung spezielle ambulante tätige und interdisziplinär zusammengesetzte multidisziplinäre Zentren etabliert werden können. Wenn behinderte oder vormalig behinderte Kinder er



Michael Seidel ist Ärztlicher Direktor im Stiftungsbereich Bethel, regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Seit Jahren setzt er sich für die Belange von Menschen mit Behinderung und für Verbesserungen im Gesundheitssystem ein.

(Quelle: Seidel 2013. Deutsches Ärzteblatt, 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, finanziell-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).

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/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/112-daet-2009/punkt-iv/1-gesundheit-und-soziale-teilhabe/>)

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 gewähren.
- Reaktion des Gesetzgebers: GKV-Versorgungsstrukturgesetz (§119c SGB V): Einrichtung von **Medizinische Zentren für Erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB)** als Folgeeinrichtung der SPZ.

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 beklagte Versorgungslücke.

§ 119 c SGB V

Medizinische Behandlungszentren

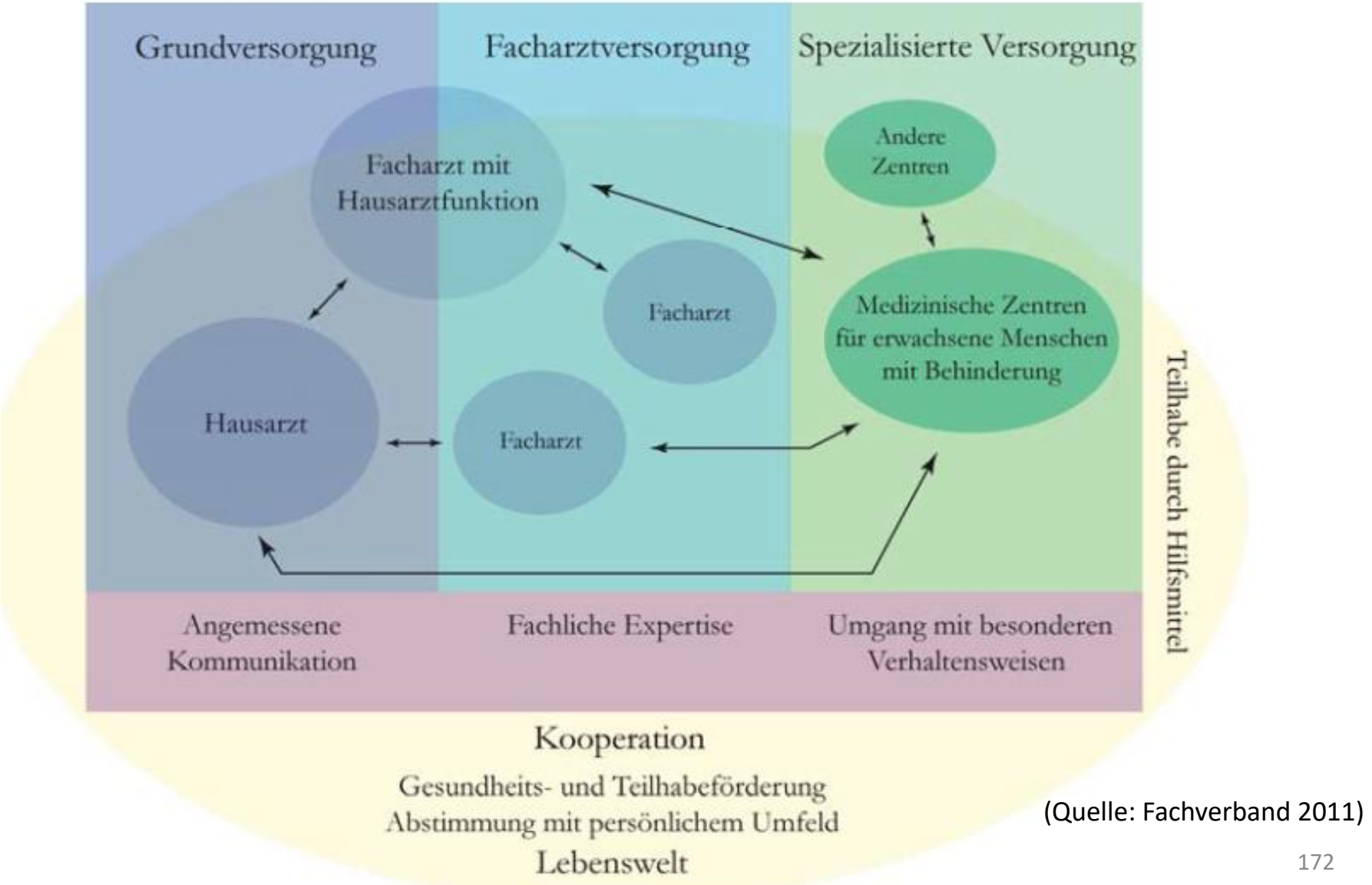
(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung 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.

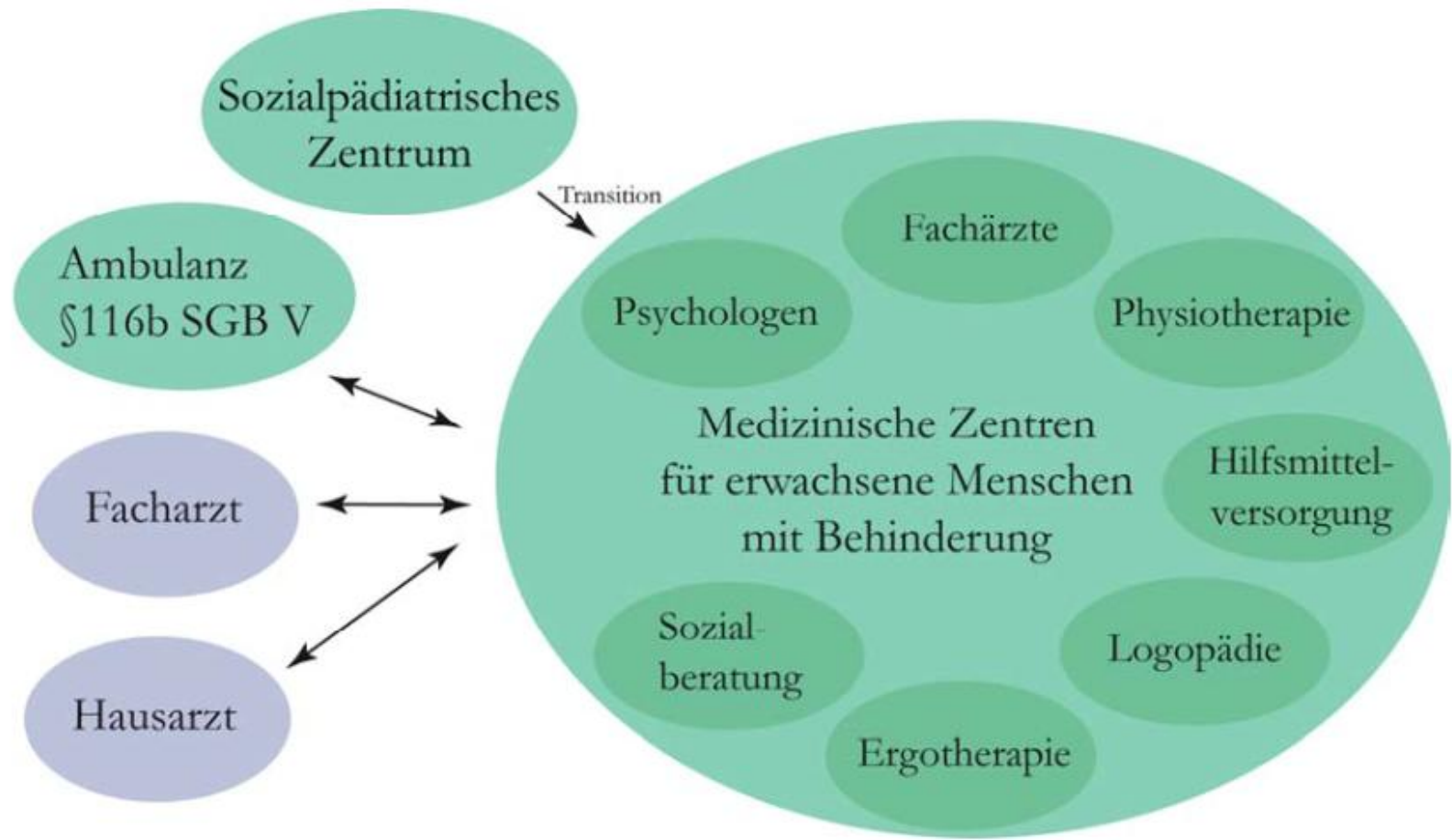
(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden 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



(Quelle: Fachverband 2011)

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

Die 10 Gebote der Barrierefreiheit

Welche Gebote werden genannt?

(Handouts)



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

(Quelle: WHO 2016, S. 59)

Bereich	Herausforderungen	Vorgeschlagene Maßnahmen
Internet	<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 verbessern 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"> Ansagen sorgfältig formulieren und testen Orientierungshilfen und Weiterbildungen anbieten Für oft gestellte Fragen ein Script 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 beschriftet 	<ul style="list-style-type: none"> Einweisungen und Schulungen in Bezug auf leicht verständliche Sprache anbieten Orientierungsbroschüren für Patienten und Angehörige bereitstellen Bei Neubauten die Beschilderung nicht nur dem Baupersonal überlassen Personal als Botschafter ansehen 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 verständlicher Sprache weiterbilden

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](http://www.barrierefreiheit.de/bgg_barrierefreiheit.html))

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.

• **95%** aller Beeinträchtigungen treten erst im Verlauf des Lebens auf, die meisten im Alter.

• Schon **87%** der Kinder mit Beeinträchtigungen besuchen einen allgemeinen Kindergarten.

• Nur **22%** aller Schulkinder mit sonderpädagogischer Förderung besuchen eine allgemeine Schule.

• Nur jede **5.** Arztpraxis hat rollstuhlgerechte Räume.



• **60%** aller Erwachsenen mit sog. geistigen Behinderungen leben noch im Elternhaus.

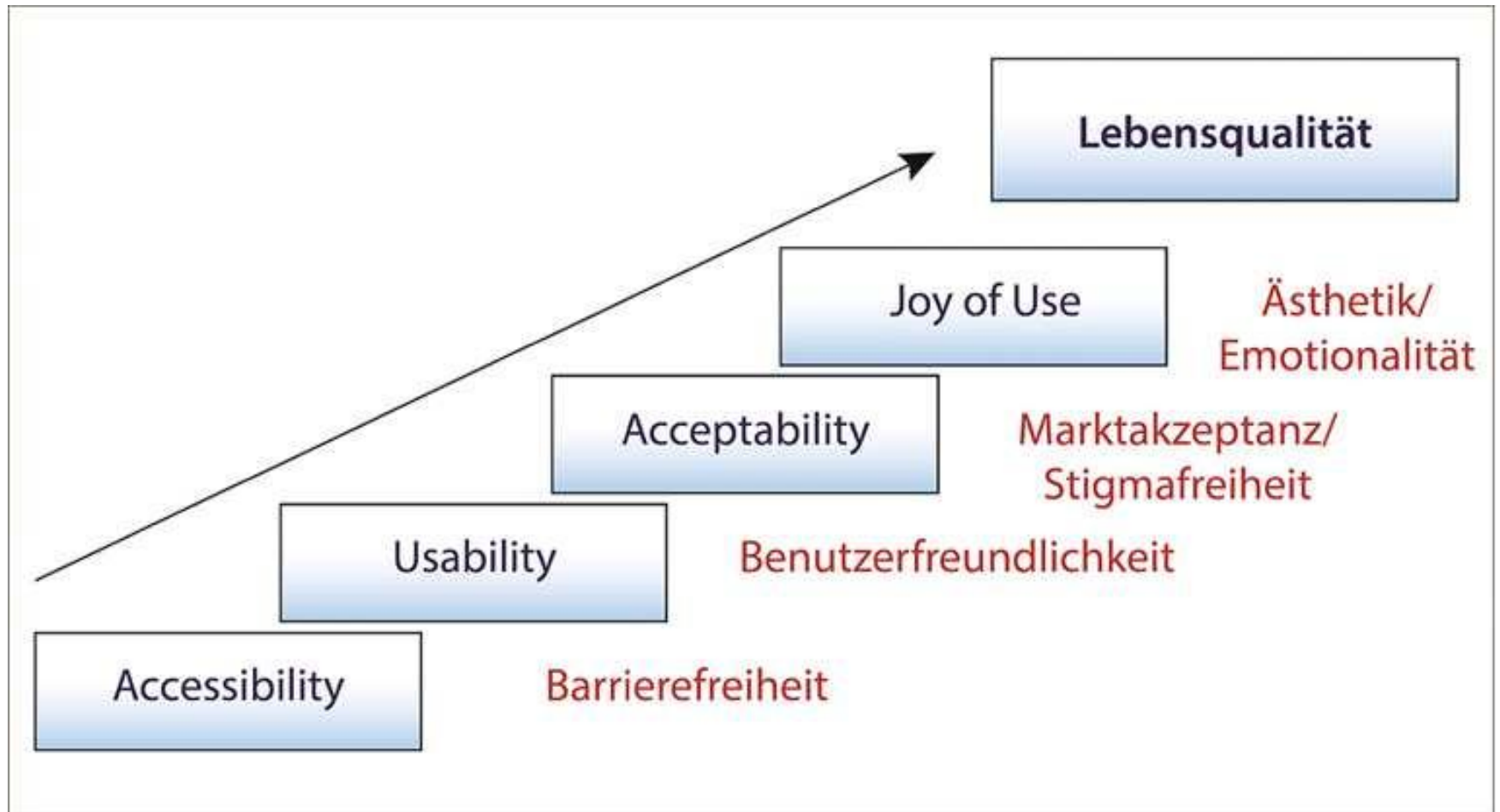
• Nur **58%** der Menschen mit Beeinträchtigung im erwerbsfähigen Alter sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt.

• Nur **33%** der Menschen mit Behinderungen treffen sich in ihrer Freizeit mit anderen.

Inklusion und Teilhabe durch barrierefreies „Design für alle“



Barrierefreiheit zur Routine machen: Teilhabe und Lebensqualität erhöhen



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:

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda

E-Mail: katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de

Web: https://www.hs-fulda.de/pflege-und-gesundheit/ueber-uns/professuren/details/person/prof-dr-katharina-rathmann-2065/contactBox/?no_cache=1&cHash=7a175f52728e5bff1ca5d473eb95486b

Web (privat): www.katharinarathmann.de



Weiterführende Literatur und Weblinks

- Aktion Mensch: Barrierefreiheit. <https://www.aktion-mensch.de/themen-informieren-und-diskutieren/barrierefreiheit.html>
- BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016). ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen. 2. Aufl. Frankfurt a. M.
- Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit. http://www.barrierefreiheit.de/bgg_barrierefreiheit.html
- Barrierefreiheit in Praxisräumen: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf
- Budroni (2007). „Ich muss ins Krankenhaus, was nun?“, Qualitative und quantitative Untersuchung behinderter Menschen und Pflegepersonen. http://www.forsea.de/projekte/Krankenhaus/Dokumentation_ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf
- Bunderärztekammer (2009). <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/112-daet-2009/punkt-iv/1-gesundheit-und-soziale-teilhabe/>
- Bundesärztekammer (2013). Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-BRK aus der Sicht der Bundesärztekammer. In: GVG (2013): Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Ein Zwischenstand. Köln. http://vgg.org//cms/medium/195/schriftenreihe74_leseprobe.pdf
- DVfR (2014). Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/StN_F%C3%B6rderung_der_Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf
- Hasseler (2014). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Review Artikel. In: Dtsch Med Wochenschr 139:2030-2034
- Hasseler (2015). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorierenden Untersuchung mit dem Fokus auf defizitäre Erfahrungen. In: Die Rehabilitation 54:6:369-374
- Hasseler (2016). Gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Anforderungen und Herausforderungen. In: Teilhabe 55:2:71-77

Weiterführende Literatur und Weblinks

- Haveman, Stöppler (2014). Barrieren für eine inklusive medizinische Begleitung. In: ders. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer, S. 58-68.
- Informationen zum Thema www.gesundheitfuersleben.de
- Mielck (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler, Kiess, Schubert, Kiess, (Hrsg.). Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129-145.
- Positionspapier der Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011). http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/Gemeindenae_Gesundheitsversorgung.php?listLink=1
- Quenzel, Schaeffer (2016). Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Schmidt, Reker (2014). Partizipation und Teilhabe an Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift Erwachsenenbildung und Behinderung 02/2014, 26-32.
- Schülle (2016). Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung; Teil 1 – Empirische Erkenntnisse; Beitrag D33-2016 unter www.reha-recht.de; 25.08.2016.
- Seidel (2013). „Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (33-34), S. A1549-A1550.
- 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
- Teilhabebericht (2013). https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile
- Teilhabebericht (2016). http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Weber (2015). Umsetzung der UN-BRK in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Stand und Perspektiven. Sozialer Fortschritt 11/2015, S. 273–279.
- WHO (2016). Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Genf: WHO. https://aokbv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf

Arbeitsauftrag: Vertiefung „Grundlagen der Teilhabe“

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse zu den Grundlagen der Teilhabe zu vertiefen. Bitte beantworten Sie eine der u. g. Fragestellungen schriftlich unter Berücksichtigung relevanter Literatur (siehe Handreichungen und zur Verfügung gestellte Literatur). Der Umfang soll ca. 1 Seite in Fließtextform bemessen.

1. Bitte bearbeiten Sie folgende Aufgabenstellung zum Thema „Behinderung als soziales Problem“:

Die Ausgangsfrage lautet: „Ist Behinderung ein soziales Problem?“

- Ausgangsthese: *Behinderung ist kein soziales Problem, weil es ein individuelles Schicksal, also ein persönliches Problem ist!*

Ihre Aufgabe ist nun: Bitte überprüfen Sie anhand der drei u. g. Kriterien, ob es sich bei einer Behinderung um ein soziales Problem handelt und nennen Sie Gründe für Ihre Argumentation!

Zur Erinnerung eine kurze Definition sozialer Probleme:

- Bestimmte konkrete soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert werden können.
- Es findet Wahrnehmung, Benennung oder soziale Konstruktion von sozialen Problemen statt.
- Möglichkeit und Notwendigkeit von Veränderungen der Situation und die Entwicklung von Gegenmaßnahmen und Politik.

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragestellungen zum Thema „Teilhabe an Gesundheit“:

Welche Aspekte werden in der UN-BRK hinsichtlich der Gesundheit thematisiert (Art. 9, 25 und 26, s. Handouts) und welche Bedeutung haben diese für die Umsetzung der Teilhabe an Gesundheit allgemein und für Ihre Profession bzw. Ihr Tätigkeitsfeld? Welche Herausforderungen und Barrieren bestehen (nach wie vor) bei der Umsetzung der UN-BRK hinsichtlich der Teilhabe an Gesundheit in Deutschland? Was könnten, Ihrer Meinung nach, Förderfaktoren für die Umsetzung sein?

3. Bitte beantworten Sie folgende Fragestellung zum Thema „Selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung“:

Welche positiven und negativen Aspekte bringt die Einführung des Persönlichen Budgets für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung einerseits (Nutzerperspektive), und andererseits für Ihre Profession bzw. Ihr Tätigkeitsfeld mit sich (Perspektive der Leistungserbringenden)?

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Grundlagen der Teilhabe“ bis zum **30.09.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „1. Selbstlernphase“ („Nachbereitung: „Vertiefung Grundlagen der Teilhabe“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden. Bei inhaltlichen Fragen können Sie sich zusätzlich an die Dozentin Frau Prof. Dr. Katharina Rathmann, E-Mail katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de wende.

Arbeitsauftrag: „Entwicklung eines Fallbeispiels“

1. Bitte beschreiben Sie eine Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) aus der eigenen Praxis in der „üblichen“ sprachlichen Form. Die Beschreibung soll sich in der Form am Dokument „Herr S. - Zustandsbeschreibung“ (siehe Anlage) als Beispiel orientieren. Ihre Zustandsbeschreibung wird in Kombination mit den Inhalten der Veranstaltung Basis des Auftrags zur Nachbereitung sein.

Die aktuelle „ICD“ Systematik können Sie hier nachlesen: <http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM.html> Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Entwicklung eines Fallbeispiels“ bis zum **18.10.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „1. Selbstlernphase“ („Vorbereitung: „Entwicklung eines Fallbeispiels“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.

Herr S. - Zustandsbeschreibung

Herr J. S. ist ein stets freundlicher, 39-jähriger, normalgewichtiger Mann mit einem, dem Alter entsprechenden, körperlichen Entwicklungsstand und einer geistigen Behinderung (ICD F91). Er ist Brillenträger (ICD H54). Herr S. ist Epileptiker (ICD G40), hat aber seit 20 Jahren keinen Anfall mehr gehabt und ist medikamentös sehr gut eingestellt. Er hat einen Schwerbehindertenausweis mit einem zuerkannten Grad der Behinderung von 100% und den Merkzeichen G, B, H und RF.

Herr S. lebt seit Februar 2013 in den X-Wohnstätten in der Mühlenstraße 10-12. Er bewohnt ein Einzelzimmer, welches er nach seinem Geschmack mit Hilfe der Eltern mit passenden Möbeln eingerichtet und dekoriert hat. Seine Wohngruppe besteht aus insgesamt 14 altersgemischten Damen und Herren.

Herr S. ist durch sein Essverhalten normalgewichtig, da er gelernt hat, nach bestimmten Maßen beim täglichen Essen der Mahlzeiten aufzuhören. Bei außergewöhnlichen Mahlzeiten oder Festen hält Herr S. kein Maß und muss nach gewisser Zeit daran erinnert werden, mit dem Essen aufzuhören.

Herr S. lebt seit seinen Kindertagen in Y in seinem Elternhaus. Seine Eltern sind für ihn Bezugspersonen, die ihn stark prägen. Er hat eine sehr innige Beziehung zu seiner Mutter, der Abnabelungsprozess vom Elternhaus fällt ihm schwer. Die Eltern unterstützen ihn sehr in seinen täglichen Abläufen und motivieren ihn zu Aktivitäten. Daher besucht er in jeder freien Minute seine Eltern, die in kurzer Entfernung zur Wohnstätte wohnen.

Herr S. ist auch bei den Freunden der Eltern, die in der nahe gelegenen Innenstadt Geschäftshäuser betreiben, gut bekannt. Er kann diese auch alleine besuchen gehen, jedoch nur nach Aufforderung. Die bekannten kurzen Wege zwischen Elternhaus und Wohnstätte bewältigt er selbstständig.

Auf unbekanntem Wegen ist Herr S. unsicher und hat keinerlei Orientierungssinn. Auch nach für ihn aufreibenden Situationen kann es vorkommen, dass Herr S. die ihm sonst so bekannten Wege nicht wiederfindet und umherirrt. Herr S. ist in Konfliktsituationen bemüht, der Situation schnellstmöglich zu entfliehen, in dem er inhaltslose Worthülsen wie „...alles gut...“ oder „...ja...alles gut..., ist gut, ja?“ dem Konfliktpartner entgegenbringt, da er zu Diskussionen oder aktiven Konfliktlösungen nicht in der Lage ist und Stress unbedingt vermeiden möchte.

Herr S. benötigt eine feste Tagesstruktur, welche ihm Sicherheit gibt. Kleinste Veränderungen bringen ihn aus dem Konzept und verunsichern ihn.

Herr S. hat schon im Elternhaus gelernt, sich in der freien Zeit mit sportlichen Aktivitäten zu beschäftigen, so geht er nach einem wöchentlichen Plan gerne einen festen Weg joggen. Er geht auch regelmäßig mit seiner Mutter in den Sommermonaten in nahe gelegenen Gewässern schwimmen. Herr S. ist sportlich sehr interessiert und geht gerne auf bekannten Wegen, auch alleine joggen.

Am Abend sieht er in seinem Zimmer gerne fern. Herr S. nimmt sehr gerne an den angebotenen Ausflügen oder Urlaubsfahrten teil, des Weiteren besucht er regelmäßig mit anderen BewohnerInnen den Kochklub.

Er kann niemanden von seinen MitbewohnerInnen zu Freizeitaktivitäten gewinnen, da er mit seiner häufig lauten und distanzlosen, aber stets freundlichen Art, viele MitbewohnerInnen vor den Kopf stößt und dadurch eher abschreckt. So wird er von den meisten BewohnerInnen gemieden.

Herr S. geht jeden Tag in den M-Werkstätten zur Arbeit und ist dort in der Verpackungsgruppe tätig. Er ist des Lesens, Schreibens und Rechnens nicht mächtig, kann aber seinen Vornamen unter größter Konzentration schreiben.

Herr S. bewohnt seit zweieinhalb Jahren ein Einzelzimmer. Den Vorflur und das Bad teilt er sich mit einer Mitbewohnerin. Diese akzeptiert ihn, hat aber sonst keine gemeinsamen Interessen oder Berührungspunkte.

Herr S. scheint mit seiner Wohnsituation zufrieden und nutzt sein Zimmer, welches ihm eine gemütliche Atmosphäre bietet, gerne auch als Rückzugsraum.

Er kann in seinem Zimmer nach Aufforderung alleine Staubsaugen, meist jedoch nur auf einer Stelle. Er bezieht einmal wöchentlich mit viel Assistenz der PädagogInnen, sein Bett und wischt Staub und entleert den Mülleimer. Alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bereiten ihm große Schwierigkeiten, da sie ihm meist feinmotorisches Geschick abverlangen, welches Herr S. kaum einsetzen kann. Auch die Reihenfolge der Tätigkeiten beim Staubsaugen, Staubwischen, Bettenbeziehen, Sortieren der Wäsche oder das Entsorgung des Mülls bringt er durcheinander.

Die Einteilung seines ihm zur Verfügung stehenden Barbetrages erledigen die Eltern, welche ihn auch rechtlich betreuen. Herr S. hat in der Wohnstätte immer einen kleinen Betrag an Bargeld zur Verfügung.

Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen (ICHI)



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebis_reha@web.de

Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen (ICHI)

Katalog von „Aktionen“ zur Veränderung von Zuständen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und Zuständen ihrer Umwelt

Bezogen auf die ICF-Klassifikationen

- Aktivitäten / Partizipation [Teilhabe]
- Körperfunktionen und Körpersysteme
- Kontextfaktoren Person (Gesundheitsbezogenes Verhalten)
- Umwelt (Umweltfaktoren)



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebis_reha@web.de

ICHI - Entwicklung und Struktur

Ursprünglich: International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) [Chirurgie]

Deutschland: Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Heute: International Classification of Health Interventions (ICHI) orientiert an den ICF-Klassifikationen

Beta-Version in englisch

Endversion voraussichtlich 2019



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebis_reha@web.de

ICHI - Gesundheitsintervention

A health intervention is an activity performed for, with or on behalf of a person or a population whose purpose is to improve, assess or modify health, functioning or health conditions.

Eine Aktivität, ausgeführt für, mit oder im Auftrag einer Person oder einer Gruppe mit der Absicht, ihre Gesundheit, Funktionsfähigkeit oder Gesundheitsbedingungen zu verbessern, einzuschätzen, oder zu verändern



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebis_reha@web.de

health intervention

„Große Bandbreite: ärztliche Leistungen, Rehabilitation, Physiotherapie, Pflege, öffentliche Screening- und Vorbeugeprogramme (public health) u.a.“
(Hanser u. Zaiß 2013)

Medizinische Sicht! (Uni-Klinik Freiburg)

Ergänzung um nicht-medizinische Interventionen

(<http://www.who.int/classifications/ichi/en/>)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

AA Assessment: Evaluating a condition, situation, problem or body function to establish a diagnosis, identify appropriate treatment or follow up

AB Measurement: Quantitative determination of characteristics of body parts

AC Test: Performing a specific review or examination

DB alimentation: Administering nutritional requirements

ED creation: Designing and constructing

MG exercise: Assisting or leading physical motion or exertion



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

PA Education: Providing information in a manner conducive to improving the knowledge of an individual or group

PB counselling: Providing advice to a client that identifies health problems (or risks), encourages a change of client attitude or behaviour

PC training: Teaching new or different skills to assist a client or caregiver in overcoming a functional problem (participation restriction, activity limitation or impairment)

PD workforce development: Providing information as required to support the entry, or re-entry of an individual or group into the workforce



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

LH stimulation: Provoking or inciting a reaction by use of external factors or agents

SA provision: Providing goods and services for an improved environment provision

SB care giving: Providing personal care: the function is performed by someone else. Eg cleaning the home, paying bills, shopping when the person is unable to do so

SY personal assistance: Where the support person is assisting the person to perform a function, such as pushing a wheelchair, walking, giving physical support, guiding the performance of when a person is unable to do so unassisted or in a protective capacity



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

SE manufacturing: Creating assistive devices
SZ personal support: Where the support person is providing comfort, motivation or other emotional support
MA advocacy: Mediating or pleading in favour of a client
MC brockage: Delegating, managing or monitoring services or care on behalf of a client
MF documentation: Recording information about a patient
MK description: Recording information about a patient



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afebz_reha@web.de

ML translation: Explaining the meaning of medical terminology or translating from one language to another
MM urban planning: Ordering and designing layout of communities
MO transport: Transporting a person
MP sustain: To supply with necessities or nourishment; provide for
MQ community development: Facilitation of community participation and engagement
VH personal risk reduction: Lowering of risk from an external factor



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afebz_reha@web.de

Instrumente zur Bedarfsermittlung Eingliederungshilfe



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afbs_reha@web.de

BEI_NRW - Leitideen

Diskursives leitfadengestütztes Interview
„Hermeneutik statt Arithmetik“
Unterscheidung von Leistung und Leistungsfähigkeit
Lebenslagenorientiert
Berücksichtigung sozialräumlicher Aspekte
Instrument für alle Zielgruppen
Bessere „Führung“ durch das Instrument
(https://docplayer.org/70732909-Bei_nrw-das-neue-bedarfsermittlungsinstrument.html)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afbs_reha@web.de

BEI_NRW - Merkmale allgemein

Beschreibung individuelle Lebenssituation in
allgemeiner Form
Berücksichtigung Einflüsse/Wirkungen von Umwelt
und Person
Zwei gleichberechtigte Sichtweisen: Antragstellende
Person und weitere Person (ergänzt ggf. fachliche
Hintergründe Basis ICF-Komponenten)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afbs_reha@web.de

BEI_NRW - ICF

Bedarfsermittlung
Intention des Gesetzgebers bzgl. ICF-Verweis:
Grundlage bio-psycho-soziales Modell, nicht Items!
Vorteile der ICF: eine Sprache, die jeder versteht!
(https://docplayer.org/70732909-Bei_nrw-das-neue-bedarfsermittlungsinstrument.html)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afbs_reha@web.de

Nutzungstiefe der ICF

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell - keine ICF-Items - keine Einschätzung mit ICF-Skala

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell - Auswahl von ICF-Items (ohne feste Vorgaben) - Einschätzung mit ICF-Skala

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell - Vorgabe von ICF-Items - Einschätzung mit ICF-Skala

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell - ICF-Core-Set - Einschätzung mit ICF-Skala



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

BEI_NRW - Inhalte

S. 1-4 Persönliche Daten incl. ICD-Diagnose

S. 5-6 Leistungen der EGH und andere Leistungen

S. 7 Leitziele – Wie ich mein Leben führen möchte

S. 8 Erfassung aktuelle Wohn- und Lebenssituation in 9 Lebensbereichen (ICF)

S. 9 Wie und wo ich jetzt lebe

S. 10 Was mir gelingt und was mir gelingen könnte

S. 11 Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will

S. 12 Was mir nicht so gut gelingt und was ich ver-ändern möchte

S. 13 Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will

S. 14 Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen

S. 15 Bewertung Zielerreichung

S. 16 Bedarfsfortschreibung

S. 17 Leistungsfeststellung



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

BEI_NRW - Merkmale (1)

Instrument zur Ermittlung individueller (hochkomplexer) Bedarfe und passender Wohnsettings

Instrument zur Planung individueller Leistungen in passender Wohnform bei komplexen Bedarfslagen

(https://www.lwl-behindertenhilfe.de/media/filer_public/67/72/6772881d-69f7-44aa-8867-60aead91925a/2018_08_02_praesentation_bei_nrw_ausweitung.pdf)



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

BEI_NRW - Merkmale (2)

Beschreibung der gesamten individuellen Lebenssituation in eher allgemeiner Form

Punkte 2 - 7: Aspekte zu den verschiedenen Lebensbereichen, Einflüssen und Wirkungen der Umwelt und der eigenen Person

Erfassung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung von Teilhabe

Durchgehend zwei Sichtweisen: Antragstellende Person und weitere Person (ergänzt ggf. fachliche Hintergründe)




AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

BEI_NRW - Fachliche Hintergründe (1)

Exemplarische itembasierte Leitfragen zu Lebensbereichen 1-9


d 160 Aufmerksamkeit fokussieren	Kann die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Sache oder Handlung konzentriert werden?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Konzentration auf bestimmte Reize und herausfiltern von ablenkenden Reizen (z.B. Geräusche)
d 177 Entscheidungen treffen	Können Entscheidungen getroffen werden?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abwägung und Auswahl von Entscheidungsoptionen ➤ Einschätzung möglicher Entscheidungskonsequenzen ➤ Umsetzung von Entscheidungen

 **AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Gramp**
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: gramp_afebis_reha@web.de

BEI_NRW - Fachliche Hintergründe (2)

Exemplarische itembasierte Leitfragen zu Kontextfaktoren

Persönliche Mobilität auch öffentlicher Nahverkehr und ggf. Hilfsmittel für die Mobilität / Fortbewegung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sind private Fortbewegungsmöglichkeiten nutzbar (Auto, Fahrrad o.a.)? ➤ Stehen angepasste Fortbewegungsmöglichkeiten zur Verfügung (z.B. Fahrzeuganpassung)? ➤ Können angepasste Mobilitätshilfen genutzt werden (wie Gehhilfen, Rollstuhl etc.)? 	e120 Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
Charaktereigenschaften und Eigenheit der Person	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gibt es Wesensarten/Verhaltensweisen, die wichtig sind zu berücksichtigen? ➤ Gibt es persönliche Eigenarten (Verhaltensmuster, Fitness, Gewohnheiten...), die für die weitere Planung wichtig sind? ➤ Wenn bedeutsam für die weiteren Planungen: Welche Bewältigungsstile werden für Anforderungen genutzt? 	allgemeine Verhaltensmuster, Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen, Fitness, Gewohnheiten, Bewältigungsstile

 **AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Gramp**
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: gramp_afebis_reha@web.de

BEI_NRW - Einschätzung ICF

Bio-psycho-soziales Modell

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Leitfragen Lebensbereiche

Umwelt-/Individualfaktoren (Kontextfaktoren)

Leitfragen Kontextfaktoren

Körperfunktionen/-strukturen???

Sprache

ICF-Items in den Leitfragen - Nutzung der Sprache???

Sprache???



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Gramp
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: gramp_afebis_reha@web.de

BEI_NRW - „Wissenschaftstheorie“

Hermeneutik statt Arithmetik

Philosophie: Welt erklären - Individuelles „Verstehen“ als Erklärung eines Phänomens - Gefahr der Mystifizierung

Naturwissenschaft: Welt definieren - Mit anderen geteilte Fakten zur Beschreibung eines Phänomens - Verifizierung oder Falsifizierung von Hypothesen

Beispiel

Pädagogik - Erziehungswissenschaft



AFEBIS Reha Prof. Dr. G. Gramp
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: gramp_afebis_reha@web.de

Instrumente zur Bedarfsermittlung Eingliederungshilfe

B.E.Ni



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF (1)

7. Hinweise zum Formularsatz BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni)

Entspricht den gesetzlichen Rahmenbedingungen
Die Orientierung an der Systematik der ICF zieht sich durch den gesamten Formularsatz.

Kenntnisse über die ICF-Klassifikation [...] sind daher für die korrekte Anwendung von B.E.Ni unbedingt erforderlich.

Bedarfsermittlung für Kinder/Jugendliche: ICF-CY

[Handbuch für das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren einschließlich der BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni)]



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF (2)

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell

- Fragestellungen in den Lebensbereichen

Auswahl von ICF-Items (ohne feste Vorgaben)

- Beeinträchtigung, Aktivitäten und Teilhabe in den Lebensbereichen

Einschätzung mit ICF-Skala

- Beeinträchtigung, Aktivitäten und Teilhabe in den Lebensbereichen



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF (3)

3. Ethische Leitlinien

Verweis auf auf Bedarfsermittlung mit Hilfe mit ICF-orientiertem Instrument als „zentrales Element des neuen Gesamtplanverfahrens. Dieses Instrument gilt es mit Leben zu füllen. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass das ICF-basierte Bedarfsermittlungsverfahren nie in für Menschen mit Behinderung(en) entwürdigender oder verletzender Art und Weise verwendet werden darf. Es ist darauf zu achten, dass der Mensch mit Behinderung(en) mit seinem ihm innewohnenden Wert geschätzt und seine Autonomie respektiert wird. Es muss vermieden werden, dass einzelne Menschen etikettiert oder nur mittels einer oder mehrerer Kategorien von Behinderung identifiziert werden.“
ICF Anhang 6 Ethische Leitlinien (WHO 2005, S. 173-174)



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF (4)

Funktionale Gesundheit - B.E.Ni-Handbuch S. 11

„In Deutschland wird der ICF-Begriff ‚functioning‘ häufig mit ‚funktionaler Gesundheit‘ übersetzt, der allerdings keinen unmittelbaren Bezug zur ICF hat. Deshalb sollte das Vorwort [M. F. Schuntermann] zur deutschen Fassung der ICF (das den Begriff der funktionalen Gesundheit enthält) zukünftig entfallen.“
(Schliehe F, Ewert T. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit ... Rehabilitation 2013; 53: 40–50)

Behinderung: Funktionale Krankheit!?



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F 2 Bogen A/1

B.E.Ni

Basisdaten - Erwachsene
2.4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation

- erreichter Schulabschluss
- weitere Bildungsabschlüsse
- erlernter Beruf

ICF

Individualfaktoren

- Bildung und Ausbildung
- Beruf



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F 2 Bogen A/2

B.E.Ni

2.6. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)

ICF

Umweltfaktoren
Kapitel 1: Produkte und Technologien

- e165 Vermögenswerte
- e1650 Finanzielle Vermögenswerte
- e1651 Materielle Mittel
- e1652 Immaterielle Vermögenswerte



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F 2 Bogen A/3

B.E.Ni

5.4 Verfügbare Ressourcen
Hilfsprodukte und Technologien i. S. der ICF einschl. Hilfsmittel

ICF

Kapitel 1: Produkte und Technologien

- e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
- Produkte und Technologien
- e115 zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
- e120 zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
- e125 zur Kommunikation
- e130 für Bildung/Ausbildung
- e135 für die Erwerbstätigkeit
- e140 für Kultur, Freizeit und Sport
- e145 zur Ausübung von Religion und Spiritualität
- e150 Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F2 Bogen A/4

B.E.Ni

Soziale Unterstützung
(Familie, Freunde,
Nachbarn, Ehrenamtliche)
Sozialraum

ICF

Umweltfaktoren
Kapitel 3: Unterstützung und
Beziehungen
e310 Engster Familienkreis
e315 Erweiterter Familienkreis
e320 Freunde
e325 Bekannte, Seinesgleichen
(Peers), Kollegen, Nachbarn und
andere Gemeindemitglieder
e345 Fremde
e350 Domestizierte Tiere



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F 2 Bogen B/1

B.E.Ni

Teil I - Beeinträchtigungen
2. Hinweise zu
Körperstrukturen und –
funktionen
Welche Beeinträchtigungen
liegen im Bereich der
Körperstrukturen und –
funktionen vor?

ICF

Komponenten
Körperstrukturen und Kör-
perfunktionen
• Summarisch, keine
Differenzierung



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

B.E.Ni und ICF - F 2 Bogen B/2

B.E.Ni

Teil II - Aktivität und Teilhabe
Hier werden die Ressourcen und
nicht nur vorübergehenden Beein-
trächtigungen der Aktivität und
Teilhabe des Menschen mit Be-
hinderung und die damit verbun-
denen umwelt- oder personen-
bezogenen Förderfaktoren und
Barrieren berücksichtigt. Die
Beschreibung erfolgt differenziert
in den 9 Lebensbereichen

ICF

Komponente Aktivitäten und Parti-
zipation [Teilhabe] - Kapitel
• Lernen und Wissensanwendung
• Allgemeine Anforderungen und
Aufgaben
• Kommunikation
• Mobilität
• Selbstversorgung
• Häusliches Leben
• Interpersonelle Interaktionen und
Beziehungen
• Bedeutende Lebensbereiche
• Gemeinschafts-, soziales und
staatsbürgerliches Leben



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation · E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

Die ICF verstehen und nutzen

**Die ICF
verstehen und nutzen**

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

1

Inhalte

Teil 1 ICF verstehen
Was ist die ICF?
Was soll die ICF?
Was will die ICF?
Was kann die ICF?

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

2

Block 1
Was ist die ICF?
Basis für das Verständnis von
Funktionsfähigkeit und Behinderung

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

3



Die ICF verstehen und nutzen

Definitionen

Die ICF ist eine Klassifikation menschlicher Funktionsfähigkeit und Behinderung (WHO 2005, S. 26)

Funktionsfähigkeit: Bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) (WHO 2005, S. 144)

Behinderung: Bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) (WHO 2005, S. 144)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

4

Erklärungsmodelle Behinderung

Medizinisches Modell: Behinderung ist Merkmal einer Person; unmittelbar von Gesundheitsproblem verursacht - Management von Behinderung durch Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung der Person

Soziales Modell: Behinderung ist kein Merkmal einer Person; ist komplexes Geflecht von gesellschaftlichen Bedingungen - Management durch Veränderung der Verhältnisse) (ICF S. 24)

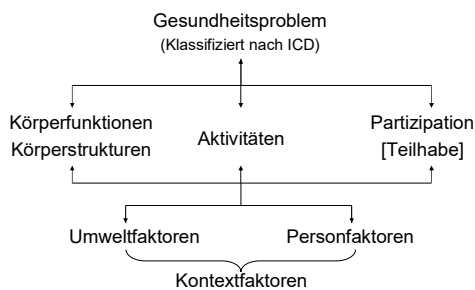
Bio-psycho-soziales Modell: Integration von medizinischem und sozialem Modell



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

5

Bio-psycho-soziales Modell



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

6




Die ICF verstehen und nutzen

Merkmalskatalog ICF

ICF: Katalog von Merkmalen zur Beschreibung von Zuständen einer Person und ihrer Umwelt

Katalog: Nach einem bestimmten System geordnetes Verzeichnis von Elementen

Ordnungsprinzip: Hierarchie - Elemente sind einander über- bzw. untergeordnet




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

7

Struktur ICF (1)

ICF				Klassifikation
Personmerkmale		Umweltmerkmale		Teile
Körperfunktionen Körperstrukturen Kontextfaktoren	Aktivitäten	Partizipation [Teilhabe]	Umwelt- faktoren	Komponenten
Merkmale in bis zu vier Ebenen gegliedert				Domänen Kategorien



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

8


Komponenten (1)

Körperfunktionen: Physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich der psychologischen (mentalen) Funktionen

Körperstrukturen: Strukturelle oder anatomische Teile von Körpersystemen wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile

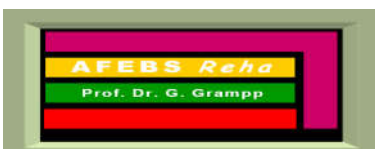
Aktivität: Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person

Partizipation [Teilhabe]: Einbezogenheit einer Person in eine Lebenssituation (in einem Lebensbereich der Lebenswelt)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

9



Die ICF verstehen und nutzen

Komponenten (2)

Umweltfaktoren: Produkte und Technologien; natürliche und vom Menschen geschaffene materielle Welt mit ihren Eigenschaften; andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen; Einstellungen und Werte; Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsgrundsätze (Regeln und Gesetze)

Personbezogene Faktoren (Individualfaktoren): Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung usw. - Sind in der ICF nicht klassifiziert



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

10

ICF „A“ (Adult)

Klassifikation der ersten Ebene (Überblicksversion)
Liste der Kapitelüberschriften der Komponenten - 30 Kodes (ohne Individualfaktoren)

Klassifikation der zweiten Ebene (Kurzversion)
Liste der Kapitelüberschriften und erste Verzweigungsebene der Komponenten - 362 Kodes

Klassifikation der dritten Ebene (Vollversion)
Alle Kategorien der Klassifikation mit ihren Definitionen sowie Ein- und Ausschlüssen - 1424 Kodes



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

11

ICF-CY (Children and Youth)

Die ICF-CY „berücksichtigt die Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Auf Deutsch ist die ICF-CY nur über den Buchhandel erhältlich.“ (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>)

Es wurden 225 neue Kategorien aufgenommen, 68 Kategorien gestrichen und 8 Kategorien verändert

Die ICF-CY soll im Rahmen des Update-Prozesses mit der ICF zusammengeführt werden, um eine an der „Lebens-spanne“ orientierte Nutzung zu ermöglichen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

12



Die ICF verstehen und nutzen

Komponenten, Domänen und Kategorien

Komponenten: Bestehen aus Kapiteln (Domänen) und Kategorien

Domänen: Praktikable und sinnvolle Mengen von Körperfunktionen, anatomischen Körperstrukturen, Handlungen oder Lebensbereichen und Umweltfaktoren als Kapitel der Komponenten

Kategorien: Klassen oder Teilklassen innerhalb der Kapitel einer Komponente

Ebenen: Hierarchische Ordnung der Kategorien. Die erste Ebene umfasst alle Items der zweiten Ebene usw. (WHO 2005, S. 149)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

13

Körperfunktionen - Überblicksversion

Kapitel b1: Mentale Funktionen

Kapitel b2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Kapitel b3: Stimm- und Sprechfunktionen

Kapitel b4: Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems

Kapitel b5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems

Kapitel b6: Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems

Kapitel b7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Kapitel b8: Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

14

Körperstrukturen - Überblicksversion

Kapitel s1: Strukturen des Nervensystems

Kapitel s2: Mit Auge und Ohr zusammenhängende Strukturen

Kapitel s3: An der Stimme und dem Sprechen beteiligte Strukturen

Kapitel s4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems

Kapitel s5: Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System zusammenhängende Strukturen

Kapitel s6: Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem zusammenhängende Strukturen

Kapitel s7: Mit Bewegung zusammenhängende Strukturen

Kapitel s8: Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de


15



Die ICF verstehen und nutzen

**Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]
Überblicksversion**


Kapitel d1: Lernen und Wissensanwendung
Kapitel d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
Kapitel d3: Kommunikation
Kapitel d4: Mobilität
Kapitel d5: Selbstversorgung
Kapitel d6: Häusliches Leben
Kapitel d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Kapitel d8: Bedeutende Lebensbereiche
Kapitel d9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

16

Individualfaktoren - Überblicksversion


Geschlecht	Erfahrungen/Ereignisse
Ethnische Zugehörigkeit	Allgemeine Verhaltensmuster und Charakter
Alter	Individuelles psychisches Leistungsvermögen
Fitness	
Lebensstil	
Gewohnheiten	
Erziehung	
Bewältigungsstile	
Sozialer Hintergrund	
Bildung und Ausbildung	
Beruf	

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

17

Umweltfaktoren - Überblicksversion

Kapitel e1: Produkte und Technologien
Kapitel e2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
Kapitel e3: Unterstützung und Beziehungen
Kapitel e4: Einstellungen
Kapitel e5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

18



Die ICF verstehen und nutzen

Körperfunktionen (1) - Kurzversion

b1 Mentale Funktionen

Globale mentale Funktionen (b110-b139)

- b110 Funktionen des Bewusstseins
- b114 Funktionen der Orientierung
- b117 Funktionen der Intelligenz
- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- b134 Funktionen des Schlafes



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

19

Körperfunktionen (2) - Kurzversion

b1 Mentale Funktionen

Spezifische mentale Funktionen (b140-b189)

- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisses
- b147 Psychomotorische Funktionen
- b152 Emotionale Funktionen
- b156 Funktionen der Wahrnehmung
- b160 Funktionen des Denkens
- b164 Höhere kognitive Funktionen
- b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen
- b172 Das Rechnen betreffende Funktionen
- b176 Funktionen zur Durchführung komplexer Bewegungen
- b180 Selbst- und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

20

Mentale Funktionen (1) - Vollversion

Kapitel b1: Mentale Funktionen

Dieses Kapitel befasst sich mit den Funktionen des Gehirns: den globalen mentalen Funktionen, wie Funktionen des Bewusstseins sowie den Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs und den spezifischen mentalen Funktionen, wie Funktionen des Gedächtnisses, kognitiv-sprachlichen Funktionen und Funktionen des Rechenvermögens.



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

21



Die ICF verstehen und nutzen

Mentale Funktionen (2) - Vollversion

Kategorie Ebene 1

b114 Funktionen der Orientierung

Selbstwahrnehmung, Ich-Bewusstsein und realistische Wahrnehmung anderer Personen sowie der Zeit und der Umgebung

Inkl.: Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person sowie der Orientierung zur eigenen Person und zu anderen Personen; Desorientierung zu Zeit, Ort und Person

Exkl.: Funktionen des Bewusstseins (b110); Funktionen der Aufmerksamkeit (b140); Funktionen des Gedächtnisses (b144)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

22

Mentale Funktionen (3) - Vollversion

Kategorie Ebene 2

b1142 Orientierung zur Person

Bewusstes Gewährsein der eigenen Identität und von Personen in der unmittelbaren Umgebung

Kategorien Ebene 3

b11420 Orientierung zu sich selbst

Bewusstes Gewährsein der eigenen Identität

b11421 Orientierung zu anderen Personen

Bewusstes Gewährsein von Personen in der unmittelbaren Umgebung



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

23

Restkategorien

b198 Mentale Funktionen, anders bezeichnet

b199 Mentale Funktionen, nicht näher bezeichnet

xxx8: „Funktionen, die unter keiner spezifischen Kategorie genannt sind. Wenn ‚anders bezeichnet‘ verwendet wird, dann sollte der Anwender das neue Item in einer zusätzlichen Liste spezifizieren“

xxx9: „Funktionen die zu der Gruppe gehören, für die jedoch nur unzureichende Informationen vorliegen, um eine spezifischere Kategorie zu verwenden“ (ICF S. 153)




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

24



Die ICF verstehen und nutzen

Block 2
Was soll die ICF?
Verständigung über die Zustände einer Person
und ihrer Umwelt zwischen den Akteuren in der
Praxis ermöglichen




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

25

Verständigungsbasis Sprache

Neutrale oder positive, konkrete Sprache (WHO 2005, S.171)
Standardisierte Sprache zur Beschreibung von Zuständen in einheitlicher und standardisierter Form für weltweite Kommunikation in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften (WHO 2005, S. 9)
Kommunikation zwischen Benutzern - Gesundheitsfachleute, Forscher, Politiker - und Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen (WHO 2005, S. 11)




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

26

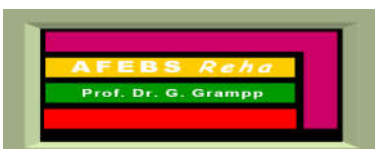
ICF und ICD-11

ICD-11 International Classification of Diseases (2018)
V Ergänzungsabschnitt zur Bewertung der Funktionsfähigkeit
„Der Abschnitt ermöglicht die Erstellung von Profilen und von Gesamtwerten der Funktionsfähigkeit von Einzelpersonen, die geeignet sind, das mit Gesundheitszuständen verbundene Niveau der Funktionsfähigkeit zu beschreiben und zu quantifizieren.“
(<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentfent%2f231358748>)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

27



Die ICF verstehen und nutzen

Verständnisgrundlage Begriffe

Begriff: Bezeichnung für Sachverhalte, die diese

- in Form von sprachlichen Ausdrücken
- klar, genau und unzweideutig definieren und
- allgemein akzeptiert und nützlich sind

Probleme entstehen bei Verwendung der Alltagssprache bei der Beschreibung von Begriffen

(vgl. WHO 2005, S. 144)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

28

Sprache (1)

d550 Essen

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchführen, die das Essen servierter Speisen betreffen, sie zum Mund führen und auf kulturell akzeptierte Weise verzehren, Nahrungsmittel in Stücke schneiden oder brechen, Flaschen und Dosen öffnen, Essbesteck benutzen, Mahlzeiten einnehmen, schlemmen oder speisen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

29

Sprache (2)

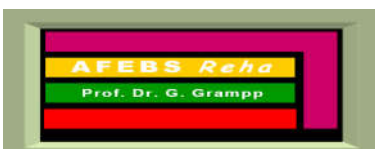
b122 Globale psychosoziale Funktionen

Sich über das gesamte Leben entwickelnde allgemeine mentale Funktionen, die für das Verständnis und die konstruktive Integration jener mentalen Funktionen erforderlich sind, die zur Bildung interpersoneller Fähigkeiten führen, welche für den Aufbau reziproker sozialer Interaktionen, die sinnvoll und zweckmäßig sind, benötigt werden




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

30



Die ICF verstehen und nutzen

Block 3
Was will die ICF?
Die Verwirklichung von Zuständen einer Person
und ihrer Umwelt unterstützen




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

31

Sozialpolitik/Pädagogik

Die ICF kann verwendet werden

- in der Sozialpolitik „für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und -umsetzung“
- in der Pädagogik „für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.“ (WHO 2005, S. 11)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de


32

Menschenrechte und Gesetze

Die ICF ist „ein geeignetes Instrument für die Umsetzung internationaler Aufträge bezüglich der erklärten Menschenrechte [UN-BRK] und für die nationale Gesetzgebung“ [UN-Übereinkommen, BTHG (SGB IX n. F.)] (ICF S. 12)

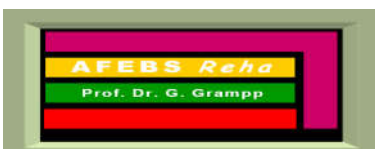
UN-BRK Art. 1 „Full and effective participation in society on an equal basis with others“

SGB IX neu § 1 „Volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

33



Die ICF verstehen und nutzen

Teilhabe (1)

Partizipation [Teilhabe]: Einbezogenheit einer Person in Lebenssituationen als Zustand in dem sie das tut, was sie tun will (Wünsche verwirklichen) und das tut, was sie tun muss (Anforderungen erfüllen)

Voraussetzungen für Einbezogenheit: Person ist fähig und bereit zum Handeln (Verhalten - Handlungskompetenz) und Umwelt ist fähig und bereit zum Gestalten (Verhältnisse - Gestaltungskompetenz)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

34

Teilhabe (2)

„Die ICF bezieht sich auf und enthält die Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen“ (ICF S. 11)

„Die ICF ist nützlich für [...] die Verbesserung der Partizipation [Teilhabe] durch die Beseitigung oder Verringerung von gesellschaftsbedingten Hindernissen sowie durch Schaffung oder Verbesserung der sozialen Unterstützung und anderer, die Teilnahme oder Partizipation [Teilhabe] in Lebensbereichen fördernder, unterstützender oder erleichternder Faktoren.“ (ICF S.12.)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

35

Aktivitäten und Partizipation

SGB IX neu § 2 Begriffsbestimmungen: Menschen mit Behinderungen haben „*körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen*, die sie in Wechselwirkung mit *einstellungs- und umweltbedingten Barrieren* an der [vollen, wirksamen] und gleichberechtigten **T e i l h a b e** an der Gesellschaft hindern“

ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Merkmale zur Beschreibung der Zustände von Person und Umwelt als Grundlage der Teilhabe“hinderung“ (ICF - Einschränkung der Teilhabe)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

36




Die ICF verstehen und nutzen

Aktivität und Partizipation

Aktivität
 „Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person.
 Repräsentiert die individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit.“


Partizipation
 „Einbezogenheit einer Person in eine Lebenssituation.
 Repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit“ (ICF S.146)



37

Aktivitäts-Partizipations-Modell (2)


Personmerkmale Körperfunktionen Körperstrukturen Individualfaktoren	Aktivität Verhalten <i>Individuelle Perspektive</i> Funktionsfähigkeit Behinderung	Konstrukte Handlungs-kompetenz Handlungs-defizit
Umweltmerkmale Umweltfaktoren	Konstrukte Gestaltungskompetenz Gestaltungs-defizit Partizipation Gesellschaftliche Perspektive Verhältnisse	Konstrukte Gestaltungskompetenz Gestaltungs-defizit



38

ICF Struktur (2)

I C F				Klassifikation
Personmerkmale		Umweltmerkmale		Teile
Körperfunktionen Körperstrukturen Kontextfaktoren	Aktivitäten	Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	Komponenten
Merkmale in bis zu vier Ebenen gegliedert				Kategorien
Beeinträchtigungen Schädigungen Erschwernisse	Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Barrieren Förderfaktoren	Beurteilungsmerkmale
Handlungskompetenz		Gestaltungskompetenz		Konstrukte



39



Die ICF verstehen und nutzen

Verantwortliche Anwendung

Ethische Leitlinien: Alle Instrumente und Verfahren können für oder gegen Menschen verwendet werden

BTHG Ziel: Umsetzung UN-BRK - Personenzentrierung - Steuerung der Ausgabedynamik

BTHG und ICF: Ethische Leitlinien als Basis der Anwendung der ICF bei Umsetzung BTHG

ICF Umweltfaktoren (Einstellungen): Beobachtbare Konsequenzen von Sitten, Bräuchen, Weltanschauungen, Werten, Normen mit Einfluss auf individuelles Verhalten und soziales Leben



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

40

Ethische Leitlinien (1)

- (1) Wertschätzung und Respekt als Grundhaltung
- (2) Keine Etikettierung und ausreichende Anwendungsbreite
- (3) Keine Anwendung ohne Einwilligung
- (4) Schutz der erhobenen persönlichen Informationen
- (5) Erläuterung des Verwendungszwecks und Ermunterung zu Fragen
- (6) Beteiligung am Klassifizierungsprozess



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

41

Ethische Leitlinien (2)

- (7) Ganzheitliche Verwendung durch Einbeziehung des materiellen und sozialen Kontexts
- (8) Nutzung zur Erhöhung der Wahl- und Steuerungsmöglichkeiten einer Person
- (9) Nutzung zur Weiterentwicklung von Gesetzgebung und Politik
- (10) Keine Einschränkung von Rechten anderer Individuen oder Gruppen
- (11) Personen mit gleicher Klassifizierung müssen als Individuen betrachtet werden




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

42



Die ICF verstehen und nutzen

Block 4
Was kann die ICF?
Grundlage für die Bestimmung von Anforderungen zur Erreichung von Zielzuständen einer Person und ihrer Umwelt sein




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

43

Leistung/Leistungsfähigkeit


Leistung → Teilhabeleistung (SGB IX) und Beurteilungsmerkmal APT (ICF)

Leistung: Beobachtbar - Prozess (Durchführung von Aufgaben) und Ergebnis (Folge der Durchführung)



Leistungsfähigkeit: Nicht beobachtbar - Grundlage der Leistung (Kapazität oder Potential)

Leistungsbereitschaft: Nicht beobachtbar - Neben Leistungsfähigkeit weitere notwendige Bedingung für Leistung



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de


44

Leistungsfeststellung

Quantitative Erfassung der Leistungen einer Person für die Kapitel der ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Basis ICF: Negative Skala zur Kennzeichnung des Ausmaßes oder der Intensität des Problems bei der Ausführung einer Aktivität

Leistungsfeststellung: Positive Skala zur Erfassung der nicht problematischen Ausführung einer Aktivität



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

45



Die ICF verstehen und nutzen

Leistung - Person und Umwelt

Bewertung **Person**

SGB IX § 118: Beeinträchtigungen Aktivität und Einschränkungen Teilhabe

SGB IX § 13: Beeinträchtigungen Körperfunktionen; Schädigungen Körperstrukturen; Erschwernisse Individualfaktoren

Bewertung **Umwelt**

SGB IX § 13: Barrieren Umweltfaktoren

Aktivität (Leistung): Leistungsfähigkeit, + Leistungsbereitschaft (Person) + Leistungsgelegenheit (Umwelt)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

46

Bewertungsskala

Probleme (Person und Umwelt)

xxx.0 Problem nicht vorhanden

xxx.1 Problem leicht ausgeprägt

xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt

xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt

xxx.4 Problem voll ausgeprägt

xxx.8 nicht spezifiziert

xxx.9 nicht anwendbar



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

47

Bewertungsproblematik

Subjektivität vs. Objektivität

Objektivität durch (1) Genaue Definition der zu bewertenden Kriterien oder (2) Qualifizierung der bewertenden Personen

Qualifizierung der Bewertenden scheint aussichtsreicher zu sein als intensive Ausdifferenzierung der Kriterien (Langwieriger Diskussionsprozess); grundlegende Begriffe für die Bewertenden sollten aber festgelegt sein (vgl. Orlandi 2008, S. 31)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de


48



Die ICF verstehen und nutzen

Inhalte

Teil 2 ICF nutzen
Was bedeutet die ICF für die Praxis?
Was soll die ICF in der Praxis bewirken?
Was will die Praxis durch die Nutzung der ICF erreichen?
Was kann die ICF in der Praxis leisten?




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

49

Block 1

„ Was bedeutet die ICF für die Praxis? “
Katalog mit Merkmalen zur
Beschreibung von Zuständen als Grundlage von
Leistungen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de


50

Zustände und Komponenten (1)

ICF: „Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen“ (WHO 2015, S. 9)

Zustände Person und Umwelt (SGB IX): ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Zustände bedingt durch:
Personmerkmale (ICF-Komponenten Körperfunktionen, Körperstrukturen, Kontextfaktoren Person-/Individualfaktoren)
Umweltmerkmale (ICF-Komponente Umweltfaktoren)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

51



Die ICF verstehen und nutzen

Zustände und Komponenten (2)

SGB 9 § 118: „Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und [Einschränkung der] Teilhabe in den folgenden [Handlungs- und] Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung; 2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen ; 3. Kommunikation;
4. Mobilität; 5. Selbstversorgung ; 6. häusliches Leben;
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen;
8. bedeutende Lebensbereiche; 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

52

Zustände und Komponenten (3)

Basis: ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] (APT) - alle Kapitel sind nach SGB IX § 118 „Lebensbereiche“

„Die Komponente der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] ist eine neutrale Liste von Domänen, die verschiedene Aufgaben oder Handlungen und Lebensbereiche bezeichnen. Sie umfasst alle Bereiche der Funktionsfähigkeit, welche jeweils sowohl für die individuellen Aspekte als auch die sozialen Aspekte kodiert werden können.“ (WHO 2005, S. 164)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

53

Verwendung der Komponente APT

Vier Möglichkeiten der Anwendung

- 1) Domänen (d) entweder Aktivität (a) oder Partizipation (p)
- 2) Teilweise Überlappung Domänen (a) und (p)
- 3) Detaillierte Kategorien als Aktivitäten (a) und allgemeine Kategorien als Partizipation (p) mit oder ohne Überlappung
- 4) Verwendung der gleichen Domänen sowohl für Aktivitäten als auch für Partizipation (a) + (p)

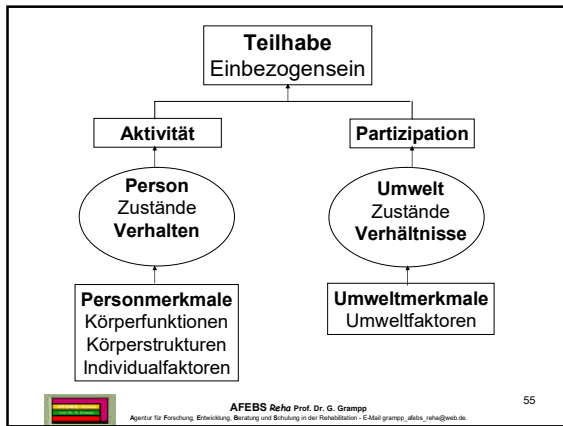


AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

54



Die ICF verstehen und nutzen



Funktionsfähigkeit und Behinderung

Funktionsfähigkeit: Positive Beschreibung der Ergebnisse des Zusammenwirkens der Zustände einer Person und der Zustände ihrer Umwelt

Behinderung: Negative Beschreibung der Ergebnisse des Zusammenwirkens der Zustände einer Person und der Zustände ihrer Umwelt

Berechtigung für Sozialleistungen: Behinderung durch Probleme bei den Zuständen von Person und Umwelt (ICF-Komponenten)

Einschätzung der Probleme: Nutzung eines gemeinsamen Rasters für alle ICF-Komponenten

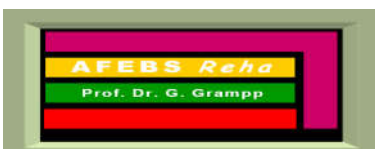
AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

Probleme der Zustände

Problem zeigt sich bei ... als - ...

- Gesundheit - *Störung*
- Körperfunktionen - *Beeinträchtigung*
- Körperstrukturen - *Schädigung*
- Individualfaktoren - *Erschwernis*
- Umweltfaktoren - *Barriere*
- Aktivitäten - *Beeinträchtigung*
- Partizipation - *Einschränkung*

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de




Die ICF verstehen und nutzen

Bewertungsraster für Probleme

Problem: Beeinträchtigung, Schädigung, Erschwer-
nis, Barriere

- xxx.0 Problem nicht vorhanden
- xxx.1 Problem leicht ausgeprägt
- xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt
- xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt
- xxx.4 Problem Barriere voll ausgeprägt
- xxx.8 nicht spezifiziert
- xxx.9 nicht anwendbar




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

58



Block 2

„Was soll die ICF in der Praxis bewirken?“
Verständigung über Zustände
als Basis des Bedarfs



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afebs_reha@web.de

60



Die ICF verstehen und nutzen

Verständigungsbasis Sprache

Neutrale oder positive und konkrete Sprache und Rahmen zur Beschreibung von Zuständen in einheitlicher und standardisierter Form (WHO 2005, S. 9)
Gemeinsame Sprache zur Beschreibung von Zuständen für die Kommunikation zwischen Benutzern - Gesundheitsfachleute, Forscher, Politiker - und Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen (WHO 2005, S. 11)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

61

Verständnisgrundlage Begriffe

Bezeichnung für definierte Konzepte (Sachverhalte) in Form von sprachlichen Ausdrücken
Klarheit, Genauigkeit und Unzweideutigkeit sind notwendig, um die verschiedenen Konzepte zu definieren
Unklarheit ergibt sich bei Verwendung der Begriffe im Sinne des „gesunden Menschenverstandes“
Entscheidungen für Begriffe sollten auf der Grundlage von Genauigkeit, Akzeptanz und allgemeiner Nützlichkeit getroffen werden (vgl. WHO 2005, S. 144)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

62

Verständigung Teilhabemanagement

Akteure bei Umsetzung SGB IX neu: Leistungsberechtigte - Leistungsträger - Leistungserbringer
Verständigung über: Zustände von Aktivität und Teilhabe - Schwerpunkte Teilhabewünsche, Teilhabeeinschränkungen, Teilhabeleistungen
Verständigungsbasis: ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] - Kapitel als „Lebensbereiche“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

63



Die ICF verstehen und nutzen

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

- Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
- Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kapitel 3: Kommunikation
- Kapitel 4: Mobilität
- Kapitel 5: Selbstversorgung
- Kapitel 6: Häusliches Leben
- Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
- Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

64

Aktivitäten und Lebensbereiche

„Die Komponente der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] ist eine neutrale Liste von Domänen, die verschiedene Aufgaben oder Handlungen und Lebensbereiche bezeichnen.“ (WHO 2005, S. 164)

Handlung: Ausführung einer Aktivität durch eine Person

Lebensbereich: Aktivitätsfeld einer Person

Aktivitätsfelder: Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Bildung, Freizeit



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

65

Person und Gesellschaft

„Die Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] kann verwendet werden, um Aktivitäten (a) oder Partizipation [Teilhabe] (p) oder beides zu bezeichnen (d).“ (WHO 2005, S. 19)

„Jede Kategorie kann als individueller [Aspekt] (Aktivität) und als gesellschaftlicher [Aspekt] der Funktionsfähigkeit (Partizipation [Teilhabe]) interpretiert werden.“ (WHO 2005, S. 166)

Anwender können „zwischen Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] nach eigenen Regeln differenzieren, sofern dies gewünscht wird.“ (WHO 2005, S. 19)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

66



Die ICF verstehen und nutzen

Verständigung Sprachformen

Sprachformen

LB

a) „Erzählend“ - Persönliche Alltagssprache

LT/LE (Fachpersonal)

b) „Berichtend“ - Individuelle Sprache

c) „Definierend“ - Überindividuelle Sprache

Sinnvoll ist Kombination b + c: Verständlich und präzise



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

67

Beschreibung eines Zustandes

LB/Herr M. (erzählend)

„Ich weiß, was ich machen muss und wann. Manchmal bin ich auch unpünktlich.“

LT/LE (berichtend)

„Herr M. kennt seinen individuellen Wochenplan mit den entsprechenden Terminen. Er kennt die Uhrzeit nicht.“

LT/LE (definierend)

„Herr M. hat ein erheblich ausgeprägtes Problem bei der Orientierung zur Zeit (b1140.3)“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

68

Block 3

„Was will die Praxis durch die Nutzung der ICF erreichen?“

Vergleichbarkeit der Instrumente zur Bedarfsermittlung ermöglichen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

69



Die ICF verstehen und nutzen

Instrumente zur Bedarfsermittlung

Anforderungen an Instrumente: Grundsätzlich BTHG Teil 1, § 13 + Eingliederungshilfe Teil 2, § 118

Orientierung Instrumente an ICF: BTHG setzt UN-BRK in deutsches Recht um - UN-BRK Definition Behinderung ICF-basiert

Instrumente: BTHG Teil 1 § 13 - BTHG Teil 2: § 118

Ziel der Vorgaben zu Instrumenten: Vergleichbarkeit und wirkungsvolles Ineinandergreifen bei der trägerübergreifenden Koordinierung von Leistungen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

70

Bedarfsermittlungsinstrumente Reha

Rehabilitation (Teil 1 SGB IX) - B3-Basiskonzept Rehabilitationsträger und Leistungserbringer

Gemeinsame Grundlage und übergreifender Bezugsrahmen für die zur Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente und Verfahren erarbeiten

Bezugspunkte für praktisches Handeln aufzeigen

Gemeinsame Anforderungen an die Bedarfsermittlung der Akteure beschreiben

Praktische Unterstützung für die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen bieten



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

71

Bedarfsermittlungsinstrumente EGH (1)

„Die Leistungsgesetze können aufbauend auf den Vorgaben von § 13 weitergehende und speziellere Vorgaben regeln... Beispielsweise wird in der Eingliederungshilfe für das Gesamtplanverfahren eine Orientierung an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesetzlich vorgegeben, die die Länder durch ihr jeweiliges Landesrecht mittels Rechtsverordnung regional näher ausgestalten können.“ (Entwurf BTHG 2017, S. 133)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

72



Die ICF verstehen und nutzen

Bedarfsermittlungsinstrumente EGH (2)

§ 118: „Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 ... festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes ... muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:“ (Kapitel ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe])



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

73

Bedarfsermittlungsinstrumente EGH (3)

Diskussion zur Nutzung ICF in Instrumenten

Erfassung aller Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells im Dialog oder durch Sichtung von Unterlagen

Keine Items bzw. Core-Sets oder vollständige Erfassung mit Items in Instrumenten

Kein objektiver, messbarer Befund (ICF kein *Assessment*-Instrument)

Individuelle, personenbezogene Lebenssituationsbeschreibung (Schmidt-Ohlemann 20018 <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/>)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

74

Bedarfsermittlungsinstrumente EGH (4)

ICF kann als Assessmentinstrument genutzt werden, ist aber **k e i n** Messinstrument

Assessment: Einschätzung, Bewertung, Beurteilung
ICF-Komponenten und -Items sind Rahmen für die Einschätzung der Zustände von Person und Umwelt in den Lebensbereichen und Lebenssituationen (ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]) als Grundlage der Ermittlung des Bedarfs und der Feststellung von Leistungen durch LT



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de


75





Die ICF verstehen und nutzen


Bedarfsermittlungsinstrumente EGH (5)

ITP Integrierter Teilhabeplan (ITP) Hessen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen

 Bedarfsermittlungsinstrument Nordrhein-Westfalen (BEI_NRW)

 BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni)

 Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg (BEI_BW)

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

76

ITP Mecklenburg-Vorpommern (1)

73 (83) Items Gesamt


13 (16) Körperfunktionen

43 (49) Aktivitäten [Teilhabe]

11 (12) Umweltfaktoren

6 Items (Personfaktoren) - Die Itemzahlen in Klammer ergeben sich, weil im ITP mehrere Items unter einer Position zusammengefasst werden.

a) Psychische Energie und Antrieb (b130 ff)
Durchsetzungs-/Durchhaltevermögen (b1300)
Motivation (b1301)
Appetit (b1302)
Drang nach Suchtmitteln (b1303)
Impulskontrolle (b1304)

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de


77

ITP Mecklenburg-Vorpommern (3)

Bewertungsraster für 7.I - 7.III

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / nicht anwendbar

„Lebensbereiche“/Aktivitäten ICF-Komponente
 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

 **AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp**
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

78



Die ICF verstehen und nutzen

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen
ICF Kapitel Aktivität
I. Fähigkeiten (H) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Befindung (ICF)
II. Fähigkeiten (H) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)
III. Soziale Beziehungen Arbeit ist 740

8. Vorhandene u. zu aktivierende nichtprofessionelle Hilfen im Umfeld
Wer? Ggf. prof. Akteur/in

9. Art der Hilfen
Ggf. prof. Akteur/in

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

BEI_NRW (1)

Nutzung ICF: Bio-psycho-soziales Modell (Ergänzende fachliche Sicht orientiert an ICF-Komponenten)

Erfassung der aktuellen Wohn- und Lebenssituation

Wie und wo ich jetzt lebe (Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe])

Was mir gelingt und was mir gelingen könnte (Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe])

Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will (Umweltfaktoren)

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

BEI_NRW (2)

Was mir nicht so gut gelingt und was ich verändern möchte (Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe])

Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will (Umweltfaktoren)

Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen (Personbezogene Kontextfaktoren)

Freie Formulierung der Aussagen

Keine ICF-Kodes

Keine Bewertung nach ICF-Skala

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de



Die ICF verstehen und nutzen

B.E.Ni (1)

Nutzung ICF: Komponenten, Kategorien und Bio-psycho-soziales Modell - Bewertungsskala

Dokumentation: Ressourcen und nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe und damit verbundene umwelt- oder personenbezogene Förderfaktoren und Barrieren in den Lebensbereichen

„In welcher Wechselbeziehung stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

82

B.E.Ni (2)

„A) Was wünschen Sie sich? Was soll so bleiben wie bisher? Was soll sich verändern?“

B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen?

C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen?

D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

83

B.E.Ni (3)

Lebensbereiche (Beispiel)

1 LERNEN UND WISSENSANWENDUNG

Dieser Bereich befasst sich mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen (ICF d110-d199)

Bis zu 6 „bedeutende“ Items sind auswählbar

Bewertungsraster: Das Problem ist 0 - nicht vorhanden
1 - leicht ausgeprägt 2 - mäßig ausgeprägt 3 - erheblich ausgeprägt 4 - voll ausgeprägt 8 - nicht spezifiziert 9 - nicht anwendbar



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_s_reha@web.de

84




Die ICF verstehen und nutzen

BEI_BW (1)

A) Basisbogen
 Medizinische Stellungnahme (Inhalt u.a.)
 1.3 Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (ICF)
 Kap. Mentale Funktionen (22 Items); Sinnesfunktionen/Schmerz (5 Items); andere Kapitel (keine Items)

B) Dialog- und Erhebungsbogen
 I. Wünsche und Leitziele des Menschen mit Behinderung im Hinblick auf die Gestaltung des eigenen Lebens: Wohnen, Arbeit, Lernen, Beziehungen, Freizeit



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

85


1.3 Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (nach ICF)
 1.3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen (bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungsverzögerungen) nach Kap. 1 der Körperfunktionen der ICF (bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY) vor?

ja nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen auf Ebene der Items nur, soweit im konkreten Einzelfall zutreffend.	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
1. Mentale Funktionen		
<i>Globale mentale Funktionen</i>		
s110 Funktionen des Bewusstseins		
s114 Funktionen der Orientierung		

Durchführung: Medizinisch-pädagogischer Dienst des KVJS
 nicht örtlicher Sozialhilfeträger (abgestimmt mit LB und LE)




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

86

BEI_BW (2)

B) Dialog- und Erhebungsbogen
 II. Wie und wo ich jetzt lebe (Derzeitige Situation) (Wohnen, Arbeit, Lernen, Beziehungen, Freizeit)
 III. 1-9: Was ich in „...“ machen kann (9 „Lebensbereiche“ - Kapitel APT)
 IV.1: Welche „Produkte und Technologien“ Einfluss darauf haben, was ich tun kann (5 Kapitel Umweltfaktoren)
 V.) Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen (Individualfaktoren)
 VI.) Auswertung und zusammenfassende Darstellung zur Teilhabe in den Lebensbereichen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
 Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

87



Die ICF verstehen und nutzen


BEI_BW (3)

C) ERMITTLUNG DES HILFEBEDARFES

C.1 Im Hinblick auf die angestrebte Wohn- und Lebensform in den Lebensbereichen nach ICF zu erreichende Zustände [Ziele]

C.2 Ausreichende, geeignete und erforderliche sächliche oder technische Hilfen (einschl. Hilfsmittel) zur Erreichung der Ziele

C.3 Ausreichende, geeignete und erforderliche personelle Hilfen zur Erreichung der Ziele




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

88

Block 4

„Was kann die ICF in der Praxis leisten?“


Basis für die Veränderung oder Erhaltung von Zuständen zur Verfügung stellen




AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

89

Zustände - Teilhabemanagement - Aktivitäten

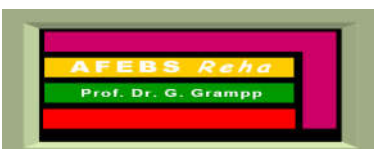


Bedarfsbe- rechtigung	Bedarfsbe- gründung	Bedarfs- ermittlung	Bedarfs- klärung	Bedarfs- deckung	Bedarfsfort- schreibung
Zustände einschätzen	Zustände festlegen	Zustände vergleichen	Zustände planen	Zustände beeinflussen	Zustände bewerten



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

90



Die ICF verstehen und nutzen

Ziele - Maßnahmen

„Leitziele geben als oberste Zielebene die Richtung der weiteren Planung ... in verschiedenen Lebensbereichen vor.“

„Handlungsziele dienen als Wegweiser in der täglichen Arbeit der Leistungserbringer, an ihnen wird die Arbeit konkret und überprüfbar.“ (LVR 2017, S. 29)

„Maßnahmen beschreiben auszuführende Tätigkeiten und Handlungen. Sie dienen als Mittel zur Zielerreichung. Sie sind optimal, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.“ (LVR 2017, S. 33)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

91

Maßnahmen

Beantworten die Frage „was getan werden soll, um die Handlungsziele zu erreichen, wer dies tun und wo dies getan werden soll.“ (LVR 2017, S. 34)

Beschreiben „auszuführende Tätigkeiten und Handlungen“. Sie sind „Verrichtungen und durchzuführende Tätigkeiten ... , die von jedem Mann oder jeder Frau erbracht oder vollzogen werden können.“ (LVR 2017, S. 33)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

92

Leistungen

„Geplante Maßnahmen werden zu notwendigen (nicht: wünschenswerten!) Leistungen, indem für jede Maßnahme angegeben wird, wann sie erbracht werden soll, welche Form sie hat und wer die Leistungen erbringen soll.“ (LVR 2017, S. 34)

„Sozialrechtlicher Sachverhalt. ... Sie werden gewährt, wenn die in den einzelnen Sozialgesetzbüchern formulierten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.“ (LVR 2017, S. 33)



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

93



Die ICF verstehen und nutzen

Anforderungen an Leistungen/Maßnahmen

§ 38 (3) „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen - **Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** - abgeschlossen werden.“

§ 75 „Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der **Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit** entsprechen und dürfen das Maß des **Notwendigen** nicht überschreiten.“

§ 125 (1) „In der schriftlichen [Leistungs]Vereinbarung sind zu regeln: 1. Inhalt, Umfang und Qualität einschließlich der **Wirksamkeit** der Leistungen



AFEB S Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

94

Konkretisierung Anforderungen

SGB IX § 13: Die Instrumente erfassen „4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind“

Erfolgskriterien

Wirksamkeit + Zweckmäßigkeit → Ergebnis -Output- und Ertrag -Outcome- einer Maßnahme

Wirtschaftlichkeit → Verhältnis Aufwand -Input- (Notwendige Leistungen (SGB IX § 123) und Ergebnis -Output- / Ertrag -Outcome-



AFEB S Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

95

Output - Outcome - ICF

Output: Ergebnisse von Maßnahmen als Zustände von Person und Umwelt (ICF Komponenten)

Zustände Person: ICF Komponenten Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]; Körperfunktionen; Körperstrukturen; Individualfaktoren

Zustände Umwelt: ICF Komponente Umweltfaktoren

Outcome: Gebündelte Maßnahmeergebnisse (ICF Funktionsfähigkeit/Behinderung)



AFEB S Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeba_reha@web.de

96



Die ICF verstehen und nutzen

Maßnahmen - Ziele

„Maßnahmen beschreiben auszuführende Tätigkeiten und Handlungen. Sie dienen als Mittel zur Zielerreichung. Sie sind optimal, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.“ (LVR 2017, S. 33)

„Ziele müssen s.m.a.r.t. sein! Ziele, die nicht nach den s.m.a.r.t. - Kriterien formuliert sind, sind in ihrer Wirkung nicht überprüfbar.“ (LVR 2017, S. 50)

Auch Maßnahmen zur Zielerreichung müssen SMART formuliert sein, nicht nur Ziele!



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

97

Projekte - Maßnahmen

Projektmanagement: SMART-Kriterien als Eigenschaften einer „guten“ Zieldefinition

Projekt: Zielgerichtetes, termingebundenes Vorhaben mit abgestimmten, gesteuerten Tätigkeiten und Vorgaben

Teilhabemanagement: Maßnahmen sind zielgerichtete, termingebundene Vorhaben mit abgestimmten, gesteuerten Tätigkeiten und Vorgaben



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

98

SMART-Formel für Maßnahmen

S (*Specific*) **Spezifisch** - Beziehung zum Outcome - Volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe - wird deutlich

M (*Measurable*) **Messbar** - Ergebnisse (Output) - bezogen auf Zustände - sind beobachtbar und einschätzbar bzw. messbar

A (*Achievable*) **Ausführbar** - Vorgesehene Aufgaben sind der Person angemessen (Kompetenz/Defizit)

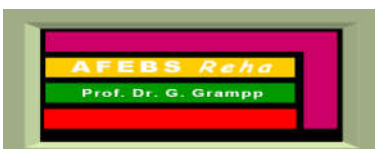
R (*Relevant*) **Relevant** - Übereinstimmung mit den berechtigten/angemessenen Wünschen der Person

T (*Timebound*) **Termingebunden** - Datum für vorgesehenen Abschluss der Maßnahme



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

99



Die ICF verstehen und nutzen

Beispiel Einkaufen (1)

S: Spezifisch - Selbständig Einkaufen - Lebensbereich Wohnen - ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] - Kapitel d6 Häusliches Leben - Kategorie d 6200 Einkaufen: „Waren und Dienstleistungen für das tägliche Leben gegen Geld erwerben [...] wie Lebensmittel, Getränke, Reinigungsmaterial, Haushaltsartikel oder Kleidung in einem Geschäft oder auf dem Markt auswählen; Qualität und Preis der benötigten Artikel vergleichen, den Preis für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln und bezahlen sowie die Waren transportieren“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

100

Einkaufen (2)

M: Messbar - Beobachtbare und einschätzbare Aktivitäten des Maßnahme-„Bündels“ Einkaufen: Kontrolle der vorhandenen Gegenstände des täglichen Bedarfs - Erstellen einer sinnvoll gegliederten Einkaufsliste - Aufsuchen der Geschäfte - Auswahl der Waren nach festgelegten Standards - Suche nach Hilfe durch das Verkaufspersonal oder andere Kunden - Bezahlen der Waren an der Kasse - Transport der Waren nach Hause - Einsortieren der Waren an ihrem Aufbewahrungsort



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

101

Einkaufen (3a)

A: Ausführbar - Zustände der Person

Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Kapitel d1 Wissensanwendung

d160 Aufmerksamkeit fokussieren - d166 Lesen - d170 Schreiben - d172 Rechnen - d177 Entscheidungen treffen

Kapitel d3 Kommunikation

d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen - d330 Sprechen

Kapitel d4 Mobilität

d430 Gegenstände anheben und tragen - d450 Gehen - d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen - d470 Transportmittel benutzen

Kapitel d8 Bedeutende Lebensbereiche

d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

102



Die ICF verstehen und nutzen

Einkaufen (3b)

A: Ausführbar - Zustände der Person und Umwelt

Komponente Körperfunktionen

Kapitel b1 Mentale Funktionen

b114 Funktionen der Orientierung - b 117 Funktionen der Intelligenz - b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs -

b140 Funktionen der Aufmerksamkeit - b160 Funktionen des Denkens - b172 Das Rechnen betreffende Funktionen

Komponente Umweltfaktoren

Kapitel e1 Produkte und Technologien

e115 Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben - e120 Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport -

e130 Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung

Kapitel 3 Unterstützung und Beziehungen

e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

103

Einkaufen (4)

R: Relevant Person hat Wunsch selbständig leben (Lebensbereich Wohnen) und Einkaufen lernen (Lebensbereich Bildung)

T: Termingebunden Datum für vorgesehenen Abschluss der Einzelmaßnahmen des Maßnahmenbündels „Einkaufen“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

104

SMART-Formel für Maßnahmen

S (Specific) Spezifisch - Übereinstimmung mit den berechtigten/angemessenen Wünschen der Person

M (Measurable) Messbar - Ergebnisse - bezogen auf Zustände - sind beobachtbar und einschätzbar bzw. messbar

A (Achievable) Ausführbar - Vorgesehene Aufgaben sind der Person angemessen (Kompetenz/Defizit)

R (Relevant) Relevant - Orientierung am Zweck - Volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe -

T (Timebound) Termingebunden - Datum für vorgesehenen Abschluss der Maßnahme



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeba_reha@web.de

105



Die ICF verstehen und nutzen

Einkaufen (1)

S: Spezifisch - Wunsch Selbständig Wohnen - Ziel: Selbständig einkaufen ICF-Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] - Kapitel d6 Häusliches Leben - Kategorie d 6200 einkaufen: „Waren und Dienstleistungen für das tägliche Leben gegen Geld erwerben [...] wie Lebensmittel, Getränke, Reinigungsmaterial, Haushaltsartikel oder Kleidung in einem Geschäft oder auf dem Markt auswählen; Qualität und Preis der benötigten Artikel vergleichen, den Preis für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln und bezahlen sowie die Waren transportieren“



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

106

Einkaufen (2)

M: Messbar - Beobachtbare Aktivitäten und einschätzbare Ergebnisse des „Maßnahmebündels“ einkaufen Kontrolle der vorhandenen Gegenstände des täglichen Bedarfs - Erstellen einer sinnvoll gegliederten Einkaufsliste - Aufsuchen der Geschäfte - Auswahl der Waren nach festgelegten Standards - Suche nach Hilfe durch das Verkaufspersonal oder andere Kunden - Bezahlen der Waren an der Kasse - Transport der Waren nach Hause - Einsortieren der Waren an ihrem Aufbewahrungsort



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

107

Einkaufen (3a)

A: Ausführbar - Zustände der Person

Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Kapitel d1 Wissensanwendung

d160 Aufmerksamkeit fokussieren - d166 Lesen - d170 Schreiben - d172 Rechnen - d177 Entscheidungen treffen

Kapitel d3 Kommunikation

d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen - d330 Sprechen

Kapitel d4 Mobilität

d430 Gegenstände anheben und tragen - d450 Gehen - d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen - d470 Transportmittel benutzen

Kapitel d8 Bedeutende Lebensbereiche

d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen



AFEB Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afeb_reha@web.de

108



Die ICF verstehen und nutzen

Einkaufen (3b)

A: Ausführbar - Zustände der Person und Umwelt

Komponente Körperfunktionen

Kapitel b1 Mentale Funktionen

b114 Funktionen der Orientierung - b 117 Funktionen der Intelligenz - b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs -

b140 Funktionen der Aufmerksamkeit - b160 Funktionen des Denkens - b172 Das Rechnen betreffende Funktionen

Komponente Umweltfaktoren

Kapitel e1 Produkte und Technologien

e115 Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben - e120 Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport -

e130 Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung

Kapitel 3 Unterstützung und Beziehungen

e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

109

Einkaufen (4)

R: Relevant - Zweckmäßig für Einbezogenheit in Lebensbereich Wohnen - Das tun, was der Wunsch ist und das tun, was die Anforderung ist.

T: Termingebunden - Erbringungszeitraum und Datum für vorgesehenen Abschluss der Einzelmaßnahmen des Maßnahme-bündels „Einkaufen“



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de

110

Nachbereitung

Arbeitsauftrag: „ICF - Fallbasierte Anwendung“

1. Dokumentation der Zustände von Person X. und ihrer Umwelt unter Nutzung eines ICF-Core-Sets
2. Erstellung von 3 SMARTen Maßnahmen (analog Beispiel) für Person X.



AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail: grampp_afeb_s_reha@web.de


111



Die ICF verstehen und nutzen

In der ICF recherchieren

ICF als PDF-Dokument



ICF in aufbereiteter Form

112

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

Internetquellen

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>

ICF-Lotse

<https://www.rehadat-icf.de/de/>

113

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de

Zur Vertiefung



114

AFEBs Reha Prof. Dr. G. Grampp
Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation - E-Mail grampp_afebs_reha@web.de



Gestuffer Zielkatalog ICF-basiert

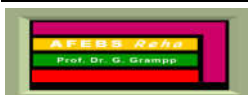
Die ICF ist das Instrument zur Beschreibung von im Teilhabemanagement. Ziele als Grundlage von Leistungen und Maßnahmen sollten deshalb ICF-basiert sein.

In den Instrumenten zur Bedarfsermittlung werden Ziele unter unterschiedlichen Bezeichnungen genannt: Leitziele, Handlungsziele, Veränderungs- oder Erhaltungsziele.

Bei den „Leitzielen“ handelt es sich eigentlich um Wünsche einer leistungsberechtigten Person. Sie werden dann zu „Handlungszielen“, wenn sie „berechtigt“ (SGB IX § 8) oder „angemessen“ (SGB IX § 104) sind.

Die ICF bietet sich durch ihre Gliederung in Komponenten, Kapitel und Kategorien zur Erstellung eines Zielkatalogs mit den Stufen Leitziel, Richtziel, Grobziel und Feinziel an wie am nachfolgenden Beispiel verdeutlicht wird.

Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] (d)	
Individuelle und gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit als Basis des Handelns	Leitziel: Das Handeln einer Person und ihr Einbezogensein in Lebenssituationen positiv beeinflussen
Kapitel d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	
Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen ausführen	Richtziel: Geistige und körperliche Funktionen und Handlungsgelegenheiten als Zustände der handelnden Person und der Umwelt verbessern oder erhalten.
Kategorie Ebene 1 d210 Einzelaufgaben ausführen	
Zeitliche, räumliche und materielle Grundlage für die Ausführung organisieren, die Schritte der Durchführung festlegen, die Aufgabe ausführen und abschließen sowie eine Aufgabe durchstehen	Grobziel Zustände von <u>Person</u> - mentale Funktionen, Sinnesfunktionen und Bewegungsfunktionen - und <u>Umwelt</u> - Produkte/Technologien, Strukturen und Unterstützung - verbessern oder erhalten
Kategorie Ebene 2 d2100 Eine einfache Aufgabe übernehmen	
Gelegenheit zur Ausführung einer Handlung herstellen, Handlung vorbereiten und durchführen	Feinziele Person Zustände der mentalen Funktionen - Orientierung, Temperament und Persönlichkeit, psychische Energie und Antrieb, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Psychomotorik, Gefühle, Wahrnehmung, Kognition, Sprache, Rechnen, verbessern oder erhalten; Zustände der Sinnesfunktionen - verbessern oder erhalten; Zustände der Bewegungsfunktionen - verbessern oder erhalten Feinziele Umwelt Zustände der Produkte/Technologien verbessern oder erhalten; Zustände der Strukturen verbessern oder erhalten; Zustände der Unterstützung verbessern oder erhalten



Arbeitsauftrag: „ICF - Fallbasierte Anwendung“

1. Dokumentieren Sie digital die gesundheitliche Verfassung der Person aus Ihrem Fallbeispiel mithilfe der ICF aus Ihrer Sichtweise.
 - a. Wählen Sie zu Ihrem Fallbeispiel bitte unter folgenden Link <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php> entweder ein zu Ihrem Fall passendes ICF Core Set **oder**, falls Ihr Fallbeispiel zu den ICF Core Sets nicht passend ist, den Punkt „Erweitertes Generisches Set“ (Rehabilitation Set) aus. Bei beiden Varianten sind bereits ICF Kategorien ausgewählt und Sie können zusätzlich weitere Kategorien manuell hinzufügen (bei der Auswahl mehrerer zusätzlicher Items erst Taste „AltGr“ drücken und dann mit der linken Maustaste ICF Kategorien auswählen). Sie können ICF Kategorien aus den Bereichen Körperfunktionen (Kodierung b), Körperstrukturen (Kodierung s), und vor allem aus den Bereichen Aktivitäten und Partizipation (Kodierung d) und Umweltfaktoren (Kodierung e) ergänzen.
 - b. Erstellen Sie einen Dokumentationsbogen und füllen diesen nach Ihren Einschätzungen/ Befunden/Informationen etc. aus. Speichern Sie diesen mit Definitionen.
 - c. Erstellen Sie ein Funktionsfähigkeitsprofil und speichern Sie dieses ebenfalls.
2. Formulieren Sie drei „SMARTe“ Maßnahmen für die Person, die Sie beschrieben haben. Orientieren Sie sich dabei am Beispiel aus der Veranstaltung.

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „ICF - Fallbasierte Anwendung“, bestehend aus dem Dokumentationsbogen, Funktionsfähigkeitsprofil und den von Ihnen entwickelten „SMARTen“ Maßnahmen, bis zum **11.11.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ („Nachbereitung: „ICF - Fallbasierte Anwendung“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.

Arbeitsauftrag: „Soziale Ressourcen“

1. Bitte überlegen Sie zu Ihrem Fallbeispiel aus der letzten Präsenzphase, welche Form der sozialen Unterstützung der/die Klient*in erfährt. Sie können dafür folgende Systematik nutzen.

Soziales Netzwerk:

Professionelle Helfer	Familienangehörige	Freunde	Berufliche Kontakte

2. Bitte lesen Sie zur Vorbereitung der Veranstaltung noch das Kapitel „Soziale Ressourcen und Gesundheit“ (Teilkapitel 7.7 kann ausgelassen werden) von Kienle, R; Knoll, K & Renneberg, B aus „Gesundheitspsychologie“ herausgegeben von Renneberg, B & Hammelstein, P (2006).

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Soziale Ressourcen“ bis zum **28.11.2018** (2 Tage vor der Veranstaltung) auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „2. Selbstlernphase“ (Vorbereitung: „Soziale Ressourcen“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.

Individuelle Lebenssituationen erkennen, Bedarfe und Ressourcen mit Klient*innen ermitteln

KEGL Uni Osnabrück
3. Präsenzphase
30. November 2018

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Tobias Knoop, MPH
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften | Rehabilitative Versorgungsforschung

(Geplanter) Ablauf

Zeit	Inhalt
	Lebensweltorientierung Salutogenese Soziale Ressourcen
	Pause (30 Minuten)
	Anwendung Netzwerkkarte
	Pause (15 Minuten)
	Vorstellung Assessment-Instrumente
30.11.2018	Tobias Knoop, MPH



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

30.11.2018
MPH
3

KeGL

Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens

Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für die ärztliche und rehabilitative Tätigkeit (S.8)

„Die ICF umfasst auch die personale Ebene und bezieht damit auch die subjektive Sicht des betroffenen Menschen mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da nicht die Krankheitsdiagnose selbst im Vordergrund steht, sondern vor allem die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Alltags- oder beruflichen Teilhabe/Partizipation.“

30.11.2018
Tobias Knoop, MPH
4

Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für die ärztliche und rehabilitative Tätigkeit (S.8)

„Die ICF umfasst auch die **personale Ebene** und bezieht damit auch die **subjektive Sicht des betroffenen Menschen** mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da nicht die Krankheitsdiagnose selbst im Vordergrund steht, sondern vor allem die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Alltags- oder beruflichen Teilhabe/Partizipation.“

Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für die ärztliche und rehabilitative Tätigkeit (S.8)

„Die ICF umfasst auch die **personale Ebene** und bezieht damit auch die **subjektive Sicht des betroffenen Menschen** mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da nicht die Krankheitsdiagnose selbst im Vordergrund steht, sondern vor allem die **individuell erlebte** gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der **Alltags- oder beruflichen Teilhabe/Partizipation.**“

Teilhabe als zentrales Rehabilitationsziel (S. 19)

„[D]ie Teilhabe (Partizipation) stellt die zentrale/übergeordnete Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX).

[...]

Mit Unterstützung der ICF wird die Sichtweise um die soziale Dimension „Teilhabe“ systematisch erweitert und orientiert sich noch stärker an den individuellen Bedürfnissen und Zielen des Rehabilitanden.“

Teilhabe als zentrales Rehabilitationsziel (S. 19)

„[D]ie Teilhabe (Partizipation) stellt die zentrale/übergeordnete Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX).

[...]

Mit Unterstützung der ICF wird die Sichtweise um die soziale Dimension „Teilhabe“ systematisch erweitert und **orientiert sich noch stärker an den individuellen Bedürfnissen und Zielen des Rehabilitanden.“**

Lebensweltorientierung

Theorie der Sozialarbeitswissenschaft von H. Thiersch

- „Lebensweltorientierung [...] verweist auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den Adressat/innen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und Handlungsmustern in den gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Optionen.“

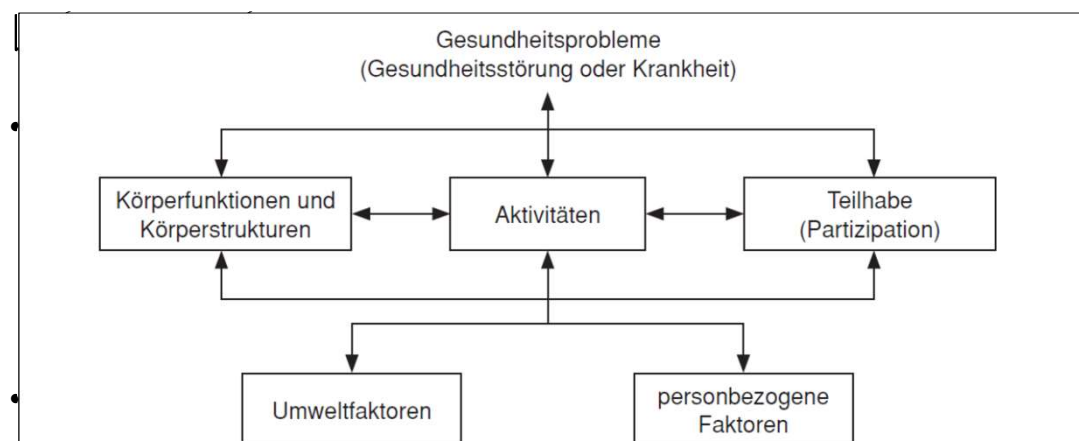


Abbildung 1:
Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005)

4 Dimensionen der Lebenswelt

- unauffälligen Bewältigungsaufgaben (z.B. Kochen, Aufräumen)
- Zeit (aktuelle Lebensphase mit Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen)
- Raum (Land oder Stadt; Aspekte des Wohnens)
- Soziale Bezüge (Familie, Freundschaften, aber auch Nachbarschaft)

Lebensweltorientierung

- Zusammenfassung

... Unterschied Realität und Wirklichkeit in der Lebenswelt

... Realität: objektive Lebenslage der Person

... Wirklichkeit: subjektive Wahrnehmung der Realität

... vier Dimensionen der Lebenswelt

Wer lebensweltorientiert arbeitet, berücksichtigt die Individualität der Person!

Salutogenese

„Was erhält einen Menschen trotz vieler Widrigkeiten, negativer Umstände und ungünstiger Bedingungen gesund?“

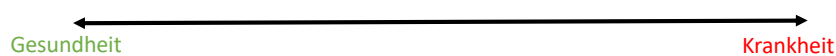
A. Antonovsky (israelisch-amerikanischer Soziologe, 1923-1994)

Salutogenese

- (salus = „gesund“, grie. génesis = Entstehung, Herkunft)

- Gegenentwurf zur Pathogenese
- Abkehr von Dichotomisierung gesund / krank

➤ Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



Generalisierte Widerstandsressourcen

- Merkmale, Charakterzüge, Einstellungen in Bezug auf Herausforderungen

Externe Ressourcen

- Materielle Ressourcen
 - Wohnung, staatl. Leistung
- Immaterielle Ressourcen
 - Soziale Unterstützung
- Beruflicher, sozialer Status

Interne Ressourcen

- Selbstwertgefühl
 - Beziehung zu sich selbst und Akzeptanz der eigenen Möglichkeiten
- Zugehörigkeitsgefühl
 - Beziehung zu anderen Menschen, Gefühl des „Angenommenseins“
- Kohärenzgefühl

Kohärenzgefühl

- Verstehbarkeit
 - Vorhersagemöglichkeit von Stressoren, Strukturiertheit von eintreffenden Stressoren
- Handhabbarkeit
 - Ressourcen zur Begegnung der Stressoren vorhanden, abrufbar
 - Ressourcen können intern oder extern auftreten
- Bedeutsamkeit
 - Gefühl, Gespür für die Sinnhaftigkeit einer Herausforderung

Salutogenese vs. Pathogenese

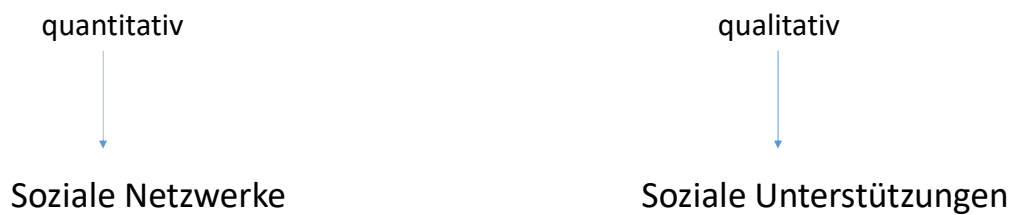
Salutogenese	Pathogenese
„Entstehung von Gesundheit“	„Entstehung von Krankheit“
Suchen nach Schutzfaktoren (Ressourcen)	Suchen nach Risikofaktoren (Defizite)
Krankheits-Gesundheits-Kontinuum	Absolute Definition von „Krank“ oder „gesund“
psychische, soziale und seelische Faktoren werden berücksichtigt	Nur physische (und psychische) Aspekte gelten

Soziale Ressourcen

Text: Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung (und dyadisches Bewältigen)

Soziale Ressourcen

- Studienlage: Soziale Beziehungen und Interaktionen sind wichtige Faktoren für physische und psychische Gesundheit



Soziale Netzwerke

- Informelles, alltägliches Hilfesystem (Familie, Freunde, Bekannte)
- 4 Aspekte
 - Struktur (Größe, Vernetzung, Dichte)
 - Relation – Interaktion (Dauer und Art der Kontakte)
 - Inhalt – Funktion (Unterstützung / Belastung)
 - Evaluation (Zufriedenheit der Netzwerkteilnehmer)

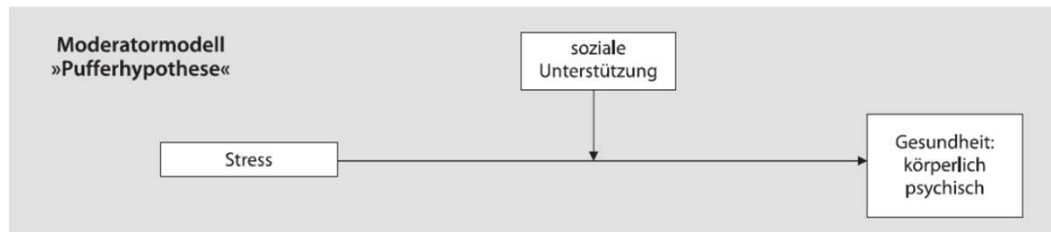
Soziale Unterstützungen

- drei Formen der Unterstützung
 - Informationelle Unterstützung
 - Instrumentelle Unterstützung = praktische Hilfen
 - Emotionale Unterstützung (Beistand)
- Ausmaß der Unterstützung hängt ab:
 - Vertrautheit mit anderen Personen
 - Form des sozialen Kontaktes
 - Erfahrung mit Austausch untereinander
- Zielsetzung: Problemzustand verändern oder Ertragen des Leids erleichtern

Soziale Ressourcen

- Soziale Netzwerke schaffen die Voraussetzungen für soziale Unterstützung
- Soziale Unterstützung als interaktiver Prozess mit drei Faktoren:
 - Situationale Faktoren (einfach oder komplex)
 - Intrapersonale Faktoren (Bindungserfahrungen haben Einfluss auf erwartete/wahrgenommene Unterstützung)
 - interpersonale Faktoren (Beziehung zwischen Unterstützungsgeber und –empfänger)

Soziale Unterstützung und Gesundheit

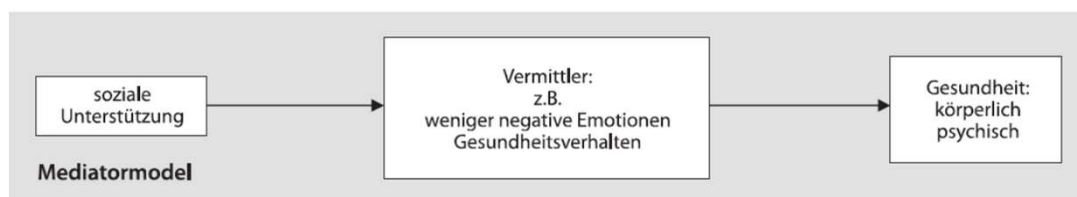


30.11.2018

Tobias Knoop, MPH

23

Soziale Unterstützung und Gesundheit

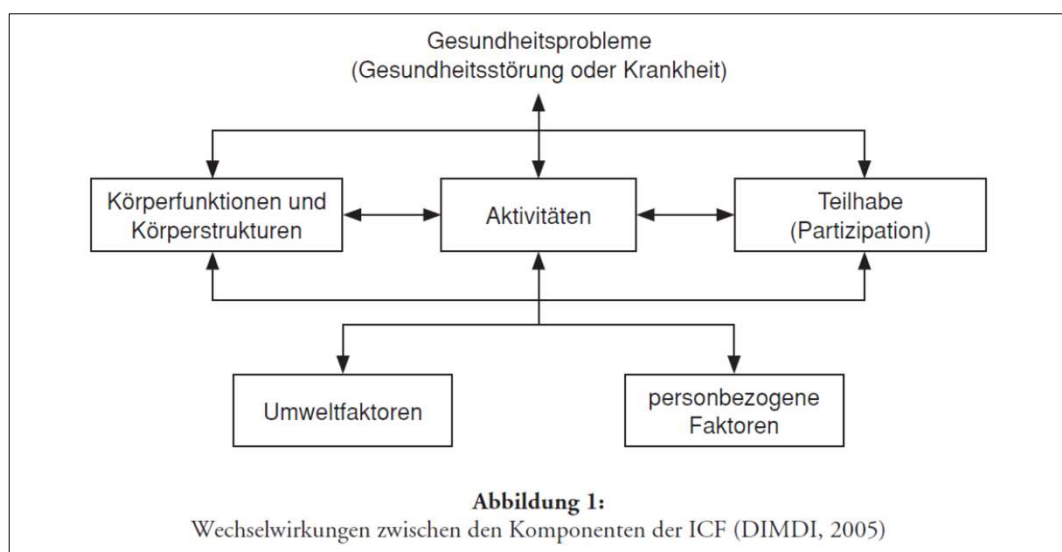


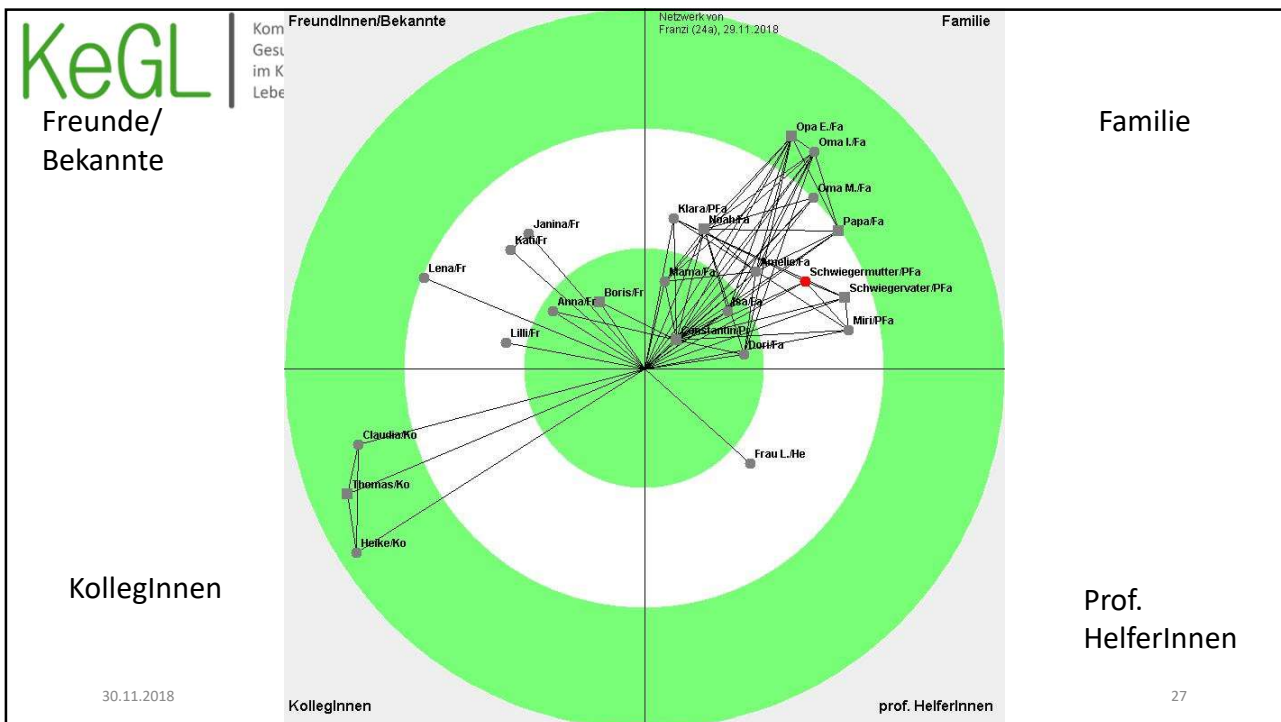
30.11.2018

Tobias Knoop, MPH

24

Pause (30 Minuten)





KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Netzwerkkarte Anwendung

- Eintragen aller wichtigen Personen des sozialen Umfelds per Klick ins richtige Feld -> Daten werden vom System abgefragt, Personenpunkt lässt sich nach Bedarf verschieben
- Je näher an der „Ankerperson“ eingezeichnet, desto wichtiger ist der Kontakt
 - Hilfreich: Horizonte (grün-weiße Kreise um Ankerperson)
- Mögliche Personen können auch „besonders“ sein (spirituell, imaginär, Haustier)
- Verbindungen schaffen über Tool „Beziehungen verwalten“
- Nach Fertigstellung Möglichkeit der „Analyse“

30.11.2018

Tobias Knoop, MPH

28

Übung

Frau M.

Interpretation (Maßzahlen)

Größe

Anzahl der Personen im Netzwerk

Dichte

Anzahl der Personenpaare / Anzahl der potentiellen Verbindungen

➤ Dichte > 0,5 = hohe Dichte

➤ kann unterschiedlich bewertet werden: Indikator für eingeschränkte Autonomie oder gute Kommunikationskanäle?

Verteilung auf Sektoren

Lebensmittelpunkt der Ankerperson, sehr stark abhängig von Lebensphase

Interpretation (Rollen im Netzwerk)

Star

Mitglied mit sehr vielen Verbindungen zu anderen Mitgliedern

Isolierte

Mitglied mit nur einer Verbindung zur Ankerperson

Cluster

Ansammlung von mehreren Personen, Clique

Gatekeeper

Kontrolle über Informationsfluss zwischen den Sektoren

Perspektiven

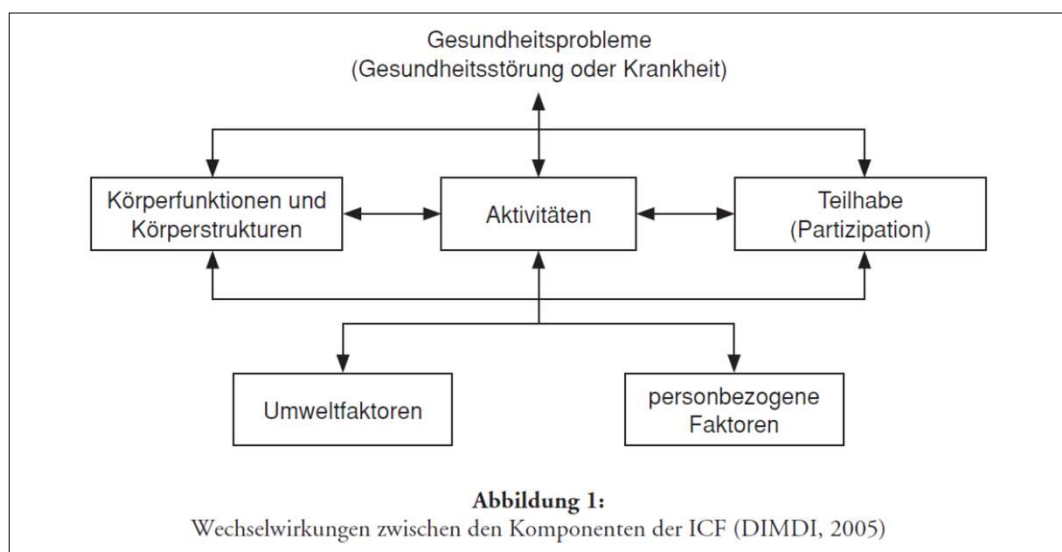
Welche Chancen und Risiken ergeben sich für die Ankerperson?

Wo besteht Potenzial im sozialen Netzwerk zur Mobilisierung von Unterstützungsmöglichkeiten?

Was passiert bei einem Wechsel des Settings?

Welche Beziehungen könnten wieder aktiviert werden? Welche vertragen eine Lockerung?

Pause (15 Minuten)



Assessmentprozedur

1. Konkretisierung der Fragestellung und Zielgrößen sowie Bestimmung der Kriterien, die erfasst werden müssen,
2. Auswahl geeigneter *Assessmentinstrumente* zur Erfassung der Kriterien
3. Auswertung,
4. Gesamtbeurteilung in Bezug zu der Fragestellung und einem vorher festgelegten Beurteilungsmaßstab (Interpretation) (z.B. Altersnorm, Anforderungen des Arbeitsplatzes),
5. Ergebnisdokumentation und abschließend
6. Ergebnisevaluation.

Auswahl Assessmentinstrumente

Woran erkenne ich einen guten Fragebogen?

- **Objektivität:**

Wie unabhängig von äußeren Einflüssen sind die Angaben des Befragten?

- **Reliabilität/Zuverlässigkeit:**

Wie schafft es der Fragebogen die Bandbreite der abgefragten Größe abzubilden?

- **Validität/Gültigkeit:**

Misst der Fragebogen das, was er vorgibt zu messen?

Assessmentinstrumente

- WHODAS II



WHODAS 2.0 Hintergrund

- Frei zugänglicher Fragebogen der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- aufgebaut auf der ICF
 - Komponenten Aktivitäten und Teilhabe
- Generisches Instrument für erwachsene Personen
- Subjektive Erfassung der Funktionsfähigkeit einer Person mit körperlichen oder mentalen Gesundheitsstörungen

WHODAS 2.0 Aufbau

- Selbstauffüller (paper-pencil) oder Fremdauffüller-Version (mit Interview)
- 36 Fragen aus 6 Bereichen
- Dauer ca. 20 Minuten

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Komponente d)

- Kapitel d1: Lernen und Wissensanwendung
- Kapitel d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kapitel d3: Kommunikation
- Kapitel d4: Mobilität
- Kapitel d5: Selbstversorgung
- Kapitel d6: Häusliches Leben
- Kapitel d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Kapitel d8: Bedeutende Lebensbereiche
- Kapitel d9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

30.11.2018

39

WHODAS 2.0 Aufbau

- Fragen nach der Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Gesundheitsstörung in den letzten 30 Tagen: (Bsp.)

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen sich an wichtige Dinge zu erinnern?

1 „keine“ 2 „geringe“ 3 „mittlere“ 4 „starke“ 5 „sehr starke / nicht möglich“

- Zusätzliche Abfrage: Anzahl der Tage die beeinträchtigt gewesen sind
- Gesamtscore von 0 „keine Behinderung“ bis 100 „maximale Behinderung“

30.11.2018

Tobias Knoop, MPH

40

WHODAS 2.0 Bewertung

+ Bestens untersucht, sehr gute Gütekriterien

- Das Manual hilft dabei, dass der Interviewer sich an die Vorgaben hält
- Egal wer den Fragebogen ausfüllt, egal wann der Fragebogen ausfüllt, die Ergebnisse ähneln sich
- Hohe Übereinstimmung zu vergleichbaren Instrumenten (Lebensqualität)

+ generisches Instrument

+ Ausführliches Manual (englische Sprache)

+ Weit verbreitet

Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe – IMET

Beeinträchtigungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an. Dabei bedeuten:

[0]= keine Beeinträchtigung [10] = keine Aktivität mehr möglich

Ansonsten kreuzen Sie ein entsprechendes Kästchen dazwischen an.

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

IMET Hintergrund

- Entwickelt 2007 in Lübeck von Deck, R. und KollegInnen
- Angelehnt an die ICF
- entwickelt auf Grundlage eines englischsprachigen Fragebogens (Pain Disability Index, PDI)
- Generisches Instrument
- Erfassung der Einschränkungen in neun Alltagsbereichen

IMET Aufbau

- Selbstauffüller
- 2 Minuten
- Mit 9 Fragen (jeweils ein Aspekt alltäglicher Aktivität und Teilhabe)
- Antwortmöglichkeiten von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 10 (keine Aktivität mehr möglich)

IMET Bewertung

+ Gute Gütekriterien

- Letzte Frage mit anderem Antwortformat
- Logische Beantwortung
- Zufriedenstellende Übereinstimmungen mit anderen Instrumenten (Funktionsfähigkeit bei Rückenschmerz, Lebensqualität)

+ Ökonomisches Instrument zur schnellen Erfassung der Einschränkung

SIMBO Hintergrund

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

- Ziel: nahtlosen Übergang zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) §11 SGB IX (a.F.)
- Diagnostische und therapeutische Kompetenzen bei der beruflichen Integration vorhalten
- Zielgruppe: Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) -> MBOR
- www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

SIMBO Hintergrund

Merkmale von RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen

- problematische sozialmedizinische Verläufe zum Beispiel mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und oder Arbeitslosigkeit,
- negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags),
- aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung

SIMBO

- **Screening-Instrument** zur Einschätzung des Bedarfs an **medizinisch-beruflich orientierten** Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO)
- Entwickelt 2005 von Streibelt, M und KollegInnen als eines von drei MBOR-Screeninginstrumenten

KeGL Screening: SIMBO-C

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,
damit wir uns ein Bild von Ihrer beruflichen Situation machen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Alter: _____ Jahre Geschlecht: männlich weiblich

1. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbsituation zu?

<input type="checkbox"/> ganztägig berufstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos
<input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> Rentner/in wegen Erwerbsminderung
<input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> Altersrentner/in
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

2. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?
 nein ja

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?
 nein ja
falls ja: Wie lange waren Sie insgesamt krankgeschrieben?
 unter 1 Woche 1-6 Wochen 7-12 Wochen 13-26 Wochen >26 Wochen

4. Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?
keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
völlige Beeinträchtigung

5. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie zutreffende an.)
Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

<input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.	<input type="checkbox"/> eine Rente beantragen/bekommen werde.
<input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.	<input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde.
<input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will.	<input type="checkbox"/> krankgeschrieben sein werde.
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann.	<input type="checkbox"/> ich weiß es noch nicht.

6. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?
Ich hoffe, dass...

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterien	Pkt
Alter ≤ 45 Jahre	7
Arbeitslosigkeit	16
Arbeitsunfähig	29
Fehlzeiten: > 6 Monate	13
Work Disability (0-10) > 7 Pkt.	8
Negative subjektive RTW-Prognose	20
Motivation für MBOR (1-5) > 3	7
Summe	100

49

KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens

SIMBO Bewertung

+ Sehr gute Gütekriterien

- Leicht verständliche Fragen
- Vergleichbare Ergebnisse bei erneutem Test (90% Übereinstimmung)
- Hohe Übereinstimmung mit dem Urteil erfahrener Klinik-Ärzte

– Spezifische Fragestellung

- Weitere Instrumente mit ähnlicher Fragestellung: SIBAR, Würzburger Screening

30.11.2018 Tobias Knoop, MPH 50

Instrumente finden

Bengel et al. (2008) Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, Hogrefe

<http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/schlagwortzugang/schlagwortzugang-de.asp>

<https://www.testarchiv.eu/>

<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures> (Englisch!)

www.google.de



Literatur Teil 1

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus (2008): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. einleitende Bemerkungen. In: Klaus Grunwald und Hans Thiersch (Hg.): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pädagogik), S. 13–40.
- Kraus, B. (2006): Lebenswelt und Lebensweltorientierung. Eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. In: *Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*. 37 (2), S. 116–129, zuletzt geprüft am 29.11.2018.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kienle R., Knoll N., Renneberg B. (2006) Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: Renneberg B., Hammelstein P. (eds) *Gesundheitspsychologie*. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg

Literatur Teil 2

- www.easynwk.de
- Pantucek, P. (2012) *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. 3., aktualisierte Auflage. Wien/Köln/Weimar Böhlau Verlag.

Literatur Teil 3

- Bengel, Jürgen; Wirtz, Markus; Zwingmann, Christian; Lyssenko, Lisa (Hg.) (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe (Diagnostik für Klinik und Praxis, 5).
- Üstün, T. B.; Kostanjsek, Nenad; Chatterji, S.; Rehm, J.; Carrie (Hg.) (2010): Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule ; WHODAS 2.0. Weltgesundheitsorganisation. Geneva
- Deck, R. Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76, S. 113-120.
- Streibelt, M.; Gerwin, H.; Hansmeier, T.; Thren, K.; Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Massnahmen in der medizinischen Rehabilitation--Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. In: Die Rehabilitation 46 (5), S. 266–275.



Kontakt

Tobias Knoop
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Stiftungslehrstuhl Rehabilitationswissenschaften /
Rehabilitative Versorgungsforschung

tobias.knoop@uni-bielefeld.de



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Teilhabeorientierung in der Rehabilitation

Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung im Berufsalltag anwenden

PD Dr. Mirjam Körner

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Universität Freiburg

UNI
FREIBURG

Ziele der Unit

- Grundlagen der Kommunikation
 - Die Annahmen gängiger Kommunikationstheorien beschreiben können.
 - Ich-Botschaften

- Kommunikative Methoden
 - Partizipative Entscheidungsfindung
 - Motivierende Gesprächsführung

Seminarleiterin

PD Dr. Mirjam Körner

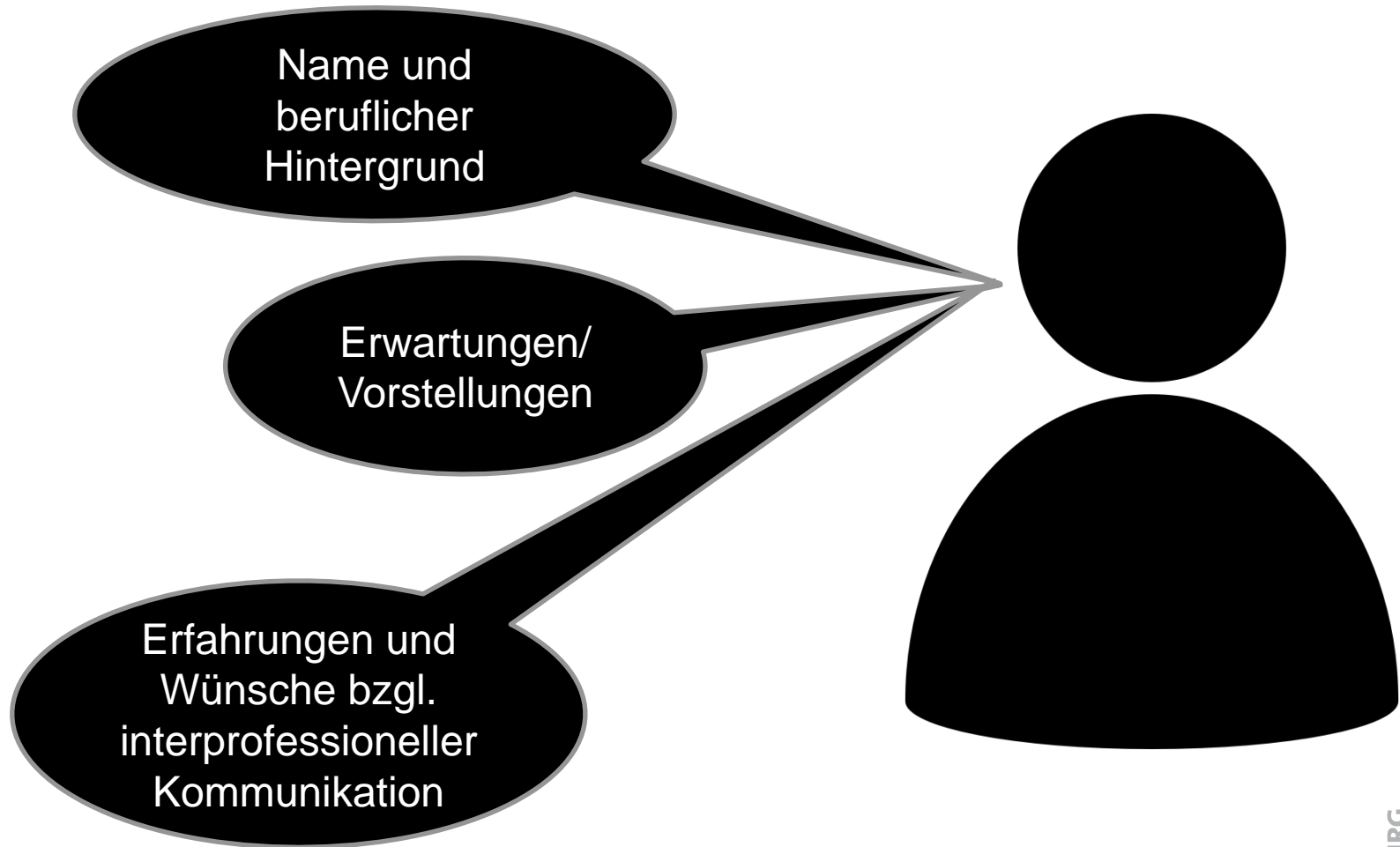
Derzeitige Arbeitsstelle: Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Studium, Aus- und Weiterbildung: Betriebswirtin, Psychologin,
Personalentwicklung, Systemische Ausbildung
in Beratung und Therapie

Schwerpunktt Themen in der Forschung

- Kommunikation in der Gesundheitsversorgung
- Interprofessionelle Teamarbeit, Team- und Organisationsentwicklung
- Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- Kommunikation und Entscheidungsfindung (Partizipative Entscheidungsfindung)
- Trainings-, Coachingkonzepte für Teams und Führungskräfte

Kurze Vorstellungsrunde



Übung 1: Kommunikation zur Teilhabeförderung

- Wo wird Kommunikation zur Förderung der Teilhabe benötigt?
- Welche Förderfaktoren und Barrieren begegnen Ihnen in der Berufspraxis?



Übung 1: „Ihre Erfahrungen“

Förderfaktoren

Barrieren

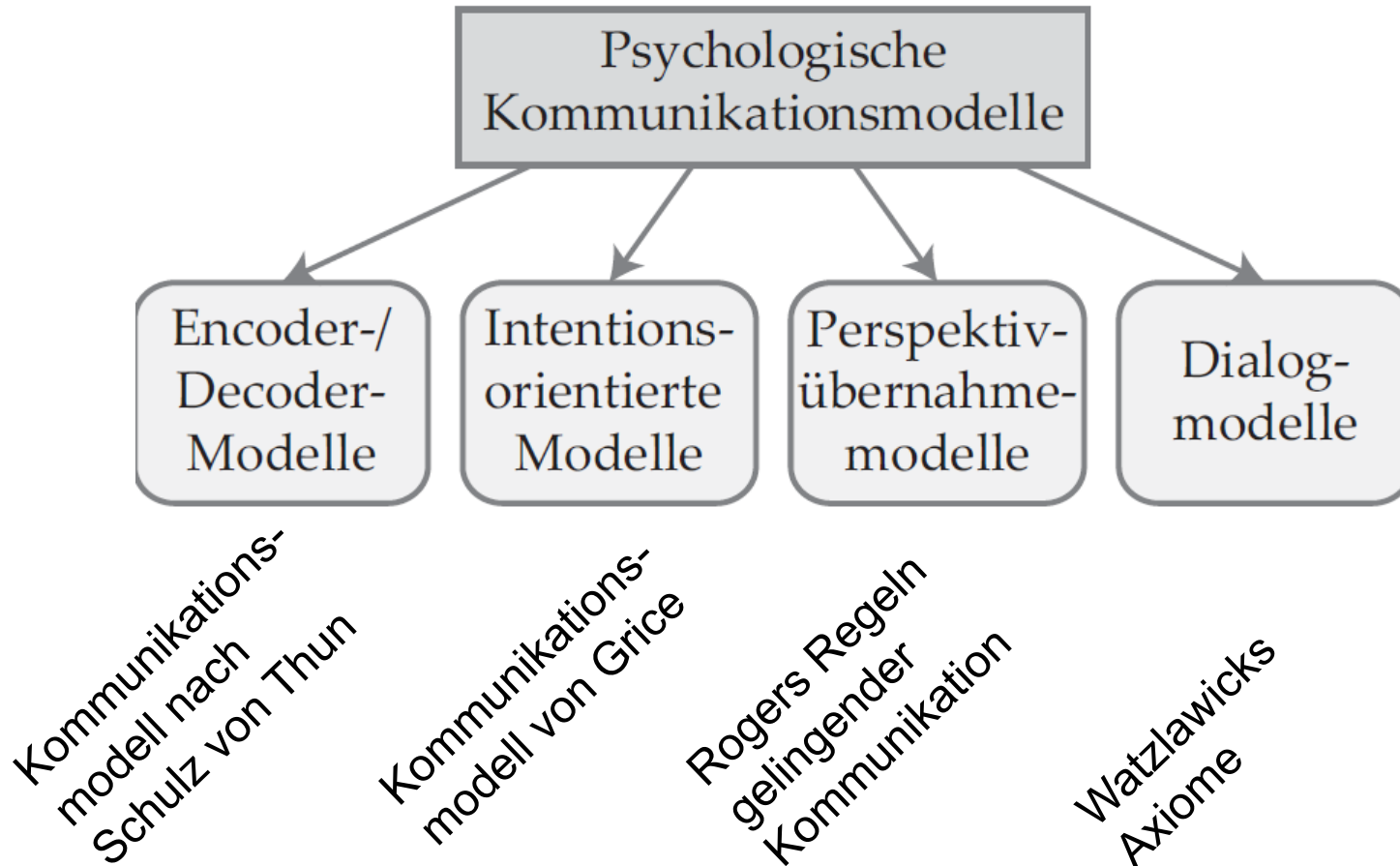
Don'ts der Kommunikation

Typische Gesprächsstörer	Typische Redewendungen
Du-/Sie-Botschaften; Vorwürfe machen	<i>Sie beachten meine Meinung nicht</i>
Verallgemeinerungen	<i>Ständig, immer, nur, alles,...</i>
Herunterspielen	<i>Das ist doch nicht so schlimm...</i>
Ausfragen	<i>Warum haben Sie sich nicht früher gemeldet?</i>
Unterstellungen machen	<i>Sie regen sich doch nur auf, weil Sie...</i>
Bewerten	<i>Sie denken da falsch.</i>
Befehlen	<i>Sie müssen das so machen...</i>
Belehren/ Lebensweisheiten	<i>Das habe ich Ihnen doch vorhin schon erklärt!</i>
Weichmacher	<i>Irgendwie, eigentlich, eventuell, unter Umständen</i>
Warnen und Drohen	<i>Das würde ich mir jetzt gut überlegen</i>

Do's der Kommunikation

Typische Gesprächsförderer	Typische Redewendungen
Offene Fragen	<i>Wie sehen Sie das?</i>
Nachfragen	<i>Was meinen damit genau?</i>
Zielorientierte Fragen	<i>Was könnte diese Situation verbessern</i>
Aufmerksamkeit signalisieren	<i>„Mhm“, „ja,“ „aha“; Blickkontakt, nicken</i>
Umschreiben, zusammenfassen	<i>Wenn ich Sie richtig verstehe, dann meinen Sie...</i>
Klären, auf den Punkt bringen	<i>Sie meinen also, dass...</i>
Wünsche herausarbeiten	<i>Sie möchten also, dass...</i>
Namentliche Ansprache	<i>Ja, Herr Schmitt...</i>
Ich-Botschaften	<i>Es wirkt auf mich so, als ...</i>
Verständnis signalisieren	<i>Ich kann gut verstehen, dass</i>
Gefühle ansprechen	<i>Fühlen Sie sich dann herabgesetzt?</i>

Kommunikationsmodelle



Psychologische Kommunikationsmodelle

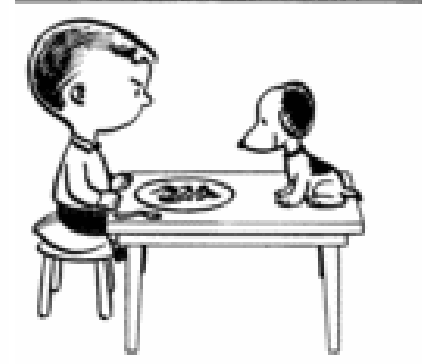
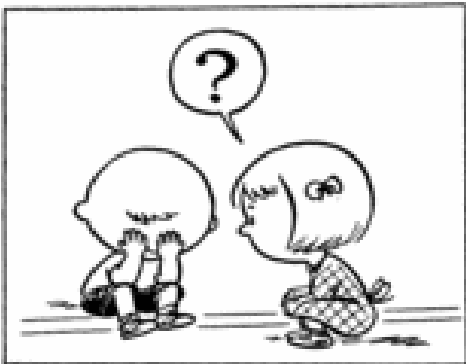
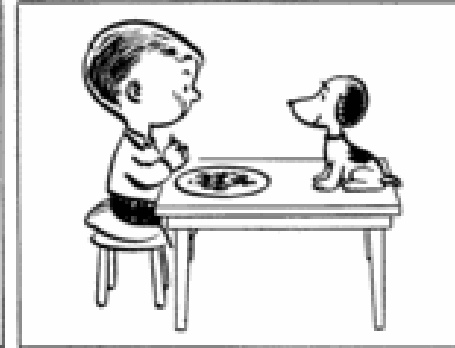
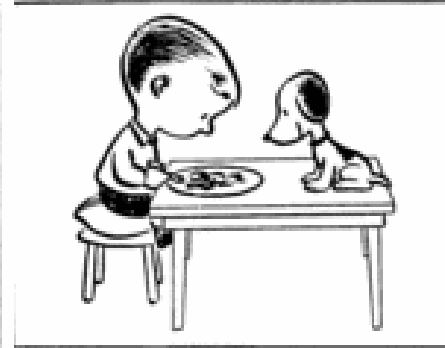
- Paul Watzlawick: Die 5 Axiome der Kommunikation
- Friedmann Schulz von Thun: Die vier Seiten einer Nachricht
- Carl Rogers: Grundhaltungen und aktives Zuhören
- Marshall Rosenberg: Gewaltfreie Kommunikation

Kommunikationsmodell 1

Die 5 Axiome der Kommunikation
nach Paul Watzlawick

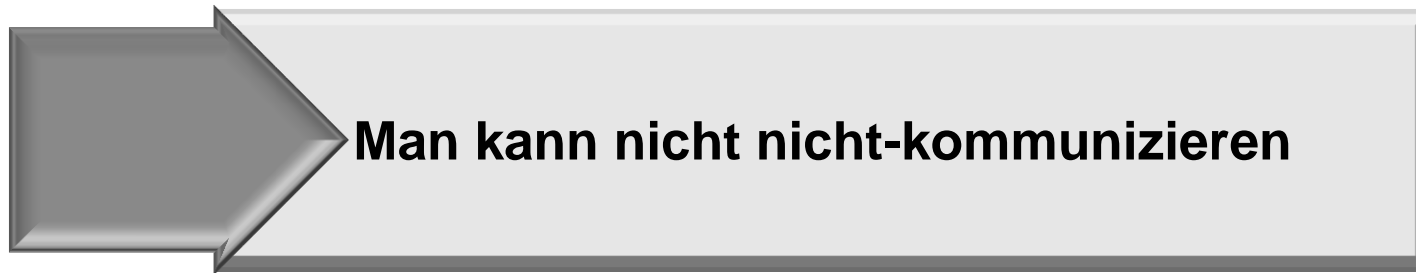
Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



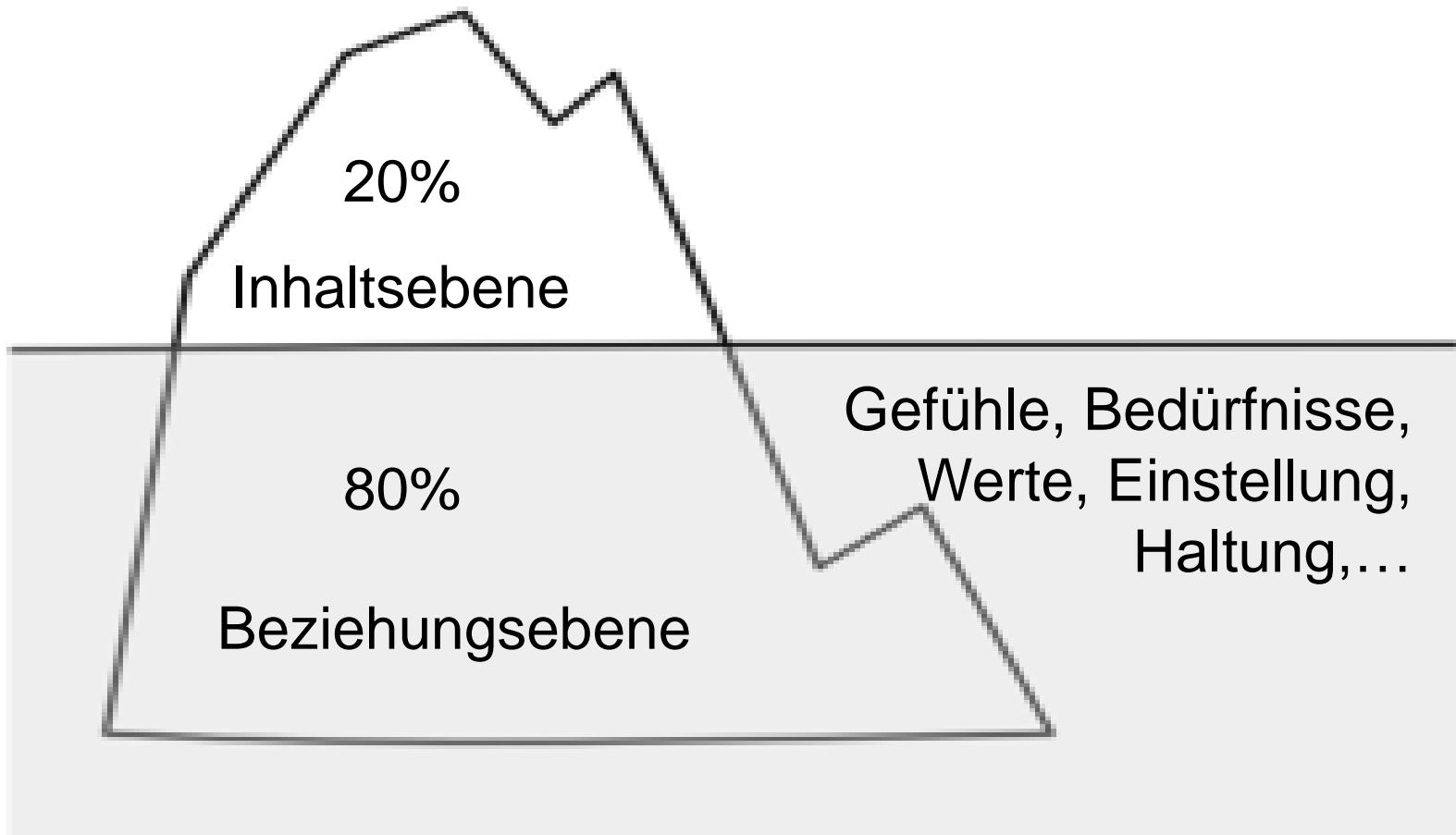
Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick



Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick

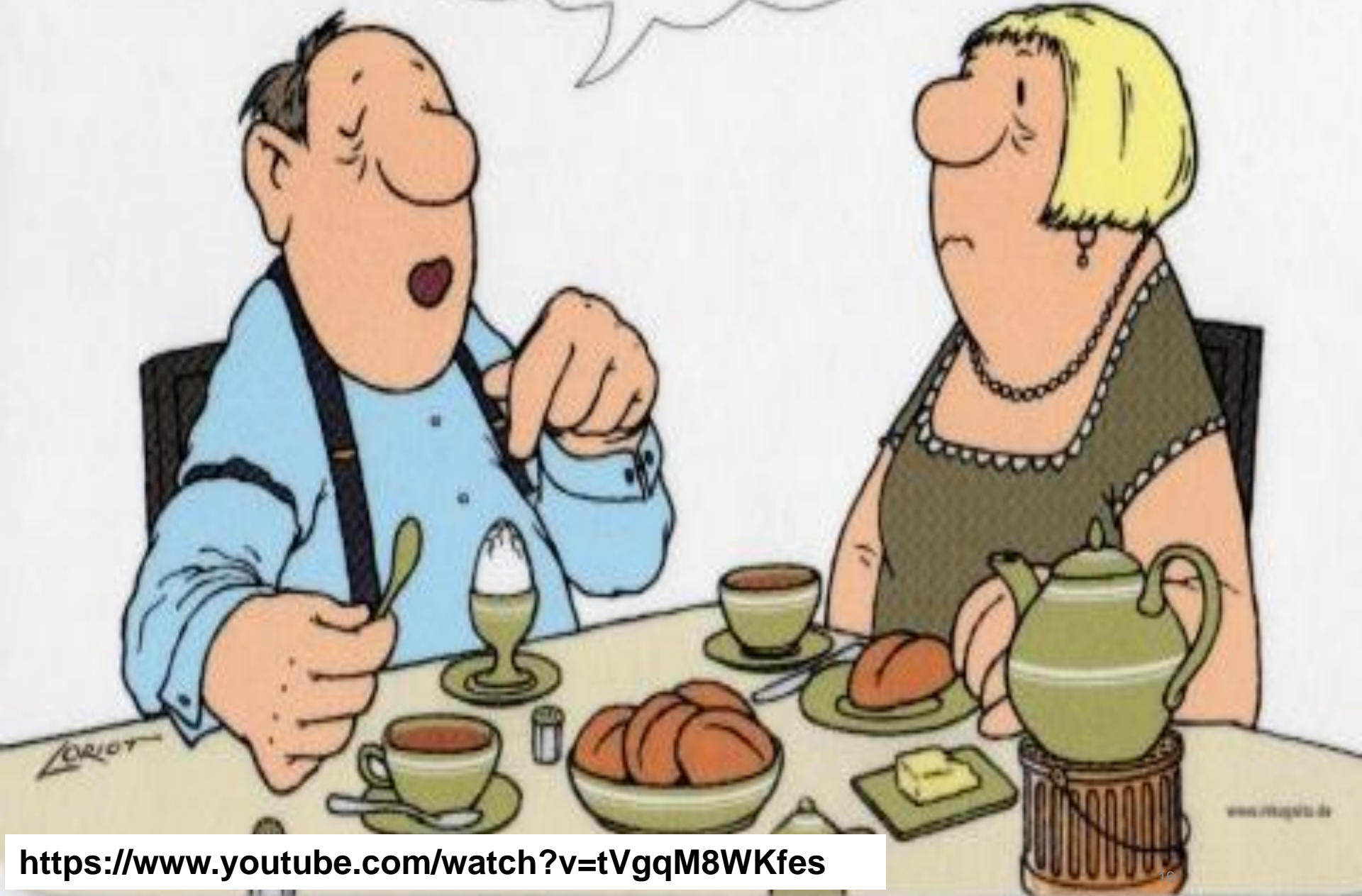


Man kann nicht nicht-kommunizieren



**Jede Kommunikation hat einen Inhalts-
und einen Beziehungsaspekt**

DAS EI IST HART!



Beispiel (nur Ton)



<https://youtu.be/XIYasGzBB9w>

Merkmale der Kommunikation

Paul Watzlawick

Meine Frau meckert immer, nicht zum Aushalten! Da verschwinde ich lieber in den Keller und werke. Weil sie meckert, ziehe ich mich zurück.



Mein Mann zieht sich immer weiter zurück. Immer geht er in den Keller und werkelt. Weil er sich immer zurück zieht, meckere ich natürlich.

Merkmale der Kommunikation

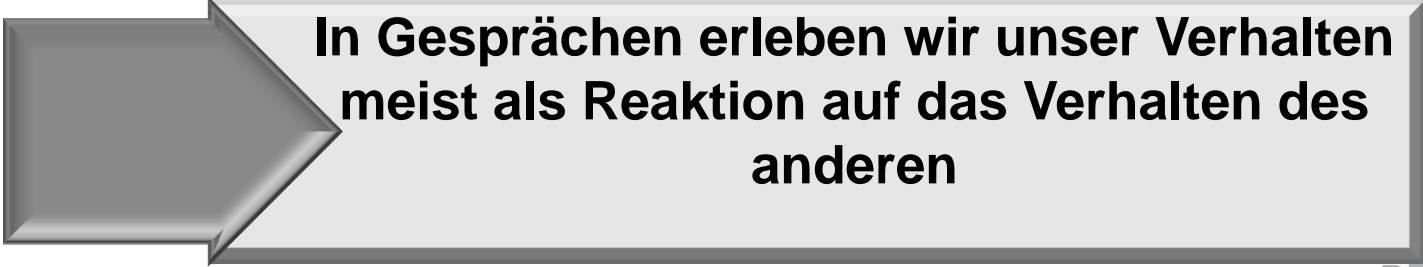
Paul Watzlawick



Man kann nicht nicht-kommunizieren

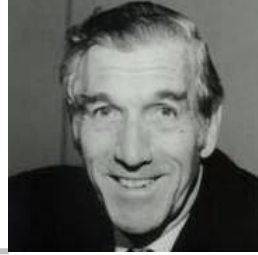


**Jede Kommunikation hat einen Inhalts-
und einen Beziehungsaspekt**



**In Gesprächen erleben wir unser Verhalten
meist als Reaktion auf das Verhalten des
anderen**

Kommunikationstheorie nach P. Watzlawick (Axiome)



Kommunikationspartner beziehen sich wechselseitig aufeinander (Rekursivität)

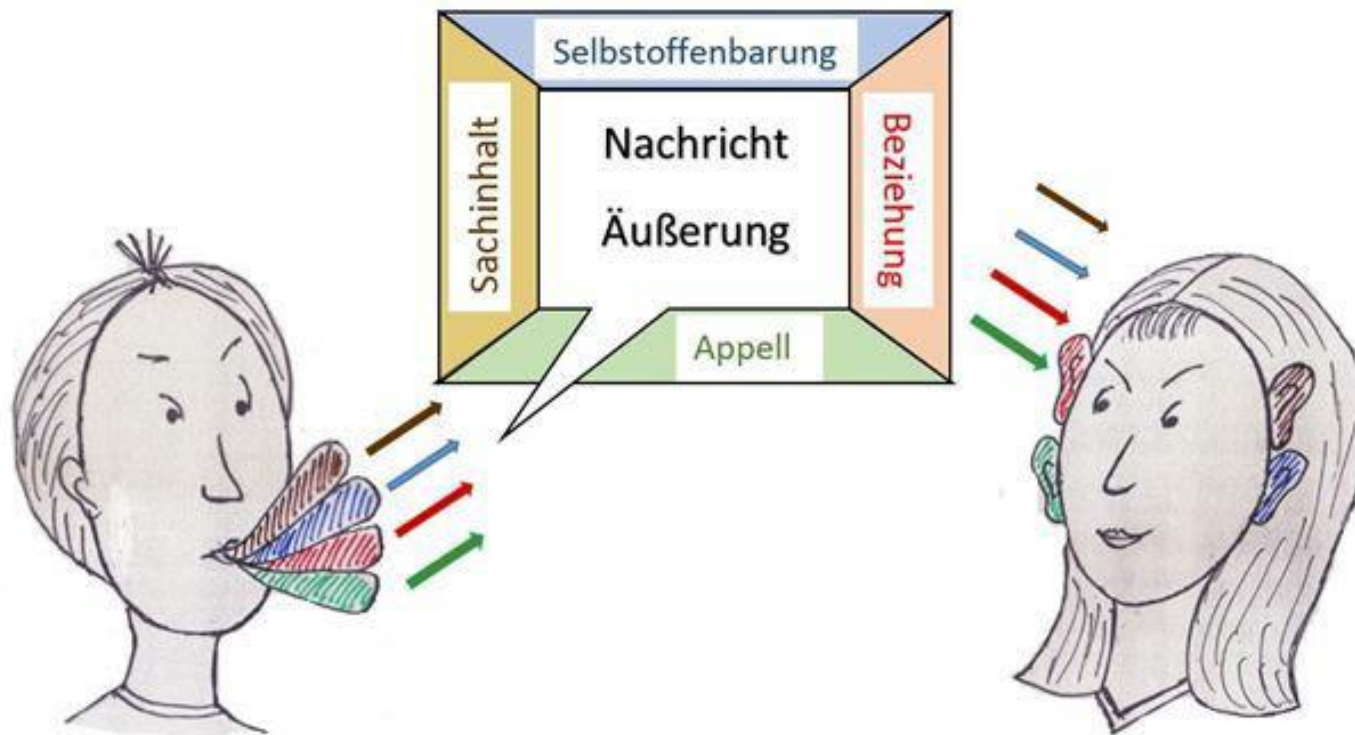
1. Man kann nicht nicht kommunizieren
Mitteilungscharakter des Verhaltens
2. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung
Kommunikation ist zirkulär
3. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär
Hierarchie vs. Augenhöhe
4. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt
5. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten

Kommunikationsmodell 2

Friedmann Schulz von Thun: Die vier Seiten einer Nachricht

Schulz von Thun, F. (1992). Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

Die vier Seiten einer Nachricht



copyright 2011 Dipl.-Psych. Ingeborg Prändl

Was meint Hermann?

Sachinhalt

Selbstoffenbarung



Appell

Beziehung

modifiziert nach Schulz von Thun, 2011

Was hört Berta?

Sachinhalt

Selbstoffenbarung

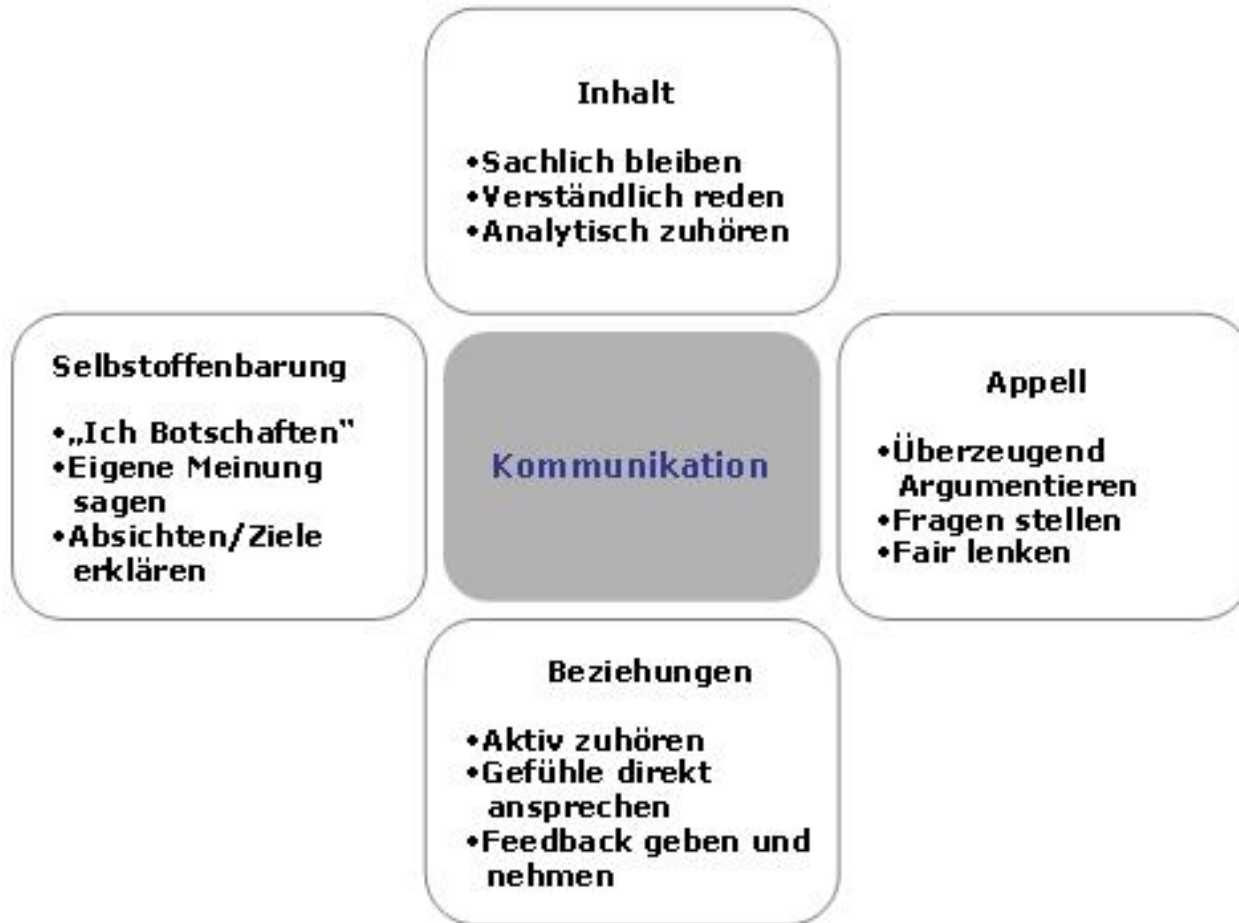


Appell

Beziehung

modifiziert nach Schulz von Thun, 2011

Die vier Seiten der Kommunikation

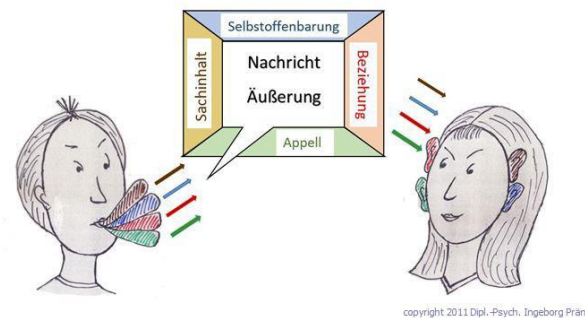


<https://www.teialehrbuch.de/Kostenlose-Kurse/Personalmangement/images/47.jpg>

Übung 2: Reflexion zu den 4 Ebenen

- Suchen Sie aus Ihren Erfahrungen, eine berufliche Situation aus, in denen es zu Kommunikationsschwierigkeiten kam, weil Sender und Empfänger auf unterschiedlichen Ebenen gesendet und empfangen haben.

Die vier Seiten einer Nachricht



Kommunikationsmodell 3

Drei Grundhaltungen nach Rogers

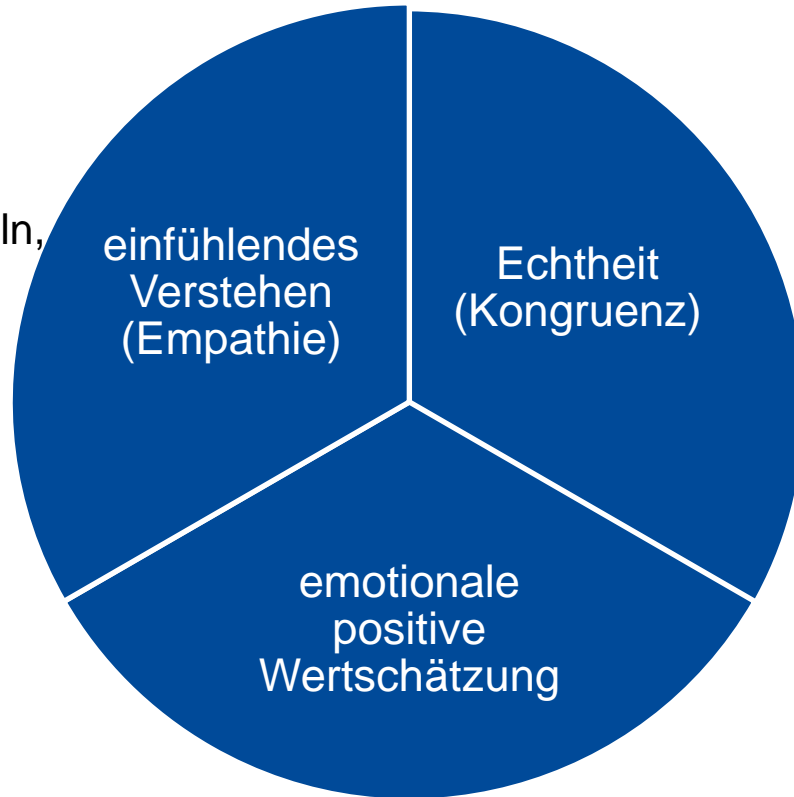
Drei Axiome, die er auch für die nondirektive Gesprächsführung

- Empathische und offene Grundhaltung
- Authentisches und kongruentes Auftreten
- Akzeptanz und positive Beachtung der anderen Person

https://www.youtube.com/watch?v=FX-y_wqWy7I

Grundhaltungen für gelingende Kommunikation nach Rogers

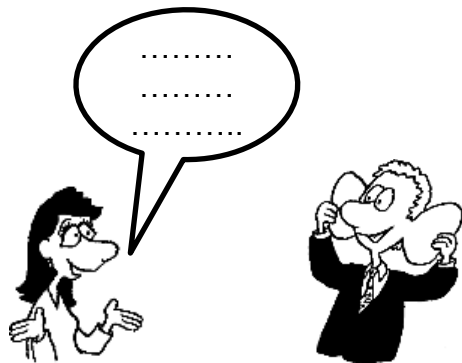
- Verstehen der Gefühlslage des Gegenübers
- Mitteilen des Verstandenen (Spiegeln, Verbalisieren des emotionalen Erlebnisinhaltes)



- Übereinstimmung von äußerem Verhalten und innerer Empfindung
- Empfindungen entsprechen dem, was geäußert wird
- Auch: Wahrhaftigkeit, Authentizität, Selbstkongruenz

- Achten des anderen Menschen als eigenständiges Individuum
- frei von Bewertungen und Beurteilungen

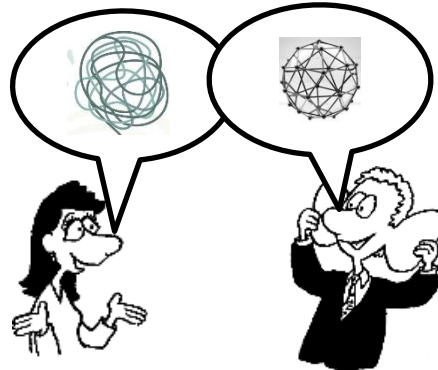
Aktives Zuhören



Zuhören

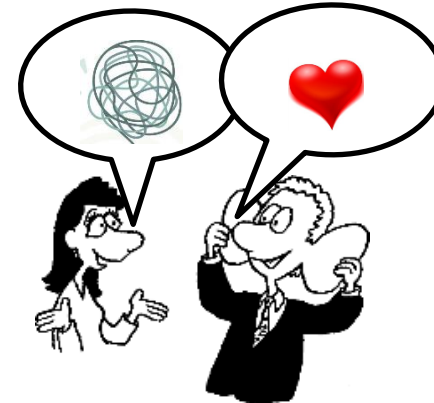
Signale:

- Blickkontakt
- Nicken
- „mhm“, „ja“ ...



Inhalt verstehen

- Verständnis prüfen
- Mit eigenen Worten wiederholen
- Zusammenfassen



Gefühle verstehen

- In den anderen hineinversetzen
- Gefühle verbalisieren
- Wünsche heraushören und benennen

Gesprächstechniken

- Aktives Zuhören
 - Offene Körperhaltung, Nicken, regelmäßiger Blickkontakt
- Paraphrasieren
 - Sie geben mit eigenen Worten wieder, was Sie verstanden haben
- Spiegeln
 - Gesprächspartner spiegelt das zurück , was er im Gesprächsverlauf verstanden und beobachtet hat
- Metakommunikation
 - Gesprächsebene wird gewechselt und das Kommunikationsgeschehen von außen betrachtet

Gesprächstechniken

- Ich-Botschaften
 - gehen in der Formulierung vom jeweils Sprechenden aus und verdeutlichen die eigene Position
- Konfrontieren
 - direkte, ehrliche Rückmeldung darüber, wie die Aussagen und das Verhalten des anderen wirken
- Fragetechniken
 - z.B. geschlossene oder offene Fragen

Aktives Zuhören

- zustimmende oder verstehende Laute wie „hm“, „ja“, „aha“
- Paraphrasieren
- Feedback
- gezieltes Nachfragen nach Verläufen oder Empfindungen:
„Was ist genau geschehen? Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie plötzlich das Bein vor Schmerz nicht mehr bewegen konnten?“

Paraphrasieren

- Sie geben mit eigenen Worten wieder, was Sie verstanden haben
- Sie fassen einen längeren Beitrag des anderen zusammen
- Sie wiederholen einfach nur einzelne Worte oder Satzteile, die Ihr Gesprächspartner gesagt hat
- Sie wiederholen die Kernaussage und fassen zusätzlich das Gefühl in Worte, das Sie herausgehört haben
- Diese Technik erfordert eine gewisse Übung, da sie bei mangelnder Erfahrung eher Distanz auslösen kann

Paraphrasieren - Vorteile

- Signalisiert Aufmerksamkeit und Wertschätzung
- Gesprächsbeiträge versachlichen
- Sichert Verständnis und schützt damit vor Missverständnissen
- Zeit geben und Zeit gewinnen
- Redefluss fördern
- Am Ende des Gesprächs dazu nutzen ein Gesprächsergebnis zusammenzufassen/festzuhalten
- Auch in Anamnese und Funktionsuntersuchung hilfreich

Paraphrasieren

Beispiel:

„Also, ich finde sowieso, dass das alles viel zu lange dauert an der Uni. Die verbringen da Jahre ihres Lebens und wenn sie dann in die Praxis kommen, haben sie nur theoretische Kenntnisse. Praktische Fertigkeiten haben die fast keine.“

Paraphrase: „Sie meinen, dass die Ausbildungszeiten an den Universitäten zu lang und die Ausbildung zu praxisfern ist.“

Spiegeln

- Gesprächstechnik, bei welcher ein Gesprächspartner dem anderen ein Spiegel ist
- ⇒ Das bedeutet, er spiegelt das zurück, was er im Gesprächsverlauf verstanden und beobachtet hat
- ⇒ Das Spiegeln kann in Bewegungen oder in Form einer Rückfrage geschehen
- ⇒ Ziel: eine Art Plattform für die Selbstreflexion des Gegenübers zu sein

Metakommunikation

- bezeichnet das Sprechen über die Kommunikation
 - Gesprächsebene wird gewechselt und das Kommunikationsgeschehen von außen betrachtet

- Einstieg vorsichtig gestalten:
„Darf ich etwas ansprechen, was mir aufgefallen ist?“

Metakommunikation

Im negativen Sinne: „Es stört mich, wenn Sie mich immer wieder unterbrechen. Lassen Sie mich bitte ausreden.“

Im positiven Sinne: „Ich schätze die Klarheit, mit der Sie auch die heiklen Punkte ansprechen, Frau Hansen.“

- Gespräche Organisieren

„Wir haben bisher ausschließlich über die Nachteile der neuen Vorgaben geredet. Ich fände gut, wenn wir in der Diskussion stärker berücksichtigen, welche Vorteile uns diese Vorgaben bringen.“

Konfrontieren

- direkte, ehrliche Rückmeldung darüber, wie die Aussagen und das Verhalten des anderen wirken
 - ⇒ Auseinandersetzung wird bewusst herausgefordert
 - ⇒ Im Idealfall wird dadurch ein Erkenntnisprozess ausgelöst
 - ⇒ Ziel: Widersprüche in Sicht oder Verhaltensweisen aufzudecken
- Im Gegensatz zum Spiegeln ist diese Vorgehensweise nicht neutral, sondern steuernd und zielgerichtet:

„Sie beschreiben Ihren Aufenthalt in unserer Rehaklinik als große Belastung und sind gleichzeitig nicht bereit, über eine baldige Rückkehr nach Hause nachzudenken.“

Konfrontieren

- Eine Form der Konfrontation ist die Auseinandersetzung mit Einschränkungen wie schweren Erkrankungen
- Therapeuten fragen sich, wie stark sich Patienten damit auseinandersetzen wollen
- Mit einer konfrontierenden Frage können sie dem Patienten frühzeitig ihre Bereitschaft zur offenen Kommunikation signalisieren:

„Wenn Sie irgendwelche Fragen haben oder einfach einmal mit jemandem sprechen wollen, bin ich für Sie da. Ich verstehe, dass Sie den Zeitpunkt dafür selbst wählen wollen.“

Ich-Botschaften

- konfrontierende Ich-Botschaften

⇒ Ziel: Verhaltensänderung auslösen ohne sie zu erzwingen

⇒ benennt den Veränderungswunsch ohne zu verletzen, verweist auf mögliche Konsequenzen

„Mich stört es, wenn Sie hier mit dem Handy telefonieren, weil ich mich dann nicht mehr auf Ihre Behandlung konzentrieren kann.“

- positive Botschaften und Emotionen äußern um Verhaltensweisen zu bestätigen

⇒ Ziel: Motivation

„Ich habe mich sehr gefreut zu sehen, welche Fortschritte Sie gemacht haben.“

Ich Botschaften

- nur Ihre Eindrücke, Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse werden ausgedrückt.
- **Was nicht passieren sollte:** dem Empfänger die Verantwortung zuzuschieben – auch nicht “unterschwellig”
→ keine Interpretationen oder Meinungen



Ich Botschaft ja oder nein?

„Ich bin verärgert, weil Sie immer einfach so reinplatzen.“

Alternative: “Ich bin ärgerlich, weil ich mich erschrecke, wenn Sie so plötzlich reinkommen. Ich brauche...”!

Ich Botschaften

- Vier Schritte in **Konfliktsituationen, beim Feedback oder in schwierigen Gesprächen**

1. Beobachtung ohne Bewertung ausdrücken

„Wenn ich in diese Situation gerate, ...“

2. Gefühle ausdrücken

...bin ich noch unsicher...

3. Eigene Bedürfnisse ausdrücken

...weil ich Ihre Unterstützung brauche.

4. Eine Bitte formulieren

Ich bitte Sie, mir zu sagen, wie genau ich vorgehen soll.“

Übung 3: Ich Botschaften



■ Du Botschaften umformulieren

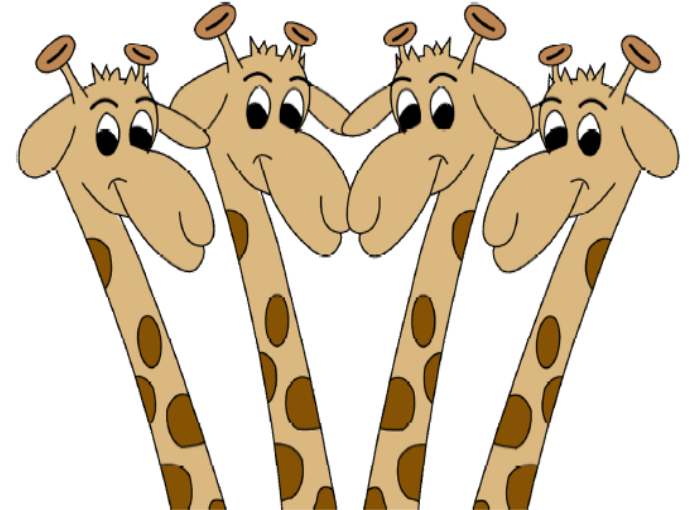
1. Bitte bilden Sie Kleingruppen à 2-3 Personen.
2. Gehen Sie gemeinsam die 10 Du Botschaften auf dem Arbeitsblatt durch
3. Formulieren Sie diese Sätze in Ich-Botschaften um.

Kommunikationsmodell 4

Gewaltfreie Kommunikation
nach Marshall Rosenberg

Gewaltfreie Kommunikation

- Grundhaltung aus humanistischer Psychotherapie
- Beeinflusst von Mahatma Gandhi
- auf die Bedürfnisse und Gefühle gerichtet, die hinter Handlungen und Konflikten stehen
- **Ziele**
 - Befriedigende Beziehungen aufbauen und erhalten
 - Unsere Bedürfnisse zu befriedigen, ohne anderen Gewalt anzutun
 - Schmerzliche Kommunikation verändern
 - Konflikte wandeln



Gewaltfreie Kommunikation

Rosenberg, M.B.(2013)



Rosenberg fasst die Schritte der gewaltfreien Kommunikation in folgendem Satz zusammen:
„Wenn ich A sehe, dann fühle ich B, weil ich C brauche. Deshalb möchte ich jetzt gerne D.“

<http://www.hernstein.at/Media/GewaltfreieKommunikation.jpg>

Gewaltfreie Kommunikation (GFK)



http://www.bo-komm.de/wp-content/uploads/2015/03/4_Schritte_.jpg

Gesprächs- und Frage-Techniken

→ Siehe Handout!

Spezifische Kommunikationstechniken

- Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)
- Zielvereinbarung
- Motivierende Gesprächsführung (MI)

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Was ist PEF ?

PEF wird definiert als...

„...**Interaktionsprozess** mit dem Ziel,
unter **gleichberechtigter aktiver Beteiligung**
von Patient und Arzt auf Basis **geteilter**
Information zu einer **gemeinsamen**
verantworteten Übereinkunft zu kommen.“

nach Härter, 2004

Merkmale der PEF

- Mindestens 2 Teilnehmer
- Informationsaustausch in beide Richtungen
- Wahlmöglichkeiten sind bekannt
- Aktive Beteiligung am Entscheidungsprozess
- Gleichberechtigung
- Übernahme der Verantwortung von beiden Seiten

nach Härter, 2004

Modelle der Entscheidungsfindung

Arzt alleine



Patient alleine

**Paternalistisches
Modell**

**Partizipative
Entscheidungsfindung**

**Informations-
modell**



Patientenautonomie

modifiziert nach Bieber et al., 2007

Modelle der Entscheidungsfindung

		Paternalistisches Modell	Partizipative Entscheidungsfindung	Informationsmodell
Austausch von Information	Richtung des Informationsflusses	Behandler ↓ Patienten	Behandler ↓ ↑ Patienten	Behandler ↓ Patienten
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	Rechtlichen Anforderungen entsprechend	Alles für die Entscheidung Relevante	Alles für die Entscheidung Relevante
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Behandler	Behandler und Patient	Patient

modifiziert nach Charles, Whelan & Gafni, 1999

b) Einführung in das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung: Ablauf*

Choice talk

(Möglichkeiten aufzeigen)

- Klare Formulierung des Problems
- Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und gemeinsame Entscheidungsfindung begründen
 - Berücksichtigung der individuellen Patienten-/Klientensituation
 - Berücksichtigung der möglichen Unsicherheiten
- Reaktion des Patienten/Klienten einschätzen

Option talk

Möglichkeiten auf den Patienten/Klienten abstimmen

- Wissensstand des Patienten/Klienten klären
- Mögliche Optionen auflisten
- Detaillierte Beschreibung der einzelnen Optionen (Nutzen, mögliche Nebenwirkungen)
- Unterstützung für den Patienten aufzeigen
- Zusammenfassen

Choice talk

Gemeinsame Entscheidung finden

- Präferenzen des Patienten/Klienten herausarbeiten
- Präferenzen besprechen, mögliche Alternative herausarbeiten
- Gemeinsame Entscheidung anvisieren und treffen
- Hervorheben, dass die getroffene Entscheidung erneut besprochen werden kann

b) Einführung in das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung: Ablauf*

Choice talk

(Möglichkeiten aufzeigen)

⇒ Therapeut und Patient/Klient einigen sich, die Entscheidungen über die Therapieoption gemeinsam zu treffen

Option talk

Möglichkeiten auf den Patienten/Klienten abstimmen

⇒ Der Patient/Klient hat alle notwendigen Informationen, welche Therapieoptionen bestehen

Choice talk

Gemeinsame Entscheidung finden

⇒ Therapeut und Patient/Klient treffen gemeinsam die Entscheidung, welche Therapieoption anvisiert wird

Wiederholung PEF

- 1 • Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- 2 • Gleichberechtigung der Partner formulieren
- 3 • Über Wahlmöglichkeiten informieren
- 4 • Information über Vor- und Nachteile der Optionen geben
- 5 • Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- 6 • Präferenzen ermitteln
- 7 • Aushandeln
- 8 • Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- 9 • Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

modifiziert nach Simon, Loh & Härter, 2008

Schritt 1

Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht

„In unserer Klinik gibt es verschiedene Angebote zu (...). Da jedoch nur eines gewählt werden kann, sollten wir uns jetzt für ein Verfahren entscheiden, das Sie in der nächsten Woche ausprobieren möchten.“

Schritt 2

Gleichberechtigung der Partner formulieren

„Mir ist wichtig, dass wir uns gemeinsam in die Entscheidungsfindung einbringen. Ich kann Ihnen das medizinische Fachwissen liefern, aber zusätzlich brauchen wir Ihr Wissen über Ihren Alltag, Ihre Möglichkeiten und Ihre Vorlieben.“

Schritt 3

Über Wahlmöglichkeiten informieren

„Zur Behandlung Ihrer Beschwerden gibt es verschiedene Möglichkeiten. Jede davon hat Vorteile, aber auch Risiken. Ich stelle Sie Ihnen jetzt erst einmal vor und im Anschluss daran können wir gemeinsam entscheiden, welche Behandlung für Sie im Moment die Beste ist.“

Schritt 4

Informationen über Vor- und Nachteile geben

„Die Vorteile einer medikamentösen Therapie sind (...). Es könnten folgende Nachteile/Nebenwirkungen entstehen (...). Sollten Sie die Durchführung einer Therapie ablehnen, müssen Sie wissen, dass (...).“

Schritt 5

Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen

„Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht, was man gegen Ihre Beschwerden tun könnte? Haben Sie vielleicht schon etwas darüber gelesen?“

Schritt 6

Präferenzen ermitteln

„Wir haben jetzt die möglichen Behandlungsformen und deren Vor- und Nachteile besprochen. Manche Menschen möchten, dass der Behandler die Therapieentscheidung alleine trifft. Anderen Menschen ist es lieber, sich an der Entscheidung zu beteiligen. Das ist ganz unterschiedlich. Was ist Ihnen im Moment lieber?“

Schritt 7

Aushandeln

„Aus meiner Sicht ist die Behandlung (...) am besten für Sie geeignet. Für diese Behandlung spricht (...). Wie sehen Sie das?“

Schritt 8

Gemeinsame Entscheidung herbeiführen

„Sind Sie so weit, dass wir nun eine gemeinsame Entscheidung treffen können? Wenn nicht, ist es völlig in Ordnung, wenn Sie noch einmal in Ruhe darüber nachdenken möchten. Wir können die Entscheidung auch später treffen.“

Schritt 9

Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen

„Wir haben jetzt vereinbart, dass Sie zweimal pro Woche zum „Nordic Walking“ gehen. Ich würde gerne nächste Woche von Ihnen hören, wie es geklappt hat. Können Sie mich bitte nächste Woche am Freitag um 14.00 Uhr in meiner Telefonsprechstunde anrufen?“

Übung 4a: Situation aus der eigenen Praxis

- Überlegen Sie sich eine Situation in welcher Sie in ihrer beruflichen Praxis PEF anwenden könnten.
- Überlegen Sie sich die einzelnen Formulierungen zu den Schritten

Übung 4b: Rollenspiel, 3 er Gruppen

1. Verteilen Sie die Rollen:
 - Therapeut/Berater/ ...
 - Klient/Patient
 - Beobachter

2. Rollenwechsel (so, dass jeder in jeder Rolle war!)

Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung

„Motivational Interviewing (MI) ist ein **kooperativer, zielorientierter** Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf der **Sprache der Veränderung**. Durch **Erkunden und Hervorrufen** von **individuellen Veränderungsgründen** soll die **persönliche Motivation** und die **Selbstverpflichtung** gegenüber einem **bestimmten Ziel** gestärkt werden. MI findet in einer Atmosphäre von **Akzeptanz und Mitgefühl** statt.“

(Miller & Rollnick, 2013)



Definition



Motivierende Gesprächsführung

Metaanalyse: signifikante und klinisch relevante Effekte des MI in 3 von 4 Studien; ungefähr gleicher Effekt für physiologische (72%) und psychische (75%) Erkrankungen

Evaluierte Bereiche: Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, Therapieaufrechterhaltung und Follow Up, Erhöhung der physischen Aktivität, Behandlung von Asthma und Diabetes

(Rubak et al., 2005)



Wirksamkeit

Was ist Motivierende Gesprächsführung?

Definition nach William Miller & Stephen Rollnick (2013):

- **kooperativer, zielorientierter** Kommunikationsstil.
- Sprache der **Veränderung**.
- **Erkunden und Hervorrufen** von **individuellen Veränderungsgründen**.
- **Stärkung persönlicher Motivation** und **Selbstverpflichtung**.
- **Akzeptanz und Mitgefühl**.

Unterstützung

Akzeptanz

Kooperation

Mitgefühl

Hervorlocken

Empathie





Motivierende Gesprächsführung

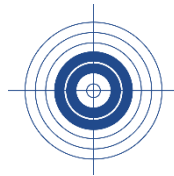
Die 4 Prozesse



Planung



Evokation



Fokussierung



Beziehungsaufbau



MI Beziehungsaufbau

Elemente des Aktiven Beziehungsaufbaus

Grundhaltungen des Therapeuten

- ✓ Partnerschaftlichkeit
- ✓ Mitgefühl
- ✓ Akzeptanz
 - Bedingungsfreie Wertschätzung
 - Autonomie
 - Empathie des Therapeuten
 - Würdigung des Patienten

Verbale & nonverbale Kommunikation

- ✓ Zuhören
- ✓ Offene Fragen
- ✓ Würdigen
- ✓ Reflektieren
- ✓ Zusammenfassungen
- ✓ Informationsaustausch



MI Beziehungsaufbau

Zuhören

- Ungeteilte Aufmerksamkeit (Konzentration) → Blickkontakt
- Gesprächsverstärker

Offene Fragen (W-Fragen)

„Wie könnten Sie vorgehen, um dabei Erfolg zu haben?“

Würdigen

„Ich finde es toll, dass Sie sich trotz ihrer Angst überwunden haben, her zu kommen!“

Reflektieren/ Paraphrasieren

- Wiederholen der Aussagen des Patienten in eigenen Worten:

„Habe ich Sie richtig verstanden, dass...?“

Patient: *„So richtig, kann ich das nicht glauben, dass Bewegung mir da helfen soll.“*

Arzt: *„Momentan ist es für Sie schwer vorstellbar, dass Bewegung hier helfen kann.“*



MI Beziehungsaufbau

Zusammenfassungen

Gesagte des Patienten in eigenen Worten wiedergeben



Unterschied zum Paraphrasieren:

längere Sinneinheiten nach längeren Abschnitten

Informationsaustausch

Zunächst um Erlaubnis bitten:

„Darf ich Ihnen zu diesem Thema ein paar Informationen geben?“

Nach Informationsvermittlung nach Verständnis fragen:

„Haben Sie hierzu noch Fragen?“



MI Fokussierung

Ziel: gemeinsame Richtung finden und ihr folgen/ Thematisierung

3 Ausgangssituationen



Vorgehen Bestimmung des Vorgehens

- Direktive Fokussierung
- Optionen bieten und Fokus durch Patienten bestimmen lassen
- Non-direktiver Fokus oder Agenda Mapping



MI Fokussierung

Agendamapping: Sammeln von Themen und Zielen zur Verhaltensänderung



Wichtig: Zeit geben
Würdigen der Ideen und Anliegen des Patienten

„Hätten Sie etwas dagegen, dass wir dafür ein paar Themen sammeln?“

„Welches der genannten Themen wäre das wichtigste für Sie?“

„Ich finde, Sie haben viel wertvolle Ideen dazu geäußert.“



MI Fokussierung

Informationsaustausch nach dem EPE Ansatz (Elicite Provide Elicite)

1. Wissen oder Interesse nachfragen
2. Information mitteilen
3. Nachfragen nach Verständnis und Wirkung

Wichtig: Informationen knapp, verständlich, priorisiert

„Mich würde interessieren, was wissen Sie bereits über Bluthochdruck?“

„Vielen Patienten hat das geholfen.“

„Habe ich das verständlich erklärt?“



MI Evokation

Ziel: Aushalten und Verändern des gleichzeitigen Vorhandenseins von Für und Wider in Richtung Change Talk



Hervorlocken von Ressourcen, Ideen und Vorschlägen

Sustain Talk

Aussagen mit Fokus auf den hinderlichen Gründen



Change Talk

Aussagen mit Fokus auf den veränderlichen Anteilen

Prozentuale Verhältnis zwischen Change und Sustain Talk entscheidend für die **Bereitschaft zur Verhaltensänderung**



MI Evokation Beispiele



Sustain Talk (Aussagen mit Fokus auf den hinderlichen Gründen)

„Ich kann einfach nicht aufhören.“

„Ich esse einfach zu gerne.“

„Es kostet mich einfach zu viel Überwindung.“

Change Talk (Aussagen mit Fokus auf den veränderlichen Anteilen)

„Ich muss wirklich etwas ändern.“

„Das mit der Bewegung klingt ganz gut.“

„Das viele Essen gefällt mir selbst nicht mehr.“

„Ich habe auch schon darüber nachgedacht, etwas zu verändern.“



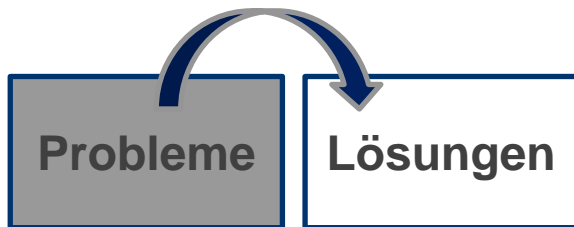
MI Evokation



Change Talk lässt sich auslösen...

- Nachteile der momentanen Situation erfragen
- Vorteile Veränderung & dafür nötigen Optimismus erläutern
- Ausmaß der momentanen Veränderungsabsicht einstufen

Techniken



- ✓ Stimulation mithilfe offener Fragen
- ✓ Reflexion mithilfe der Skalenabfrage
- ✓ Thematisierung der Ambivalenz
- ✓ Thematisierung von Ausnahmen



MI Planung

Ziel: Entwerfen eines erfolgsversprechendes Veränderungsplans

Wichtig: Erfragen des Wann? Wie? Womit?

- Realistische Pläne (konkret, zeitlich strukturiert)
- Konstruktive offene Fragen
- Prozess auf Schwachstellen prüfen
- Einbezug soziales Umfeld
- Self Monitoring (Tagebücher, Karteikarten, Zählsysteme)
- Unterstützung und Aufrechterhaltung (Würdigung, Metaphern, Erarbeitung neuer Perspektiven)



MI Planung

Einstieg

„Fänden Sie es sinnvoll, jetzt zu überlegen, wie Sie vorgehen könnten, um sich mehr zu bewegen?“

Schritte

- Change Talk zusammenfassen
- Planung mit offenen Fragen erfragen

„Sie haben mir diverse Gründe gesagt weswegen Sie sich mehr bewegen wollen. Was wären denn nächste mögliche Schritte für Sie?“ – oder „Wie könnten wir jetzt weitermachen?“



MI Planung

Antizipation Hindernisse

„Was werden Sie machen, wenn Sie eine Heißhungerattacke bekommen?“

Zeitliche Struktur

„Bis wann wollen Sie das umgesetzt haben?“ oder: „Was wollen Sie zum nächsten Mal erreicht haben?“

Einbezug soziales Umfeld

„Was denken Sie, wer kann Sie dabei unterstützen?“

Realismus Abgleich

„Was denken Sie, wie realistisch es ist, dass Sie sich langfristig mehr bewegen?“

Lebensstiländerung - Die 4 Klassiker



Raucherentwöhnung



Stress



Ernährung



Bewegung

Übung 5: Motivierende Gesprächsführung

- Überlegen Sie sich eine Situation in welcher Sie in ihrer beruflichen Praxis MI anwenden könnten.
- Überlegen Sie und diskutieren Sie in der Gruppe, wie sie das Gespräch gemäß MI aufbauen würden?
- Spielen Sie ein Gespräch durch.

Zielvereinbarung

Smarte Ziele

S pezifisch	Ist das Ziel konkret und präzise, eindeutig und widerspruchsfrei formuliert?
M essbar	Woran erkennt man, ob das Ziel erreicht wurde?
A ktiv beeinflussbar	Kann die Zielerreichung weitgehend selbst beeinflusst werden?
R ealistisch	Ist das definierte Ziel anspruchsvoll, aber auch erreichbar?
T erminiert	Sind klare Termine festgelegt?

In Anlehnung an Drucker, 1998

Kommunikationsschema

SBAR

Warum strukturierte Kommunikation?

- Fehler passieren häufig nicht aufgrund von fehlendem Fachwissen (!), sondern aufgrund von
 - unübersichtlichen und komplexen Situationen, in denen man zu schnellem Handeln gezwungen ist
 - Zeitdruck, Übermüdung, ...
 - Missverständnisse in der Kommunikation etc.
- Strukturierte Kommunikation kann erlernt werden, muss aber durch regelmäßiges Üben trainiert werden!
- Und: Strukturierte Kommunikation spart Zeit!

SBAR - Anwendung

Standardisierung von Kommunikation führt zu:



Zeitersparnis



Alle haben die gleiche Wissensbasis



Kritische Themen können objektiv berichtet werden

ABER: Funktioniert nur, wenn Empfänger richtig zuhört!

SBAR - Bestandteile

S ituation	Aktuelle Situation in einem Satz darstellen
B ackground	Hintergrundinformationen geben
A ssessment	Sag was deiner Meinung nach passiert ist
R ecommendation	Eigene Methode zur Problemlösung darstellen

Anwendung von SBAR im Beispiel

Ordnen Sie bitte die Aussagen des Pflegers aus dem Videobeispiel den SBAR-Kategorien auf Ihrem Arbeitsblatt zu!

		Videobeispiel
S	Präzise Benennung des aktuellen Problems Was ist aktuell das Problem?	
B	Sachdienliche und kurze Information mit Bezug zur Situation Was ist passiert?	
A	Analyse und Überlegungen zu den Optionen Was denkst du / hast du herausgefunden, was los ist.	
R	Forderung und/oder empfohlene Aktion Was möchtest du, das getan werden soll?	

Vorteile strukturierter Kommunikation

- Erhöhung der Behandlungs- und damit der Patientensicherheit
- Nachhaltige Verbesserung der Effektivität der Zusammenarbeit im Team
 - Zeitersparnis
 - Gleiche Wissensbasis
 - Kritische Themen können objektiv berichtet werden
- Steigerung der Zufriedenheit im Team und der eigenen Zufriedenheit

SBAR - Bestandteile

Situation	<ul style="list-style-type: none">• Patientenidentität und ggf. eigene Identität nennen (bei Erstkontakt: Name, Funktion, Abteilung).• Aktuelles Hauptproblem + Grund der Konsultation in einem Satz darstellen.
Background	<ul style="list-style-type: none">• Hintergrundinformationen geben (Patientendaten, Aufnahmegrund, relevante Ergebnisse der Anamnese).
Assessment	<ul style="list-style-type: none">• Spezielle Beobachtungen und Vitalzeichen, Veränderungen seit der letzten Untersuchung berichten.• Sagen, was nach eigener Meinung vermutlich das Problem ist.
Recommendation	<ul style="list-style-type: none">• Eigenen Plan zur Problemlösung darstellen und gewünschte Hilfe formulieren.

Arbeitsauftrag

Arbeitsauftrag

Vertiefung der Kommunikationstechniken PEF oder MI im Rahmen einer Interaktion mit Ihren Klienten/Patienten

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse über PEF und MI im Rahmen Ihrer Arbeitstätigkeit auszuprobieren. Hierzu sollten Sie sich im Vorfeld überlegen, in welcher Situation Sie eine der beiden Kommunikationstechniken ausprobieren möchten. Strukturieren Sie die ausgewählte Situation anhand des MI oder PEF Kommunikationsschemas. Nach der Erprobung reflektieren Sie Ihr Vorgehen.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

UNI
FREIBURG

Arbeitsauftrag: Vertiefung der Kommunikationstechniken MI oder PEF im Rahmen einer Interaktion mit einem/r Klient/in

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre Kenntnisse über MI und PEF im Rahmen Ihrer Arbeitstätigkeit auszuprobieren. Hierzu sollten Sie sich im Vorfeld überlegen, in welcher Situation Sie eine der beiden Kommunikationstechniken im Rahmen der Interaktion mit einem/r Klient/in ausprobieren möchten. Strukturieren Sie die ausgewählte Situation anhand des MI oder PEF Kommunikationsschemas.

Nach der Erprobung reflektieren Sie Ihr Vorgehen.

Meine Erfahrungen

- a) Beschreiben Sie die ausgewählte Gesprächs-/Entscheidungssituation.
- b) Beschreiben Sie Ihr Vorgehen nach dem Kommunikationsschema.
- c) Was hat gut funktioniert? Was weniger gut?
- d) Beurteilen Sie die Kommunikationstechnik als geeignet für die ausgewählte Gesprächssituation?

Laden Sie bitte den Arbeitsauftrag „Vertiefung der Kommunikationstechniken MI oder PEF“ bis zum **30.12.2018** auf der Lernplattform „Moodle“ unter dem Ordner „3. Selbstlernphase“ („Nachbereitung: Vertiefung der Kommunikationstechniken MI oder PEF im Rahmen einer Interaktion mit Klient*innen“) hoch. Alternativ können Sie diesen auch an Sebastian Flottmann, E-Mail sebastian.flottmann@uni-osnabrueck.de senden.



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Modulabschluss „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Vorbereitung der Modulprüfung in der vierten Präsenzphase, 19.01.2019.

1. Vorbereitungsphase (ab 08:30 Uhr – 09:00 Uhr)

1.1. Vorbereitung der Präsentation der Fallbearbeitung

- Sie können einzeln bzw. in der Gruppe letzte Absprachen und Vorbereitungen für die Modulabschlussprüfung treffen.

1.2 Selbstreflexion der Fallbearbeitung

- Reflektieren Sie für sich die Fallbearbeitung anhand folgender Leitfragen: Wie habe ich meinen (ggf. gemeinsamen) Arbeitsprozess innerhalb der Fallbearbeitung erlebt? Was ist mir im Hinblick auf die Teilhabeorientierung in der Rehabilitation gut gelungen? Was kann ich ggf. verbessern? „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (Rambow & Nückles, 2002, S.116). Welche Aspekte des Gelernten betrachten Sie eher kritisch im Hinblick auf den Transfer in die eigene Berufspraxis?
- Bei einer Partner- oder Gruppenarbeit reflektieren Sie anschließend Ihre Ergebnisse mit den weiteren Gruppenmitglieder*innen. Fassen Sie Ihre wichtigsten Gedanken und Wahrnehmungen zu einem Resümee zusammen.
- Entscheiden Sie, welche Aspekte Sie aus dieser persönlichen Selbstreflexion in der Modulprüfung präsentieren möchten.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



**Modulabschluss
„Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“**

2. Durchführungsphase (09:00 Uhr – 12:00 Uhr)

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

Wissenschaftliche Weiterbildung - „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Informationen zum Modulabschluss 30. November 2018, Osnabrück

Universität Osnabrück, Sebastian Flottmann M.Sc., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Modulabschluss Formalien

Ende der 3. Präsenzphase (01.12.2018)

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

Teilnahme ohne Modulprüfung

Teilnahme ohne Modulprüfung

- Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen 36 Std. (48 UE) und erfolgreicher Abschluss der Selbstlernphasen 114 Std. (152 UE): Gesamt: 150 Std. (200 UE)
- Modulprüfung am 19.01.19 und die Prüfungsvorbereitung von 22,5 Std. (30 UE) fallen weg.

Teilnahme mit Modulprüfung

Teilnahme mit Modulprüfung

- Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen 43,5 Std. (58 UE), erfolgreicher Abschluss der Selbstlernphasen 114 Std. (152 UE) und der Vorbereitung des Modulabschlusses 22,5 Std. (30 UE)
- Modulprüfung am 19.01.19 und die Prüfungsvorbereitung sind Voraussetzung.
- Gesamt: 240 UE

Teilhabeorientierung in der Rehabilitation

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5. Std.)	Freitag, 07.09.2018 12:30 - 17:30 Uhr	Einführungsphase		Erfahrungsaustausch	
	Samstag, 08.09.2018 08:30 - 17:30 Uhr	Grundlagen der Teilhabe (Frau Prof. Dr. Rathmann – HS Fulda/TU Dortmund)			Lern-reflexion
	Freitag, 19.10.2018 12:30 - 17:30 Uhr	Lern-reflexion	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - ICF-Grundlagen (Herr Prof. Dr. Grampp – AFEBs Reha)		
	Samstag, 20.10.2018 09:30 - 18:30 Uhr	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Fallbasierte teilhabeorientierte Anwendung in der Rehabilitation (Herr Prof. Dr. Grampp – AFEBs Reha)			Lern-reflexion
	Freitag, 30.11.2018 12:30 - 17:30 Uhr	Lern-reflexion	Individuelle Lebenssituationen erkennen, Bedarfe und Ressourcen mit Klient*innen ermitteln (Tobias Knoop – Universität Bielefeld)		
	Samstag, 01.12.2018 08:30 - 17:30 Uhr	Kommunikative Methoden zur Teilhabeförderung im Berufsalltag anwenden (Frau Dr. Körner – Universität Freiburg)			Lern-reflexion
	Samstag, 19.01.2019 08:30 - 17:30 Uhr	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)			

Selbstlernzeit
114 Std.

Prüfungsvorbereitung
22,5 Std.

Gesamt:
180 Std.

Übersicht - Teilnahme mit Modulprüfung

Vorbereitung

- **Innerhalb der 3. Präsenzphase:**

Team/ Gruppenbildung (2 - 3 Personen) oder Entscheidung zur Einzelarbeit

- **Während der 3. Selbstlernzeit: Fallerstellung und -bearbeitung:**

1. Erstellung eines (gemeinsamen) Fallbeispiels
2. Bearbeitung des (gemeinsamen) Fallbeispiels

Durchführung (am 19.01.2019)

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

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

1. (Gemeinsame) Fallerstellung

- a) Erarbeiten und verschriftlichen Sie ein (gemeinsames) Fallbeispiel, das eine Behandlung/Therapie/Beratung notwendig macht.

Berücksichtigen Sie dabei u. a. Name, Geschlecht, Alter, Beruf, Größe, Gewicht, Diagnose(n)/Komorbiditäten/Beschwerden, ggf. Medikation, Problemsituation des/der Patient*in, Patienten-/ Klientenziele, Informationen zum sozialen Umfeld, ggf. weitere wichtige Informationen/ Beobachtungen etc..

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

1. (Gemeinsame) Fallerstellung

- b) Legen Sie im Zuge der Erstellung des Fallbeispiels ein Setting oder mehrere Settings im Gesundheitsbereich fest, in dem/denen sich der/die Patient*in/Klient*in befindet und beschreiben Sie dieses kurz.

Wählen Sie ein Setting, wenn sich Ihr Fallbeispiel auf die Arbeit in einem interprofessionellen Team innerhalb einer Institution bezieht.

Wählen Sie mehrere Settings, wenn Ihr Fallbeispiel innerhalb einer interprofessionellen Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren von Gesundheits- und Sozialberufen, die eher in loserer Strukturen zusammenarbeiten, verortet ist.

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

1. (Gemeinsame) Fallerstellung

- c) Ggf. berichten Sie kurz über die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen und geben Sie Auskunft, wer das Team/die Teams in dem Setting oder in den jeweiligen Settings leitet.

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

2. Bearbeitung des (gemeinsamen) Fallbeispiels

- a) Dokumentieren Sie die gesundheitliche Verfassung des/der Patient*in/ Klient*in mithilfe der ICF aus Ihrer Sichtweise. Wählen Sie zu Ihrem Fallbeispiel bitte unter folgenden Link <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php> unter dem Punkt „Generisches Set“, zusätzlich zu den sieben vorausgewählten ICF Kategorien, passende ICF Kategorien aus den Bereichen Körperfunktionen (Kodierung b), Körperstrukturen (Kodierung s), und vor allem aus den Bereichen Aktivitäten und Partizipation (Kodierung d) und Umweltfaktoren (Kodierung e) aus.

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

2. Bearbeitung des (gemeinsamen) Fallbeispiels

- b) Füllen Sie den Dokumentationsbogen nach Ihren Einschätzungen/ Befunden/Informationen etc. aus. Speichern Sie diesen mit Definitionen. Erstellen Sie ein Funktionsfähigkeitsprofil und speichern Sie dieses ebenfalls.
- c) Beschreiben Sie auf Basis des Funktionsfähigkeitsprofils im Kontext der individuellen Lebenssituation des/der Klient*in detailliert die Beeinträchtigungen im Bereich Aktivitäten und Partizipation sowie die Förderfaktoren und Barrieren.
- d) Wie gestaltet sich der gemeinsame Prozess der Definition erreichbarer Ziele mit dem/der Klient*in?
- e) Welche Besonderheiten müssen bei der Wahl von kommunikativen Methoden zur Förderung der Teilhabe hinsichtlich der Behandlung/ Therapie/Beratung des/der Klient*in berücksichtigt werden?

Vorbereitung in der 3. Selbstlernphase - Teilnahme mit Modulprüfung

2. Bearbeitung des (gemeinsamen) Fallbeispiels

- f) Überlegen Sie, wie Sie Ihre Ergebnisse bei der Modulabschlussprüfung vor dem Plenum präsentieren und visualisieren möchten. Anregungen hierzu finden Sie u. a. im Lernmaterial „Moderations- und Präsentationstechniken“. Bezüglich der Durchführung und erforderlicher Medien und Materialien können Sie uns gerne ansprechen. Bei Partner- oder Gruppenarbeiten beziehen Sie für die Präsentation alle Mitglieder*innen mit möglichst gleichen Anteilen ein.

Sie können am letzten Präsenztage (Samstag, 19.01.2019) vormittags einzeln bzw. in der Gruppe letzte Absprachen und Vorbereitungen für die Modulabschlussprüfung treffen.

Vorbereitung am Präsenztage 19.01.2019 - Teilnahme mit Modulprüfung

- Sie können einzeln bzw. in der Gruppe letzte Absprachen und Vorbereitungen für die Modulabschlussprüfung treffen.

Durchführung am Präsenztage 19.01.2019 - Teilnahme mit Modulprüfung

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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Feedbackbogen: Modulabschlussprüfung „Teilhabeorientierung in der Rehabilitation“

Name der/des Präsentierenden: _____

Kriterium	Notizen
Präsentation	
Alle relevanten Informationen zum Fallbeispiel sind genannt (z. B., Geschlecht, Alter, Beruf, Größe, Gewicht, Diagnose(n)/ Komorbiditäten/Beschwerden etc.).	
Das Setting des gewählten Fallbeispiels ist angemessen beschrieben.	
Die zum Fallbeispiel gewählten ICF Kategorien sind nachvollziehbar.	
Auf Basis des Funktionsfähigkeitsprofils im Kontext der individuellen Lebenssituation des/der Klient*in sind die Beeinträchtigungen im Bereich Aktivitäten und Partizipation nachvollziehbar dargestellt.	
Auf Basis des Funktionsfähigkeitsprofils im Kontext der individuellen Lebenssituation des/ der Klient*in sind die Förderfaktoren und Barrieren im Bereich Umweltfaktoren nachvollziehbar dargestellt.	

Der gemeinsame Prozess der Definition erreichbarer Ziele mit Klient*in ist nachvollziehbar dargestellt.	
Die gewählten kommunikativen Methoden zur Teilhabeorientierung sind nachvollziehbar dargestellt.	
Die Präsentation ist übersichtlich gegliedert.	
Die gewählte Visualisierungsmethode verdeutlicht die Ergebnisse.	
Diskussion	
In der Diskussion aufkommende Fragen werden adäquat beantwortet	
Argumente werden auf die Diskussionsbeiträge abgestimmt.	
Selbstreflexion	
In der Selbstreflexionsphase wird sich kritisch mit der Fallbearbeitung anhand einer oder mehrerer Leitfragen auseinandergesetzt.	

**Modul 4: Gesundes
Verhalten in
Gesundheitsberufen
stärken**

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

M4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Präsenz 1: Grundlagen der Gesundheitspsychologie

Einstimmung durch ein Gleichnis



Public Health-Parabel



- **Ausgangspunkt, Perspektive und Erkenntnisinteresse von Public Health anhand eines Gleichnisses:**
 - *„Eine Ärztin steht am Ufer eines schnell fließenden Flusses und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Person. Sie springt ins Wasser, holt die Person heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Als diese gerade anfängt zu atmen, hört sie einen weiteren Hilfeschrei. Sie springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als dieser gerade zu atmen anfängt, hört sie weitere Hilferufe ...*
– Das geht immer weiter und weiter – endlose Male ...

Im Gespräch von 3–4 Personen



1. Welche **Probleme oder Bedingungen** könnten „oberhalb der Rettungsstelle“ vorliegen?
→ Ist-Analyse
2. Welche **hilfreichen** Maßnahmen könnten Sie sich „oberhalb der Rettungsstelle“ vorstellen?
→ Soll-Möglichkeiten
3. Welche Aufgabe hätte somit Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention — im Vergleich zur „rettenden Medizin“?

Präventionen!



Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
Krankheitsvermeidung durch Änderung des Verhaltens	Krankheitsvermeidung durch Änderung der Verhältnisse, Umgebung, Strukturen
Maßnahmen gegen Risiken im Verhalten und in der Lebensweise	Maßnahmen gegen Risiken in der Umwelt und in den Lebensbedingungen

- **Ordnen Sie die von Ihnen auf Basis der Parabel gefundenen Beispiele der Verhaltens- bzw. der Verhältnisprävention zu.**

Wieder im Gespräch: ca. 5–10 Minuten für Ihr Gespräch —
Stellen Sie dann im Plenum vor.

3 Rollen in einer Arbeitsgruppe



■ Moderation

- (Klein-) Gruppenarbeit eröffnen und leiten, Verlauf festlegen, Ideen sammeln und sortieren, *Input von allen!?*

■ Zeitmessung

- Arbeitszeit einteilen, für Einteilung und Einhaltung einzelner Zeitabschnitte sorgen:
fürs Ideen sammeln, für die Diskussion, zur Präsentation der Arbeitsgruppenergebnisse

■ Berichterstattung

- Beiträge notieren und strukturieren, Vermittlung ins Plenum übernehmen (Medium)

Verhaltens-Orientierung

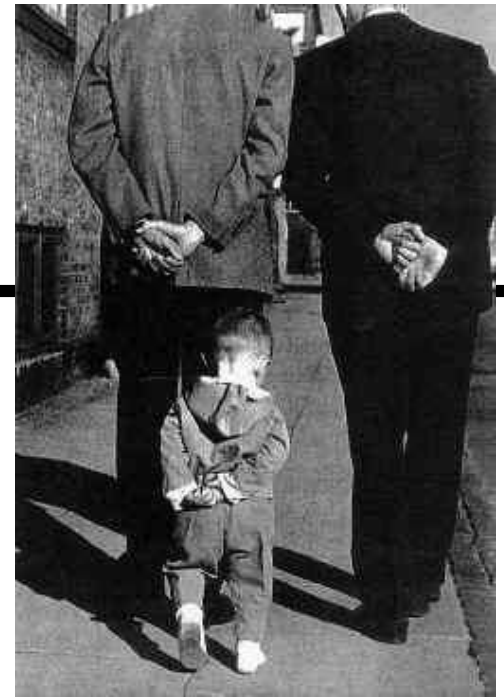


- **Ansatz: Menschen sollen ihr Verhalten ändern!**
 - Annahme: Verhalten ist gelernt und kann auch wieder ver- oder umgelernt werden
 - Ansatzpunkt: den Menschen verändern!
 - ▶ Viele Annahmen — sowie Theorien für individuelle Verhaltensänderungen — basieren auf diesem Ansatz
-> Kennen Sie Beispiele?

Verhältnis-Orientierung

■ Ansatz: Wenn die Umgebung sich ändert, dann verändern sich die Menschen mit!

- Annahme: Verhalten ist gelernt und kann durch Anstöße “von außen“ umgelernt werden
- Ansatzpunkt: die Umgebung verändern!
 - ▶ Veränderung von Gesetzen, des Umfelds, von Normen, von gesellschaftlichen Denkmustern, ...
 - ▶ Bei Verhältnisprävention deutlich weniger Theorien und Modelle vorhanden!



Verhaltens- und Verhältnis- Prävention



■ Verhaltensprävention

- Änderung des individuellen Verhaltens jedes Einzelnen

■ Verhältnisprävention

- Änderung der Umgebung und der Lebensverhältnisse

➔ **Unterschiedliche Verortung der Verantwortlichkeit**

Prävention

– weitere Differenzierungen



■ Primärprävention

- Vermeidung von Erkrankungen, Prävention des Entstehens eines Problems; Maßnahmen gegen die Determinanten, Ursachen und Beginn eines Problems; Screenings

■ Sekundärprävention

- Medizinische Check-ups bzw. Frühuntersuchungen; frühe Diagnose eines Problems

■ Tertiärprävention

- Rehabilitation; Prävention des Rezidivismus, der Chronifizierung; Maßnahmen gegen die Weiterentwicklung von Krankheiten

Ansatzpunkte von Prävention & GF FG & noitnevärP nov etknupztasA



Umfeld

- Kulturelle Werte und Normen
- Peer Einflüsse
- Medieneinfluss
- Soziales Netzwerk
- Meinungsbildner/-innen
- Ernährungsangebot und -Qualität
- Nahrungsmittelmarkt
- Gesetze, z.B. zum Rauchen, Alkohol, Bauvorschriften, Stadtentwicklung, Verkehr
- Gesundheitswesen
- Zugang zu Bewegung und körperlicher Aktivität

Individuelle Verhaltensweise

- Rauchen
- Ernährung
- Sport
- Umgang mit Stress
- Medikamenteneinnahme

Biologische Risikofaktoren

- Lipoproteine
- Blutdruck
- Gewicht
- Vererbung

Klinisches Krankheitsbild

- Arteriosklerose
- KHK
- Schlaganfall

Ergebnis der Krankheit

- Behinderung
- Tod

Primäre...

Sekundäre...

Tertiäre...

Prävention

Gesundheitsförderung



Gesundheitsförderung in der Public Health-Landschaft



- **Messung und Dokumentation der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblematiken**
 - Epidemiologie, Biostatistik, Gesundheitsberichterstattung

- **Ressourcenorientierter Veränderungsansatz**
 - Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung / -Beratung / -Bildung, Prävention

- **Planung, Organisation und Lenkung von Gesundheits-einrichtungen/ -Abteilungen**
 - Gesundheitsbezogenes (Qualitäts-) Management
 - Ethik

- **Gesundheits-Systemsteuerung und -ökonomie**
 - Gesundheitspolitik, Gesundheitssystemforschung

Zusammenfassung



■ Konzepte

- Verhaltens- / Verhältnisprävention
- Gesundheitsförderung/ Prävention
- Public Health
- Primäre / sekundäre und tertiäre Prävention /GF

Vorstellung mit Bezug zum Thema – Sie



1. **Name & Wohnort; Familiäres** (wenn Sie wollen)
2. **Wodurch sind Sie ins Gesundheitswesen gekommen?**
3. **Was haben Sie selbst zu GF oder Prävention gehört bzw. erlebt?**
 1. Fakten / theoretisch als Wissen bzw. Gelerntes?
 2. Am eigenen Leib erfahren? z.B. als Kind/ Jugendliche

Salutogenese

Basis der Gesundheitsförderung

Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky

- „Vater“ der Salutogenese
- Geboren 1924 in New York
- 1955 Soziologe
- 1960 nach Israel ausgewandert
 - ▶ Forschungen in Public Health mit Fokus auf „community health“
- Wichtigste Veröffentlichungen
 - ▶ Health, Stress and Coping, 1979
 - ▶ Unraveling the mystery of health, 1987
auf Deutsch: Das Wunder des Gesundbleibens
- 1994 in Jerusalem gestorben



Wörtliche Bedeutung



■ Salutogenese

- Salus (lateinisch) = Gesundheit, Wohlbefinden
- Genesis (griechisch) = Herkunft

■ Pathogenese

- Pathos = Krankheit

- ▶ Definition: Pathogenese = Entstehung und Entwicklung von Krankheit, Pschyrembel, de Gruyter, 1994

Pathogenese



■ Pathogenetische Ausrichtung

- Wie entstehen Krankheiten und wie werden sie behandelt?
- Konzentration auf Krankheit und Suche nach Krankheitsursachen



Copyright © 2002 by ANNA Anna Regula Hartmann

Salutogenese



■ Salutogenetische Ausrichtung

- Was hält Menschen gesund?
- Konzentration auf und Suche nach Ressourcen



Wissenschaftliche Konzepte



■ Salutogenese (Aaron Antonovsky)

- Was hält Menschen gesund?
 - ▶ Nicht mehr: Was macht Menschen krank?
- ☛ Paradigmenwechsel im Denken!
 - ist: eine völlig neue Sichtweise auf ein Phänomen
- ☛ Das Wunder des Gesund-Bleibens!

Aaron Antonovsky

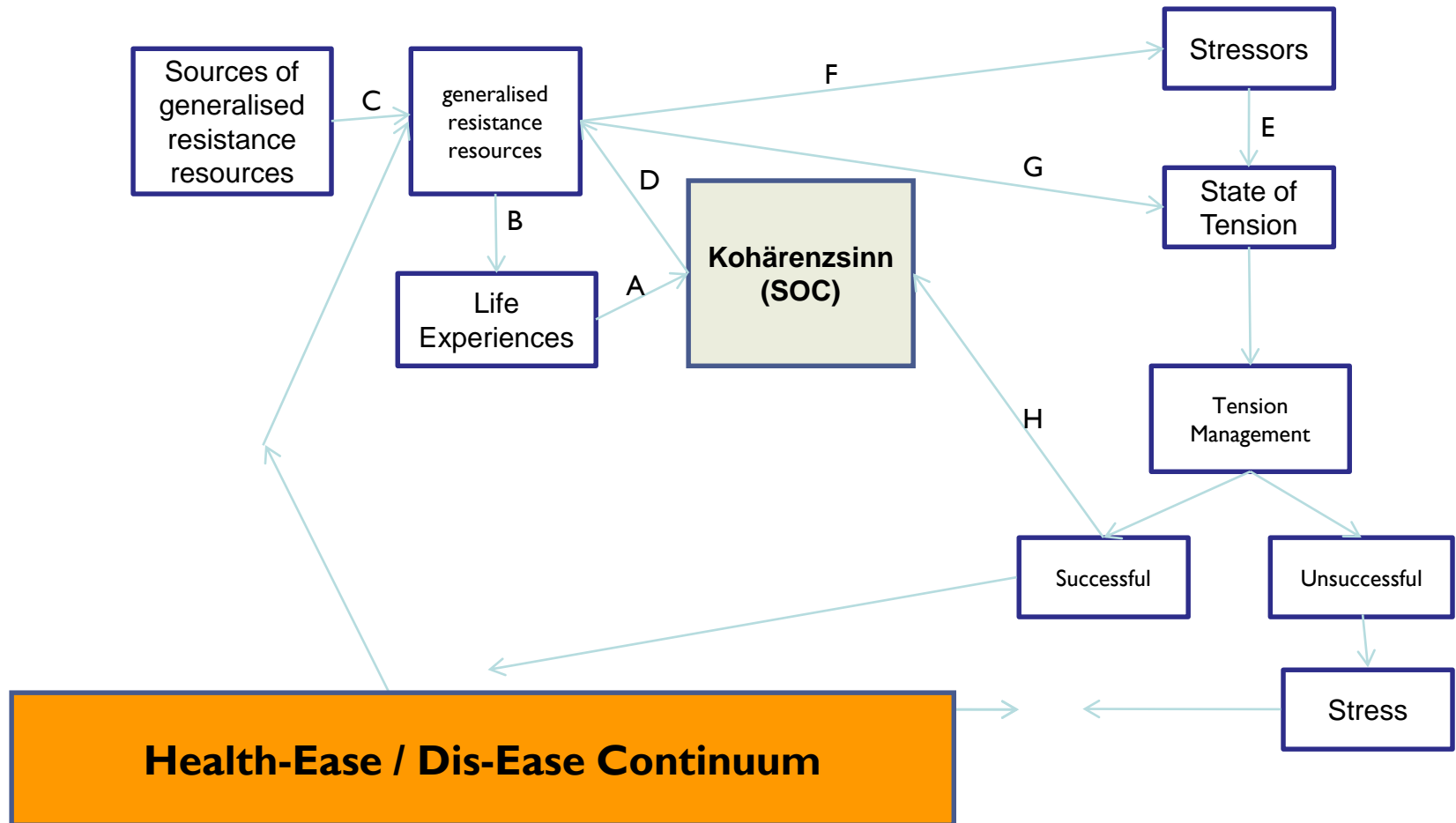


■ Fokus seiner Forschungen: Why stay people healthy?

- Women of different ethnic groups in central Europe, all Jewish.
- One third of former female prisoners in concentration camps claimed to be in relatively good health—despite these traumatic experiences.
- **Research Question: How could they have stayed healthy?**

Antonovsky, A. / Maoz, B. / Dowty, N. / Wijssenbeek, H. (1971): Twenty-five years later. A limited study of the sequels of the Concentration Camp experience. *Social Psychiatry*, 6, 186–193.

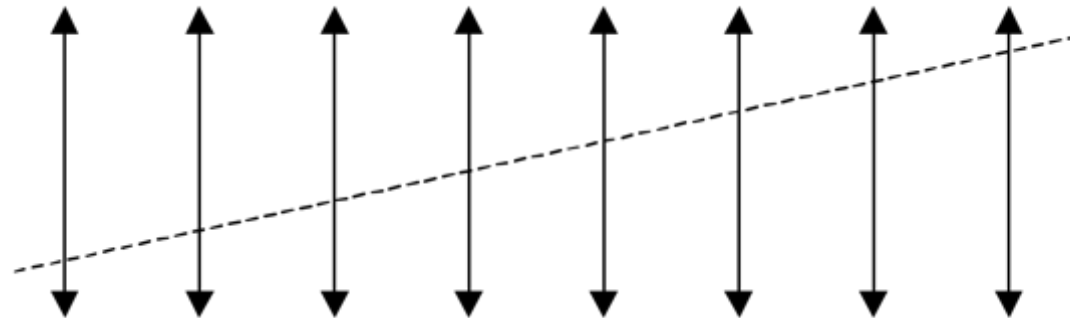
Antonovsky's Modell



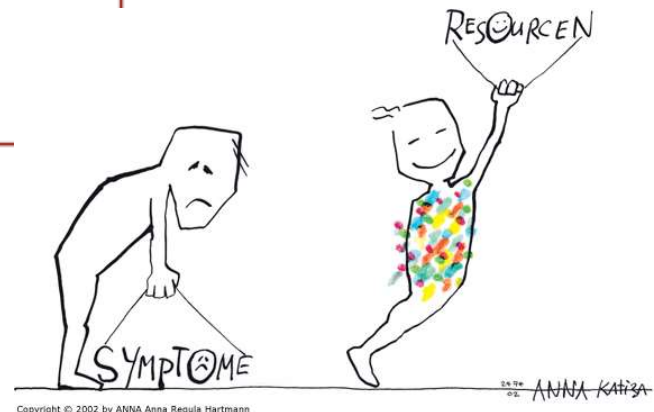
Gesundheits- Krankheits- Kontinuum



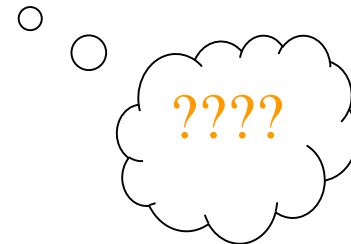
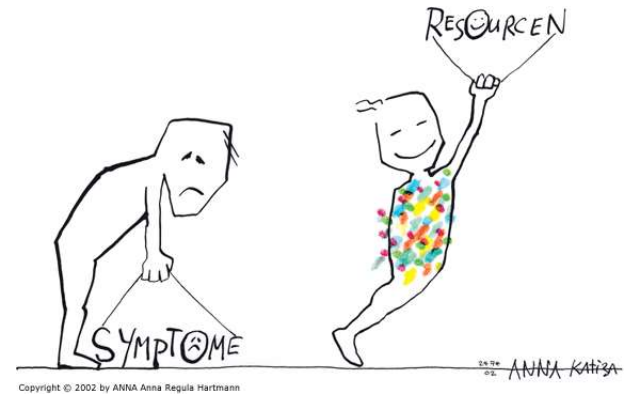
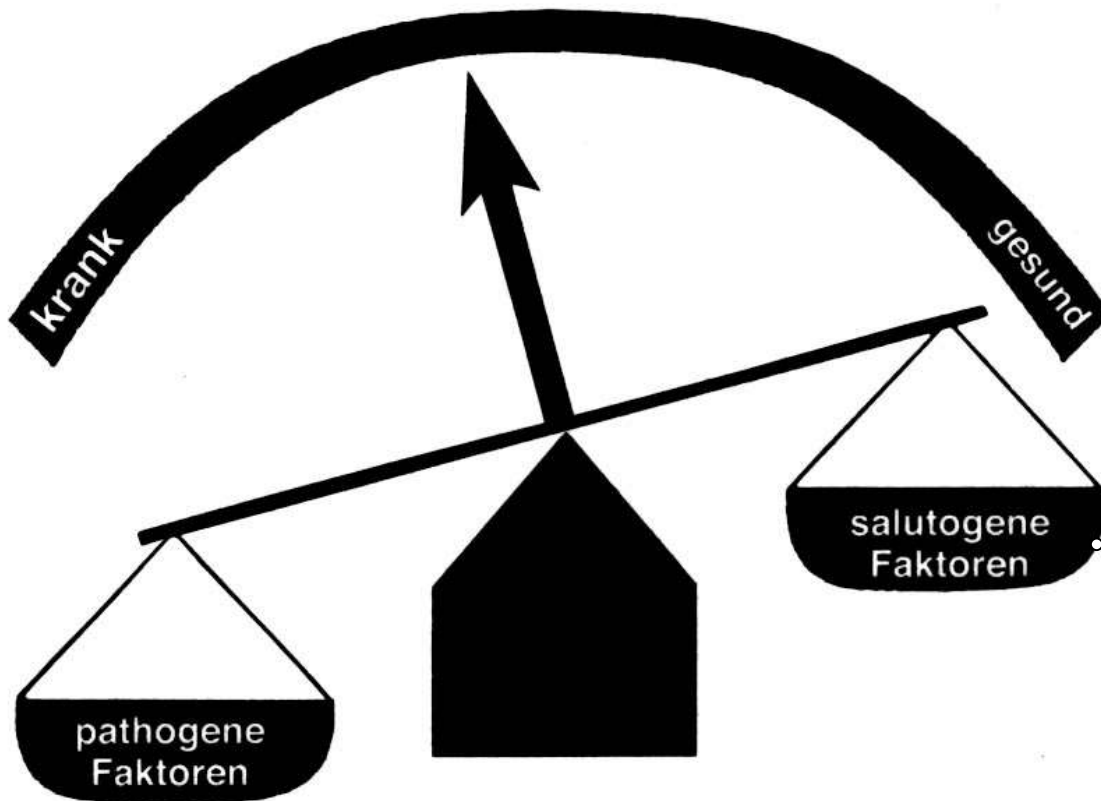
Gesundheit/ "health-ease"



Krankheit / "dis-ease"



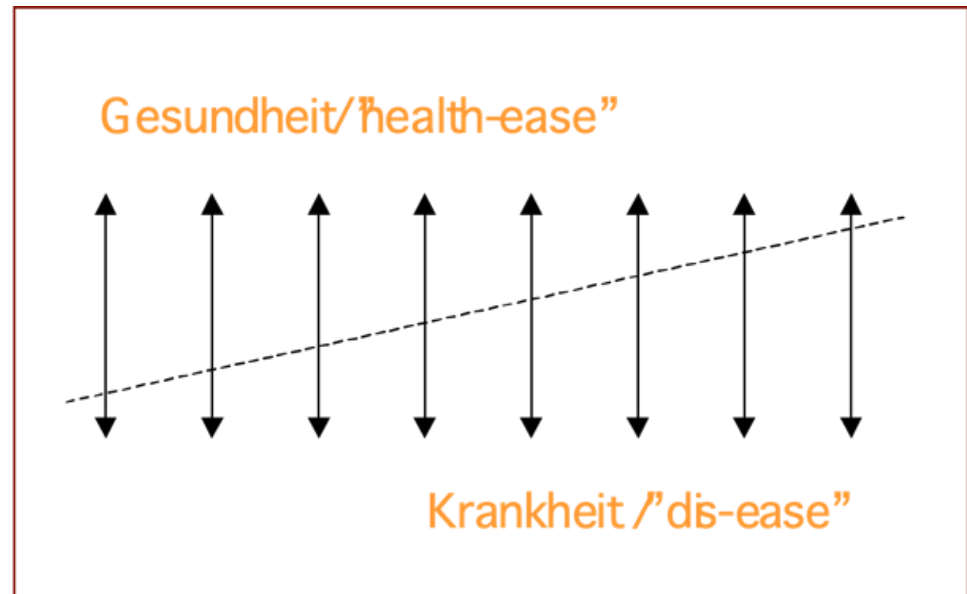
Einfaches Bild



Salutogenese von Aaron Antonovsky



- Was hält Menschen gesund?
- Welche „Restgesundheit“ haben Menschen noch?
 - ▶ Nicht mehr nur: was macht Menschen krank?



Veränderungsidee



**Überlegen Sie sich eine eigene
gesundheitsbezogene Verhaltensänderung**

Veränderungsidee

- Ziel
- Grund / Motivation
- Vorgehen
- Methode – messbar!
- Zeit





Blick zurück auf gestern



■ Gestern

- Was war für Sie interessant?
 - ▶ Ein paar Minuten für die Reflektion



»Blicken wir noch einmal kurz zurück ...«

Agenda heute



- **Vorstellung Prof. Seibt**
- **Ottawa Charta – die Bibel der Gesundheitsförderung**
- **K–A–P-Modell & Health Belief Model = Modell der Gesundheitsüberzeugung**
- **Transtheoretisches / Stufen (Stages)- Modell**
- **Nutzen der Modelle!**

Vorstellung Prof. Seibt

Mit Bezug zur GF global und die Sondersituation in Deutschland

Prof. Dr. Annette C. Seibt



- Geboren 1957 und aufgewachsen in Esslingen am Neckar, Württemberg
- Erststudium der Diplom-Pädagogik, Psychologie und Soziologie an den Universitäten in HH und Kopenhagen (als akademischen Auslandsstudium für 1 Jahr)
- Abschluss als Dipl.-Päd, 1985, Uni Hamburg, mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung

Weiter



- **1985, Umzug nach San Francisco, California**
 - Deutschlehrerin
 - Sozialpädagogin bei “Planned Parenthood”



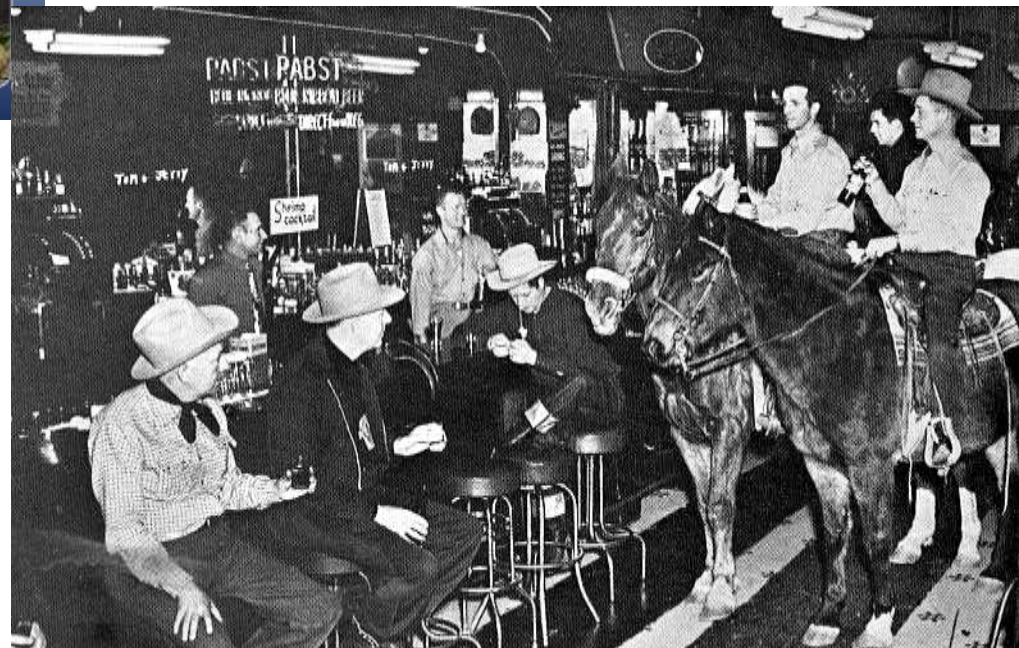
Weiter ...



Houston, Texas



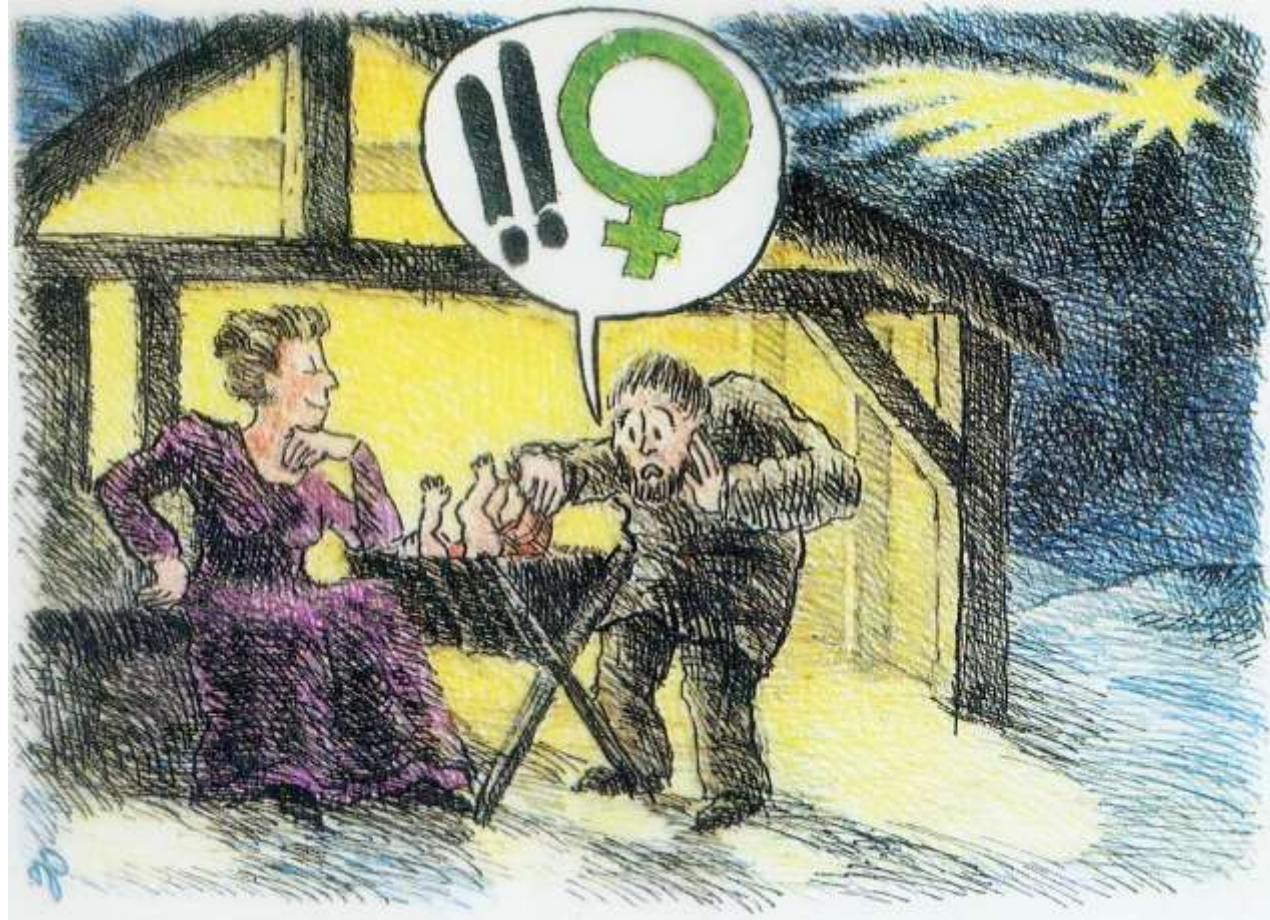
- **1987, Umzug nach Houston, Texas**



Job im Gesundheitswesen

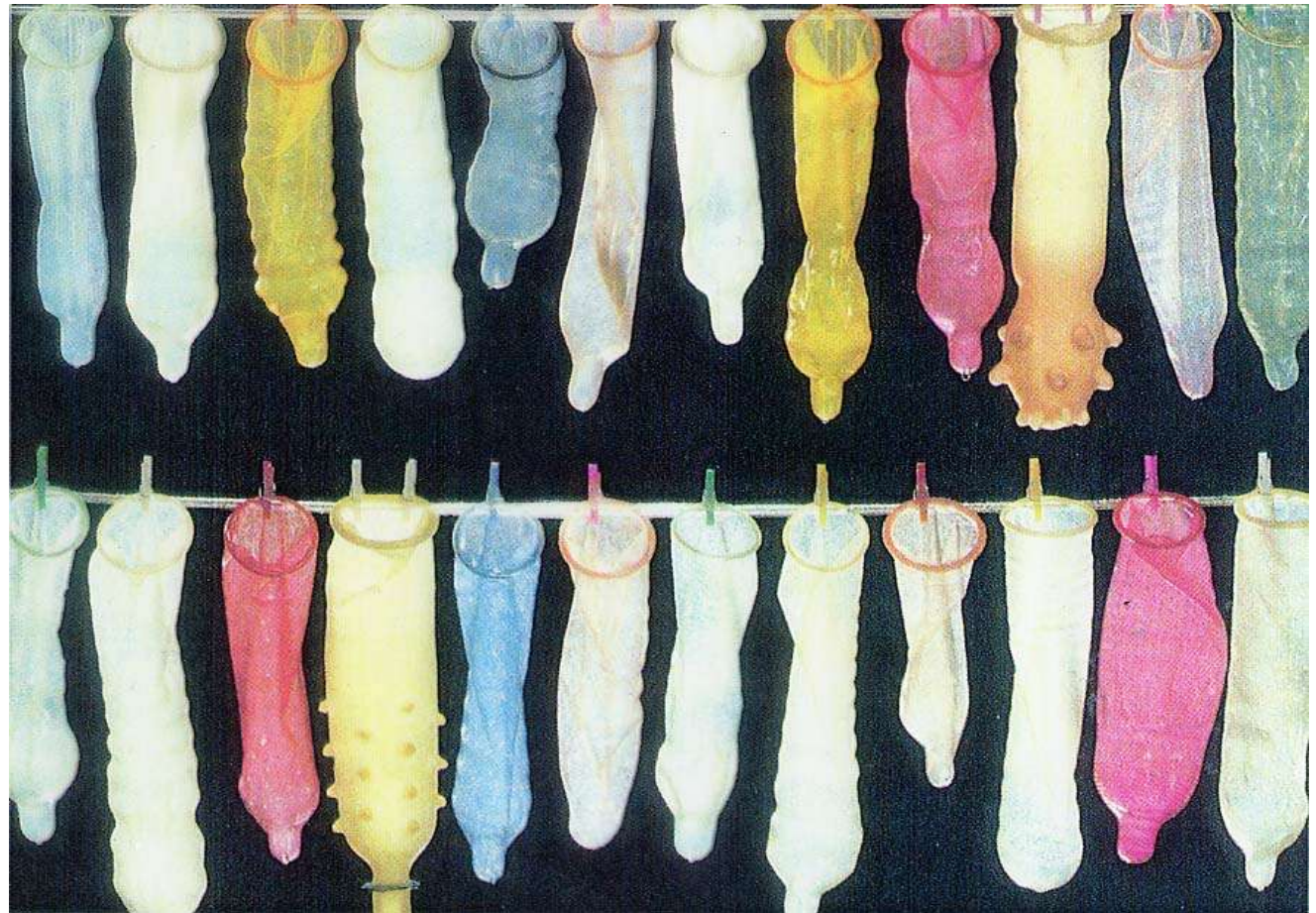


- Job in der Familienplanung
“Planned
Parenthood”
in Houston!





- **Direktorin des HIV-Beratung- und Gesundheitszentrums**



2. Studium

- **Studentin für Public Health**
 - Schwerpunkt Gesundheitsförderung / Gesundheits-erziehung / Prävention



Home again



GESUNDHEITSFÖRDERUNG

**Lehrgang für Schlüsselpersonen
aus den neuen Bundesländern
sowie Mittel- und Osteuropa**

■ **1994, Rückkehr nach Deutschland**

- Nach Hamburg
zum Wohnen
- Nach Lüneburg
zum Arbeiten

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), Köln

Sektion Gesundheitsförderung im
Zentrum für Angewandte Gesund-
heitswissenschaften (ZAG) der
Fachhochschule Nordostnieder-
sachsen und der Universität Lüne-
burg

in Zusammenarbeit mit der
Weltgesundheitsorganisation
(WHO), Regionalbüro für Europa,
Kopenhagen

1998 – Gründerin und Mitarbeiterin



Eichenstraße 4
D-20259 Hamburg
Tel. (040) 851 572 80

Professorin an HAW, HH, seit 2002



**Professorin
für Public Health, Gesundheitsförderung, Prävention
2010–2014 Ehrenprofessorin an der Griffith Universität,
Brisbane, Australien**

- Zahlreiche Forschungsprojekte, fünf Doktorandinnen
- Zahlreiche Hochschulentwicklungsprojekte
- Studienfachberaterin und Praxissemesterbetreuerin
- Stellvertretende Departmentsleiterin für Gesundheitswissenschaften
- Auszeichnung für „besondere Leistungen“ an HAW
- „Hamburger Lehrpreis“ – vorgeschlagen von StudentInnen

Forschungsprojekte



- QuaSti-Studie: Stillenförderung und Baby-Friendly Hospitals
- Diabetes & Gender
- Global Public Health Competencies
- Unterstützung von sozial-benachteiligten Mütter in St. Pauli, Hamburg, bei „Adebar“



Praxissemester in Hanoi



**Internationalisierung
mit Australien und in Europa
— das AUS-EUphe Projekt**

Hintergrund



■ Seit 2003

- Intensive Beschäftigung mit Public Health in Australien
 - ▶ Besuche + “Erzählungen” von australischen KollegInnen in HH
 - ▶ Langjährige herausragende Entwicklung von PH / GF in AUS



You won't leave a gap if you
Slip + Slop + Slap



Unprotected exposure to the sun in the first fifteen years of your child's life more than doubles their chance of getting skin cancer later on.

NSW HEALTH



**Cancer
Council**



Flying Doctor – mantle of safety

In 1928 the Australian Aerial Medical Service was formed by the Reverend John Flynn in Cloncurry, Queensland. Qantas was contracted to provide aircraft and staff, and Arthur Affleck became its first permanent pilot with Sydney surgeon and general practitioner K St Vincent Welch providing the medical expertise. In the first year the aircraft covered 28,000 kilometres. In the course of 50 flights the service treated 255 patients, including victims of shootings, drownings, suicides and motor vehicle accidents plus all the usual maladies across an area larger than the United Kingdom. In 1942 it became the Flying Doctor Service adding a royal charter in 1954 operating under Trans Australian Airlines (TAA).





How will your choice of groceries measure up?



Poor food choices and an inactive lifestyle increase your risk of developing chronic diseases. For information on healthy eating, go to australia.gov.au/MeasureUp



How do you measure up

Australian Better Health Initiative
A joint Australian, State and Territory government initiative





INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH

Client Education

Health Promotion

SOIOLOGY

HEALTH ECONOMICS

BLACK MARKETS

DISPUTES & DILEMMAS IN HEALTH LAW

POPULATION HEALTH

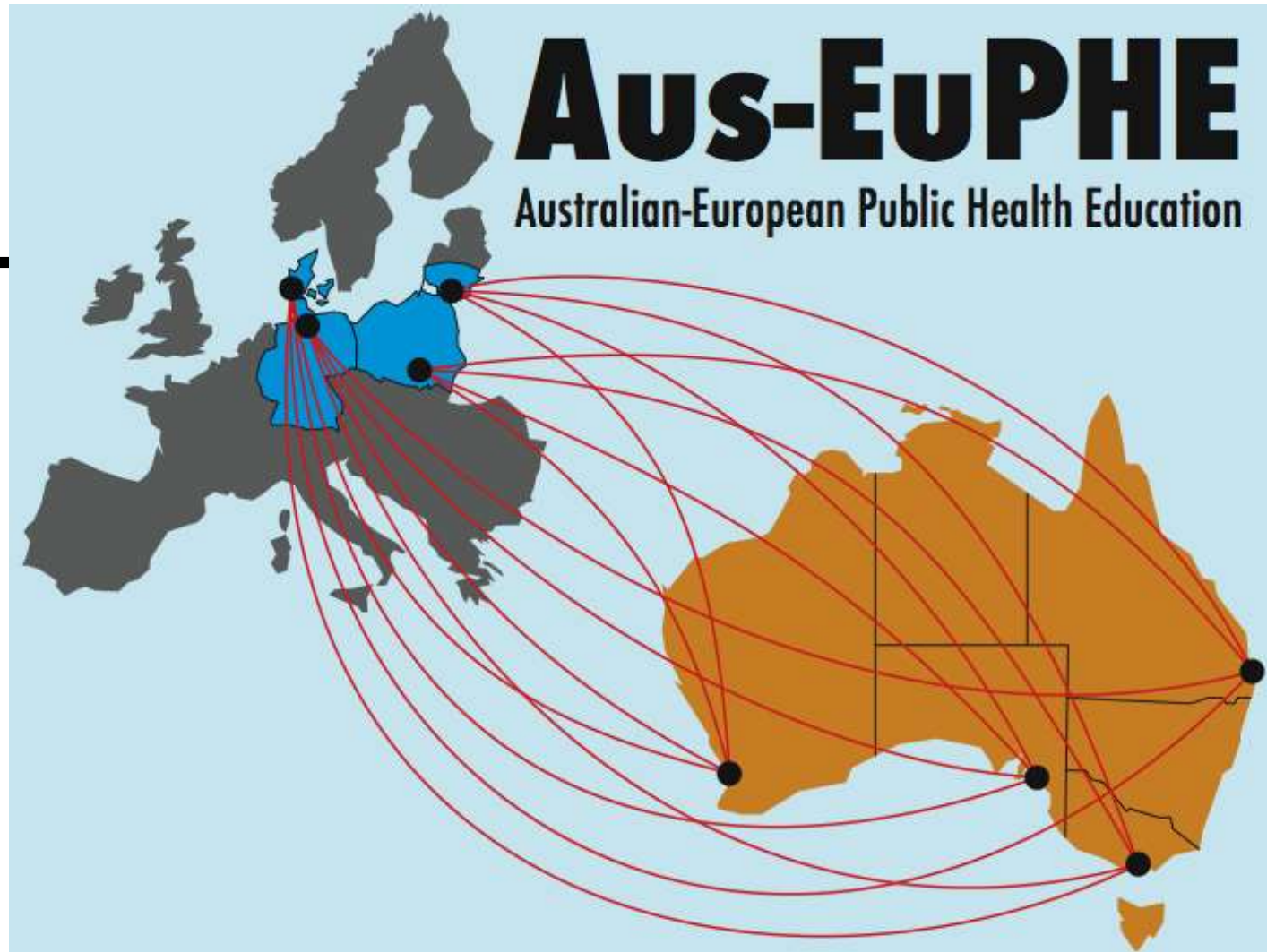
AGE and AGEING

CAN'T FIND IT?

Aus-EuPHE – Austauschprojekt



Partner Unis

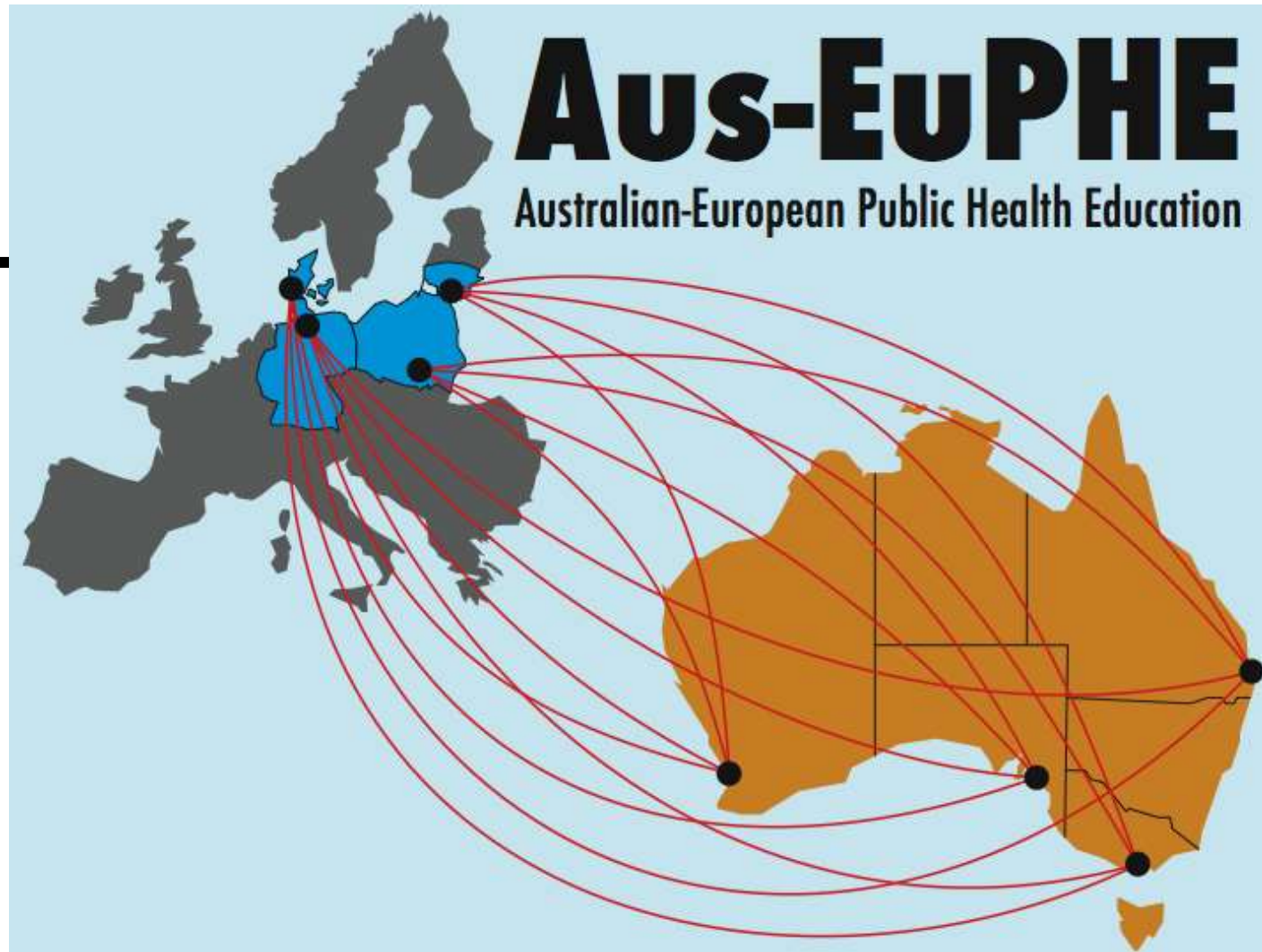


■ In Europa

- HAW, Hamburg
- Kaunas, Litauen
- Krakau, Polen
- Esbjerg, Dänemark

- ➔ Ostsee-Anrainerstaaten
- ➔ 2 Ost- und 2 West-Europa

Partner Unis

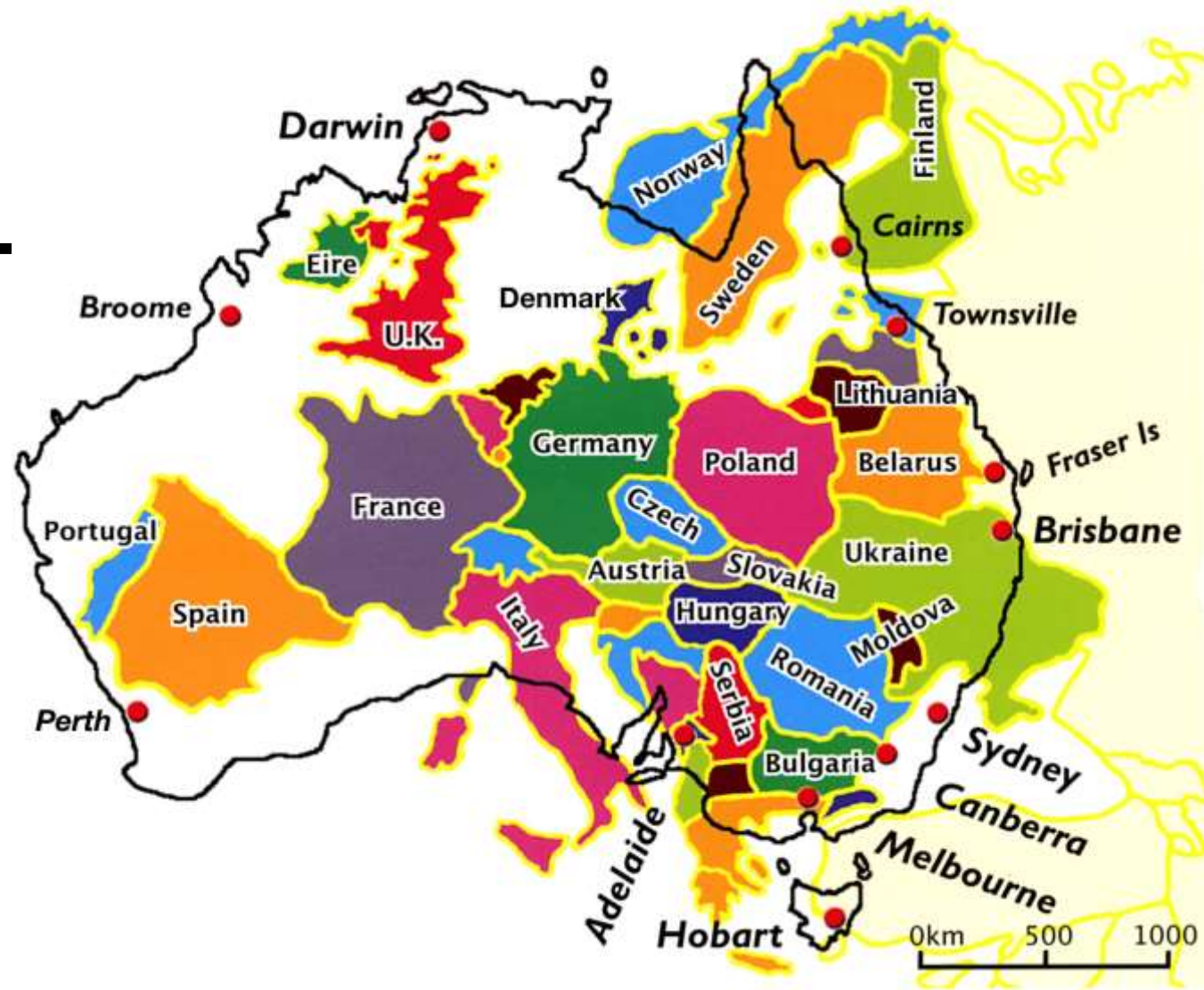


■ In Australien

- Griffith, Brisbane, Queensland
- Deakin, Melbourne, Victoria
- Curtin, Perth, Western Australia
- Flinders, Adelaide, South Australia

- ➔ Jeweils anderer Bundesstaat
- ➔ Von tropisch bis nord-europäischem Klima

Größen- Vergleich



dentistry
medicine
nursing
pharmacy
public Health
exercise and sport science
applied vision sciences
communication sciences and disorders
medical radiation sciences
physiotherapy
occupation and leisure sciences
indigenous health
health information management
behavioural and community health sciences
rural health

Health Sciences

The College of Health Sciences encompasses a wide variety of interdisciplinary coursework and research programs that are highly regarded all over the world. The latest research techniques and state of the art curriculum design ensure that our health sciences graduates are well equipped for academic leadership, the advancement of knowledge and the promotion of health care for the community in all manner of settings. Within each of the faculties lies expertise which is sought after by government, health officials and policy/news makers, both in Australia and internationally. The College is recognised for its contribution to the acquisition and transmission of relevant knowledge in all areas of health, medicine and the biomedical sciences.

„Health Sciences“



■ umfasst international oft (die Ausbildung in)

- Zahnheilkunde, Medizin, Pflege, Public Health, Augenheilkunde, Physiotherapie, Logopädie, Pharmazie, Gesundheitsberichterstattung, -Förderung. –Erziehung, Prävention, Gesundheitskommunikation, etc.

■ In Deutschland enger verstanden

- Public Health, Gesundheitswissenschaften
 - ▶ Epidemiologie, Ges-förderung, -Kommunikation, Biostatistik, Ges-Management, Ges-Marketing, Ges-Ökonomie, etc.

Ottawa-Charta — die Bibel der Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Annette C. Seibt
PhD (USA), Dipl.-Päd.

Herkunft



- Ottawa-Charta — “Bibel” der Gesundheitsförderung
 - ▶ 1. Internationale Konferenz der GF in Ottawa in 1986, mit RepräsentatInnen aus 35 Ländern

Gesundheitsförderung ist der Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Ottawa Charta, 1986

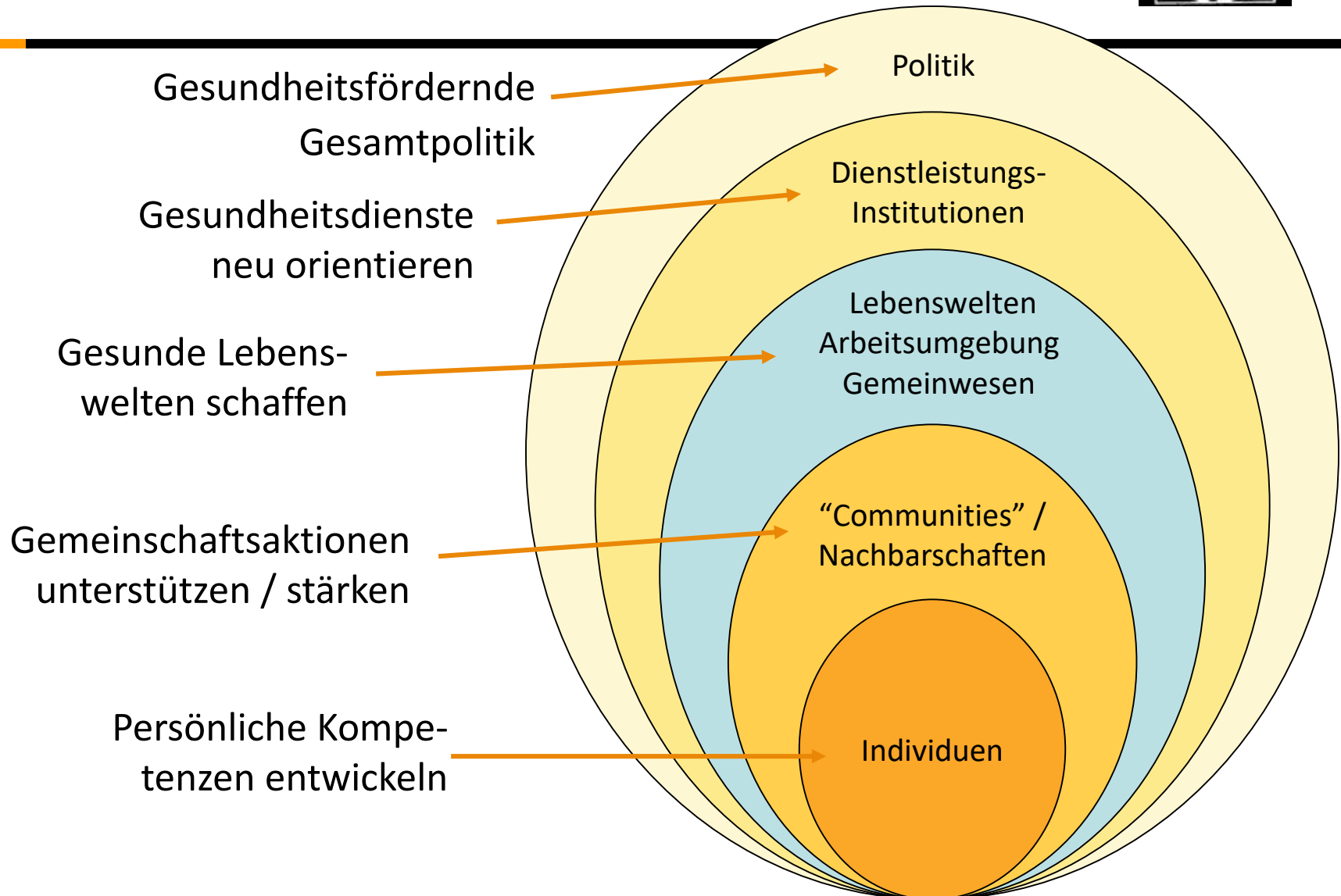


Die “Ottawa Charta” ist

- Schriftstück von 4 Seiten
- Politische Deklaration
- Vision einer internationalen Gesundheitspolitik
- Konzept
- Aktionsprogramm
 - Tätigkeit
 - Prozess
 - Handlungsanleitung

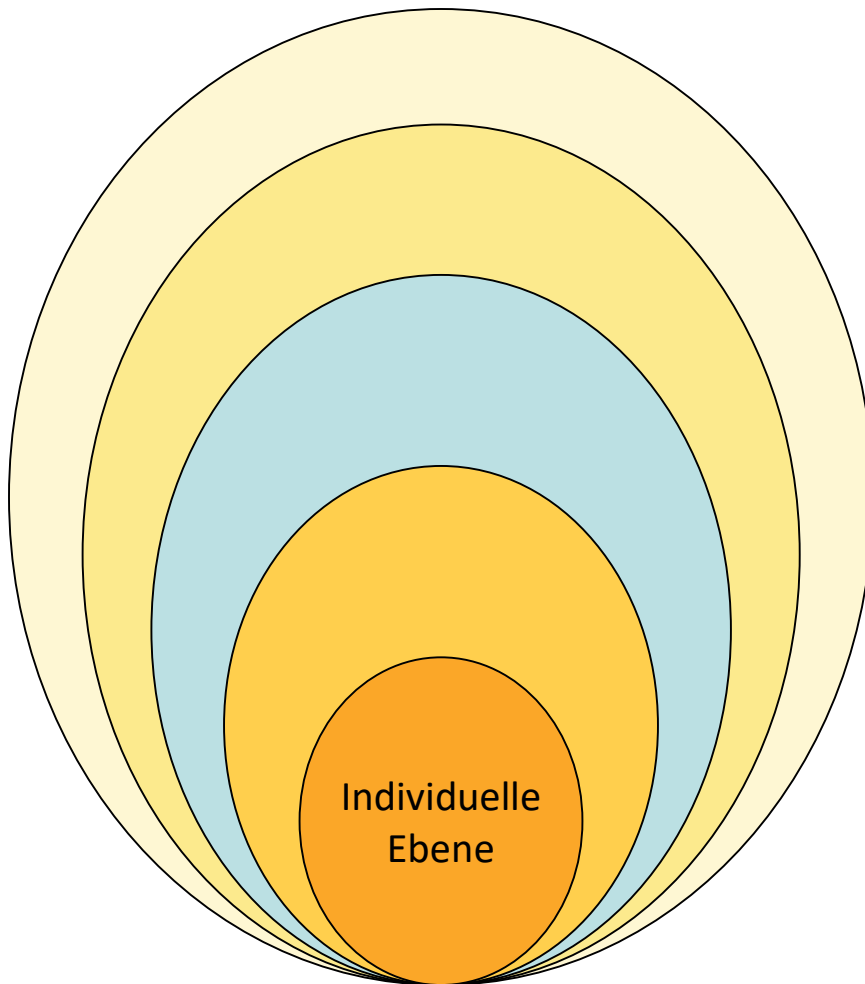


Ottawa Charta: Fünf Handlungsfelder





Persönliche Kompetenzen entwickeln



■ Individuelle Ebene

- Gesundheitserziehung im Kindergarten und Schule
- Gesundheitscurriculum in Schule, in der Lehre, an Universitäten; Betriebliches Gesundheitsmanagement
- „Lebenslanges Lernen“
- Verbesserung der sozialen und Kommunikationsfähigkeiten
- Training für Kompetenzen, um im täglichen Leben zurecht zu kommen
- Umgang mit Krankheit und Behinderung
- Entwicklung von Persönlichkeit
- Erziehung über die Herausforderung der verschiedenen Lebensphasen

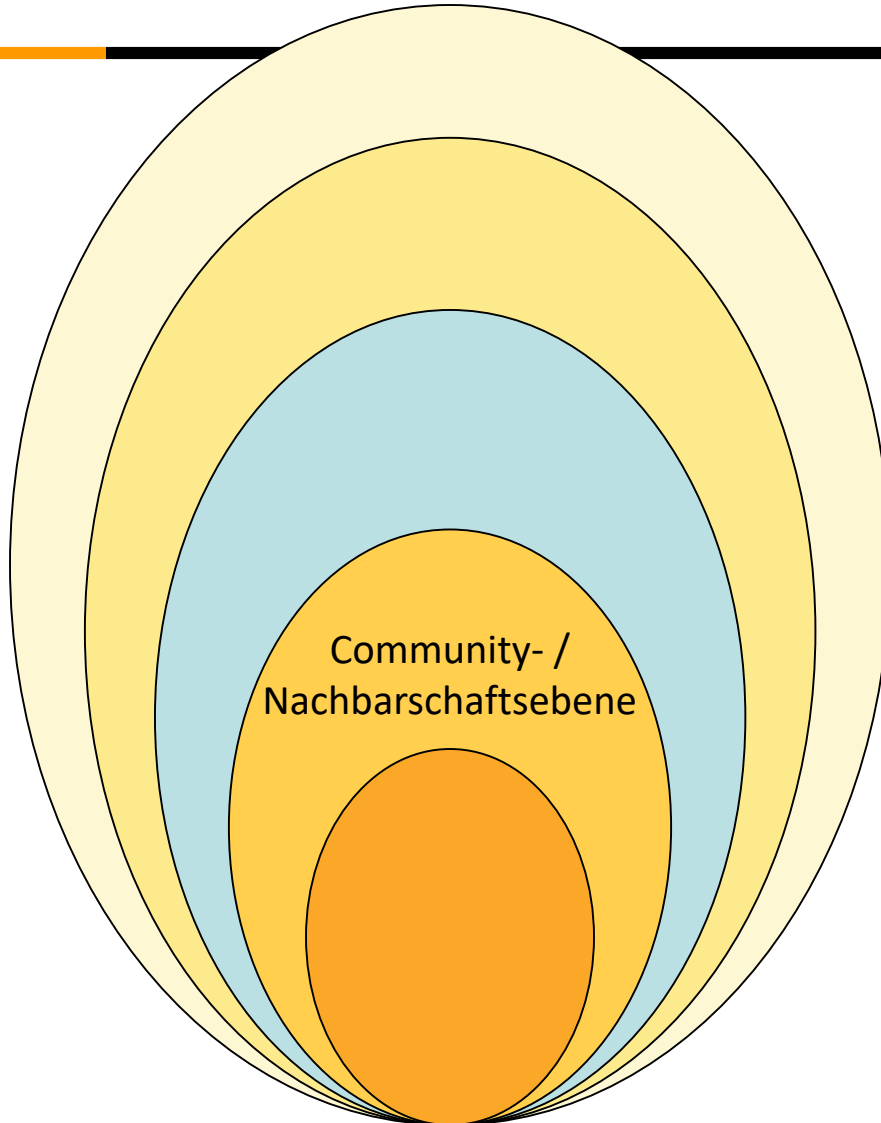


Entwicklungsaufgaben von allen Menschen

Einflussfaktoren auf die (Lern-) Entwicklung von Menschen	Lernerfordernisse	Aufgabenbereiche von Public Health
Ontogenetisch-lebensalters-bedingte Einflüsse Theorien der Entwicklungsaufgaben der gesamten Lebensspann, "life span"	Lebensalter-typische, d.h. für bestimmte Altersgruppen spezifische Entwicklungsaufgaben, nach Geschlecht zu differenzieren	Altersgruppentypische Bildungshilfen zur besseren Bewältigung <u>vorhersehbarer</u> altersspezifischer Entwicklungsaufgaben
Historisch-zeitalterbedingte Einflüsse Theorien des sozialen Wandels und des lebenslangen Lernens	Epochal-generelle, d.h. für alle Zeitgenoss- /innen ähnlich gegebene Lernerfordernisse angesichts des historisch soziokulturellen Wandels	Allgemeine Bildungshilfen zur besseren Bewältigung geschichtlich veränderter Lebensverhältnisse und Lernaufgaben einer gesellschaftlichen Kohorte, stark kulturell bedingt
Nicht normative-, sondern "schicksals-bedingte" Einflüsse Theorie der kritischen Lebens-ereignisse und Stressbewältigung, "life events"	Individuelle, d.h. für einzelne Menschen sich ereignende besondere Krisen- und Belastungssituationen	Auf einzelne bezogene Bildungshilfen zur Bewältigung ihrer <u>oft nicht vorhersehbaren</u> persönlichen gesundheits-relevanten Belastungen oder Krisen



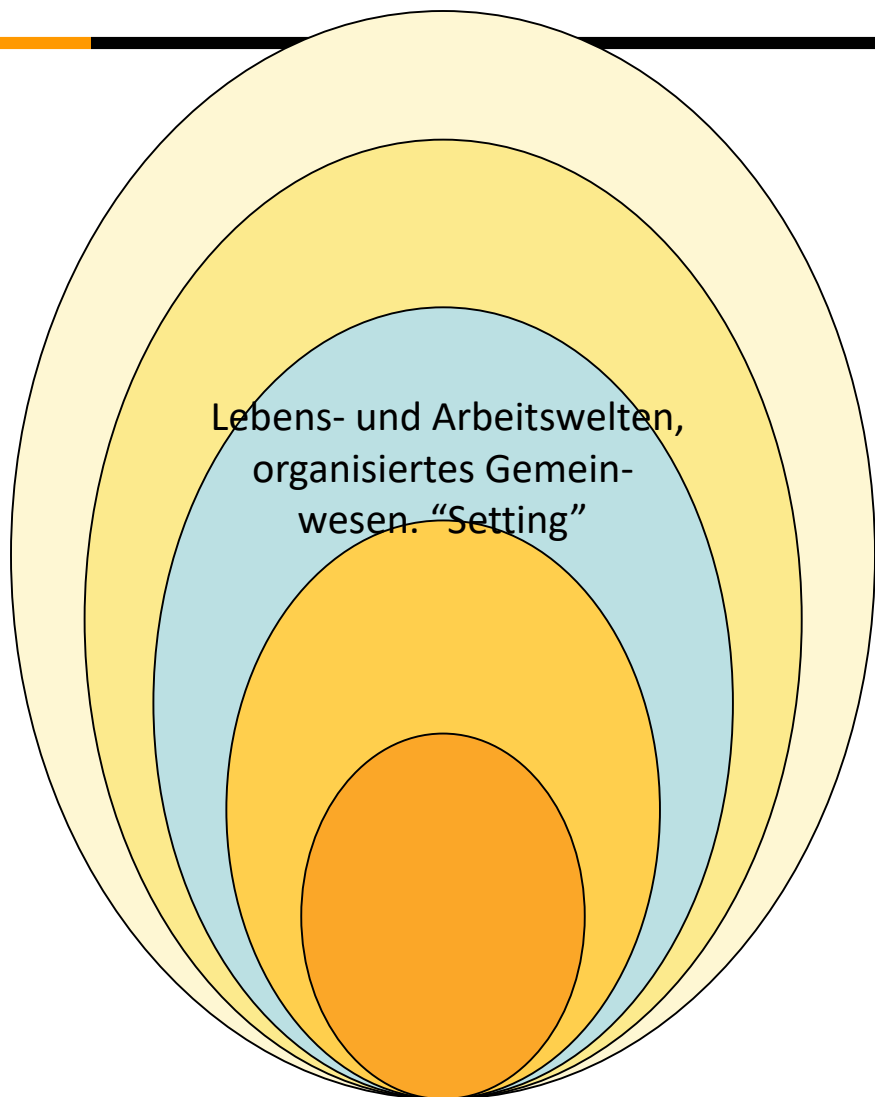
Gemeinschaftsaktionen unterstützen



- „Community“ / Nachbarschafts-Ebene
- Unterstützung von Communities und Nachbarschaften; offene Plätze, Märkte, Spiel- und Sportplätze, „Stadtteilbüros“, Bouleplätze, Bibliotheken
- Lokale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen
- Selbsthilfegruppen, Stadtteilsteste
- Cafes, kleine Geschäfte
- Stadtteil-Umfeld, Parks, Grünflächen, Sitzbänke
- Verbindung zwischen lokalen Einrichtungen und BewohnerInnen



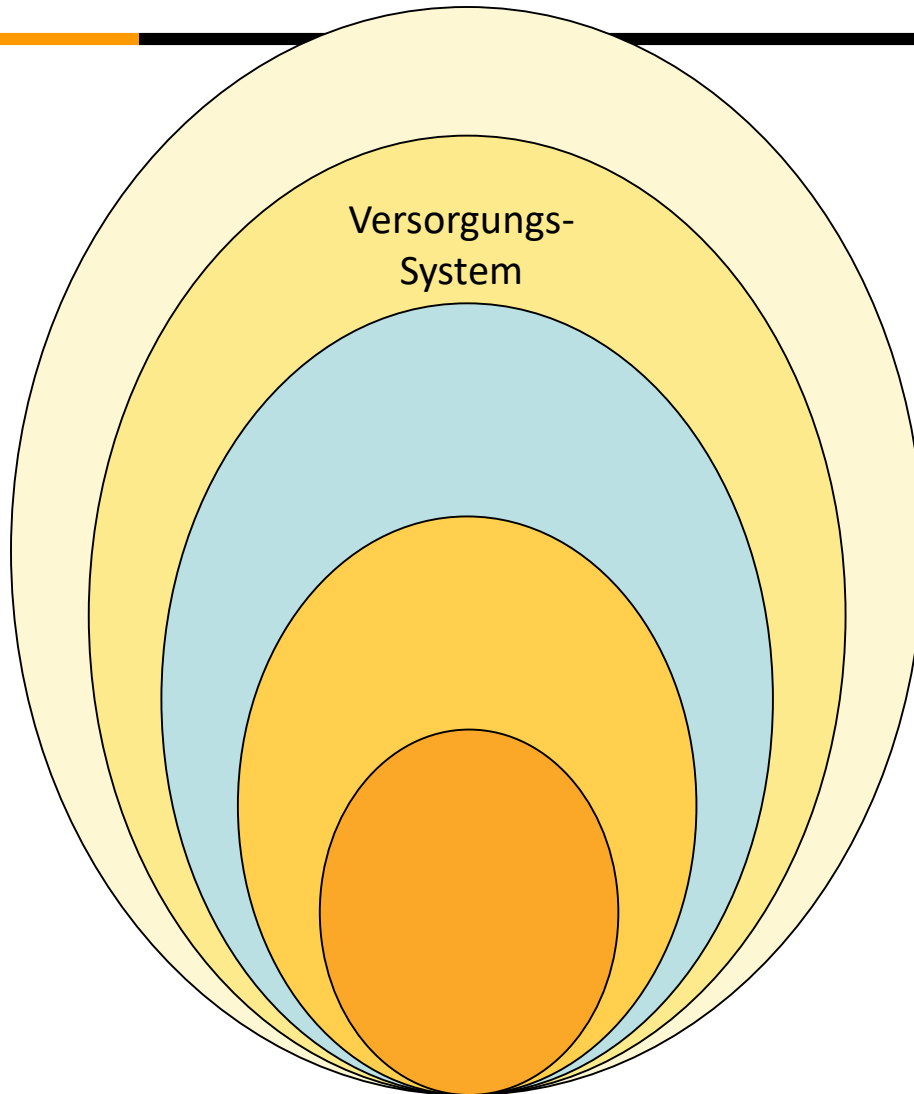
Gesunde Lebenswelten schaffen



- **Lebenswelten-Ebene**
- Physikalische Umwelt wie Luft- und Wasserqualität, Licht, Lärm (Autos, Flugzeuge, ... Müllbeseitigung und -Entsorgung, Strahlenbelastung, Verkehrsbelastung, Kriminalität, ...)
- Verwaltung, Behörden, öffentlicher Nahverkehr, Rollstuhl-gerechte Flächen, Radwege, Beratungseinrichtungen, z.B. Verbraucherzentrale
- Politisches Umfeld wie Regeln und Gesetze, BürgerInnen-Rechte, Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, Gleichbehandlung / Anti-Diskriminierung
- Soziales Umfeld wie Sicherheit, Zugang zu Informationen, nicht-diskriminierende Normen
- Organisations- / Settings-Ebene
- Arbeitsstellen, faire Arbeitsbedingungen



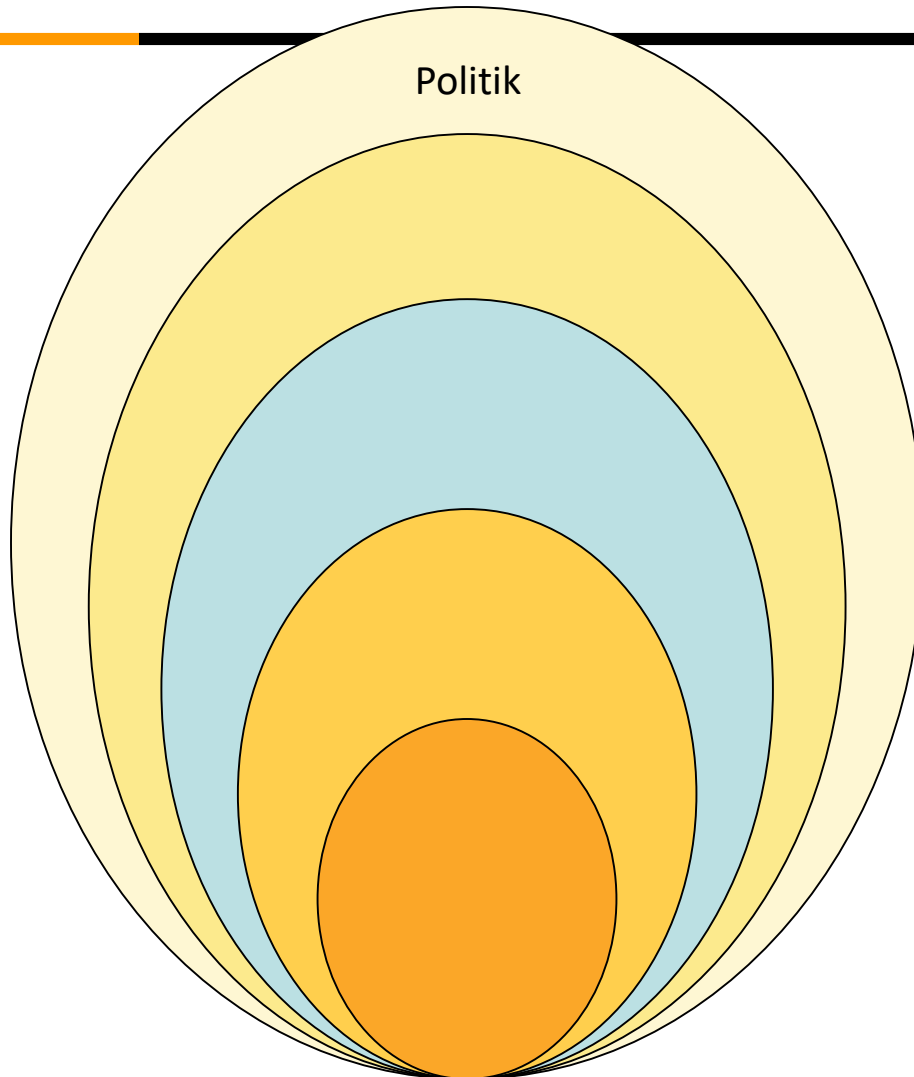
(Gsdhts.-) Dienste neu orientieren



- **Dienstleistungs-Ebene**
- Kooperation zwischen Versorgungseinrichtungen (e.g. Jugend- und Gesundheitsamt, Krankenhaus und Pflegedienst, ...)
- Niedrigschwelligkeit, angemessene Öffnungszeiten
- Veränderung der medizinischen und Pflegeausbildung in Richtung Community Medicine bzw. Public Health Nurse
- Holistischer Ansatz bei der Patienten- / KlientInnen-Behandlung
- In Deutschland: Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationärem System



Gesdhts-fördernde Gesamtpolitik



- **Politik-Ebene**
- Gesetze und Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit
- Steuer-Maßnahmen (spezielle Steuer auf ungesunde Produkte wie Zigaretten und Alkohol für Gesundheits-programme)
- Öko-Steuer, Pollution point-trading (CO₂ exchange market)
- „Gesundheitsverträglichkeits-Prüfung“
- Gleicher Zugangschancen zu Bildung, gerechtere Einkommensverteilung

Ansatzpunkte von Prävention & GF FG & noitnevärP nov etknupztasA



Umfeld

- Kulturelle Werte und Normen
- Peer Einflüsse
- Medieneinfluss
- Soziales Netzwerk
- Meinungsbildner/-innen
- Ernährungsangebot und -Qualität
- Nahrungsmittelmarkt
- Gesetze, z.B. zum Rauchen, Alkohol, Bauvorschriften, Stadtentwicklung, Verkehr
- Gesundheitswesen
- Zugang zu Bewegung und körperlicher Aktivität

Individuelle Verhaltensweise

- Rauchen
- Ernährung
- Sport
- Umgang mit Stress
- Medikamenteneinnahme

Biologische Risikofaktoren

- Lipoproteine
- Blutdruck
- Gewicht
- Vererbung

Klinisches Krankheitsbild

- Arteriosklerose
- KHK
- Schlaganfall

Ergebnis der Krankheit

- Behinderung
- Tod

Primäre...

Sekundäre...

Tertiäre...

Prävention

Gesundheitsförderung



Gruppenarbeit



- **Überlegen Sie sich ein Gesundheitsprojekt (Thema & Zielgruppe)**
- **„Deklinieren“ Sie dann die einzelnen Handlungsfelder der Ottawa-Charta durch, also überlegen Sie sich etwas für jede Ebene, a) was jeweils passieren soll und, b) wer für die Umsetzung zuständig sein könnte.**

Arbeit in Kleingruppen; drei Rollen: Zeitmessung, Moderation, Vortragende. Sie haben 30 Minuten Zeit.

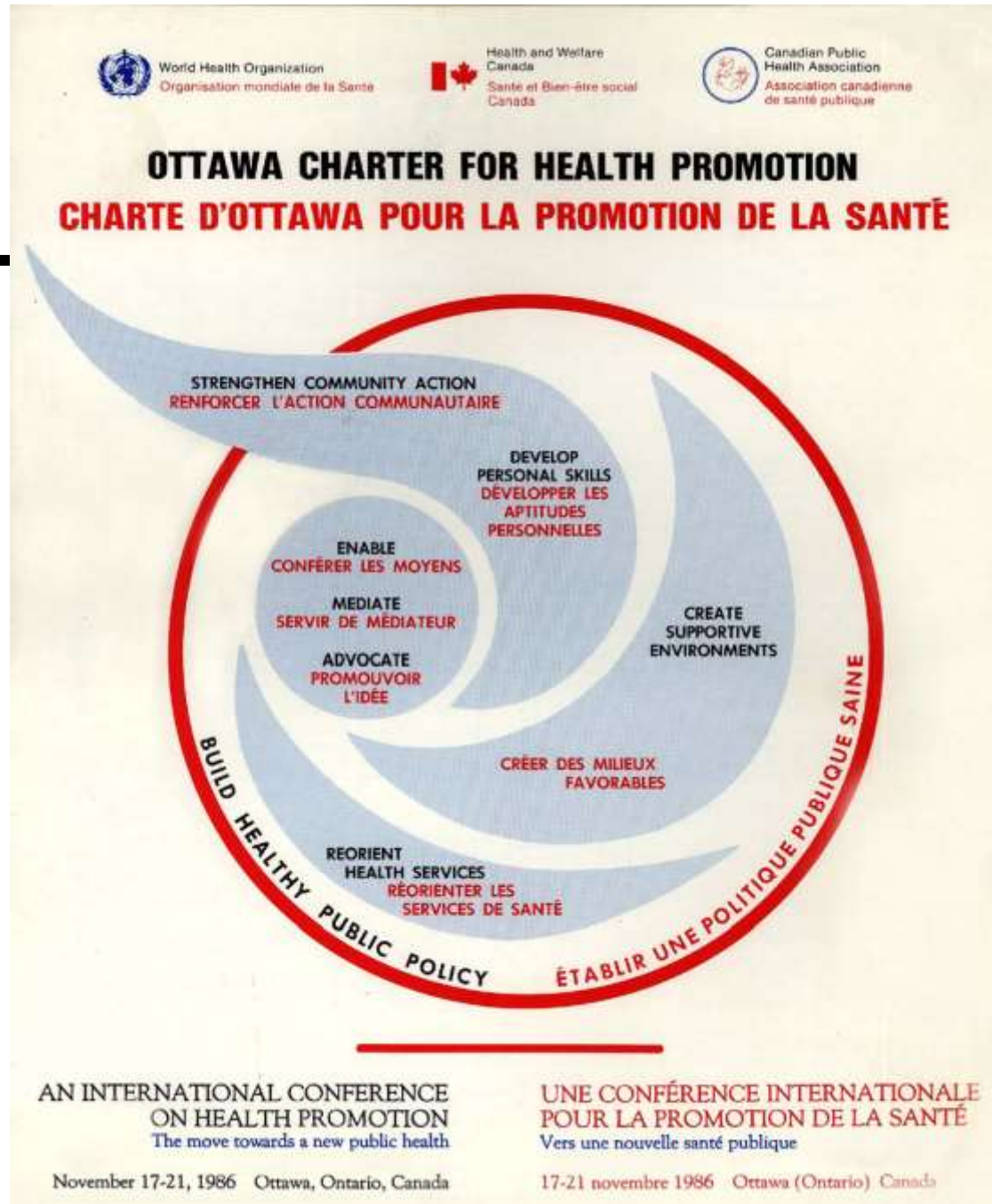
Original Poster

■ Fünf Handlungsfelder

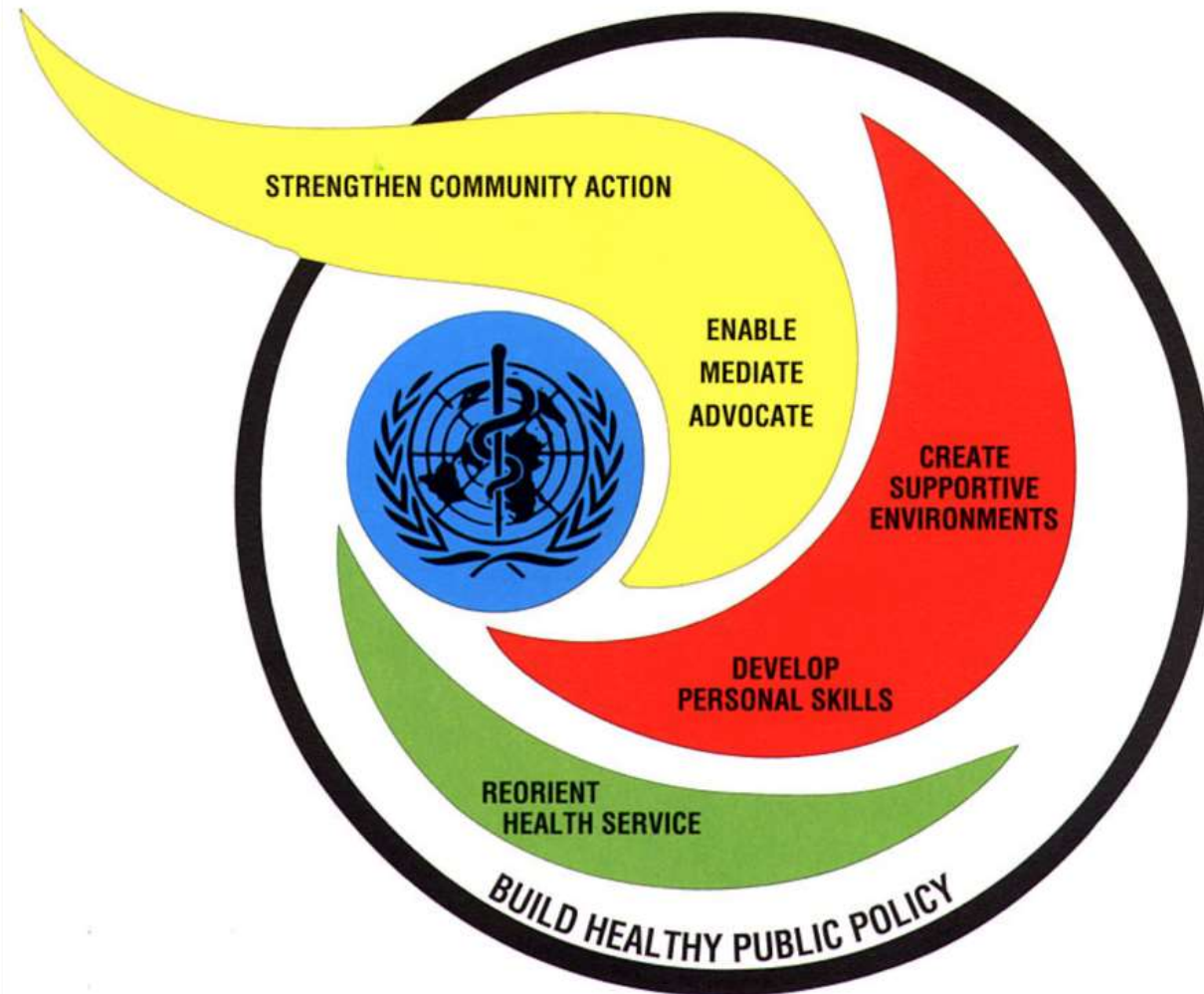
- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Gesundheitsdienste neu orientieren
- Gesunde Lebenswelten schaffen
- Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln

■ Drei Strategien

- To enable
- To advocate
- To mediate



Ottawa Charta: neueres Design



Drei Handlungsstrategien

- To enable
- To advocate
- To mediate

Ottawa Charta



- **Drei Handlungstrategien**
 - To advocate
 - ▶ Anwaltschaft für Gesundheit
 - To enable
 - ▶ Befähigen und Ermöglichen
 - To mediate
 - ▶ Vermitteln und Vernetzen



To Advocate – Anwaltschaftliches Eintreten



- **Ziel: Aktiv für ein Mehr an Gesundheit eintreten**
 - Gesundheitsthemen „puschen“
 - Herstellung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen und -Kampagnen für die Allgemeinheit oder für spezielle Gruppen
 - Organisation von Events mit hoher Öffentlichkeitsaufmerksamkeit
 - Lobbying mit Politikern, Entscheidungsträgern, Geldgebern, Verwaltern
...
- **Skills**
 - Advocats brauchen gute Kommunikations- und Schreibfähigkeiten und die Fähigkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse in verständliche Sprache zu „übersetzen“

Beispiele: to advocate



- **e.g. Media Advocacy für Public Health**
 - „Kreative Epidemiologie“
 - ▶ Einsatz von Phantasie und Assoziationen
 - Framing
 - ▶ Den Kontext oder Referenzpunkt verschieben
 - Gesundheitsnachrichten machen
 - ▶ Events erschaffen

Ottawa Charta Strategie: to advocate



Wir wollen nicht, daß man Reiche und Arme
in Zukunft schon am **Lächeln** erkennt.



SPD
Wir sind bereit.

to enable – befähigen



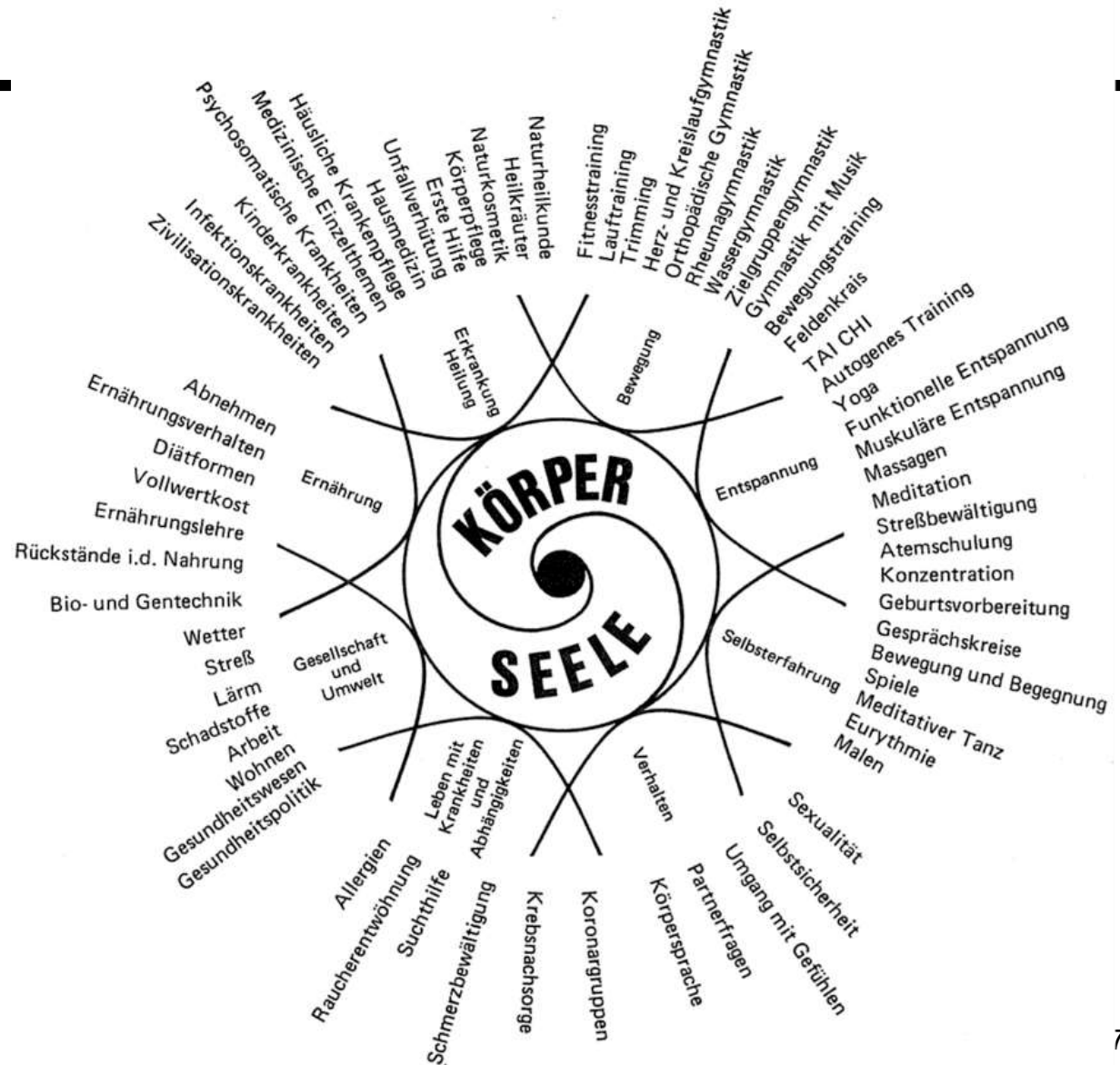
- **Ziel: Menschen zu befähigen, ihre Kompetenzen für mehr Gesundheit zu vergrößern**
 - Durch Trainings, Seminare, Beratungen, Workshops von ErzieherInnen, Lehrers, zum Erwerb von mehr gesundheitsbezogenem Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Coping abilities ...
 - „Empowerment“

- **Skills**
 - Enablers brauchen faktisches Wissen z.B. zur Ernährung, Sport, Sucht, Entspannung, d.h. allgemeine Zusammenhänge von Gesundheitsthemen, sowie pädagogische Fähigkeiten oder psychologische Erfahrungen

Beispiel für Enabling-Curriculum



Rahmenplan
Gesundheitsbildung
an der Volkshochschule;
1985.



to mediate – Vermitteln & Vernetzen



- **Ziel: Menschen / Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zusammen zu bringen**
 - Interdisziplinäre und intersektorale Kooperationen bilden zu helfen
 - Projekte und Programme zu initiieren und zu führen
- **Skills**
 - MediatorInnen oder „Change Facilitators“ brauchen starke Kommunikations- und soziale Fertigkeiten, und die Fähigkeit zu organisieren, zu verhandeln und zu managen

Ottawa Charta



■ Vierte Handlungstrategie?

- To advocate
 - ▶ Anwaltschaft für Gesundheit
- To enable
 - ▶ Befähigen und Ermöglichen
- To mediate
 - ▶ Vermitteln und Vernetzen
- *To do Health-Promotion Research*
 - ▶ *Forschung etablieren und durchführen*



to do HP Research – als 4. Strategie



- **Ziel: Evidenz-basierte Gesundheitsförderung zu etablieren**
 - Potentielle gesundheits-bezogene Themen beforschen und die Relevanz für Veränderungsmöglichkeiten einzuschätzen
 - Projekte und Programme entwerfen und evaluieren
 - Gesundheitsförderliche Projekte in Einrichtungen anstoßen und begleiten, z.B. Befragungen
 - Studien durchführen und Ergebnisse bekannt machen

aus der Ottawa Charta



Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. füreinander Sorge tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollten als ein Leitprinzip anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

Ottawa Charta 1986

Modelle und Theorien der Gesundheitsförderung

Kurt Lewin



***“There is nothing so practical
as a good theory”***

***1890 in Germany, Psychologe,
Begründer der “Feldtheorie”, † 1947 in US**

Health Promotion Frage Nr. 1



- **Wie ändern Menschen ihr Verhalten?**
 - Konkreter: Was alles könnte eine Verhaltensänderung bewirken?
 - Vermutungen oder eigene Erfahrungen??
 - *Murmelgruppe für 2 Minuten!*

Veränderung durch ...



Hintergrund, 1940er Jahre, USA



Wissen

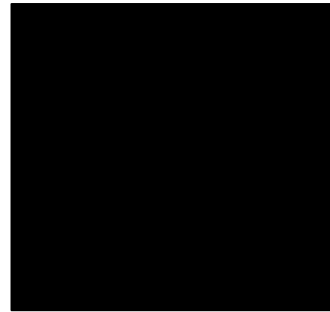


Verhaltens-
änderung

Hintergrund, 1940er Jahre, USA



Wissen | 

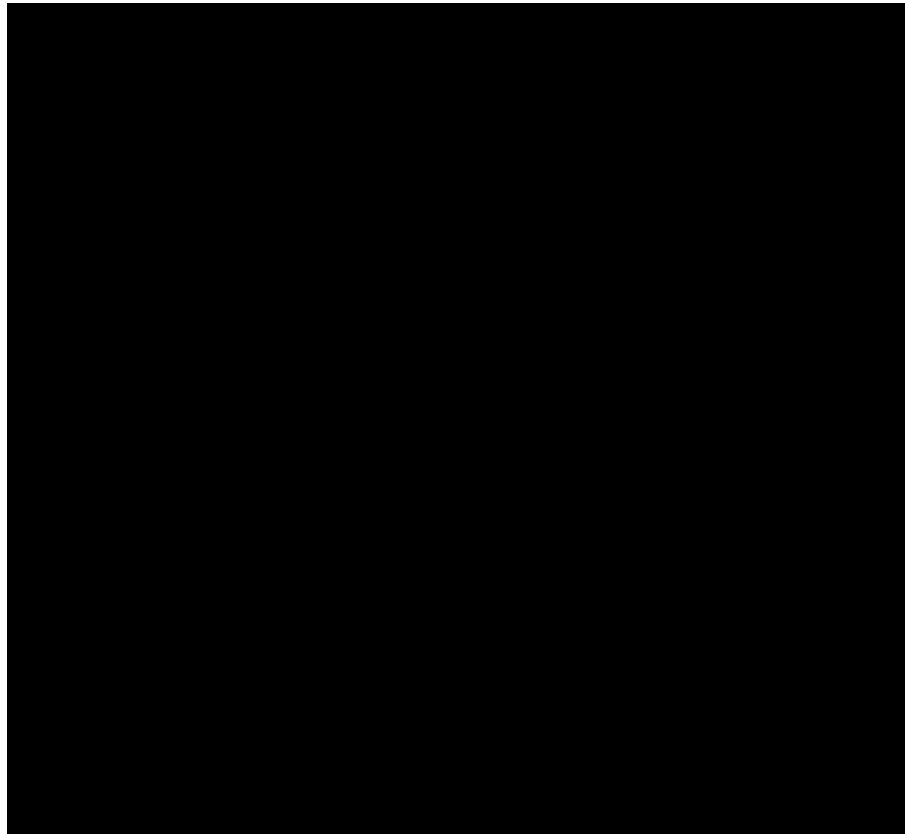


Verhaltens-
änderung



*Warum
denn
bloß
nicht?*

What is inside the Black Box!?



K – A – P - Modell



Wissen
(Knowledge)



Einstellung
Haltung
Überzeugung



Verhaltens-
änderung
Behaviour
change / practice

K – A – P - Modell



Wissen



Einstellung
Haltung
Überzeugung



Verhaltens-
änderung

K–A–P-Modell (engl.)

K = Knowledge

A = Attitude

P = Practice

US-Public Health-Forschungsfrage 50er Jahre



- **Was ist der Unterschied zwischen Personen, die an einer kostenlosen Tuberkulose-Untersuchung des Gesundheitsamtes teilnehmen und solchen, die nicht teilnehmen?**

Hintergrund



- Niedrige Teilnahme an entsprechenden Untersuchungen der U.S.-Public Health-Services in den 50er Jahren
- Suche nach „Gesetzmäßigkeiten“, aufgrund derer Menschen an Public Health-Maßnahmen teilnehmen — oder eben nicht?
- Suche nach einer Theorie mit allgemeingültigen Erklärungen!



Health Belief Model (HBM)

Modell der Gesundheitsüberzeugungen

Erste HBM-Studie

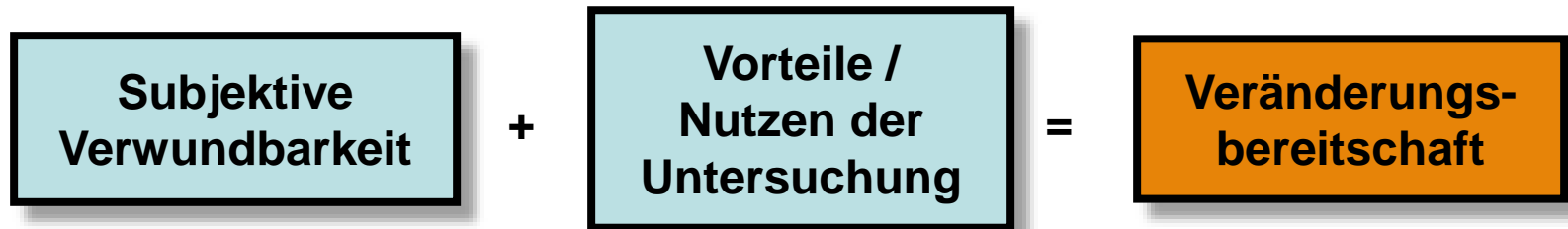


- In den 50er Jahren wurde in den USA eine Studie mit 1200 Erwachsenen durchgeführt, um ihre „readiness“ (Bereitschaft, Motivation, ...) zu untersuchen, eine kostenlose Röntgenuntersuchung für TB in Anspruch zu nehmen. Es wurde gefragt nach ...
 - ▶ ... subjektiv wahrgenommener Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit (their beliefs in susceptibility to tuberculosis)
 - Nicht theoretische, sondern als persönlich eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, es zu bekommen?
 - Einschätzung, die Krankheit auch **ohne Symptome** zu haben?
 - ▶ ... dem persönlichen Glauben an die Vorteile / den Nutzen (their beliefs in personal benefits of early detection)
 - Entdeckt die Untersuchung die Krankheit vor spürbaren Symptomen?
 - Gibt frühe Entdeckung und Behandlung bessere Prognose?

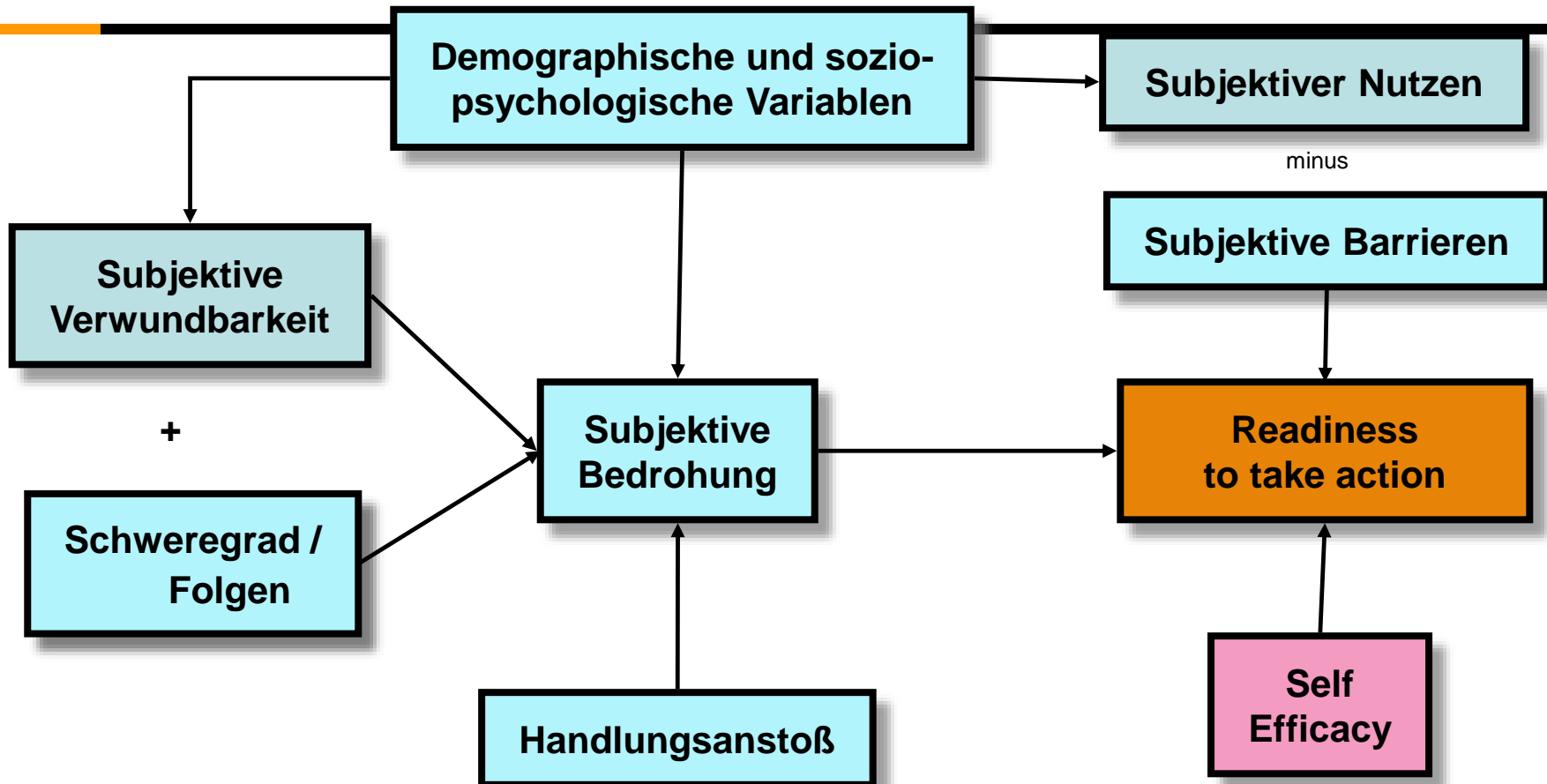
The Health Belief Model



■ Das frühe Modell



Modell der Gesundheitsüberzeugungen



Die Kombination von Verwundbarkeit und Schweregrad ergeben die Kraft und das Motiv zu handeln, ...

... und die Einschätzung der Vorteile minus der Barrieren zeigen die Richtung der Handlungsaktion auf.

Selbstwirksamkeitseinschätzung (SE)



- Self-efficacy = Einschätzung der eigenen Fähigkeit, ein Verhalten – für ein gewünschtes Ergebnis – auch durchführen zu können

=

**Self
Efficacy**

Bedeutung für Public Health



- **Erstes explizites populationsbasierte Modell für ein Gesundheits- / Präventionsthema**
 - Gesundheitsverhalten mit allgemeingültigen und generalisierbaren sog. ***Konstrukten*** zu erklären und vorherzusagen (und nicht nur zu beschreiben)
 - Strategien für Public Health-/ Gesundheitserziehungskampagnen abzuleiten

Praktische Anwendung



- Gesundheitsverhalten mit allgemeingültigen und generalisierbaren sog. Konstrukten zu erklären



- Umsetzung für Public Health-Kampagnen abzuleiten
 - **Operationalisierung** der **Konstrukte** des Modells für ein Interventionsprojekt, durch „**Theorie**“-**Postkarten** Teilnahme an Grippeimpfung zu erhöhen

Praktische Anwendung

Mit Hilfe des HBMs

Literatur: Larson EB, et al. Do Postcard Reminders Improve Influenza
Vaccination Compliance? Medical Care 1982; 20: 639-648

die Teilnahme an Grippe-Impfungen zu erhöhen

Postkarte 1



Sehr geehrte Ms. Seibt!

Die Grippesaison ist im Anflug und ich halte es für eine gute Idee, dass Sie sich bei uns gegen Grippe impfen lassen.

**Sie können bei uns einen Termin machen.
Die Telefonnummer lautet XYZ.**

***Ihr Arzt Dr. Jekyll, Family Medical Center
University of Washington Medical Center***

Postkarte 2



**Liebe Patientin, lieber Patient,
in unserem familienmedizinischen Zentrum
werden jetzt Grippeimpfungen durchgeführt.
Sie können bei uns einen Termin machen.
Die Telefonnummer lautet XYZ.**

***Die MitarbeiterInnen des familienmedizinischen
Zentrums im Universitätskrankenhaus***

Postkarte 3



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Grippesaison ist im Anflug. Personen über 65 Jahre sind besonders anfällig dafür.

Die Grippe verläuft bei diesen Personen auch schwerer. Eine Impfung ist gegen Grippe sehr effektiv. Mit Nebenwirkungen ist fast nicht zu rechnen.

Sie können bei uns einen Termin machen.

Die Telefonnummer lautet XYZ.

***Die MitarbeiterInnen des familienmedizinischen
Zentrums im Universitätskrankenhaus***

Postkarte 1 – personalisiert



Sehr geehrte Ms. Seibt!

Die Grippesaison ist im Anflug und ich halte es für eine gute Idee, dass Sie sich bei uns gegen Grippe impfen lassen.

**Sie können bei uns einen Termin machen.
Die Telefonnummer lautet XYZ.**

***Ihr Arzt Dr. Jekyll, Family Medical Center
University of Washington Medical Center***

Postkarte 2 – neutral



**Liebe Patientin, lieber Patient,
in unserem familienmedizinischen Zentrum
werden jetzt Grippeimpfungen durchgeführt.
Sie können bei uns einen Termin machen.
Die Telefonnummer lautet XYZ.**

***Die MitarbeiterInnen des familienmedizinischen
Zentrums im Universitätskrankenhaus***

Postkarte 3 – Theorie-geleitet nach dem HBM



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Grippesaison ist im Anflug. Personen über 65 Jahre sind besonders anfällig dafür.

Die Grippe verläuft bei diesen Personen auch schwerer. Eine Impfung ist gegen Grippe sehr effektiv. Mit Nebenwirkungen ist fast nicht zu rechnen.

Sie können bei uns einen Termin machen.

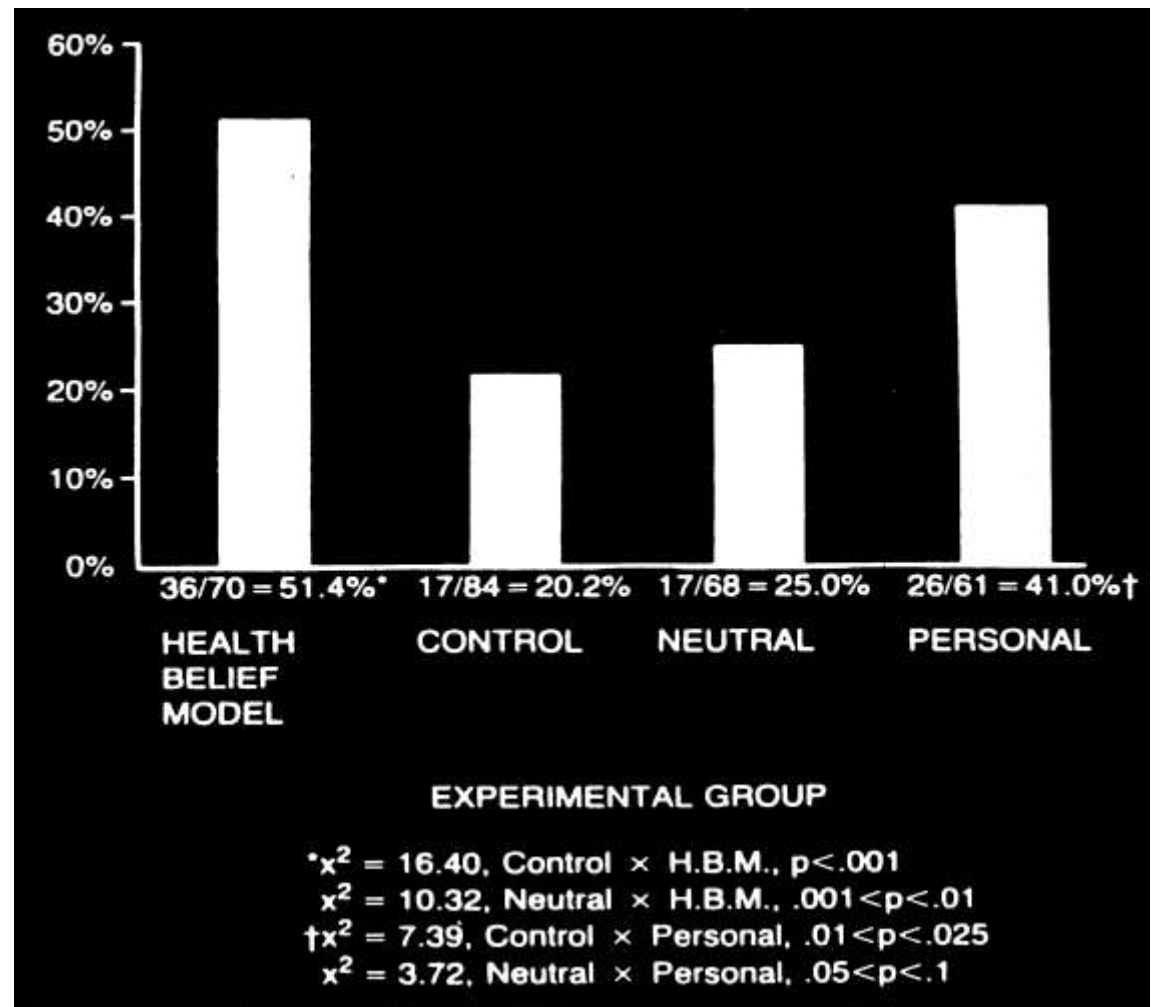
Die Telefonnummer lautet XYZ.

***Die MitarbeiterInnen des familienmedizinischen
Zentrums im Universitätskrankenhaus***

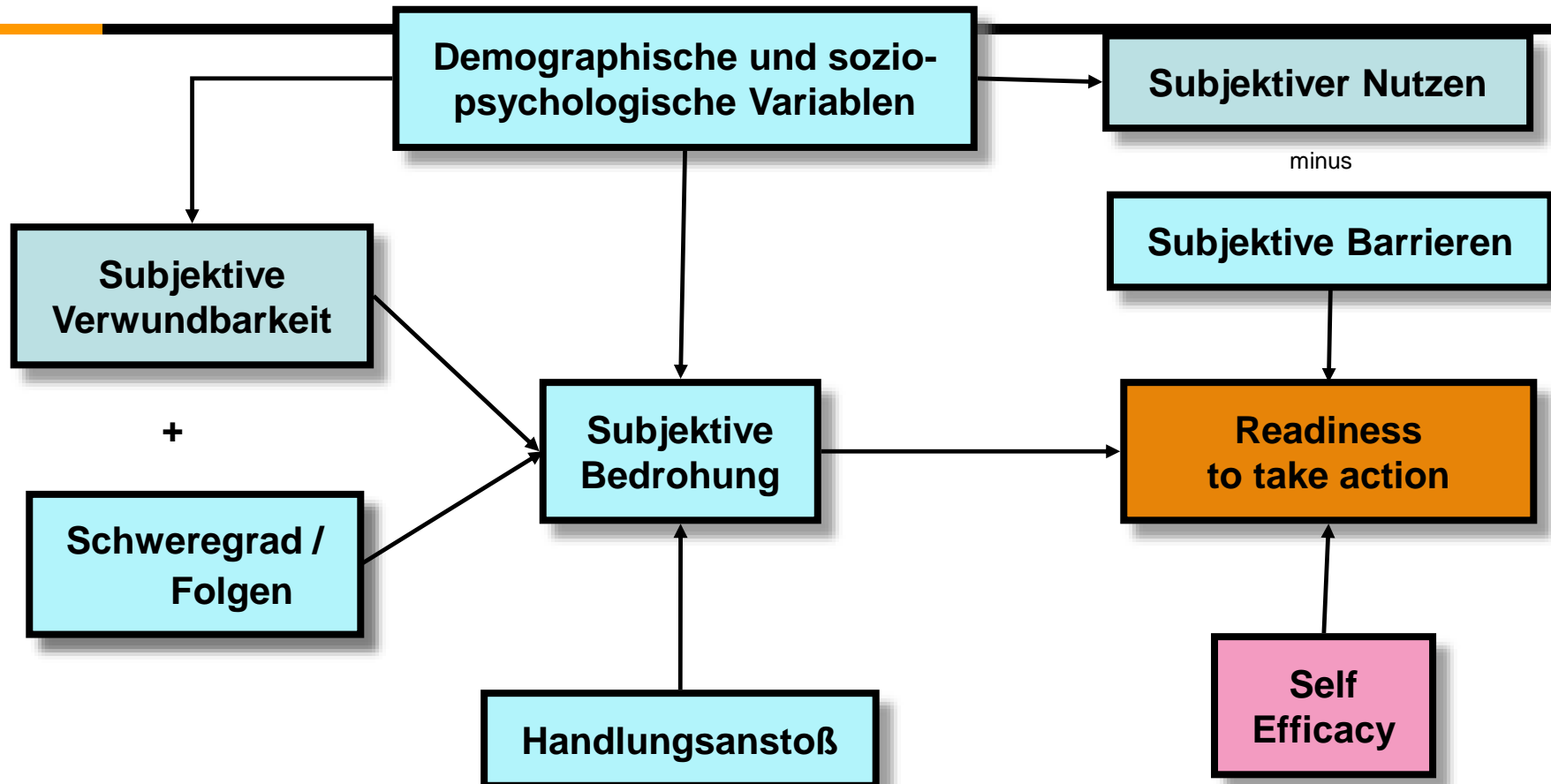
Ergebnis



■ Impfraten der verschiedenen Gruppen



Modell der Gesundheitsüberzeugungen



Die Kombination von Verwundbarkeit und Schweregrad geben die Power und das Motiv zu handeln, ...

... und die Einschätzung der Vorteile minus der Barrieren zeigen die Richtung der Handlungsaktion auf.

Bereiche der Anwendung



- Prävention

- ▶ Screening

- Tb-screening, influenza inoculation, Tay-Sachs carrier status screening, breast self-examination, high blood pressure screening, etc.

- ▶ Behavioral prevention

- Seat belt use, exercise, nutrition, smoking, visits to physicians for regular check-ups

- Sick role behaviors

- ▶ Compliance with medication

- Compliance with antihypertensive, diabetic, renal disease, weight loss, etc. regimens

- ▶ Care behaviors

- Medication for parents to give their children against asthma or otitis media

Bedeutung und Verbreitung heute



- Seit Jahrzehnten weltweit eingesetzt
- Anfang systematischer, theorie-basierter Forschung für den Bereich Gesundheitsverhalten und dessen Veränderung (Gesundheitserziehung)
- Weltweit eines der einflussreichsten und verbreitetsten psycho-sozialen Ansätze, um gesundheitsbezogenes Verhalten zu erklären (und zu verändern)

Denk—Zeit

Wie finden Sie das Model?

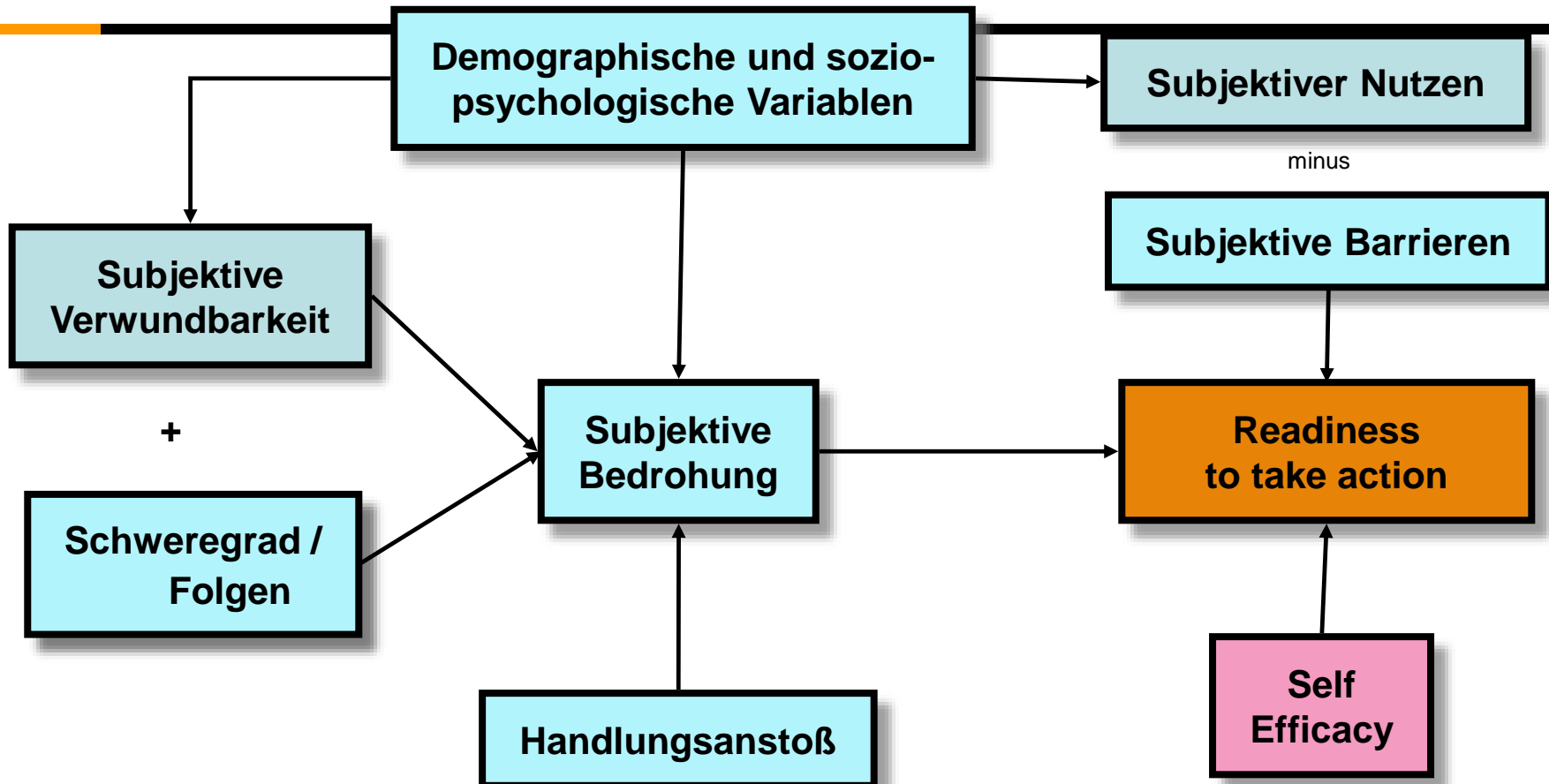
Gruppenarbeit



- In Gruppen von 4–5 Personen, entwerfen Sie ein Projekt und **nutzen Sie die Konstrukte** des Models der Gesundheitsüberzeugung / Health Belief Modell
 - Definieren Sie ein „Problem“, dann eine Zielgruppe.
- **Stellen Sie Ihre Ergebnisse dann im Plenum vor**
 - Rollen in Arbeitsgruppen beachten
 - ▶ Moderation, Zeitmessung, Präsentieren

Sie haben 30 Minuten Zeit.

Modell der Gesundheitsüberzeugungen



Die Kombination von Verwundbarkeit und Schweregrad geben die Power und das Motiv zu handeln, ...

... und die Einschätzung der Vorteile minus der Barrieren zeigen die Richtung der Handlungsaktion auf.

Fragen



- Wie könnten Sie Ihr Interventionsprojekt noch verbessern, d.h. wirkungsvoller machen?
- Was ist Ihre Meinung zu dieser Art von Theoriegeleiteter Public Health- / Präventions-Intervention?

Zu Ihrem Veränderungsprojekt



- **Reflektieren Sie die Konstrukte des HBM für Ihr Veränderungs-Projekt**

Mögliche Veränderungsrichtungen!?



Veränderungsrichtungen

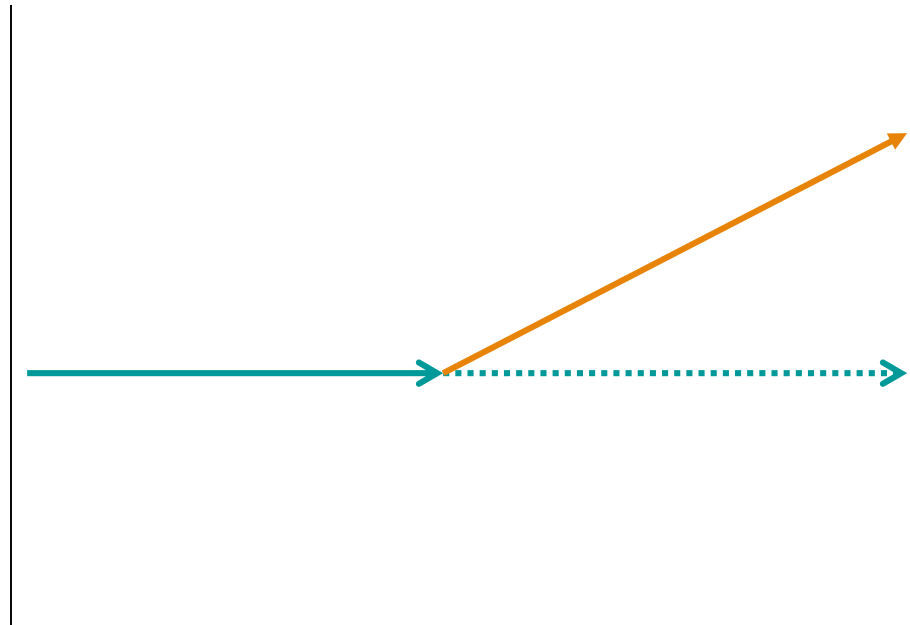
- Insgesamt 4 mögliche Richtungen für positive Gesundheitsveränderungen

Veränderungsrichtung	Beispiele für ein Verhalten / für eine Bedingung
Steigerung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens / Bedingung	Noch mehr Bewegung im Alltag / Zugang zu gesünderen Nahrungsmitteln
Aufgehaltene Verringerung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens / Bedingung	Aufrechterhalten von gesünderer Ernährung / weitere Möglichkeiten für Sport oder Bewegung
Reduktion oder Ende eines gesundheitsschädigenden Verhaltens / Bedingung	Risky sex als Heranwachsende / Falsche, verführende Werbung z.B. für Zigaretten, Alkohol, "Milchschnitte"
Verhinderte Steigerung eines schädigenden Verhaltens / Bedingung	Rauchen bei Teens / Werbung für Zielgruppe Jugendliche

Richtung 1



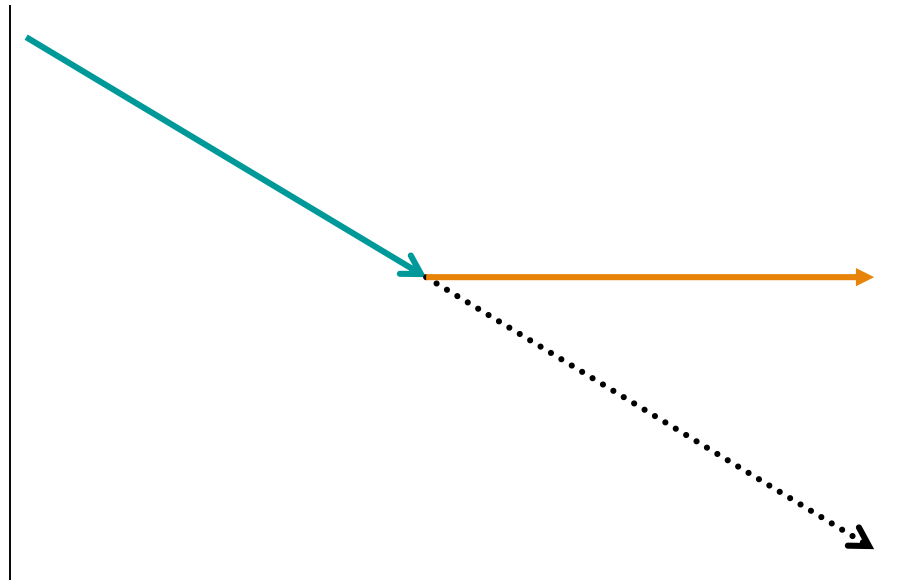
1. **Steigerung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens / Bedingung**



Richtung 2



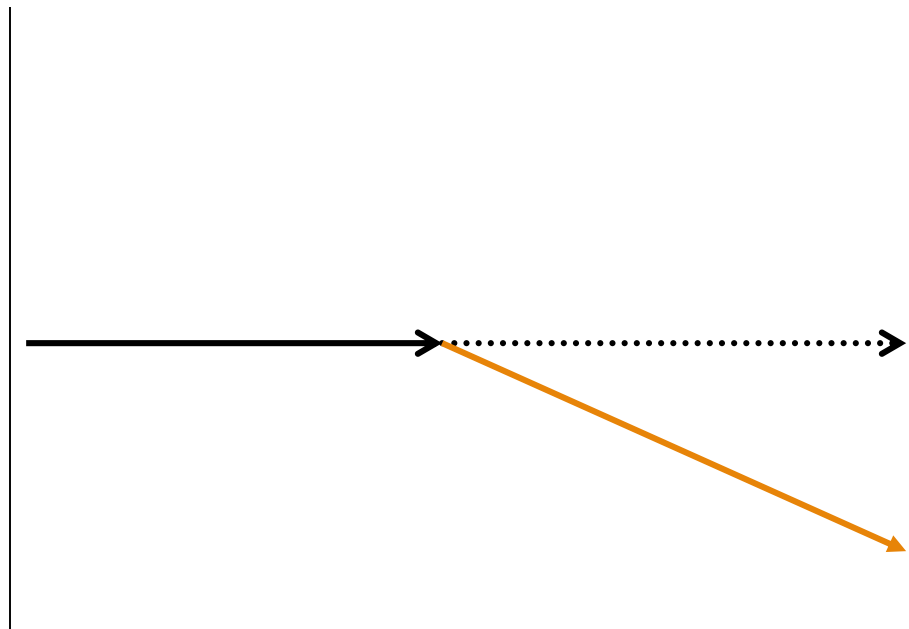
- **Aufgehaltene Verringerung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens / Bedingung**



Richtung 3



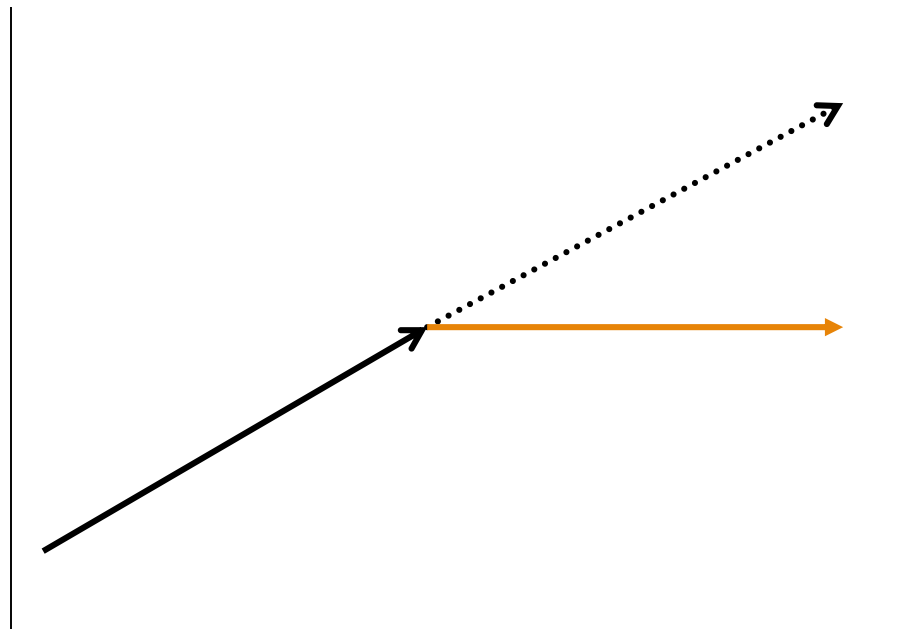
Reduktion oder Ende eines gesundheits-schädigenden Verhaltens / Bedingung



Richtung 4



- 1 **Verhinderte Steigerung eines schädigenden Verhaltens / Bedingung**



aus der Ottawa Charta



Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

Aus: Franzkowiak & Sabo 1998, S.96f

Neuzeitliche Definitionen



*Gesundheitsförderung (bezeichnet) die Gesamtheit aller nicht-therapeutischen Maßnahmen, die zur Entwicklung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsproblemen beitragen können. Gesundheitsförderung integriert somit die bisherigen Teilstrategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe sowie der Präventivmedizin zu einem ganzheitlichen Konzept und betont darüber hinaus die Notwendigkeit intersektoralen und interdisziplinären Handelns sowie die Berücksichtigung der **Lebens- und Arbeitsbedingungen** und der Teilhabemöglichkeiten der BürgerInnen.*

*Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung 1992, S. 5;
zitiert in: Waller 2006, S. 158*

Definitionen von GF



Gesundheitsförderung ist ein weites Feld. Sie wird sowohl in bundesweiten Kampagnen als auch in individueller Einzelberatung umgesetzt, sie findet sowohl im Hochschul- und Behördenbereich als auch in kleinen Vereinsgruppen statt, sie ist im Gesundheitswesen, Sozial- und Bildungswesen, Sport- und Entspannungsbereich und potentiell an fast allen gesellschaftlichen Orten anzusiedeln. Kommuniziert wird sie mehr oder minder explizit durch ErwachsenenbildnerInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen über Tätigkeitseinsätze wie Ernährungs-, Sexual-, Lebens-, Sport-, Umweltberatung, durch Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und Alteneinrichtungen, in Kliniken- und Betrieben, durch Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsschutz.

Seibt 2000

Ottawa-Charta —

Hintergrund

Prof. Dr. Annette C. Seibt
PhD (USA), Dipl.-Päd.

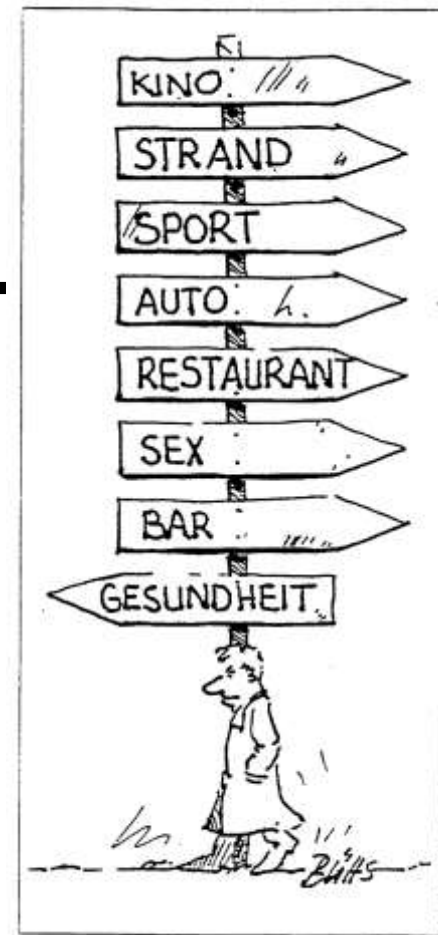
Ottawa Charta – Details

- Gesundheit ist Teil des Alltags, nicht Lebensziel und -Zweck

Health is not everything, but – without health – everything is nothing.

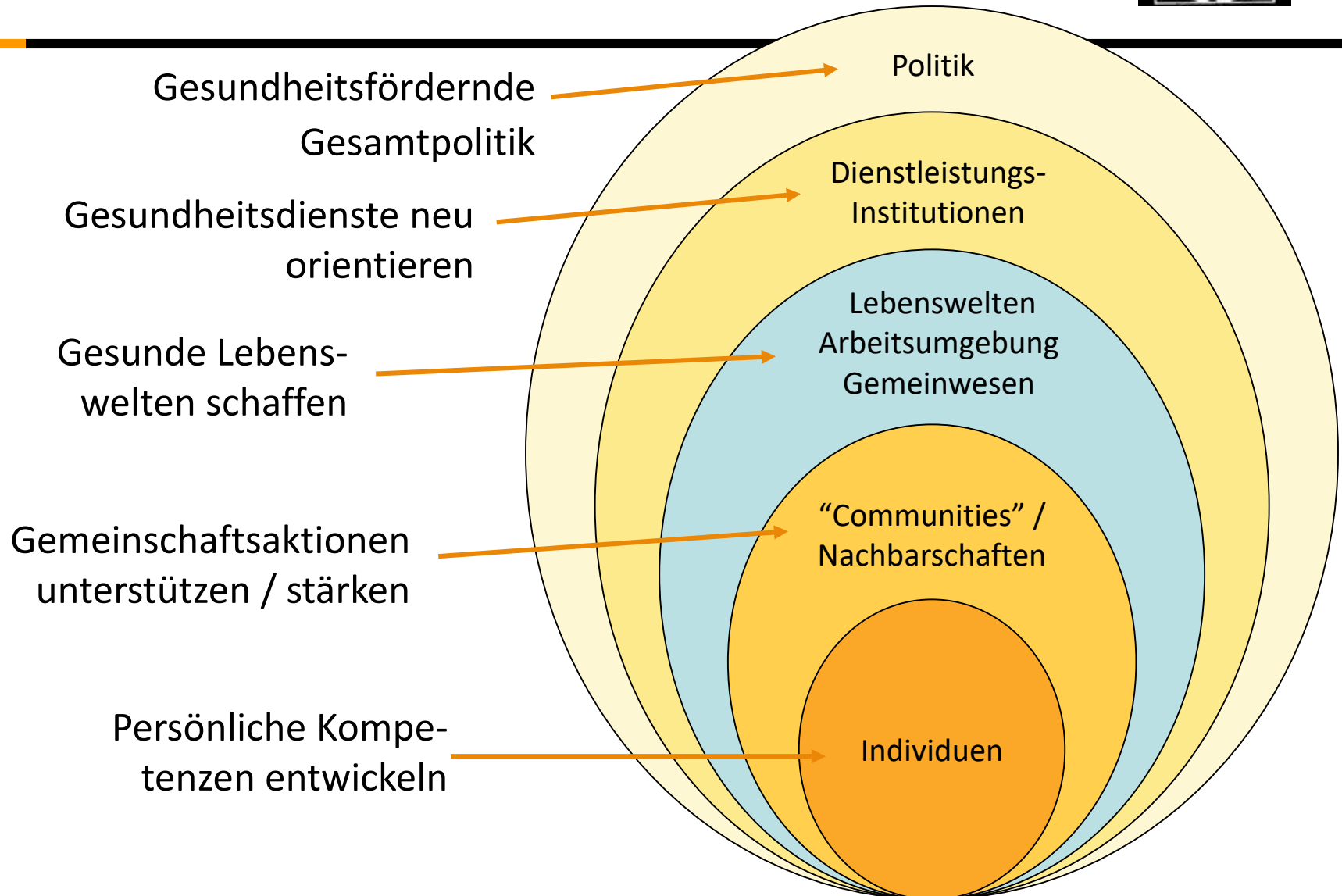
Arthur Schopenhauer, 1788–1860

- Health is produced in everyday life,
„where people play, learn, live and love“
-> „Setting“-Ansatz der Gesundheitsförderung





Ottawa Charta: Fünf Handlungsfelder



Definition von Gesundheit World Health Organization, 1946



„Gesundheit ist der Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“.

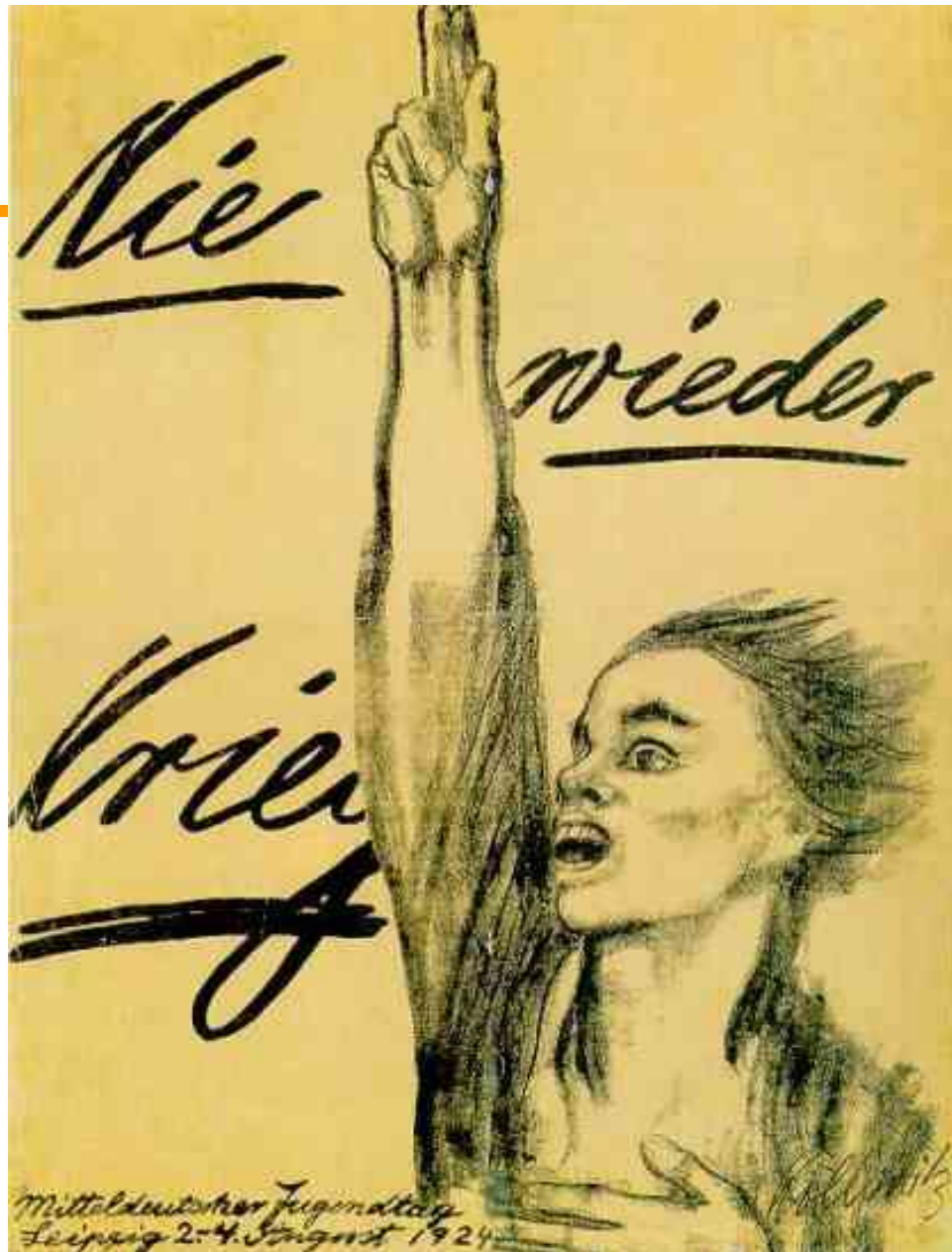
WHO, 1946

Definition von Gesundheit World Health Organization, 1946



*„Gesundheit ist der Zustand **voll-**
kommenen physischen, psychischen und
sozialen Wohlbefindens und nicht nur das
Freisein von Krankheit und Gebrechen.*

WHO, 1946



Käthe Kollwitz
1867–1945
Graphikerin
& Bildhauerin





Die Frauenkirche in Dresden nach der Bombardierung am 13./14. Februar 1945

Health Promotion

WHO's focus



Since 1946, WHO's focus was:

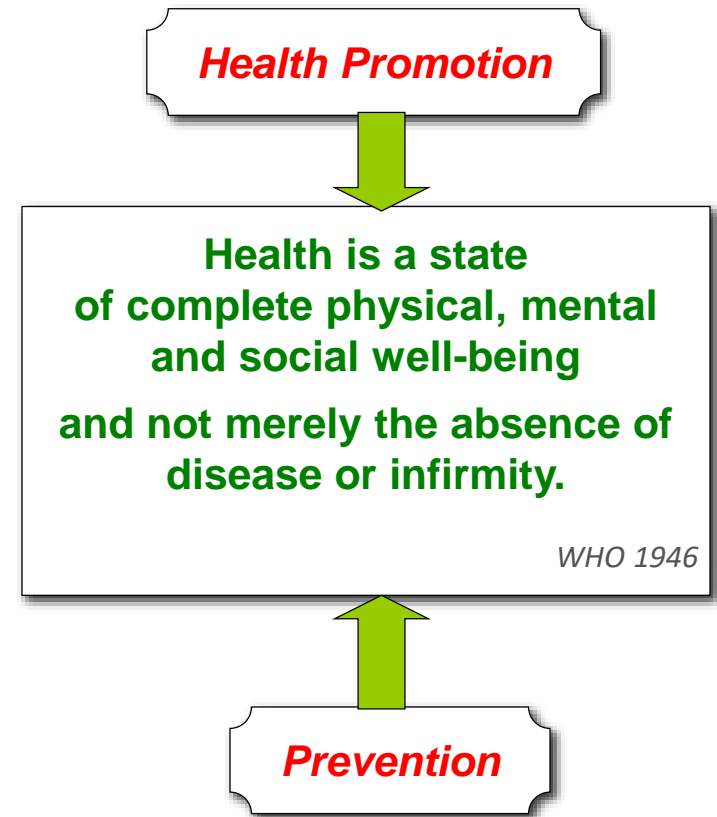
Gesundheit ist der Zustand vollkommenden **physischen**, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von **Krankheit und Gebrechen.**

Health is a state of complete **physical**, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Ottawa Charta – im Detail



- Gesundheit umfasst die physische, und **auch die psychische und soziale Gesundheit**
 - ➔ WHO-Definition of Health, schon 1946
- Gesundheitsförderung ist (dann endlich: 1986!) das positive Konzept dazu, hat die **salutogenetische Ressourcen-Perspektive**, ist nicht mehr nur Körper-bezogene Krankheitsprävention



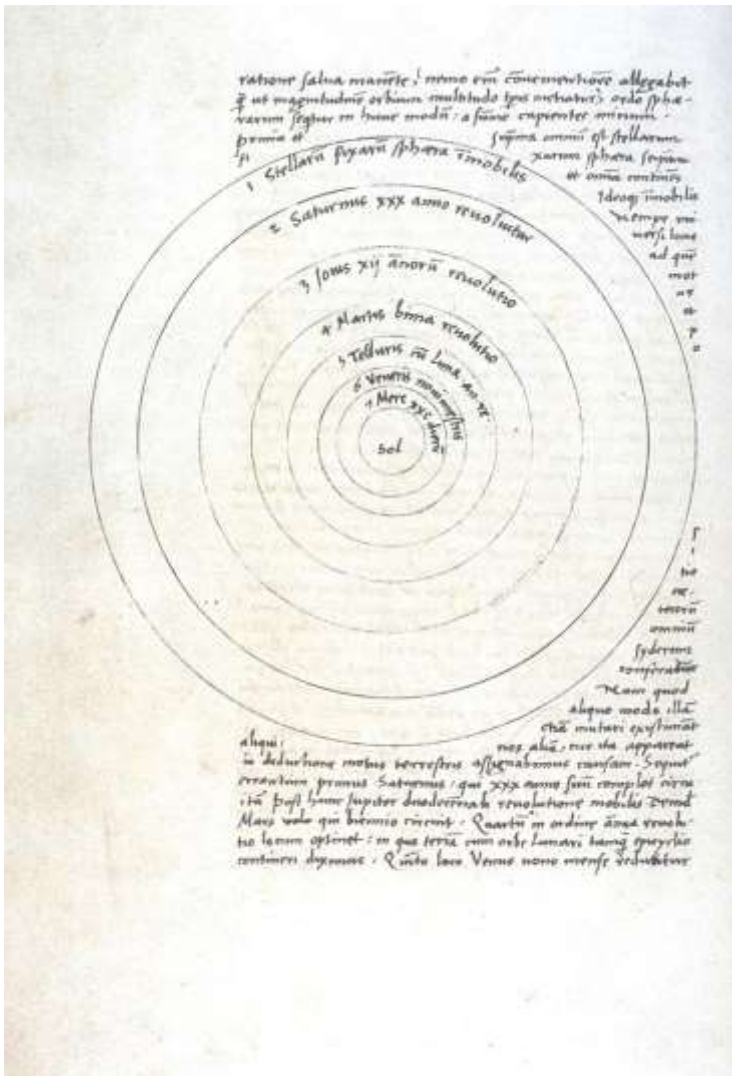
Ottawa-Charta — ein **Paradigmenwechsel**

Salutogenese (Aaron Antonovsky)

- Was hält Menschen gesund?
 - ▶ Nicht mehr: Was macht Menschen krank?
 - ▶ Das Wunder des Gesund-Bleibens!

- ✚ **Paradigmenwechsel im Denken!**
 - ✚ Eine völlig neue Sichtweise auf ein Phänomen

Beispiel eines Paradigmas in den Naturwissenschaften



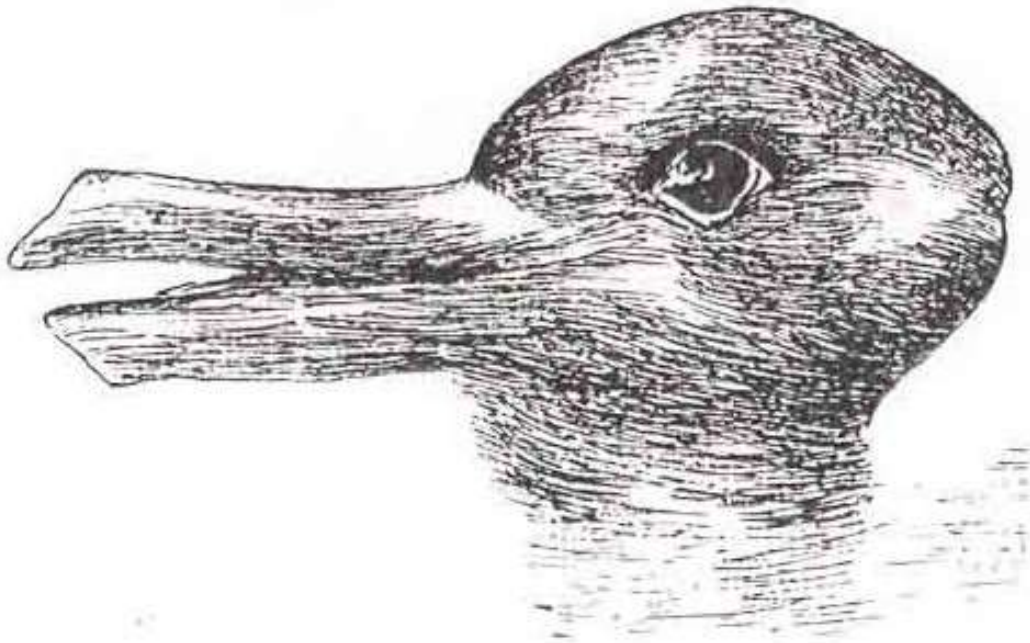
Nikolaus Kopernikus, 1473–1543,
Physiker und Astronom



„Paradigma“ in der Wahrnehmung



■ Was sehen Sie?



What do you see?

Paradigmen?



■ Finden Sie andere Beispiele

- Denken Sie dabei auch an die Vergangenheit, oder an andere Kulturen ...

Sie haben 5 Minuten,
gerne zu zweit

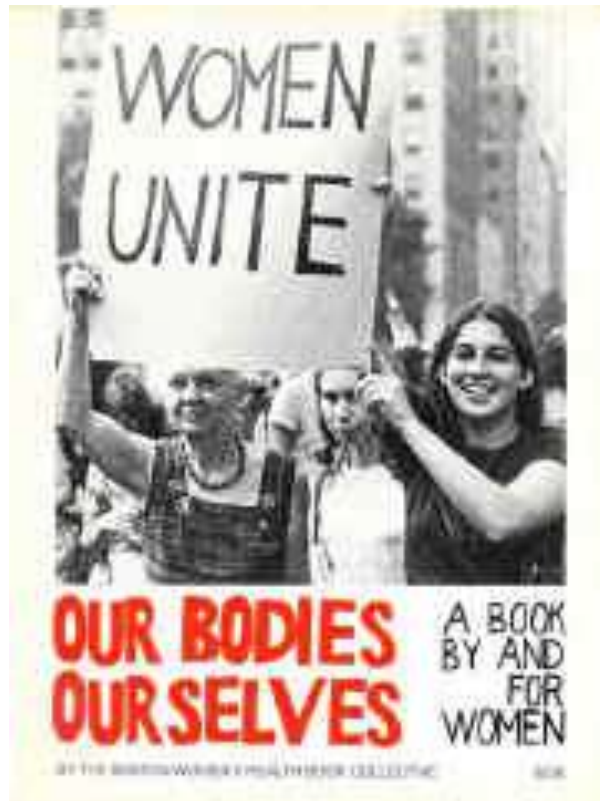
Ottawa-Charta —

Gesellschaftspolitischer Hintergrund

Frauenbewegung und § 218



- 1970, Veröffentlichung des **ersten** Selbsthilfebuches für Frauen



Titelpage des „Stern“, 6. Juni 1971

Tabu Schwangerschaft

Picture: Photo by Will McBride of his wife: „Barbara with Shawn in belly”.

When this picture was published in 1960, it was called „obscene“ and got censored.



Vietnamkrieg 1965–75



Nick UT, AP 1972: Kinder auf der Flucht nach einem Napalmangriff, 8. Juni 1972, Quelle: Internet

Peace Movement

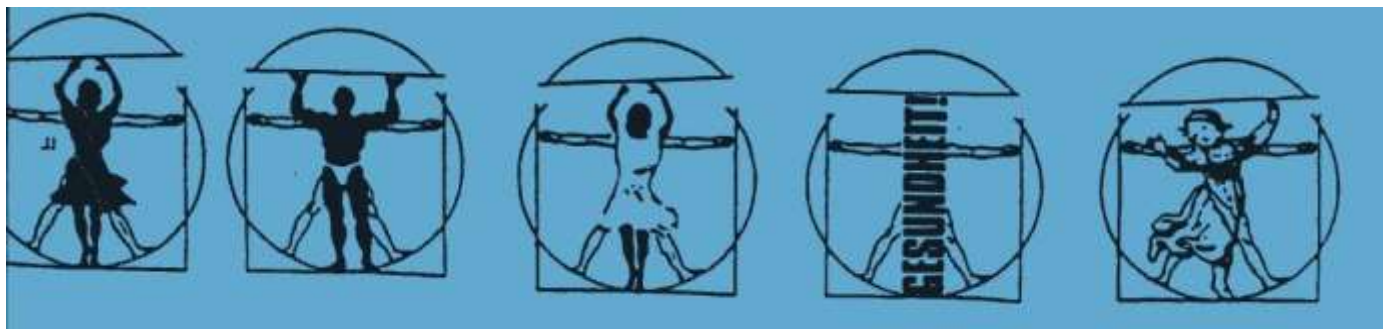


1982 in Schwerin,
Pfingsttreffen

Friedensbewegung

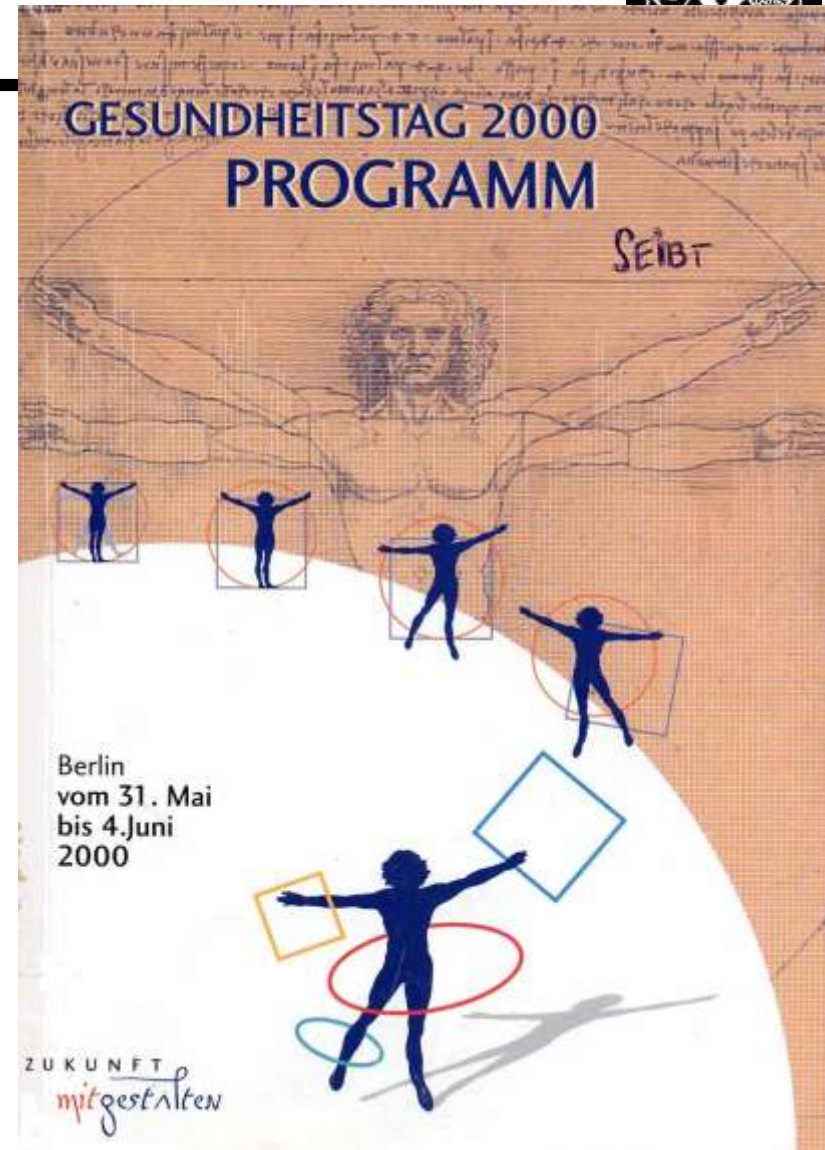


Selbsthilfebewegung



In Germany, we have 70–100000 self help groups; if we assume the number of members to be at least 5 people, then ½ million people attend such groups.

Gesundheitsbewegung



Schwulenbewegung



- **Stonewall-Rebellion**
 - 28. Juni 1969 in NYC
- **Erste Schwulendemo**
 - in Deutschland
 - 1972 in Münster





Weil Hochzeitspaare
sie nicht auf dem
Foto haben wollen

Ärger um Schwulen-Flagge am Rathaus

Gesundheitssystemskritik



- **Krankheits-, Medizin- und Risikofaktorenorientierung**
- **Experten-Orientierung**
- **Individualisierung und Schuldzuweisung an die Einzelnen, die was “falsch” gemacht haben**

Modelle und Theorien der Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Annette C. Seibt

Kurt Lewin



***“There is nothing so practical
as a good theory”***

***1890 in Germany, Psychologe,
Begründer der “Feldtheorie”, † 1947 in US**

What is inside the Black Box!?



Einstellung
Haltung
Überzeugung



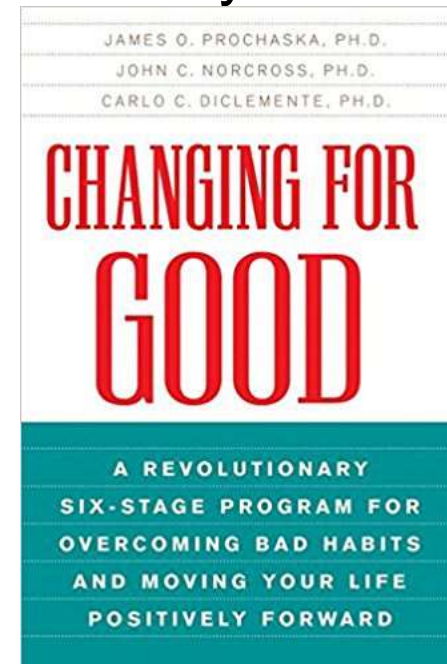
Das Transtheoretische Modell (TTM)

– Stages of Change –

In den 70er Jahren erschaffen



- Carlo DiClemente, Dept. of Psychology, University of Houston



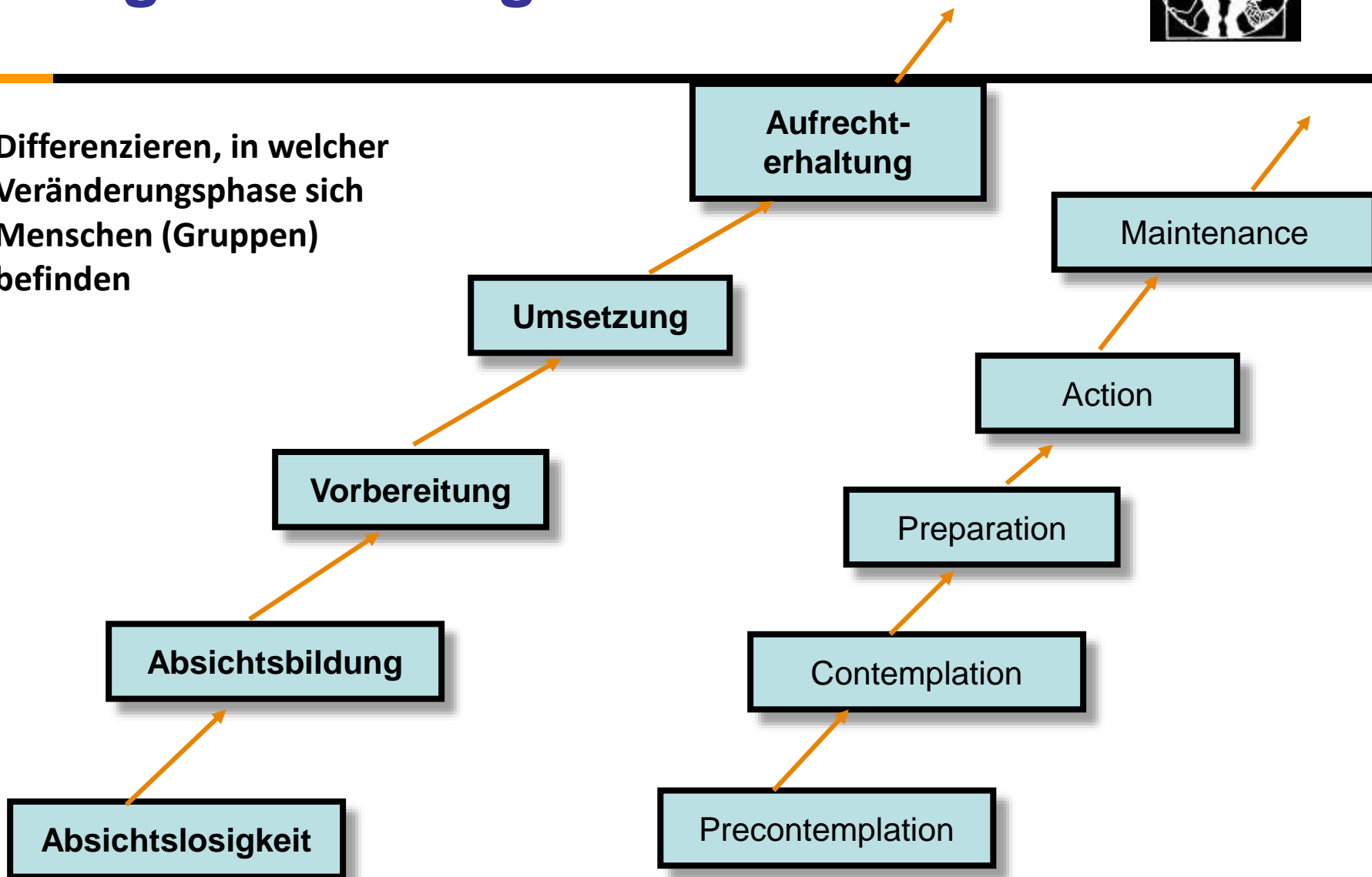
- James Prochaska, University of Rhode Island





Stages of Change-Theorie

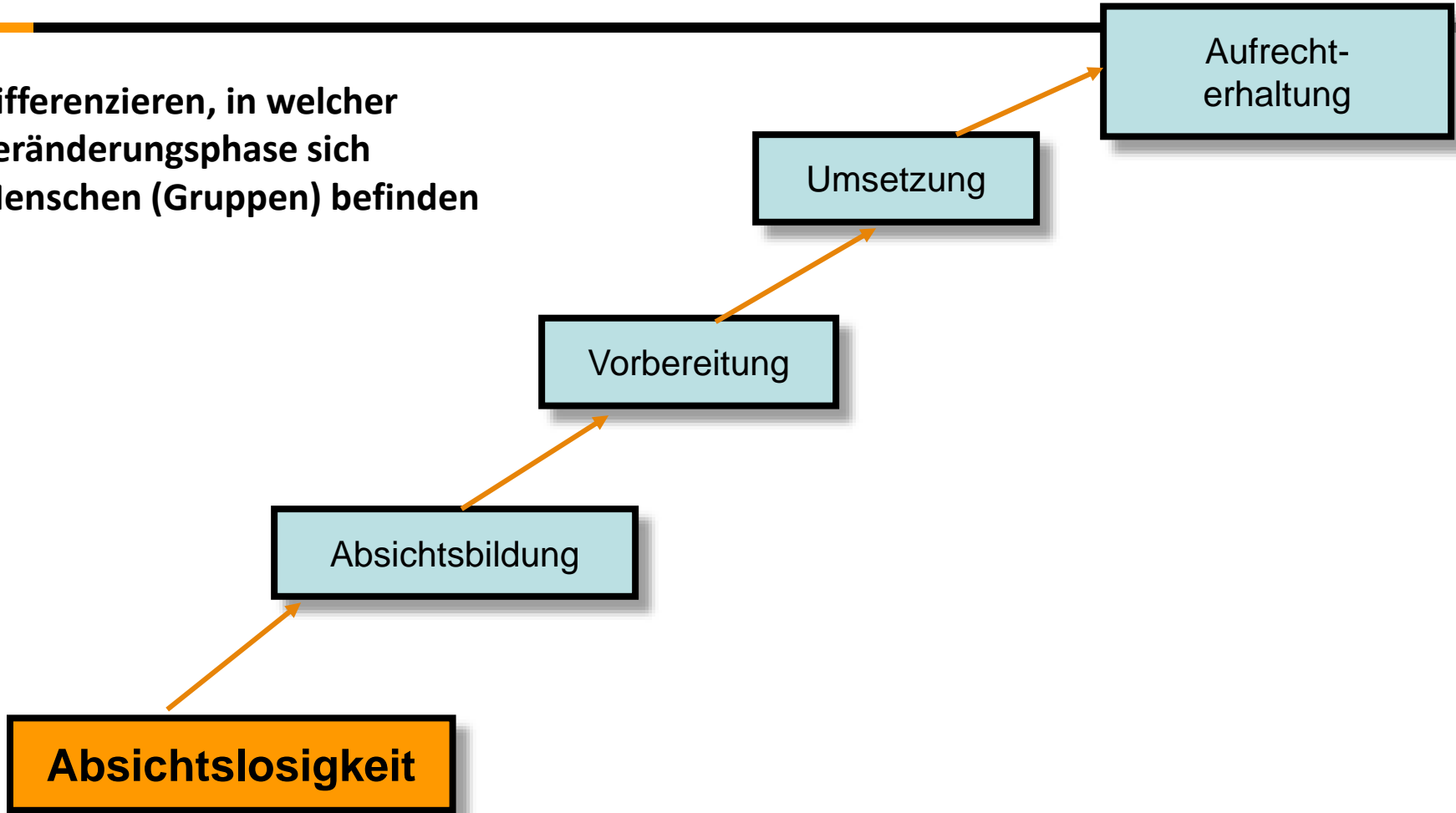
Differenzieren, in welcher Veränderungsphase sich Menschen (Gruppen) befinden



Stages of Change-Theorie



Differenzieren, in welcher
Veränderungsphase sich
Menschen (Gruppen) befinden





1. Phase: Absichtslosigkeit*

- **Keinerlei Absicht, in nächster Zeit etwas zu verändern.**

Absichtslosigkeit

➤ *„Ich habe kein Problem.“*

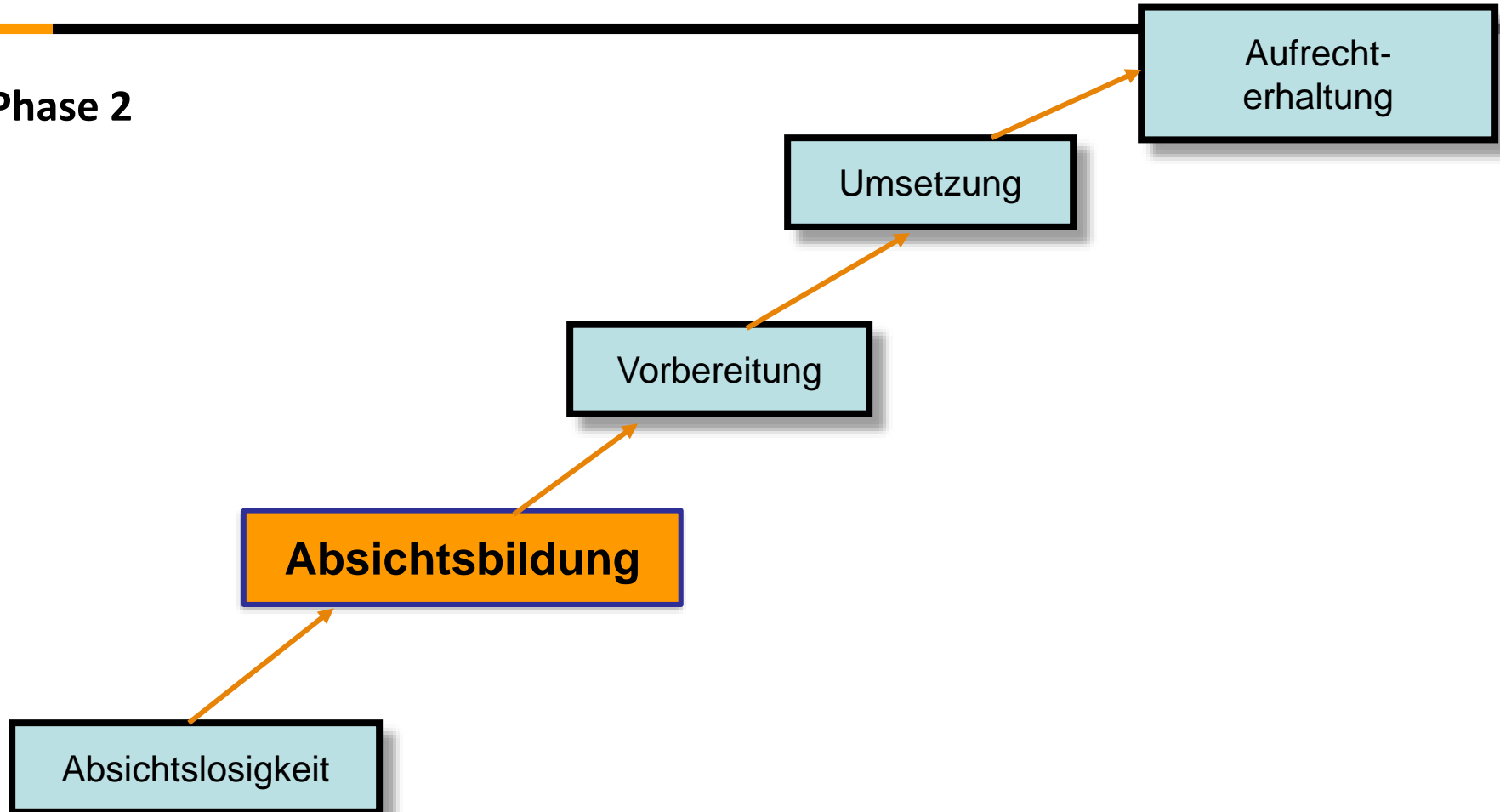
- Oft gemessen als ein **NEIN** auf die Frage:
„Absicht, in den nächsten 6 Monaten eine
Veränderung vorzunehmen?“

* Auf Englisch: Precontemplation

Stages of Change-Theorie



Phase 2





2. Phase: Absichtsbildung*

- **Einsicht, dass es ein Anliegen / Problem gibt**

➤ *“Ich sehe, dass es Alternativen gibt.”*

Absichtsbildung

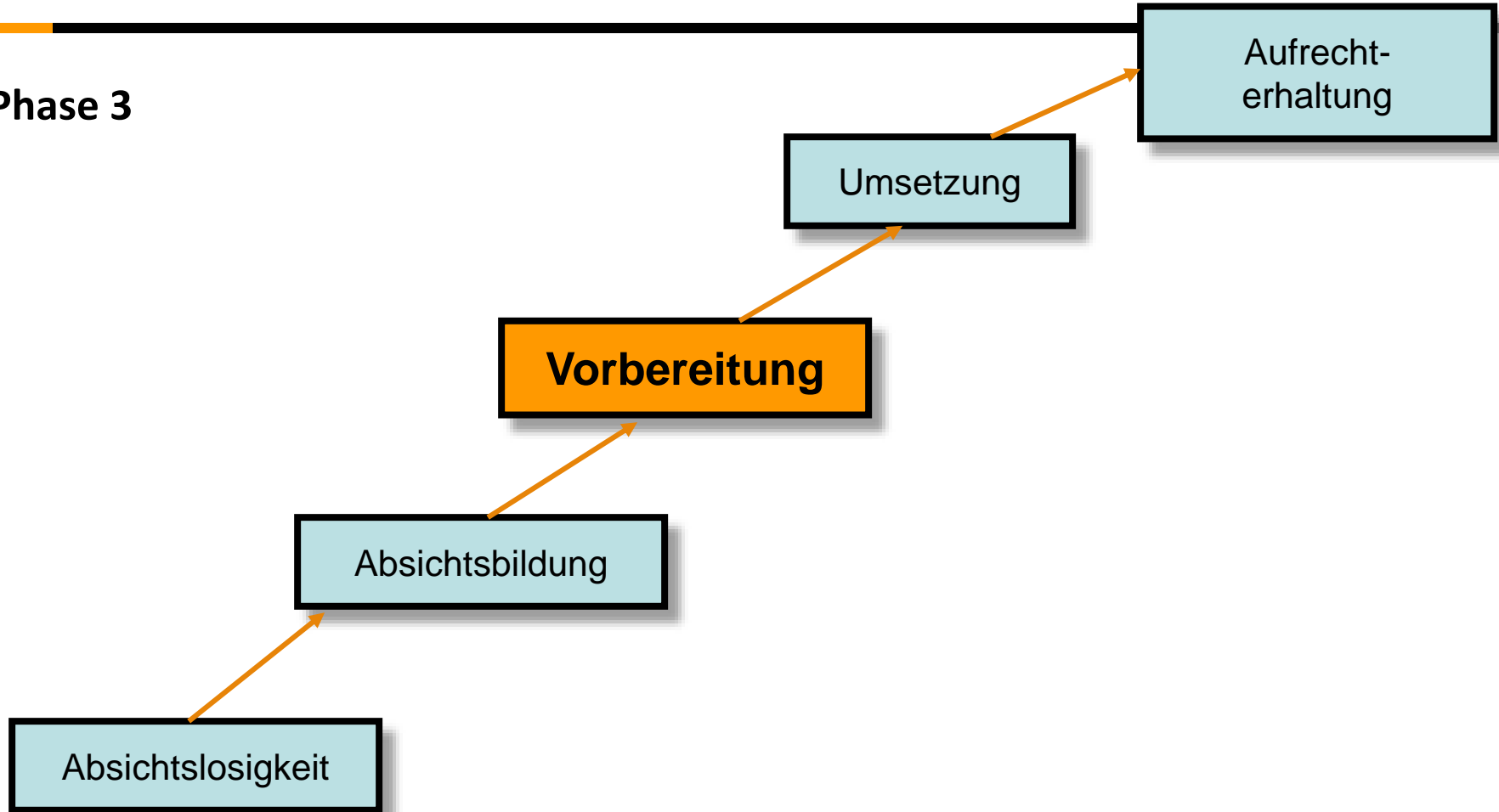
- Oft gemessen als ein **Ja** auf die Frage:
„Absicht, in den nächsten 6 Monaten
eine Veränderung vorzunehmen?“

* In English: Contemplation

Stages of Change-Theorie



Phase 3





3. Phase: Vorbereitung*

- Blick mehr auf ein zukünftiges Anderes als auf das Problem selbst, hohe Ambivalenz

Vorbereitung

➤ „Es spricht so Vieles dagegen und dafür.“

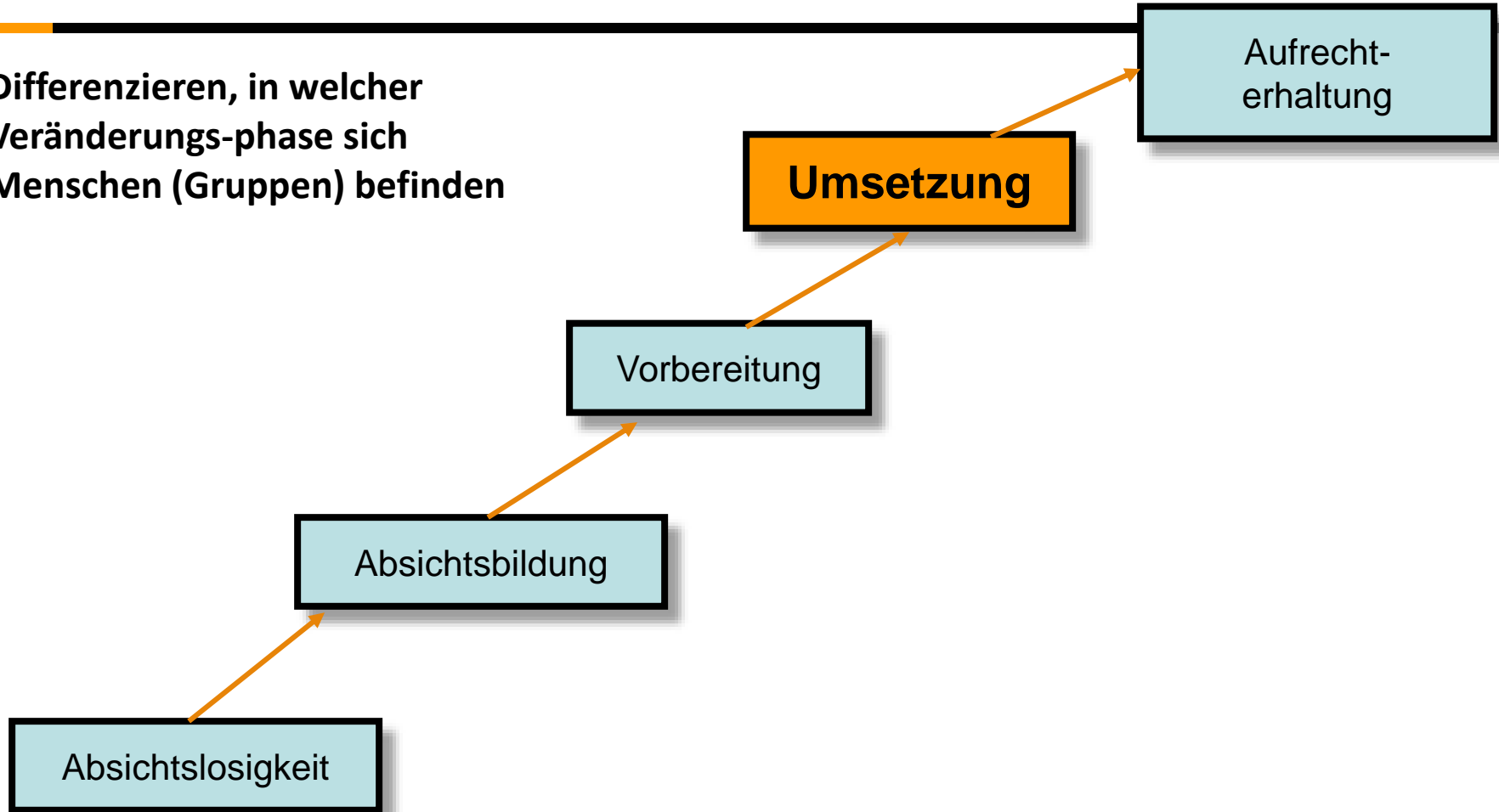
- Oft gemessen als ein **Ja** auf die Frage:
„Absicht, in den nächsten 4 Wochen eine
Veränderung vorzunehmen?“

* In English: Preparation

Stages of Change-Theorie



Differenzieren, in welcher
Veränderungs-phase sich
Menschen (Gruppen) befinden





4. Phase: Umsetzung*

- **Offenes neues Verhalten, sehr sichtbar – auch für (erhofftes!) Feedback von Anderen; sehr un stabile Phase**

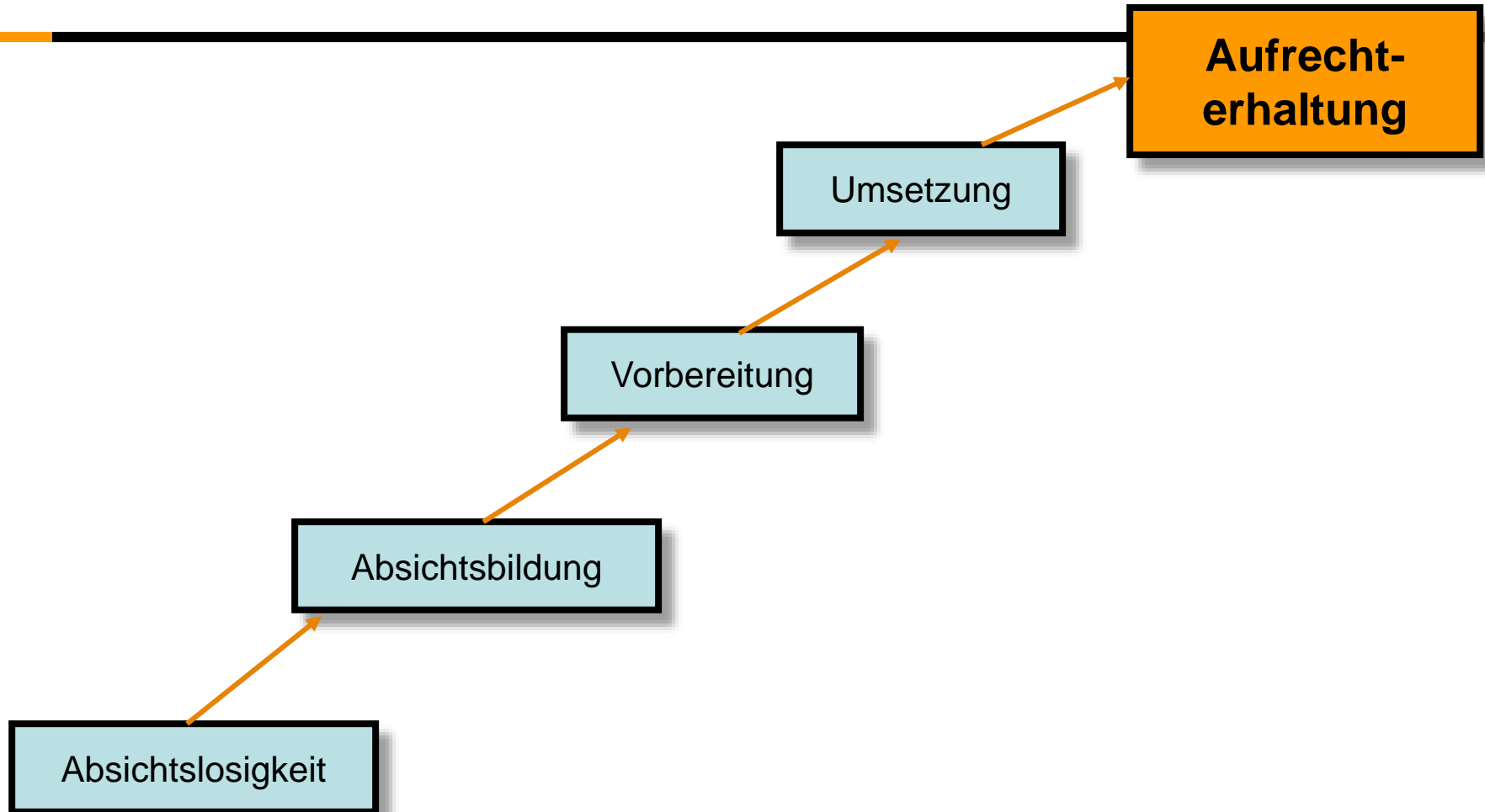
Umsetzung

➤ *„Ich tue es!“*

- Oft gemessen als ein **Ja** auf die Frage:
„Veränderung in den letzten 30 Tagen?“

* In English: Action

Stages of Change-Theorie





5. Phase: Aufrechterhaltung*

■ Konsolidierung, Kampf gegen Rückfälle

**Aufrecht-
erhaltung**

- Oft gemessen als ein **Ja** auf die Frage:
“Die Veränderung seit mehr als 6 Monaten durchgeführt?”

* In English: Maintenance



Termination

6. Phase: Termination

**Aufrecht-
erhaltung**

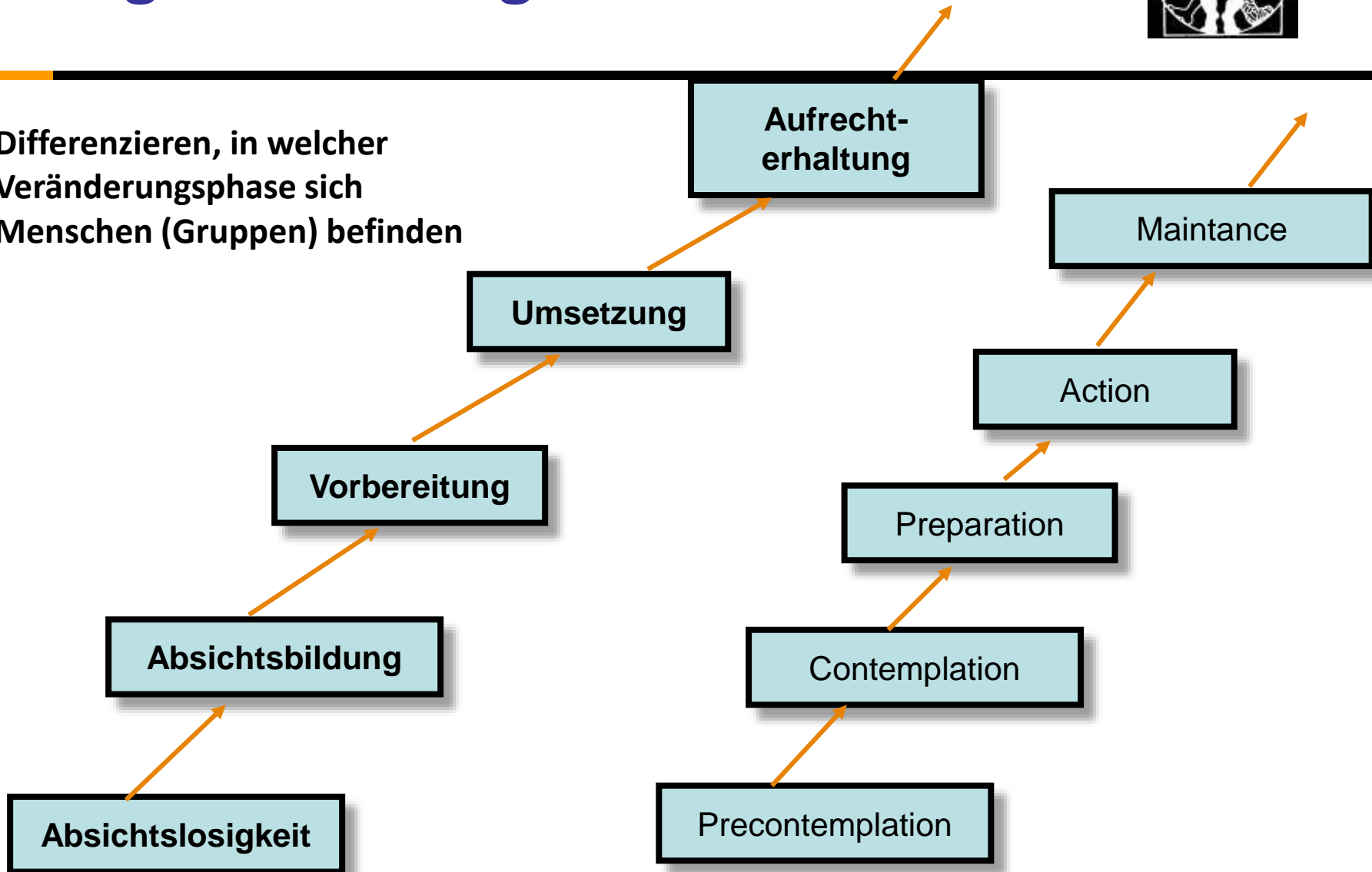
Oft gemessen als ein Ja auf die Frage:
"Die Veränderung seit mehr als 6 Monaten durchgeführt?"

* In English: Maintenance



Stages of Change-Theorie

Differenzieren, in welcher
Veränderungsphase sich
Menschen (Gruppen) befinden





Stages of Change-Theorie

- Veränderung ist ein **Prozess mit Zeitdimensionen!**



Stages of Change-Theorie



- Veränderung ist oft auch ein **recycling** Prozess

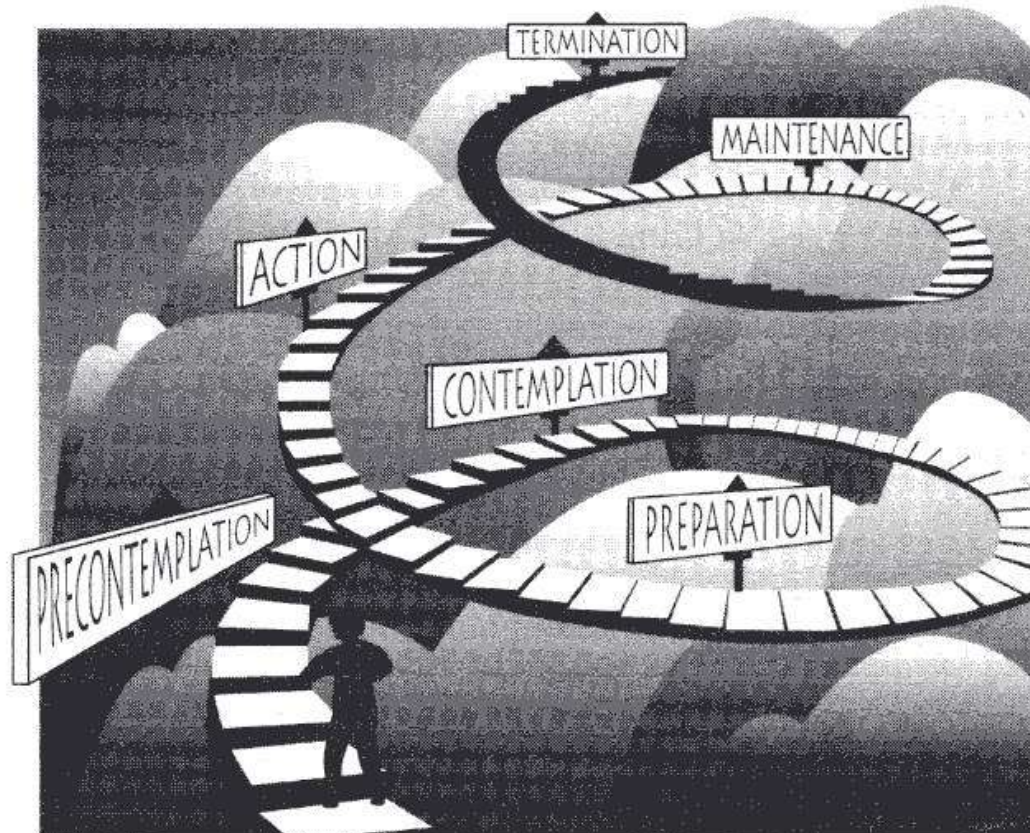
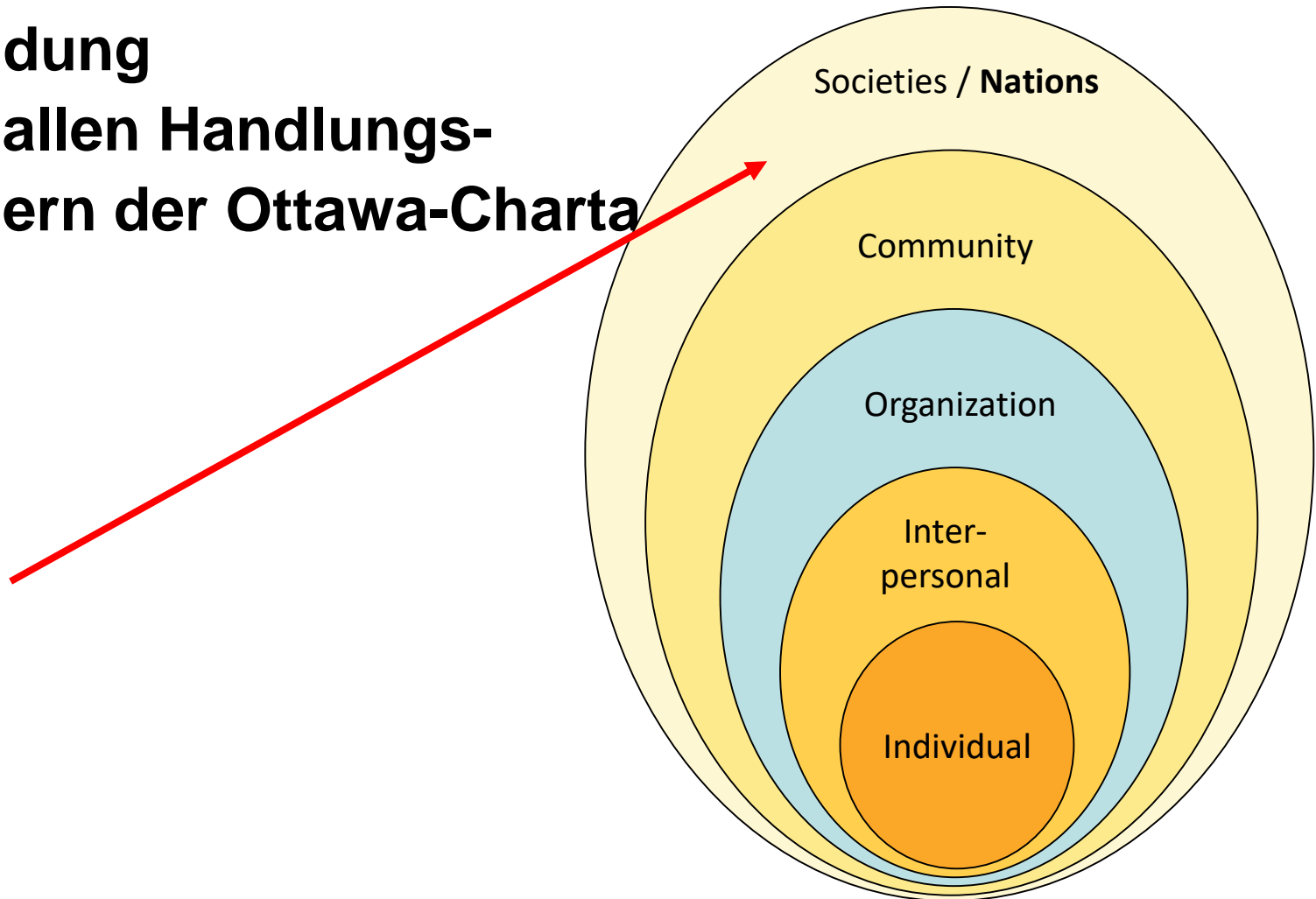


FIGURE 1. The Spiral of Change



Ebenen der Nutzbarkeit

**Anwendung
auf allen Handlungs-
feldern der Ottawa-Charta**





Supra-nationales “Staging”

International Comparison of Adult Smokers* by Stage

Samples	Percentage at Stage		
	Pre-contemplation	Contemplation	Preparation
Six large US samples, N = 28240	40	40	20
Three Australian samples, N = 3100	50	40	10
Four European samples, N = 2025	70	20	10

*Since they are smokers, they won't be in the Action or Maintenance stage for non smoking.

Velicer WF, **Prochaska** JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, Robbins ML. Using the Transtheoretical Model for Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. Homeostasis. 2000;40(5):174-195.

TTM: Ein Model zur Analyse



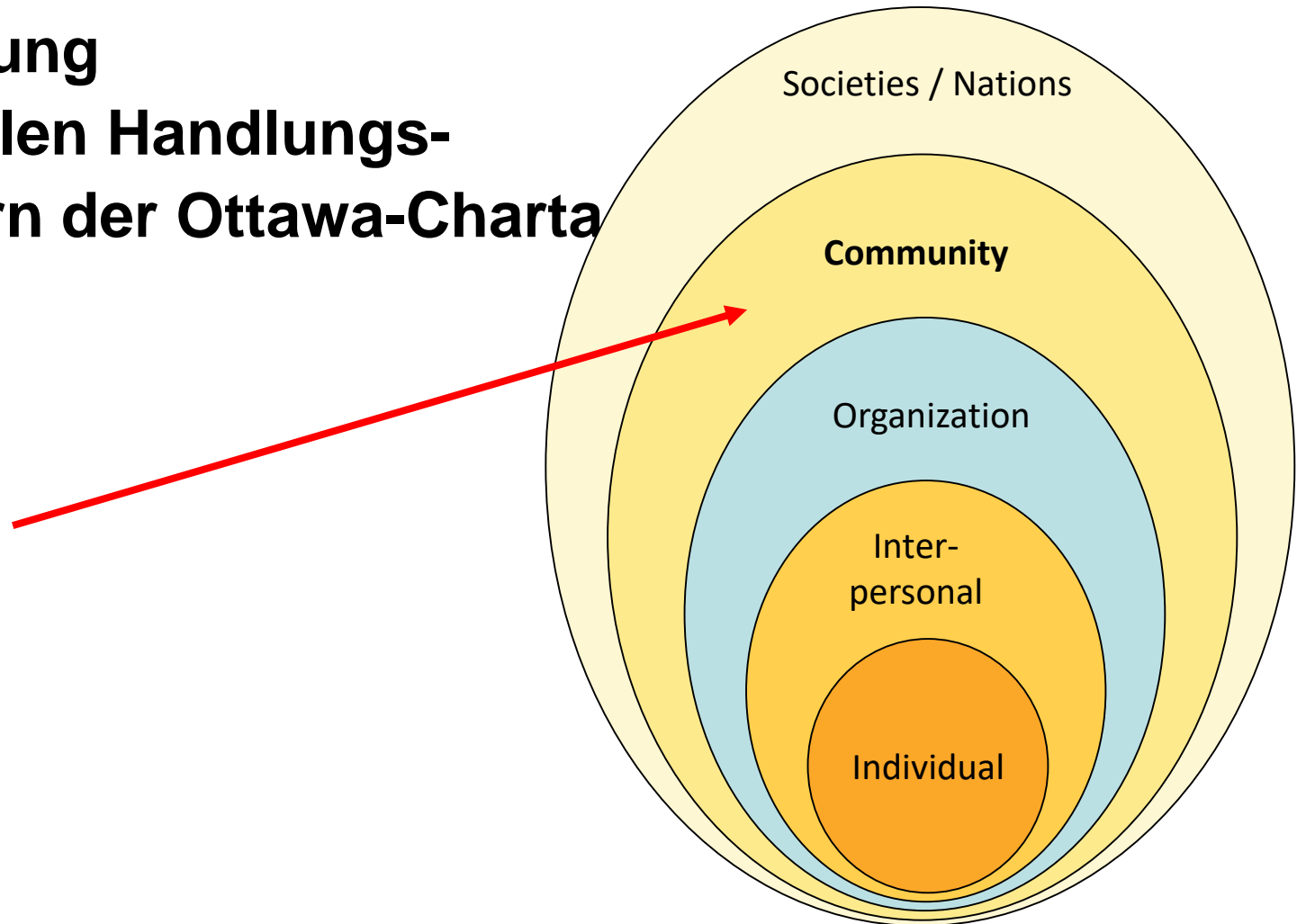
**Das Modell kann
benutzt werden, um zu
analysieren, in welcher
Phase sich einzelne
Menschen / Gruppen /
Gesellschaften
befinden.**

**Es kann aber auch dafür
benutzt werden,
gesundheitsförderliche
Maßnahmen
“zielgruppengerechter”
zu machen!**

Ebenen der Nutzbarkeit



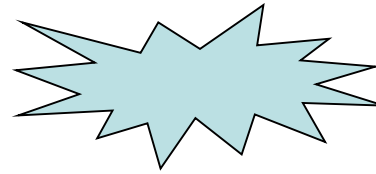
**Anwendung
auf allen Handlungs-
feldern der Ottawa-Charta**



Die CDC-Demonstration Studie

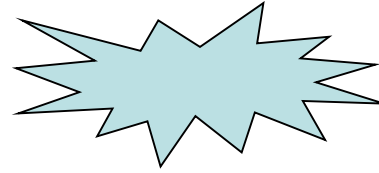
The CDC AIDS Community Demonstration Project Research Group.
Community-Level HIV Intervention in 5 Cities: Final Outcome. *AJPH*
1999, 89(3):336–345.

AIDS Community Demonstration Study



- CDC-funded, 1986–1994
 - ▶ Dallas, TX · Denver, CO
Long Beach, CA · New York, NY · Seattle, WA
- High-HIV-risk population
 - ▶ Communities with High STD, IDU, FSP, \$ex, MSM-NDNI, Street Youth
- 10 pairs of intervention and comparison communities
- 10 survey waves, 15205 cross-sectional interviews
- Outcome & impact measures on a stage-of-change algorithm





■ Staging for Intervention Design

- Through qualitative interviewing, 188 role model stories were collected, staged, edited, and distributed across all intervention communities
 - ▶ Authentic “testimonials” from community people, describing how they were
 - ... thinking of changing, or
 - ... preparing to change, or
 - ... actually changing their risk behaviors
 - ...having changed their behaviors
 - ▶ Publicized in community newsletters, magazines, pamphlets, flyers, on baseball cards, buses, billboards, etc.

Die Theorie hilft ...



Analyse / Assessment

Was ist der Status Quo?

- Wissen, Einstellung oder Verhalten zu “analysieren”
 - ▶ “Staging”

Change / Intervention

Wie können wir es verändern?

- Anleitung für eine Intervention
 - Rekrutierung von bestimmten Vorbildern;
 - Design der Interventionsdetails,
 - Materialien und Strategien

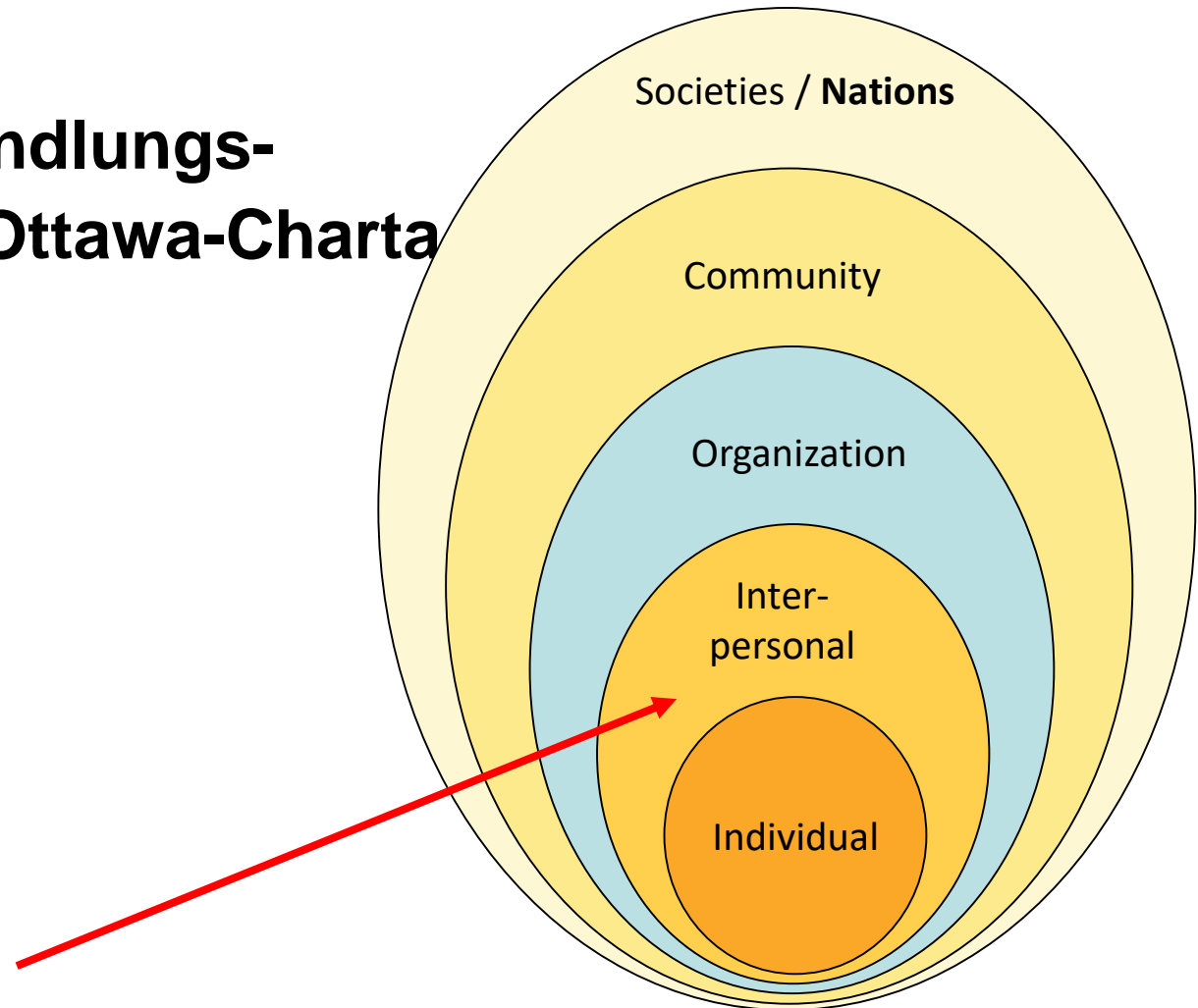
Stages of Change-Theorie



Ebenen der Nutzbarkeit



**Anwendung
auf allen Handlungs-
feldern der Ottawa-Charta**



Praktisches Beispiel – Queensland



Take a moment to *SmokeCheck*

I'm not ready
to stop – I really
like my smokes



Not ready

I am not sure
if I am ready
to stop



Unsure

I have decided
to stop smoking



Ready to give up

I want to stay
a non-smoker



Staying a
non-smoker

Für ÄrztInnen in ihrer Praxis



4 step guide to helping clients who smoke



- Step 1** Ask the person 'Do you smoke tobacco? How many per day?' Listen to their story.
Step 2 Ask the person 'How do you feel about your smoking?'
Step 3 Match the stage of change based on how the person described themselves in Step 2.

Not ready	Unsure	Ready to give up	Staying a non-smoker
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Share health information <input type="checkbox"/> Discuss passive smoking <input type="checkbox"/> Offer the red pamphlet <i>Smokers: it's good to know</i> <input type="checkbox"/> Invite them to return and offer help when ready. 	<p>Do motivational interviewing. Ask the following questions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> What do you see as the good things about smoking? <input type="checkbox"/> What do you see as the not so good things about smoking? <input type="checkbox"/> What do you see as the good things about giving up? <input type="checkbox"/> What do you see as the not so good things about giving up? <input type="checkbox"/> Explore concerns and encourage person to change <input type="checkbox"/> Share information <input type="checkbox"/> Offer yellow pamphlet <i>Smokers: thinking about giving up?</i> <input type="checkbox"/> Invite them to come back for another visit 	<p>Ask the following questions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> What do you see as the good things about giving up smoking? <input type="checkbox"/> What do you see as the not so good things about giving up? <input type="checkbox"/> What is the main reason for changing? <input type="checkbox"/> Help with plan: how to quit and set a quit date <input type="checkbox"/> Find out concerns. Review past quit attempts – what helped and what didn't and plan how to deal with triggers (including alcohol) <input type="checkbox"/> Suggest need for support from family or friends <input type="checkbox"/> Advice on nicotine patches, gum, inhalers or Zyban (if appropriate) <input type="checkbox"/> Offer green pamphlet <i>Smokers: decided to give up?</i> <input type="checkbox"/> Invite them to come back for another visit 	<p>Ask the following questions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> What is going well about giving up smoking? <input type="checkbox"/> What is not going so well about giving up? <input type="checkbox"/> What do you do instead of smoking? <input type="checkbox"/> How do you avoid triggers? <input type="checkbox"/> Talk about the benefits of change – congratulate! <input type="checkbox"/> Talk about exercise and healthy diet <input type="checkbox"/> Ask about support <input type="checkbox"/> Offer support <input type="checkbox"/> If necessary, refer to quit program or other health staff <input type="checkbox"/> Offer the purple pamphlet <i>Non-Smokers: keep up the good work</i> <input type="checkbox"/> Invite them to come back for another visit

Quitline:
131 848

Project Officer:
3238 4072



- Step 4** Record their stage of change and what you advised on their client record. Next time you see the person, ask how they are doing. Reinforce the positive changes and do another brief intervention if necessary.

Analyse



■ ... der Infobroschüren

1. Beschreiben Sie zunächst die Broschüre (ganz sachlich). Was fällt auf, ist unklar?
2. Welche Elemente der jeweiligen Broschüren lassen deutlich auf die jeweilige Phase schließen?

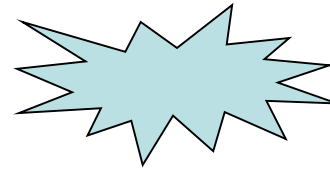
Bedeutung



- **Für ganze Bevölkerungen und Gruppe**
 - Projekte und Medien “phasen-spezifisch” machen

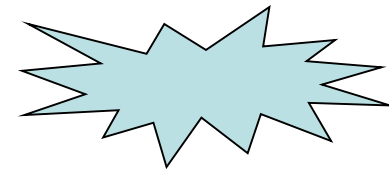
- **Für individuelle Patient- oder KlientInnen**
 - Die Beratungsinhalte “phasen-spezifisch” machen

Die Stage-Theorie



■ Nutzen

- Hilft, die Verteilung und Segmentierung von Populationen zu analysieren
 - ▶ Prozent von Individuen oder von Gruppen in einer bestimmten Phase
- Hilft, die Intervention phasen-sensible auszurichten



Implikationen für Veränderungsprojekte



■ Stage-Theorie macht klar

- Veränderungen haben eine zeitliche Dimension!
- Evaluation von Projekte sollen (auch) messen, in welcher Phase sich Menschen befinden, nicht nur das Endergebnis!!
 - ▶ Der Projekteinstieg sollte nach Phase definiert sein, und die Population sollte phasen-spezifisch definiert und segmentiert werden!

Die Stage-Theorie hilft, den Status quo zu definieren und Veränderungen zu planen!

Implikationen für GF-Projekte



- Für die meisten Problemverhalten sind Menschen **nicht** in der Aktions- oder Aufrechterhaltungsphase (-> sonst müssten wir das Projekt nicht machen!)
- However, die allermeisten Materialien und Projekte sind für Menschen in diesen letzten Phasen gemacht !!!!!!!!!!!

Implikationen



- **The Stages-Theory Model bezieht viel mehr Menschen ein!**
- **Interventionserfolg** kann auch “nur” Phasenwechsel sein!
- **Erfolg bedeutet: Impakt und nicht nur Ergebnis (outcome, result)**



Nutzen des TTMs



- Oft bringen wir Menschen auf den Weg, aber wir begleiten Sie nicht angemessen (durch alle Phasen hindurch!)
- Das gesamte Veränderungsbild kommt in den Blick!
 - ▶ Nicht nur das neue Verhalten
- In Public Health-Forschung “zählt” oft nur das Endergebnis als Erfolgskriterium!
- Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien ist möglich(er) – generellere Gültigkeiten!
- Wir Professionelle werden für unsere Phasen-Erfolge nicht belohnt!



***There is nothing so practical
as a good theory !***

Gruppenarbeit



Seibt: Gruppenarbeit und Stages-Modell

1. **Können Sie mit diesem Modell etwas anfangen? Spiegelt es Erfahrungen wieder, die Sie mit sich selbst oder mit Anderen (im professionellen oder persönlichen Bereich) gemacht haben?**
 2. **„Stagen“ Sie sich selbst mit Bezug auf Ihr Veränderungsprojekt**
 3. **Wie ließen sich die Konstrukte des Health Belief Models und der Stages-of-Change-Theorie verknüpfen?**
- **In Gruppen von 3–5 Personen, sprechen Sie diese Fragen durch (Drei Rollen: Moderation, Zeit, Berichterstattung!).**

Reflektion zur Nacharbeitsaufgabe



- **Überlegen Sie sich eine Maßnahme zur Verhaltensänderung**
- **Notieren Sie Ziel, Grund/ Motivation, Vorgehen, Methode (messbar!) sowie Zeitrahmen**
- **Nutzen Sie die Konstrukte zweier Modelle (Ottawa Charta, HBM oder TTM), und differenzieren bzw. operationalisieren Sie Ihr Projektelemente.**

- **Notieren Sie einen Grobentwurf.**



Seibt AC,

<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklaerungs-und-veraenderungsmodelle-ii-stufen-und-phasen-von-planungs-und-veraenderungsprozessen/>

Stages-Theorie



■ Anwendungsthemen

- ▶ Smoking Cessation, HIV Prevention Through Condom and Bleach Use, Alcohol Abuse, Quitting Cocaine, Exercise, Diet, Fat Intake Reduction, Weight Control, Diabetes Testing, Sun Protection Behaviors, Seat Belt Use, Organ Donation, Stress Management, Use of Birth Control, Mammography Screening, Preventing Domestic Violence...
 - ▶ Changes of structures in organizations
 - ▶ National comparisons of risk prevalences
-
- Widely used in the world

Sonia, Hispanic Female, Prostitute & IVD



Rubbers For Birth Control...and AIDS

Sonia grew up thinking rubbers were for birth control. Her parents used them, she saw them around the house, and her mom talked to her about them, worried Sonia would get pregnant.

Slamming drugs and working the streets for the past ten years, Sonia carries rubbers sometimes but seldom uses them.



Sonia was shook up after that talk. "I could be in her shoes. She let me know I could get AIDS, no matter how careful I was about choosing dates."

"I'd heard using rubbers keeps you from getting AIDS but it didn't really hit home with me. Now, I have to look at rubbers for preventing disease, not just for birth control."

"I've gotta get used to the idea. I'm not the type to make changes overnight. I need to think and talk about it for awhile."

"I'll talk to my dates about rubbers and see how they feel about them. Maybe they won't like the idea at first, maybe they'll say no way, but it's a step in the right direction."

*Sonia realized
rubbers could
save her life.*

One day she had a talk with Susan, another working girl. Susan told her she had the AIDS virus, and she almost never used rubbers with her regulars or guys that looked okay.



Jennifer, 39 years-old, prostitute & IVD



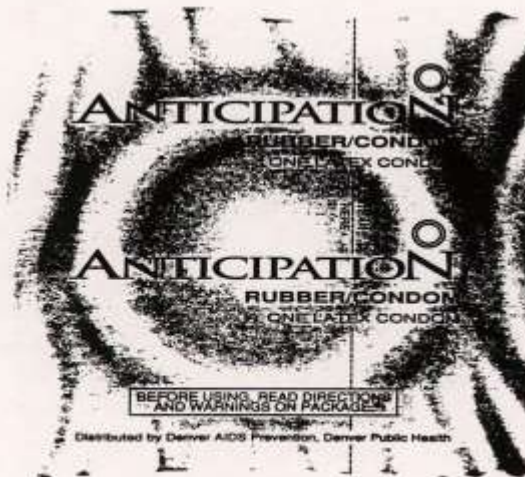
“I Don’t Like Money That Well!”

Jennifer is 39 years old and uses IV drugs. Jennifer has been “tricking” again for the last year and a half. In the beginning she wasn’t worried about catching the AIDS virus. She thought she knew the men she was having sex with and she always used bleach when she shared her needles.

One day she saw one of these men with another prostitute. Jennifer knew that this woman was infected with the HIV/AIDS virus.

Now Jennifer always uses condoms with her tricks, even for oral sex. She tells them, “If you don’t want to use a rubber, darling, then *I’ve got to go.*”

Jennifer is taking care of herself by using condoms. “I wouldn’t turn a trick without a rubber if they had a thousand dollars. I don’t like money *that well!*”



Adam, 23 year-old white Male, heterosexual, homeless



Better safe than sorry



My name is Adam. I'm 23 years old and I've been in Dallas for two years. For the first year I was here I went sex crazy. Man, it was everywhere and I was getting my share. I knew about the AIDS thing but I figured since I was choosing my girls carefully I would be alright. The ones I wasn't sure about I'd use a rubber.

About two weeks ago I was staying in a shelter and heard a counselor give a talk on AIDS

that almost made me have a heart attack. I realized that I haven't been playing it safe at all. He told us that we should use a condom with everyone we're with because when we sleep with someone, we sleep with everyone they've slept with for the past seven to ten years. Man!

You know what they say, "Better safe than sorry." Maybe they're right that using condoms everytime can be pleasant . . . I gotta think about that one.

Comic, Authentic Words

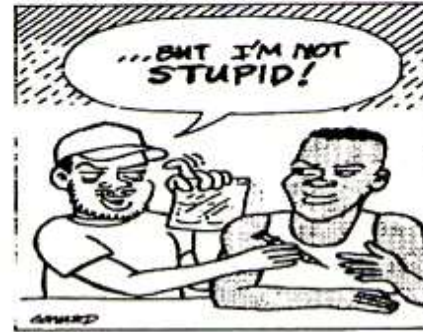
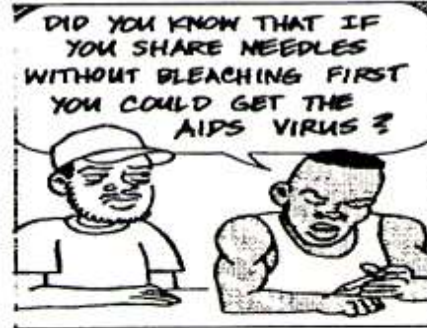


west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas west dallas

PLAYING IT SAFE

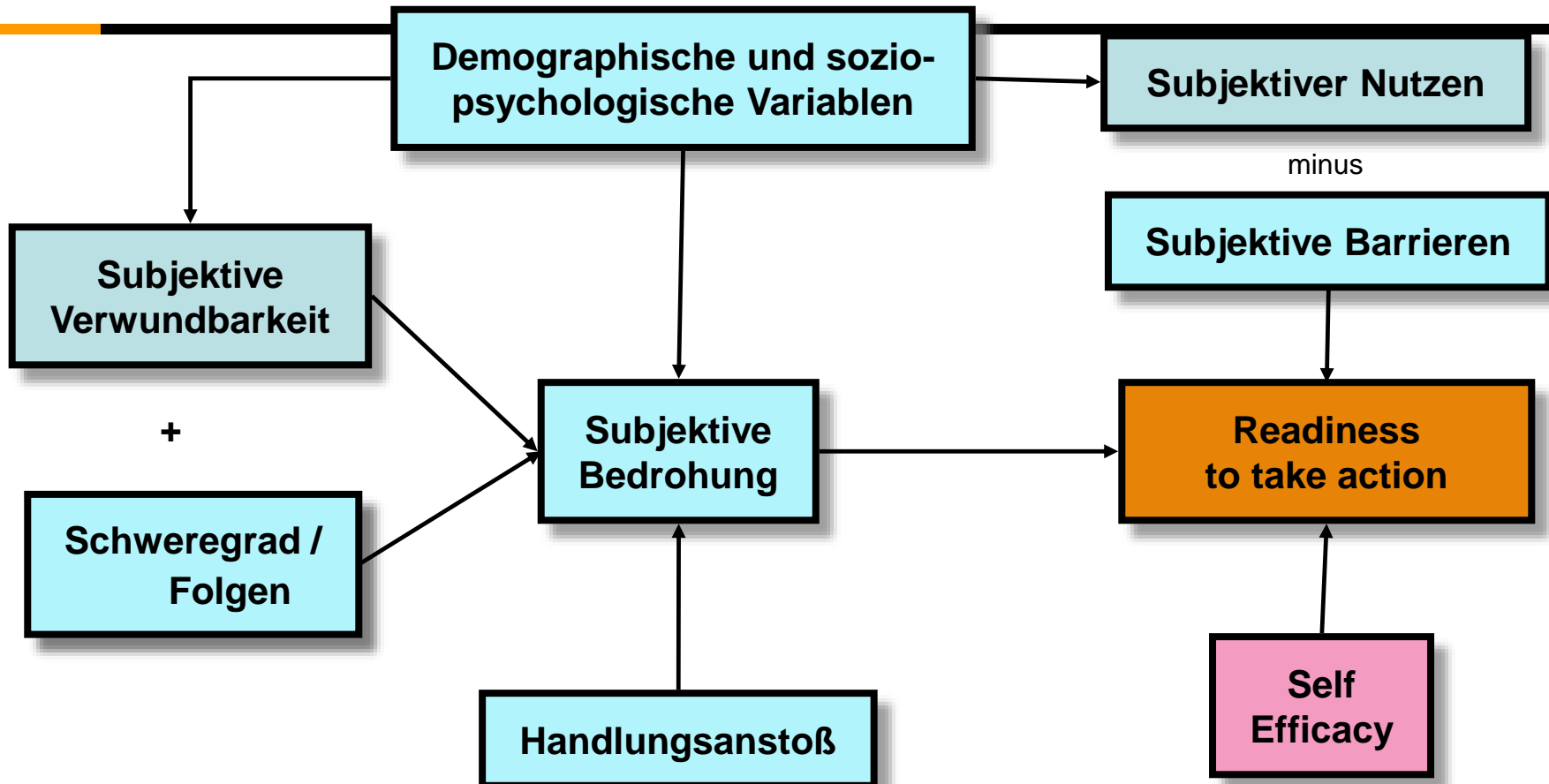


© 1992, Vince Conard



Get
Wise-
Sterilize!

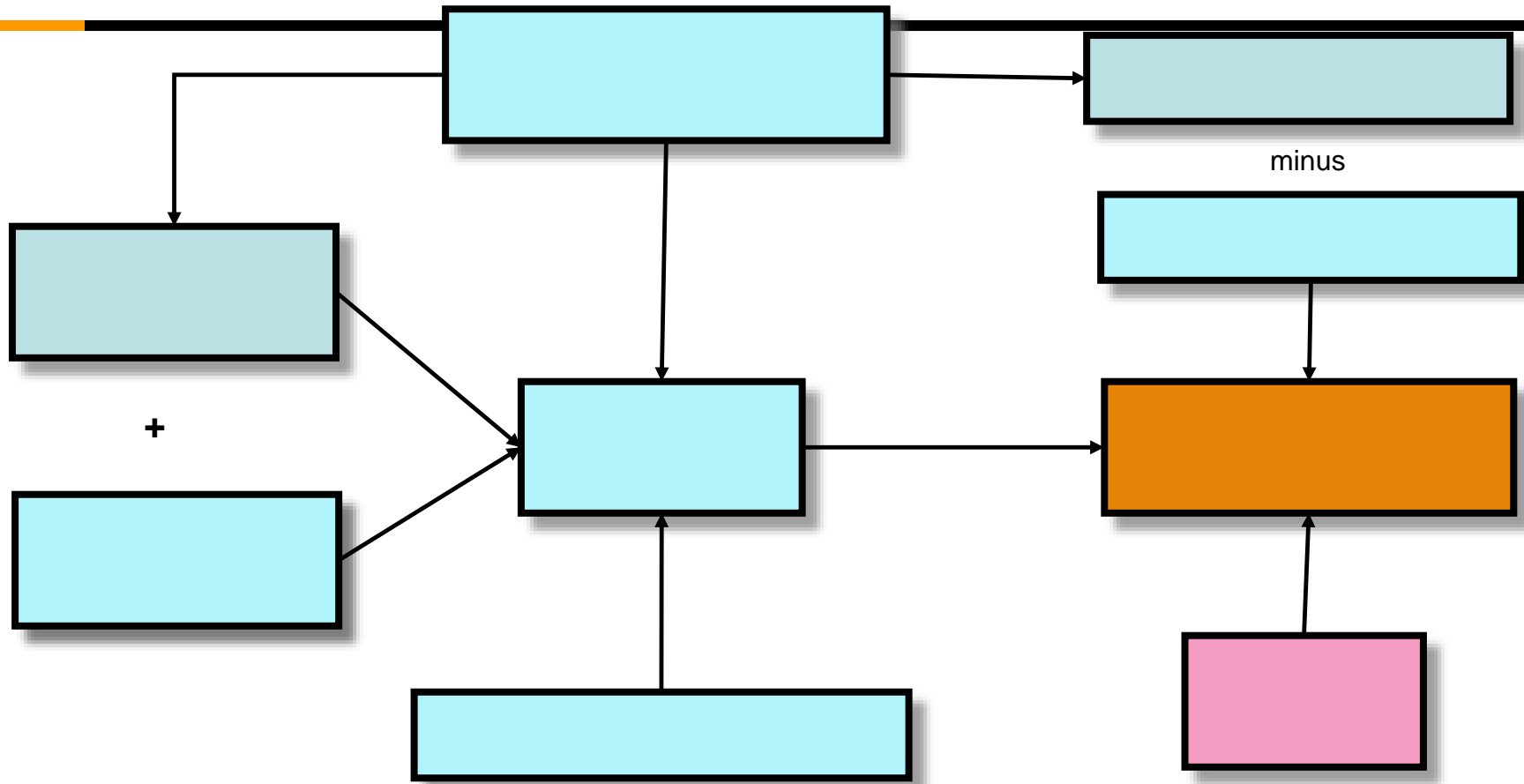
Modell der Gesundheitsüberzeugungen



Die Kombination von Verwundbarkeit und Schweregrad ergeben die Kraft und das Motiv zu handeln, ...

... und die Einschätzung der Vorteile minus der Barrieren zeigen die Richtung der Handlungsaktion auf.

Modell der Gesundheitsüberzeugungen



Die Kombination von Verwundbarkeit und Schweregrad ergeben die Kraft und das Motiv zu handeln, ...

... und die Einschätzung der Vorteile minus der Barrieren zeigen die Richtung der Handlungsaktion auf.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

M4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Präsenz 1: Grundlagen der Gesundheitspsychologie

Nachbereitungsaufgabe zur 1. Präsenz - Frau Prof. Seibt

Arbeitsauftrag: Beschreibung einer Verhaltensänderung mithilfe von Konstrukten zweier Modelle /Theorien

Ziel des Arbeitsauftrags ist es, die Inhalte aus der Veranstaltung „Grundlagen der Gesundheitspsychologie – Konzepte und Theorien des gesundheitsförderlichen Verhaltens und Verhaltensänderung“ in die praktische Anwendung zu bringen. Dies bedeutet zu überlegen, wie Konstrukten von Modelle /Theorien genutzt werden könnten, um Maßnahmen zur Verhaltensänderung für die Umsetzung (und ggf. Evaluation) zu planen.

Aufgaben:

- 1a) Wählen Sie zwei Modellen/Theorien .
- 1b) Beschreiben Sie deren Entstehungszusammenhang und Konstrukte allgemein. Gehen Sie dabei auch auf deren Ähnlichkeiten und Unterschiede ein.
- 2a) Überlegen Sie eine Maßnahme zur gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung, die Sie umsetzen möchten. Erläutern Sie kurz (zwei/drei Sätze), warum Sie diese Maßnahme ausgewählt haben (Ziel, Grund und Vorgehen/ Methode).
- 2b) Konzipieren Sie für diese gesundheitsförderliche Verhaltensänderung anhand der in Aufgabe 1 ausgewählten Modelle Ihre Maßnahme.

Beispiel:

Gesundheitsförderliche Maßnahme: rückenfreundliches Arbeiten

Ausgewählte Modelle: Health Belief Model und Transtheoretisches Modell

Health Belief Model	Transtheoretisches Modell
Beschreibung der Maßnahme zum rückenfreundlichen Arbeiten entlang der Konstrukte des Health Belief Model	Beschreibung der Veränderung zu rückenfreundlicherem n Arbeiten nach dem Transtheoretisches Modell

- 2c) Welche Konstrukte welchen Modells erschien Ihnen für Ihr Veränderungsprojekt am hilfreichsten? Erwähnen Sie kurz eine andere Möglichkeit, für die andere Konstrukte (welche?) angemessener sein könnten.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **07.10.2019** in Moodle im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Prof. Seibt“ hoch. Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit. Nutzen Sie gerne Graphiken oder Zeichnungen (auch handschriftlich gemalte), und beschränken Sie sich bitte auf höchstens 8 Seiten (exkl. Anhang, falls nötig).

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Vorbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz – Frau Dr. Imsieke

Arbeitsauftrag 1): Zur Vorbereitung schauen Sie sich bitte folgenden Kurzfilm an:

<https://www.youtube.com/watch?v=TFCoGzFQ54>

Um diesen Film anschauen zu können, „Strg“ gedrückt halten und draufklicken oder kopieren Sie den in blau geschriebenen, obenstehenden Link und fügen den Link direkt in die Adresszeile Ihres Browsers ein (siehe Abbildung 1).

Abb. 1: In dieses Feld den kopierten Link einfügen.

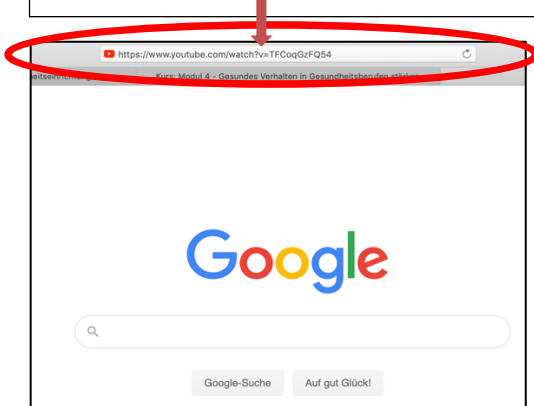


Abb. 2: Es erscheint folgendes Video der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):



Arbeitsauftrag 2): Übertragen Sie Erkenntnisse auf die eigene Situation bzw. Ihre Gesundheitseinrichtung:

2a) Welche psychischen Belastungsschwerpunkte vermuten Sie in Ihrer Gesundheitseinrichtung und warum?

2b) Es gibt viele Möglichkeiten, die psychische Belastung am Arbeitsplatz zu ermitteln z. B. durch Workshops, Mitarbeitendenbefragungen, Begehungen. Jede Methode der Erfassung psychischer Belastungen im Arbeitskontext hat ihre Vor- und Nachteile. Welche Erhebungsmethode psychischer Belastungen würden Sie für Ihre Gesundheitseinrichtung wählen? Begründen Sie Ihre Wahl!

2c) Entwickeln Sie Ideen, wie Sie präventiv und/oder interventiv negativen Beanspruchungsfolgen, die sich aus den Arbeitsbelastungen ergeben könnten, begegnen wollen / können.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Vorbereitungsaufgabe 2. Präsenz“ als Datei bis zum **24.10.2019** in Moodle- im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ – „Vorbereitung: Frau Dr. Imsieke“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz2_Vorbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Prävention und Intervention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen

Planung
Umsetzung
Bewertung



Routenplan

- Grundsätzliches: Was ist psychische Gesundheit?
- Grundsätzliches Psychische Gesundheit in Zahlen
- Grundsätzliches: Psychische Gesundheit und Arbeit

- Belastung und Beanspruchung
- Psychische Gefährdungsanalyse
- Asita

- Nach der Analyse Handeln!

Grundsätzliches : Was ist psychische Gesundheit?

Gesundheit = Wohlbefinden

- Zufriedenheit, Stabilität

Befindlichkeiten

- Unwohlsein, Gereiztheit
- Alkohol, Zigaretten, Medikament

Befindensstörung

- Dauerstress, Erschöpfung
- Anfälligkeit für Infekte erhöht
- Verspannungen, Kopfschmerz

Funktionseinschränkung

- Rücken-, Herz-, Kreislaufbeschwerden
- Psychosomatische Beschwerden
- „innere Kündigung“

Funktionsstörung = Krankheit

- Angsterkrankungen
- Burnout, Depression
- Muskel-, Skelett- / Rückenerkrankungen
- Herz-, Kreislaferkrankungen

Grundsätzliches : Was ist psychische Gesundheit?

Befragt man Leute, was Ihnen in Ihrem Leben wichtig ist, so findet man **Gesundheit*** meistens vor Reichtum, Erfolg, viele Freunde haben und vielen anderen materiellen Dingen ... im Ranking.

- WHO Definition:
Gesundheit als ein Gefühl des Wohlbefindens auf der körperlichen, der psychischen und der sozialen Ebene.



Grundsätzliches : Was ist psychische Gesundheit?

Risikofaktoren sind....

- Genetische Disposition
- Alter
- Körperliche Erkrankungen
- Negative Erfahrungen in Familie, Schule, Ausbildung
- Ungünstige soziale Beziehungen
- Suchtmittel- und Medikamentenkonsum
- Psychischer Stress
- Kritische Lebensereignisse, Traumata
- Konflikte
- Fehlende Perspektiven
- Arbeitsbedingte Belastungen

Grundsätzliches : Psychische Gesundheit in Zahlen

- ⇒ Trotz rückläufiger Krankenstände in den letzten Jahren wächst der relative Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.
- ⇒ Er kletterte in den vergangenen 40 Jahren von zwei Prozent auf 16,6 Prozent (BKK Gesundheitsreport 2018).
- ⇒ Die durch psychische Krankheiten ausgelösten Krankheitstage haben sich in diesem Zeitraum verfünffacht.
- ⇒ Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren noch nahezu bedeutungslos waren, sind sie heute zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen bzw. Arbeitsunfähigkeit (BKK Gesundheitsreport 2018).

Grundsätzliches : Psychische Gesundheit in Zahlen

- ⇒ Psychische Erkrankungen sind außerdem die **häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen**. Zwischen 1993 und 2015 stieg der Anteil von Personen, die aufgrund seelischer Leiden frühzeitig in Rente gingen, von 15,4 auf 42,9 Prozent (*Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen 2016, S. 111*). Gegenüber dem Jahr 2000 entspricht dies einer Steigerung der Fallzahlen um über 40 Prozent.
- ⇒ Im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen treten Berentungsfälle wegen "Psychischer Störungen und Verhaltensstörungen" deutlich früher ein; das **Durchschnittsalter liegt bei 48,1 Jahren**. (*Deutsche Rentenversicherung: Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen, 2014, S. 24*)

Gesundheit und Arbeit

- **Gesundheit durch Arbeit** ... oder die Frage nach der Sinnhaftigkeit
- **Gesundheit für die Arbeit** ... oder der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- **Gesundheit ohne Arbeit** oder die Frage nach Zusammenhängen zwischen Gesundheit und kritischen Lebensphasen, wie Arbeitslosigkeit, Übergang in Rente...
- **Gesundheit trotz Arbeit** ... oder die Frage nach den Belastungen, die aus „Arbeit“ entstehen und gesundheitsgefährdend werden können
- **Gesundheit zwischen Arbeit** und Familie oder die Frage nach der Vereinbarkeit der Lebensbereiche

- **Gesundheit während Arbeit** ... oder Tipps wie ich im Beruf Gesundheit habe, finde, wiedererlange, schütze, erhalte

Grundsätzliches: Belastung und Beanspruchung



Quelle: KUVB

Achtung: Kleines Experiment!!!!

Der Wirtschaftsexperte Niko Paech (2015) sieht einen klaren Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklungen im Arbeitsleben:

Genauso wie die Ressourcen der Erde ausgeschöpft sind und die Grenzen des wirtschaftlichen Wachstums bald erreicht sein werden, stoßen auch Mitarbeitende und Führungskräfte an ihre Grenzen, und zwar die ihrer psychischen Belastbarkeit.

... dieser Hypothese gehen wir nach ... am Beispiel Multitasking

Beobachtbare Beanspruchung(sfolgen)

Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten/ in der Leistung:

- Häufige Fehltage (Kurzerkrankung ohne ärztl. Attest)
- Fehlerhafte Arbeitsergebnisse und Arbeitsrückstände
- Aktive Phasen mit nachfolgendem Leistungsabfall (Leistungsschwankungen, -abfall, - versagen)
- Termine werden versäumt, Unzuverlässigkeiten häufen sich
- Fahrig, unkonzentriert, nervös, vor allem vor Arbeitspausen und Arbeitsende
- Überziehen von Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn
- Vermeiden von bestimmten Aufgaben (z.B. Kundenkontakte)
- ...

Beobachtbare Beanspruchung(sfolgen)

Auffälligkeiten im Sozialverhalten:

- Übersteigerte Empfindlichkeit bei Kritik
- Keine Unterscheidung zwischen sachbezogener und persönlicher Kritik
- Übermäßiges Misstrauen
- Eigene Fehler werden abgewehrt
- Person zieht sich zurück, Blickkontakt wird vermieden
- Distanzlosigkeit
- Wenige Kontaktpersonen, die Einblick in Privatleben erhalten
- Verursacht evtl. Konflikte im Team
- ...

Beobachtbare Beanspruchung(sfolgen)

Auffälligkeiten in der emotionalen Befindlichkeit/ Stimmungslage:

- aggressiv, leicht reizbar
- Verstärkt unsicher und ohne Selbstvertrauen
- Starke Stimmungsschwankungen
- Niedergeschlagen, traurig
- Unangemessen euphorisch
- Ständig unruhig / angespannt
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Herunterspielen gesundheitsriskanten Verhaltens

Beobachtbare Beanspruchung(sfolgen)

Sonstige Auffälligkeiten:

- Klagen über Erschöpfung
- Vernachlässigung von Kleidung und Körperpflege
- Selbstgespräche
- Einschränkungen in Flexibilität
- ...

Gesetzliche Grundlage

Gesetzliche Grundlage: ArbSchG, § 5

Pflicht des Arbeitgebers ...

(1) Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind

...

(3) Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch:

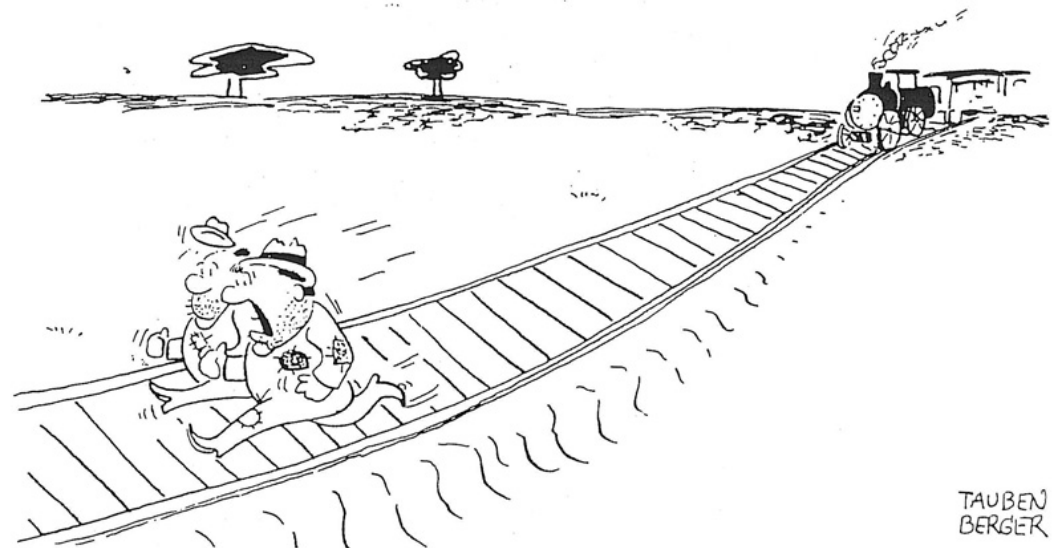
1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten,
6. **psychische Belastungen bei der Arbeit**

Planung: Psychische Gefährdungsanalyse

<https://www.youtube.com/watch?v=TFCoqGzFQ54>

Planung: Analyse der Situation ...

Welche psychischen **Belastungsschwerpunkte** vermuten Sie in Ihrer Gesundheitseinrichtung und warum?



„Wenn nicht bald eine Weiche kommt, sind wir verloren.“

Tipps für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen

- ✓ Binden Sie die Gefährdungsbeurteilung in vorhandene (Arbeitsschutz)Strukturen ein
- ✓ Erfassen Sie Belastungen!
- ✓ Zunächst orientierend ...
- ✓ Verwenden Sie ein erprobtes Erhebungsverfahren
- ✓ Beteiligen Sie Ihre Beschäftigten, um Handlungsfelder zu identifizieren
- ✓ Informieren Sie über den Stand der Dinge
- ✓ Auswertung von gesammelten Daten von extern machen lassen
- ✓ Maßnahmen in Kleingruppen ableiten
- ✓ Sicherstellen, dass Maßnahmen von Führungskräften verantwortet werden
- ✓ Erarbeitete Maßnahmen müssen auch umgesetzt werden!

(in Anlehnung an: IAG Report 1/2013: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen – Tipps zum Einstieg)

Durchführung :Analyse der Situation ...

Viele Wege führen nach Rom:

Moderierte Analyseworkshops –

standardisierte schriftliche
Mitarbeitendenbefragung –

Beobachtung / Beobachtungsinterviews.

Jede Methode der Erfassung psychischer
Belastungen im Arbeitskontext hat ihre Vor-
und Nachteile.

Welche Erhebungsmethode psychischer
Belastungen würden Sie für Ihre
Gesundheitseinrichtung wählen und warum?



Durchführung : Analyse der Situation ...

Die Arbeitssituationsanalyse...

- [Die Arbeitssituationsanalyse- Schritt für Schritt.avi](#)
- ist eine qualitative Mitarbeiterbefragung
- wird mit den Mitarbeitenden eines (zusammengefassten) Bereiches innerhalb der gleichen Hierarchieebene durchgeführt
- Teilnehmeranzahl pro Workshop: ca. 8 und 10 Personen
- Wird durch einen neutralen Beratenden moderiert
- Ergebnisse werden von dem Beraterenden anonymisiert und in einem Protokoll für jede Gruppe festgehalten.
- Protokolle dienen als Grundlage für die Auswertung der Belastungsschwerpunkte in den jeweiligen Arbeitsbereichen.
- Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Reduzierung von (psychischen) Belastungen abgeleitet.
- Die Leitungen nehmen an diesem ersten Workshop nicht teil.
- Dauer des Workshops: ca. 2 Stunden.

(Quelle: BGW)

Handeln!



Entwickeln Sie Ideen, wie Sie präventiv und/oder interventiv und verhältnis- und oder verhaltensorientiert negativen Beanspruchungsfolgen, die sich aus den Arbeitsbelastungen ergeben könnten, begegnen wollen / können.

Handeln! Wer kann / muss was tun?

Was der Arbeitgeber dabei tun kann...

- ✓ Mit Unternehmenswerten an der Bedeutung von Gesundheit arbeiten
- ✓ Umgang mit und Prävention zu Gesundheit zu etwas Selbstverständlichem machen
- ✓ Arbeitsbedingungen, -prozesse und Arbeitsplatz überprüfen
- ✓ Präventive und reaktive Gesundheitsprogramme im Rahmen unterschiedlicher Handlungsfelder anbieten
- ✓ Erreichbarkeit und Verfügbarkeit klären und Regeln festlegen
- ✓ Führungskräfte sensibilisieren und schulen
- ✓ Interne und externe EAP's ermöglichen

In Anlehnung an:
Lebensphasenorientierte Personalpolitik zum Erhalt der
Arbeitsfähigkeit / Prof. Dr. Jutta Rump Zürich, den 14. September 2016

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Handeln! Wer kann / muss was tun?

Was der Einzelne/ die Einzelne dabei tun kann...

- ✓ Techniken lernen und anwenden, mit Belastungen umzugehen
- ✓ Unterstützung suchen und Angebote zur Unterstützung annehmen
- ✓ Belastungssituationen aktiv ansprechen
- ✓ Sich der eigenen Stärken bewusst sein
- ✓ Soziale Kontakte im Berufs- wie im Privatleben pflegen
- ✓ Sich einen Ausgleich suchen, z.B. Sport treiben und / oder das tun, was Freude bereitet
- ✓ Nicht zuletzt: Selbstachtsamkeit praktizieren

In Anlehnung an:
Lebensphasenorientierte Personalpolitik zum Erhalt der
Arbeitsfähigkeit / Prof. Dr. Jutta Rump Zürich, den 14. September 2016

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Handeln! Wer kann / muss was tun?

Was Führungskräfte dabei tun können...

- ✓ Belastungen erkennen und ernst nehmen
- ✓ Vereinbarkeit von Beruf und privater Lebenssituation unterstützen / ermöglichen
- ✓ Soziale Kraftquellen stärken: Den Teamgedanken fördern
- ✓ Zielvereinbarungen treffen, bitte mit Leitplanken
- ✓ Als Führungskraft Position beziehen und den Mitarbeitenden den Rücken stärken
- ✓ Eigene Vorurteile und Stereotypen überprüfen und auflösen
- ✓ Die eigene persönliche Balance im Auge behalten

In Anlehnung an:
Lebensphasenorientierte Personalpolitik zum Erhalt der
Arbeitsfähigkeit / Prof. Dr. Jutta Rump Zürich, den 14. September 2016

Handeln! Ein Programmbeispiel

Betriebliches Suchtpräventions/ -interventionsprogramm

Steuerungsgremium „Suchtprävention Gesundheit“

Aufgaben:

- Festlegung der Ziele der Suchtprävention
- Abstimmung, Weiterentwicklung, Evaluation des Programms
- Entwurf einer Dienst-/Betriebsvereinbarung
- Einsetzen von Suchtbeauftragten
- Einbindung in das Betriebliche Gesundheitsmanagementsystem

Vorbeugende Aktivitäten

- Info/Aufklärung/Aktion
- Regelungen zum Umgang mit Suchtmitteln im Betrieb (z.B. Punktnüchternheit)
- Ressourcen stärken
- Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Klimas
- Soziale Unterstützung

Intervention und Qualifizierung von Vorgesetzten

- MA-Gespräche bei Auffälligkeiten: Fürsorgegespräch, Klärungsgespräch-, Stufenplangespräche
- Vorbildverhalten
- Erweiterung der sozialen Kompetenzen
- Soziale Unterstützung des MA in Krisen

Beratung und Hilfeangebote

- Beratung von Vorgesetzten zum Umgang mit auffälligen Beschäftigten
- Wissen um weiterführende Angebote / Hilfemöglichkeiten
- Employee Assistance Program
- Ansprechpartner für Suchtfragen
- BEM

Qualitätssicherung und „Marketing“

- Koordination der Maßnahmen
- Qualitätssicherung des Programms
- Bekanntmachung und bekannt halten!
- Netzwerke!

***Verlieren kannst du dich auf vielen Wegen.
Finden nur auf deinem!***

Else Pannek

... in diesem Sinne

**Dr. Dorothee Imsieke
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.
Betriebliches Gesundheitsmanagement**

**Tel. 0541 34978-103
Mobil 0178 4939381**

e.Mail dimsieke@caritas-os.de

www.gesunder-erfolg.de

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Nachbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz - Frau Dr. Imsieke

Arbeitsauftrag

Ziel des Arbeitsauftrags ist es, die Inhalte aus der Präsenz 2 „Prävention und Intervention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen“ in Ihr Unternehmen bzw. Ihr berufliches Handlungsfeld / Ihre Zielgruppe zu übertragen und zu prüfen, welche Inhalte Sie übernehmen, welche Sie anpassen und welche Inhalte Sie für Ihr Umfeld zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht umsetzen können.

- 1) Erläutern Sie kurz, welche psychischen Belastungen in ihrem Unternehmen /in Ihrer Zielgruppe auftreten.
- 2) Überlegen Sie nun, wie ein Konzept zur Prävention- und Intervention von - bzw. bei psychischen Belastungen für Ihr Unternehmen/Zielgruppe aussehen könnte. Folgende Punkte sollte Ihr Konzept berücksichtigen und in Ihrer Ausarbeitung dargelegt werden:
 - a. Was ist das Problem? Anlass/Vorgeschichte, bisherige Lösungsversuche
 - b. Welche Ziele sollen erreicht werden? Was genau soll mit dem Konzept erreicht werden?
 - c. Was ist der erwartete Nutzen?
 - d. Welche Personengruppen sind beteiligt? Zielgruppe, Anwender, Betroffene-Stakeholder, Keyplayer.
 - e. Wie soll die Umsetzung aussehen? Sind bestimmte Vorgehensweisen und Methoden erwünscht / unerwünscht?
 - f. Welche Rahmenbedingungen sind zu berücksichtigen? Personen, Geld, Material, betriebliche Vorgaben, gesetzliche Vorgaben etc.
 - g. Wie kann die Nachhaltigkeit Ihres Konzepts gewährleistet werden?
- 3) Erläutern Sie abschließend, warum Ihr Konzept für Ihr Unternehmen/ Ihre Zielgruppe passend ist.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 2.Präsenz“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum 18.11.2019 in Moodle- im Abgabebereich „2. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Dr. Imsieke“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz2_Nachbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück.

Vorbereitungsaufgabe zur 3. Präsenz – Frau Dr. Schrader

Liebe Teilnehmende,

nachdem Sie sich in der letzten Präsenzphase mit der Prävention von psychischen Belastungen beschäftigt haben, haben Sie nun die Gelegenheit sich intensiv mit der Prävention von physischen Belastungen auseinanderzusetzen.

Bevor Sie Präventionsmaßnahmen entwickeln können, ist es notwendig eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Die Abbildung stellt die 7 Schritte in der Gefährdungsbeurteilung dar. Ihr Arbeitsauftrag wird sich auf die ersten vier Schritte beziehen.

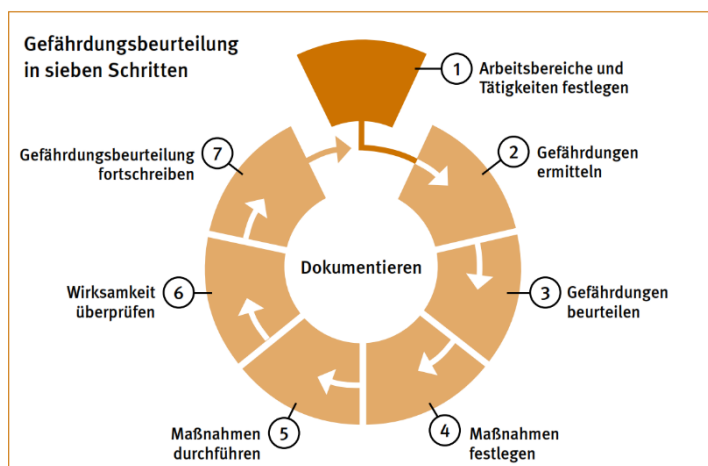


Abbildung 1: Schritte der Gefährdungsbeurteilung aus: BGW (2017): Gefährdungsbeurteilung in der Pflege, S.9

Arbeitsauftrag:

Auf Moodle finden Sie im Bereich Selbstlernphase 2 unter der Vorbereitungsaufgabe einen Ordner mit Dokumenten zu Gefährdungsbeurteilungen für verschiedene Berufe bzw. Arbeitsbereiche. Wählen Sie das Dokument aus, das Ihrem Tätigkeitsbereich bzw. Ihrer Institution am ehesten entspricht.

1. Lesen Sie das Kapitel 9 „Arbeitsbereichsbezogene Gefährdungsbeurteilung“. Bitte beachten Sie, dass in dem Dokument auch psychische Gefährdungen beschrieben werden. Konzentrieren Sie sich ausschließlich auf **physische Gefährdungen** in den beiden ersten Spalten.
2. Analysieren Sie nun die physischen Gefährdungen in Ihrer Einrichtung. Wahrscheinlich finden Sie bei genauer Betrachtung Ihrer Einrichtung noch andere Gefährdungen, die über das im Material der BGW erwähnte, hinausgehen. Entwickeln Sie nachfolgend Ideen, wie Sie die herausgefundenen Gefährdungen beheben können.
3. Halten Sie Ihre Überlegungen tabellarisch fest.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Vorbereitungsaufgabe 3. Präsenz“ als Datei bis zum **27.11.2019** in Moodle- im Abgabeordner „2. Selbstlernphase“ – „Vorbereitung: Frau Dr. Schrader“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Muster- mann_Präsenz3_Vorbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.



Intervention zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen

Dr. Kerstin Schrader



<https://www.vitaconnect.net/video/mobilitaet/rollstuhl-transfer-18>

Was wir vorhaben!

Gefährdungsbeurteilung
und TOP

Physische
Gefährdungsbereiche

HAPA – Modell

Planung „eigener“
Präventionsmaßnahmen



Schritte Gefährdungsbeurteilung

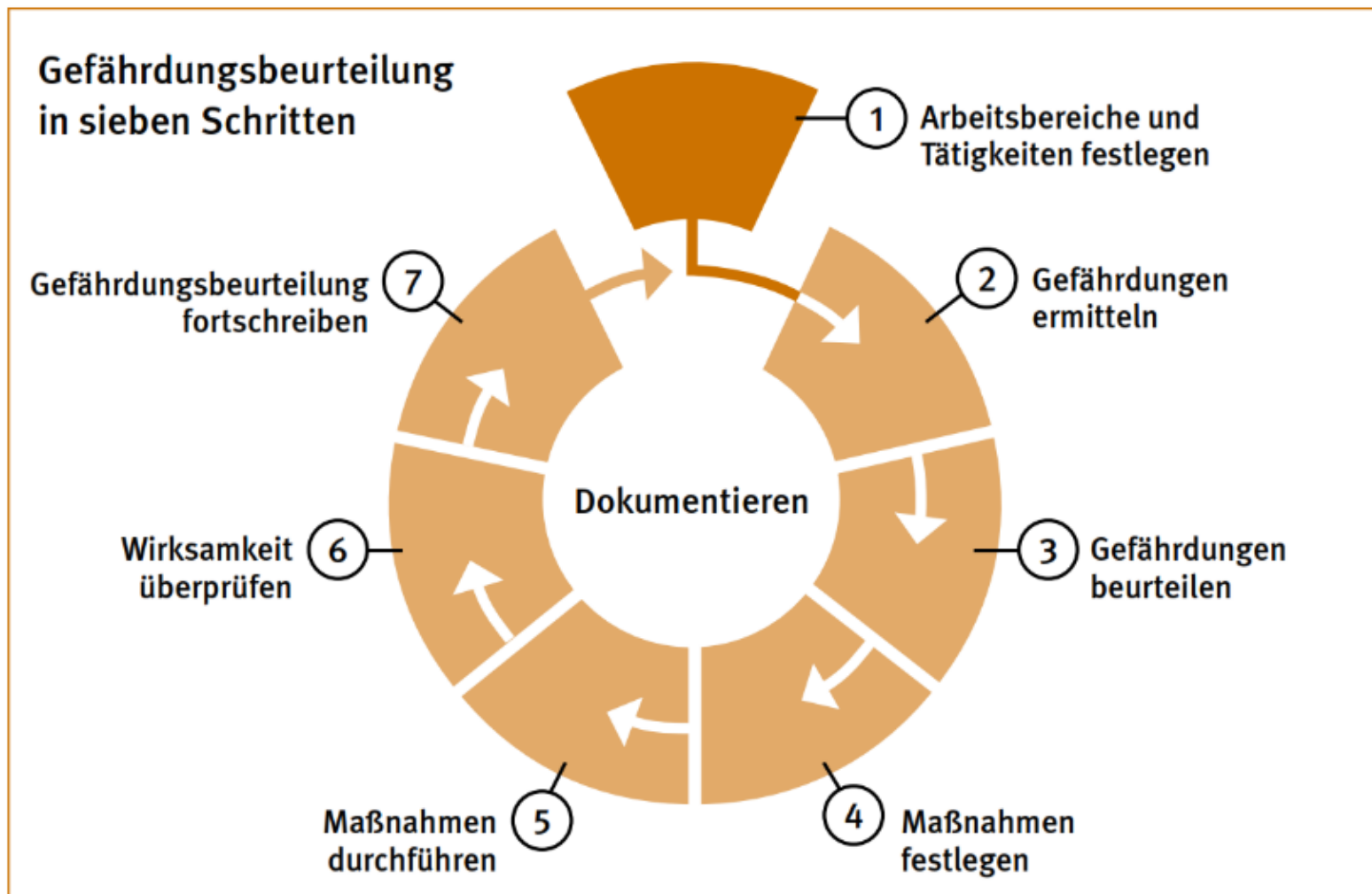


Abbildung 1: Schritte der Gefährdungsbeurteilung aus: BGW (2017): Gefährdungsbeurteilung in der Pflege, S.9

T-O-P Prinzip der Prävention



T-O-P Prinzip der Prävention

T

Technisch/bauliche Ebene

Baulich-technische Voraussetzungen z.B. ergonomische Gestaltung, Verkehrswege, Hilfsmittel

O

Organisatorische Ebene

effektives Gestalten von Arbeitszeiten, Dienstplänen, Arbeitsabläufen und Arbeitsorganisation wichtig

P

Personenbezogene Ebene

Schulung zu Bewegungsmustern und rückengerechter Arbeitsweise





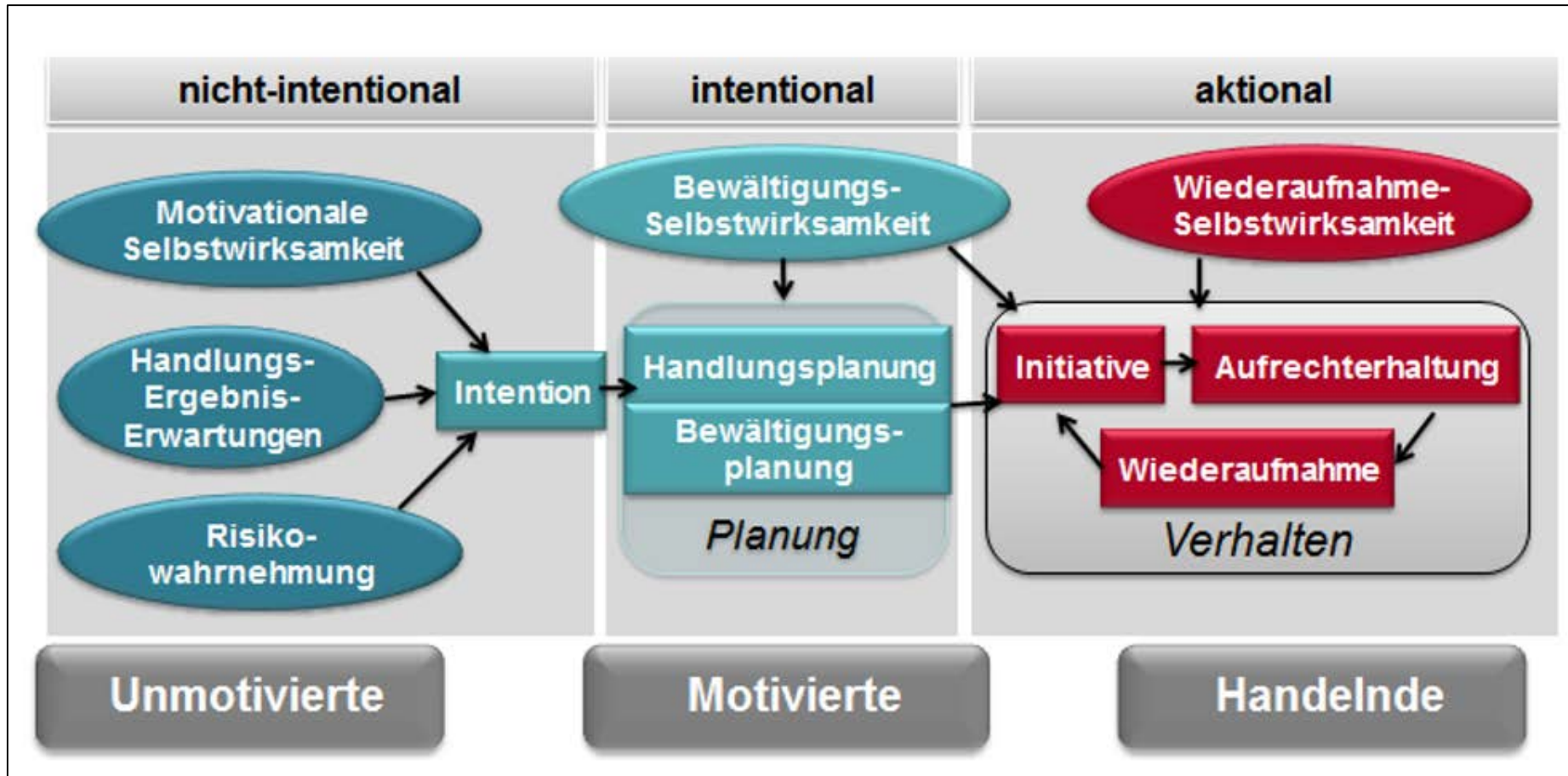
- ▶ Wie sieht das nun bei mir und meiner Arbeitsstelle aus?

HAPA - Health Action Process Approach (HAPA; Schwarzer 1992/ 2014)

Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

- ▶ Health Action Process Approach (HAPA; Schwarzer 1992/ 2014)



Physiologische Belastungen

Beispiele

Körperliche Anforderungen in der Pflege

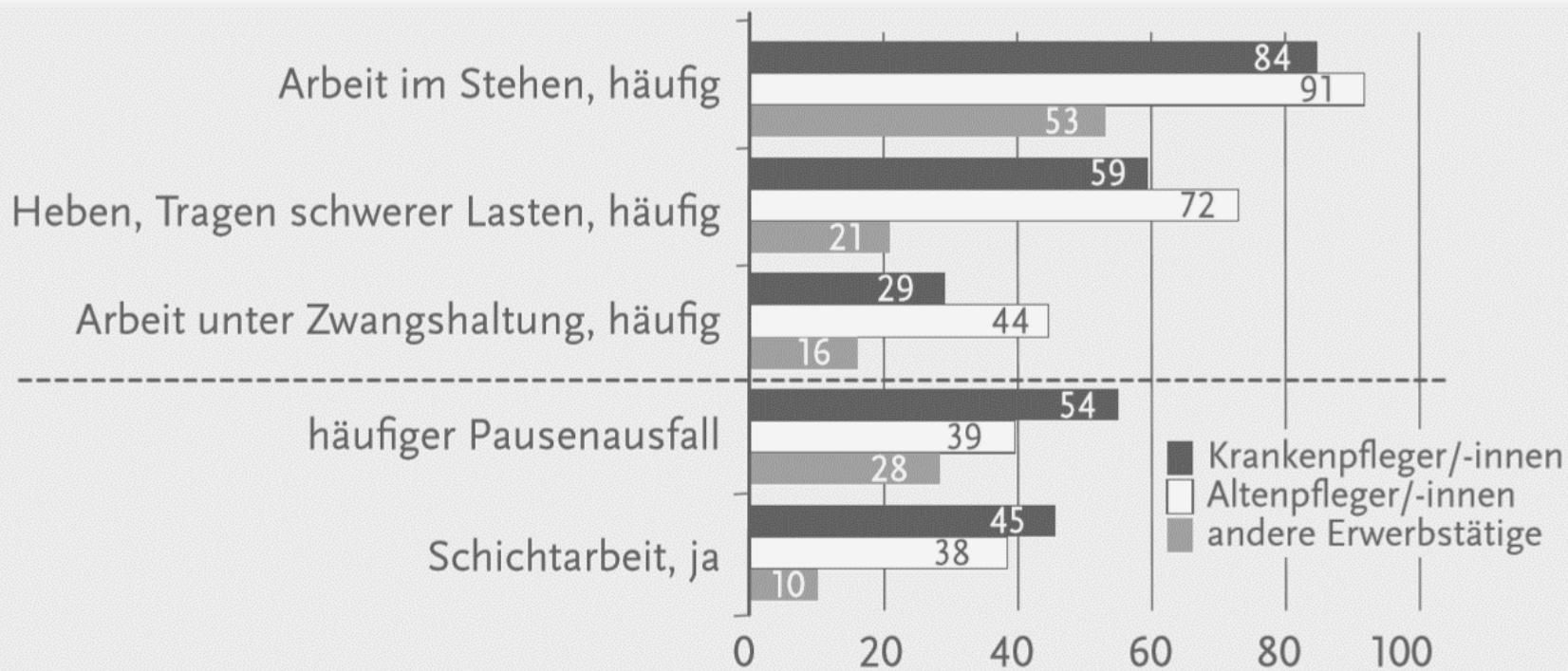
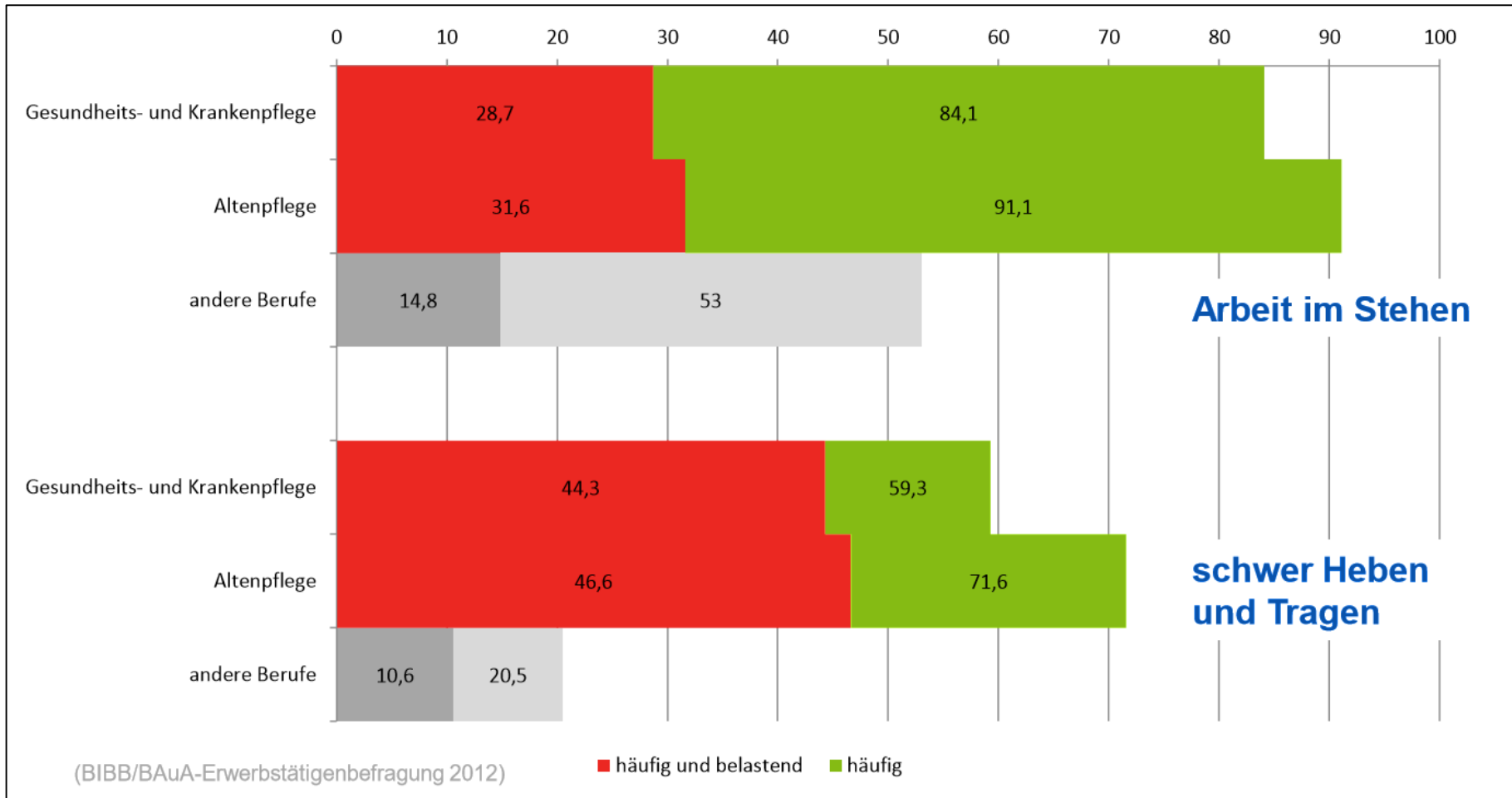
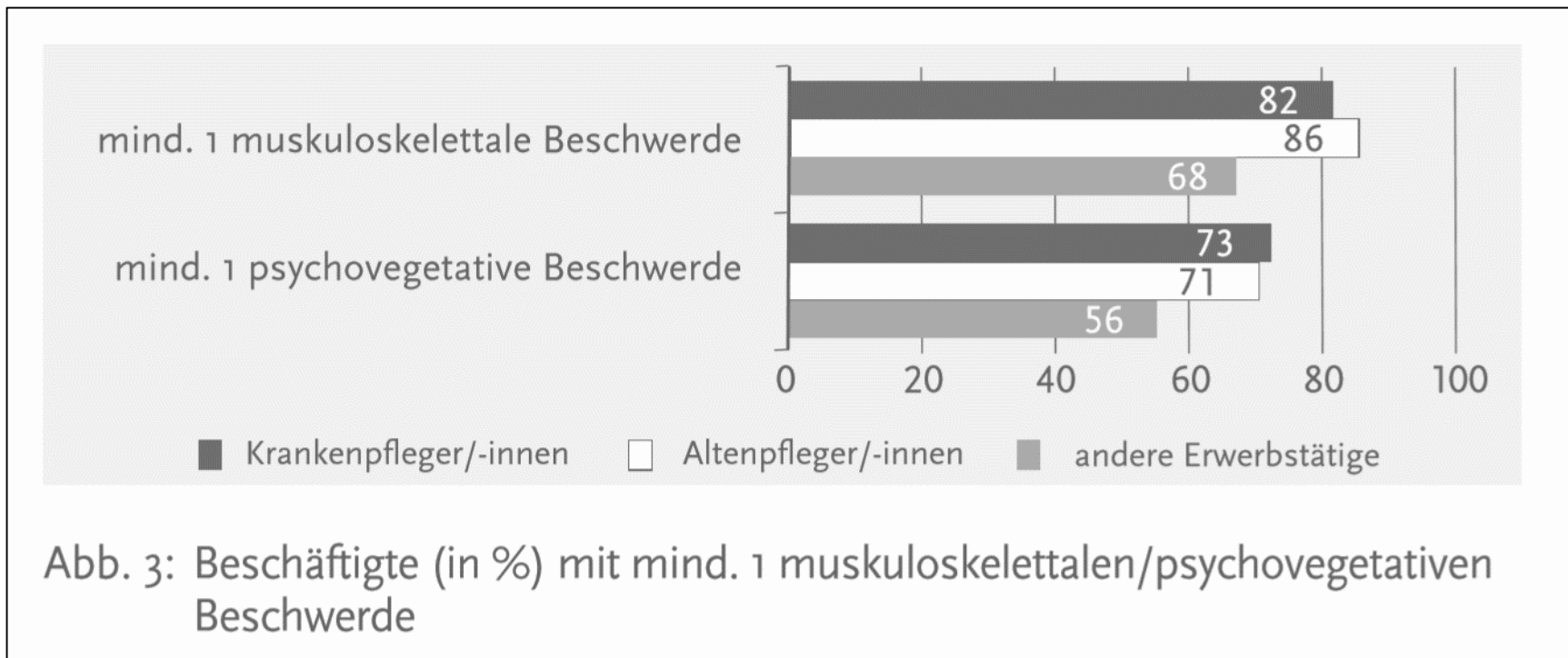


Abb. 1: Beschäftigte (in %) mit häufigen körperlichen und zeitlichen Anforderungen

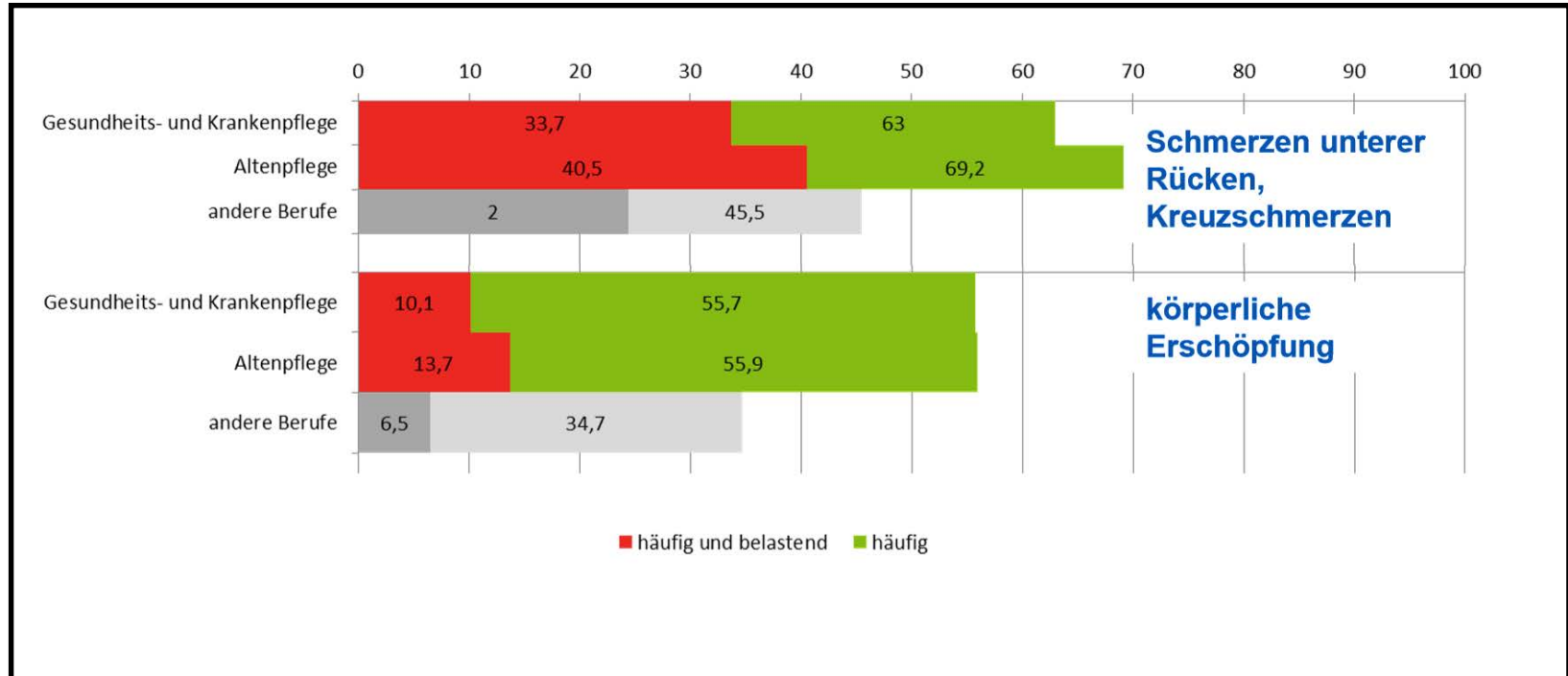
Stehen, Heben, Tragen in der Pflege



Beschwerden Pflegepersonal



Beschwerden Pflegepersonal



9.2 Stationäre und ambulante Pflege, Sozialdienst in Tagesstätten

Gefährdung/Thema/Schutzziel	T-O-P-Maßnahmen (Auswahl)	Informationen
RÜCKEN		
<p>Fehlbelastungen beim Bewegen und Umlagern und Umbetten von Patientinnen und Patienten können zu Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich und zu Rückenbeschwerden führen.</p> <p>Unter andauernder Belastung können sich daraus ernsthafte Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems entwickeln.</p> <p>Psychische Belastungen und soziale Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle. Dabei kann ein Kreislauf von sich wechselseitig verstärkenden Schmerzen und Belastungen beginnen.</p> <p>Schutzziel: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems werden langfristig und nachhaltig vermieden.</p>	<p>Technisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatz ergonomisch gestalten: <ul style="list-style-type: none"> – vollständig elektrisch verstellbare Pflegebetten – höhenverstellbare Badewannen und Toiletten • technische Hilfsmittel wie fest installierte oder mobile Lifter und Umsetzhilfen bereitstellen • kleine Hilfsmittel wie Gleitmatten, Antirutschmatten, Haltegürtel, Bettleiter bereitstellen <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation (Personalschlüssel, Arbeitszeiten, Dienstpläne, Arbeitsabläufe) optimieren • für ambulante Pflege frühzeitig Bedarf an Hebehilfen einplanen • rückengerechtes Arbeiten bei der Pflegeplanung berücksichtigen • Prüfung, Wartung und Austausch der Hilfsmittel organisieren <p>Personenbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückenschule, Fitnesstraining • Pflegekräfte in rückengerechter Arbeitsweise unterweisen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lastenhandhabungsverordnung • DGUV Vorschrift 1– Grundsätze der Prävention • DGUV Information 207-022 – Bewegen von Menschen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege – Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung nach der Lastenhandhabungsverordnung • U 762 – Bewegen von Patienten • M 655 – Starker Rücken • M 658 – Dresscode Pflege

Stationäre und ambulante Pflege, Sozialdienst in Tagesstätten

Gefährdung/Thema/Schutzziel	T-O-P-Maßnahmen (Auswahl)	Informationen
HAUT		
<p>Viele Pflegeetätigkeiten zählen zu den sogenannten Feuchtarbeiten. Sind die Hände häufig nass, schädigt das die Hautbarriere so stark, dass Fremdstoffe leichter eindringen können. Zu den Feuchtarbeiten zählen auch Handschuhtragezeiten (Schwitzen). Seifen, Reinigungs- und Desinfektionsmittel verstärken die Schädigung der Haut. Dies führt oft zu Entzündungen und in einigen Fällen schließlich zu Allergien.</p> <p>Medizinische Einmalhandschuhe sind für länger dauernde Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten nicht ausreichend chemikaliendicht.</p> <p>Schutzziel: Hautkrankheiten und Allergien werden vermieden.</p>	<p>Technisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allergenarme Produkte bereitstellen: zum Beispiel Nitrilhandschuhe, aldehydfreie Flächen- und Instrumentendesinfektionsmittel <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz- und Händehygieneplan erstellen • durch wechselnde Tätigkeiten die Handschuhtragedauer unter zwei Stunden am Tag halten • arbeitsmedizinische Vorsorge bei regelmäßig mehr als zwei Stunden Feuchtarbeit am Tag anbieten • bei regelmäßig mehr als vier Stunden Feuchtarbeit am Tag ist die arbeitsmedizinische Vorsorge verbindlich <p>Personenbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz- und Pflegemittel sowie geeignete Schutzhandschuhe bereitstellen • Hände eher desinfizieren als waschen, regelmäßig eincremen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahrstoffverordnung • Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge • TRGS 401 – Gefährdung durch Hautkontakt, Ermittlung – Beurteilung – Maßnahmen • BGI 504-24 – Arbeitsmedizinische Vorsorge G24 „Hauterkrankungen und Feuchtarbeit“ • DGUV Information 212-017 – Allgemeine Präventionsleitlinie Hautschutz – Auswahl, Bereitstellung und Benutzung • DGUV Regel 112-195 – Benutzung von Schutzhandschuhen • M621 – Achtung Allergiegefahr • M650 – Hauptsache Hautschutz • TP-HAP-11 – Gesunde Haut durch Schutz und Pflege • TP-HSP-11 – Hautschutz- und Händehygieneplan für die Alten- und Krankenpflege



Geben Sie acht auf sich !

Dr. Kerstin Schrader kerstin.schrader@spektrum-akademie.berlin

Nachbereitungsaufgabe zur 3. Präsenz – Frau Dr. Schrader

Liebe Teilnehmende,

In der letzten Präsenz haben Sie sich mit der Prävention von physischen Belastungen beschäftigt, die Sie nun in diesem Nachbereitungsauftrag anwenden können.

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, eine zielgerichtete Präventionsmaßnahme zur Verringerung/ Vermeidung von physischer Belastung zu konzipieren. Nutzen Sie hierzu das HAPA Modell als theoretischen Hintergrund.

Wir empfehlen Ihnen folgendes Vorgehen:

1. Greifen Sie auf die TOP-Analyse Ihres Arbeitsplatzes zurück. Entscheiden Sie sich für einen der 3 Bereiche und wählen Sie mindestens eine physische Belastung aus, für deren Reduktion Sie eine Intervention/ Konzept in Ihrer Einrichtung entwickeln möchten.
2. Betrachten Sie die gegenwärtige Situation in Ihrer Einrichtung bezüglich dieser physischen Belastung mit der „Brille“ des HAPA- Modells. Beschreiben Sie, in welcher Phase sich die Person/ die Personen in Bezug auf die physische Belastung befindet/befinden. Begründen Sie Ihre Zuordnung.
3. Entwickeln Sie ein Konzept entsprechend der getroffenen Zuordnung und beschreiben Sie die sich daraus ableitenden Strategien. Das Konzept soll enthalten:
 - Die Beschreibung der Zielgruppen mit der Zuordnung zur entsprechenden Phaseneinteilung (HAPA-Modell).
 - Beschreibung der Rahmenbedingungen u.a. Zeit, Geld, Material, Personal
 - Beschreibung der Durchführung der Maßnahme
 - Beschreibung der Auswertung/ Evaluation der Maßnahme

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 3. Präsenz“ als Datei bis zum **20.12.2019** in Moodle- im Abgabeordner „3. Selbstlernphase“ – „Nachbereitung: Frau Dr. Schrader“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz3_Nachbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück



Prüfungsaufgabe Modul 4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Arbeitsauftrag

Ziel der Prüfungsaufgabe ist es, ein Konzept, welches auf den kennengelernten Modellen und Maßnahmen basiert, für eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung zu entwickeln. Ihr Konzept soll Veränderungen auf der Verhältnis- und Verhaltensebene berücksichtigen.

- 1) Erläutern Sie, welche gesundheitsförderliche Maßnahme zur Verhaltensänderung Sie mit Ihrem Konzept auf den Weg bringen wollen. Ihr Konzept kann sowohl psychische als auch physische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung berücksichtigen. Ebenso ist ein Konzept denkbar, dass beide (psychische und physische) Komponenten berücksichtigt.
- 2) Überlegen Sie, wie ein Konzept für Ihr/e Unternehmen/Zielgruppe/Zielperson aussehen könnte. Folgende Aspekte soll die Ausarbeitung Ihres Konzepts beinhalten:
 - a. Begründung der ausgewählten Maßnahme: Warum diese Maßnahme? (Anlass/Vorgeschichte, bisherige Lösungsversuche)
 - b. Welche Ziele sollen erreicht werden?
 - c. Was ist der erwartete Nutzen?
 - d. Welche Personengruppen sind beteiligt? (Zielgruppe, Anwender, Betroffene, Entscheider etc.)
 - e. Wie soll die Umsetzung aussehen? Sind bestimmte Vorgehensweisen und Methoden erwünscht /unerwünscht?
 - f. In welchen Handlungsfeldern der Ottawa-Charta wären ebenfalls Veränderungen für Ihre Maßnahme sinnvoll. Erläutern und begründen Sie, wie diese Veränderungen aussehen sollten.
 - g. Welche Veränderungen sind auf der Ebene des Verhaltens zu berücksichtigen bzw. wie kann der Einzelne im Veränderungsprozess unterstützt werden. Begründen Sie Ihr Vorgehen mit Hilfe von mind. einem kennengelernten Modell (z.B. TTM, Health-Belief-Modell, HAPA etc.)
 - h. Wie kann die Nachhaltigkeit Ihres Konzepts gewährleistet werden?
- 3) Erläutern Sie abschließend, wo Sie **Schwierigkeiten bei der Umsetzung** im Bereich des Verhaltens und im Bereich der Verhältnisse erwarten? Wie wollen Sie mit diesen Schwierigkeiten umgehen?

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Prüfungsaufgabe“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **06.01.2020** in Moodle- im Abgabeordner „Prüfung“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens und dem Wort „Prüfung“, (Beispiel: Mustermann_Prüfung). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit!

Modulabschlussprüfung Modul 4: „Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken“

Name der Präsentierenden: _____

Aufgabe	Notizen
Es wird deutlich, welche gesundheitsförderliche Maßnahme zur Verhaltensänderung durchgeführt werden soll.	
Die Auswahl der Maßnahme wird nachvollziehbar begründet .	
Das Ziel und der Nutzen der gesundheitsförderlichen Maßnahme werden nachvollziehbar erläutert.	
Die beteiligten Personengruppen werden hinsichtlich ihrer Beteiligung an der gesundheitsförderlichen Maßnahme unterschieden und beschrieben.	
Die für die Umsetzung relevanten Methoden/Vorgehensweisen werden begründeterläutert.	
Für die gesundheitsförderliche Maßnahme werden mögliche Veränderungen in den Handlungsfeldern der Ottawa-Charta begründet erläutert.	

Der Veränderungsprozess wird mit Hilfe eines kennengelernten Modells (HAPA, Health-Belief, TTM...) begründet erläutert.	
Es werden Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit berücksichtigt.	
Mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung werden antizipiert und mit Lösungsvorschlägen versehen.	
Präsentation und Materialien sind inhaltlich korrekt und ansprechend gestaltet.	
Sonstiges	

**Modul 5:
Interprofessionelle
Teamarbeit und
Teamkultur in
Gesundheitsberufen
gestalten**

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Erfahrungsaustausch und Teamarbeit als Herausforderungen in Gesundheitsberufen

UNI
FREIBURG

Seminarleiterin

PD Dr. Mirjam Körner

Derzeitige Arbeitsstelle: Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Studium, Aus- und Weiterbildung: Betriebswirtin, Psychologin,
Personalentwicklung, systemische Ausbildung
in Beratung und Therapie

Schwerpunktthemen in der Forschung

- Teamarbeit, Team- und Organisationsentwicklung
- Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- Kommunikation und Entscheidungsfindung, Training, Coaching

Übersicht über den Nachmittag

- Vorstellung mit Karten
- Reflexion über das eigene Team und seine Stärken und Schwächen (Bild malen)
- Sammeln was macht ein gutes Team aus (Kleingruppenarbeit)

UNSER TEAM IM BILD



- ▶ Zeichnet ein Bild, das eure persönliche Sicht auf die aktuelle Situation eures Teams, sein Umfeld und euch verdeutlicht.
- ▶ Verwendet Farben, Formen, Symbole, Metaphern – keine Worte

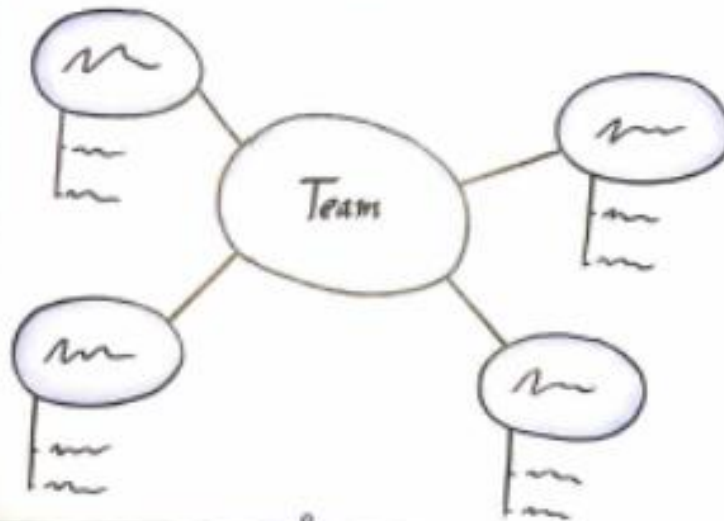
Zeit: 20 min

Auswertung

- Was sind für mich die wichtigsten Ressourcen, Stärken des Teams?
- Worin sehe ich die größten Belastungen?
- Wo gibt es Gemeinsamkeiten?
- Sehe ich irgendein Teammitglied jetzt in einem neuen Licht?
- Welches Bild hat mich besonders beeindruckt? Weshalb?

TEAM

Was macht ein gutes Team aus?



Entwickeln Sie ein Mind-Map



Präsentation im Plenum



20 Minuten Zeit

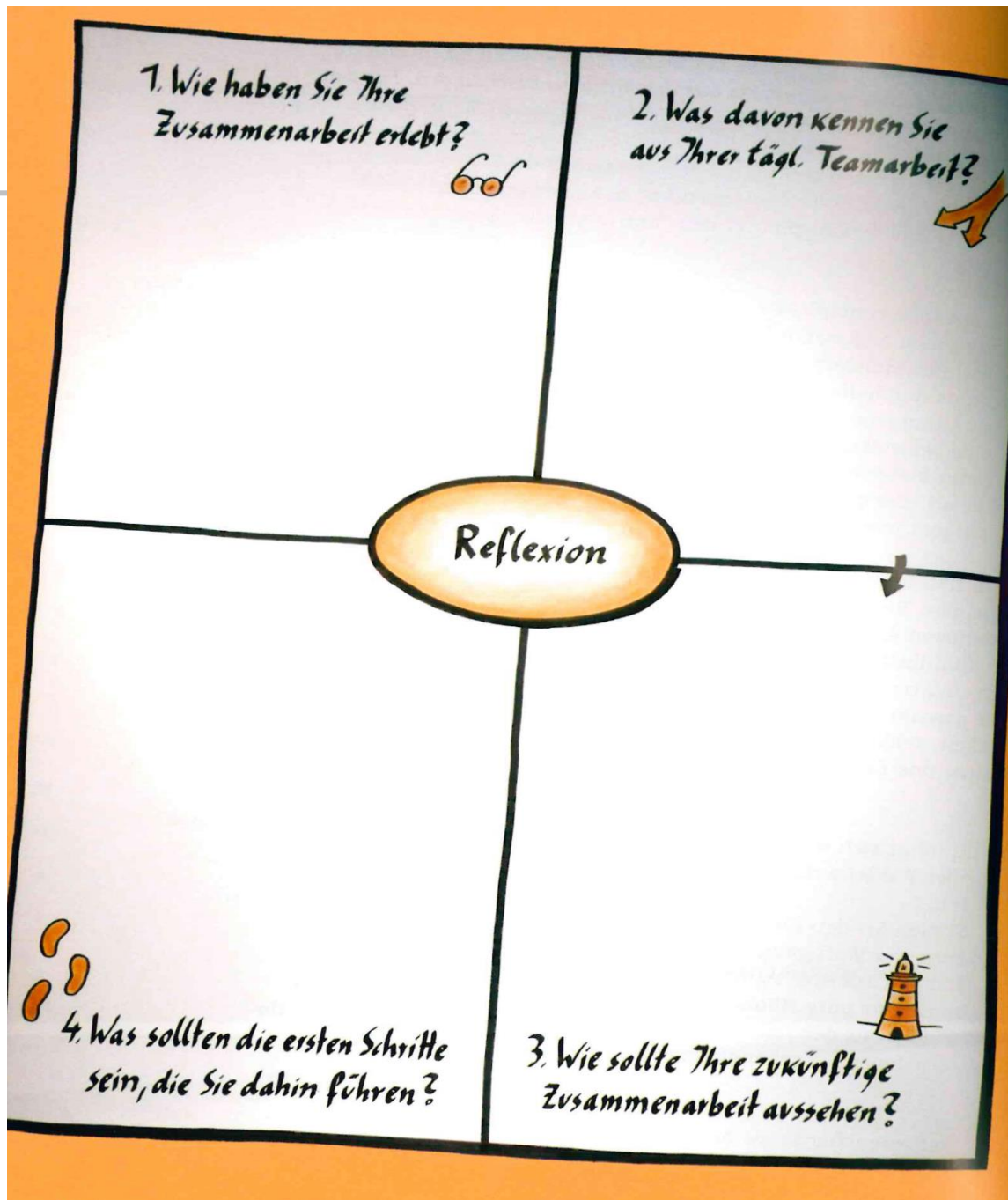
Seibel & Rickert,
2019



Seibel & Rickert,
2019

Reflexion (Meta-Ebene)

- Wie haben Sie Ihre Zusammenarbeit erlebt?
- Was davon kennen Sie aus der Zusammenarbeit in Ihrem Team/in Ihrer Organisation?



Ausblick auf Samstag

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Literatur

- Seibel, T. & Rickert, K.E. (2019). Teamdynamik entwickeln, begleiten, gestalten. Workbook für Trainer, Coachs und Facilitators. Bonn: ManagerSeminare
- Funcke, A. & Braemer, G. (2019). Ein Herz fürs Team. Methodensammlung für Teamworkshops und Teamentwicklungen. Binn: Manager Seminare

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Team und Teamdynamik

Einstieg







- Kurzer Rückblick zum ersten Teil (Freitag Mittag)
 - Zusammenfassen/Wiederholen
 - Offen gebliebene Fragen zu den Inhalten am Vortag?



Arbeiten Sie in einem Team ?



Drei weitere Fragen

1. Hat Ihr Team klare Ziele?  
2. Arbeiten Sie eng zusammen, um diese Ziele zu erreichen?  
3. Treffen Sie sich regelmäßig, um über Ihre Leistungen zu sprechen und um zu überlegen, wie diese verbessert werden könnten?  

□ Wenn Sie eine oder mehr der Fragen mit NEIN beantworten, dann handelt es sich um ein Pseudo-Team.

(West, 2012)

Was ist ein echtes Team?



Klare, gemeinsame Ziele

Enge Zusammenarbeit zur Zielerreichung

Regelmäßige Besprechungen der Teamarbeit und der Weiterentwicklungsmöglichkeiten

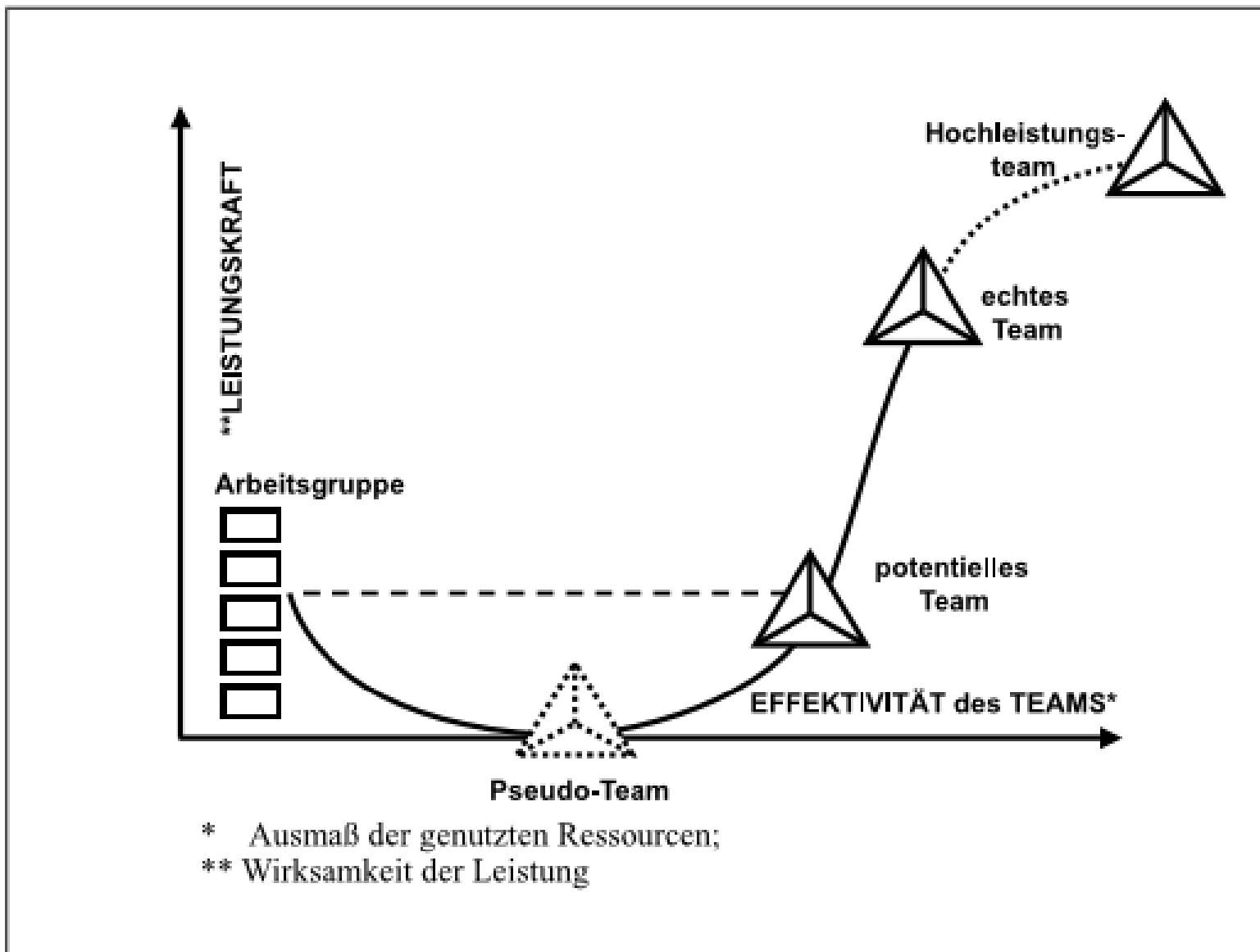
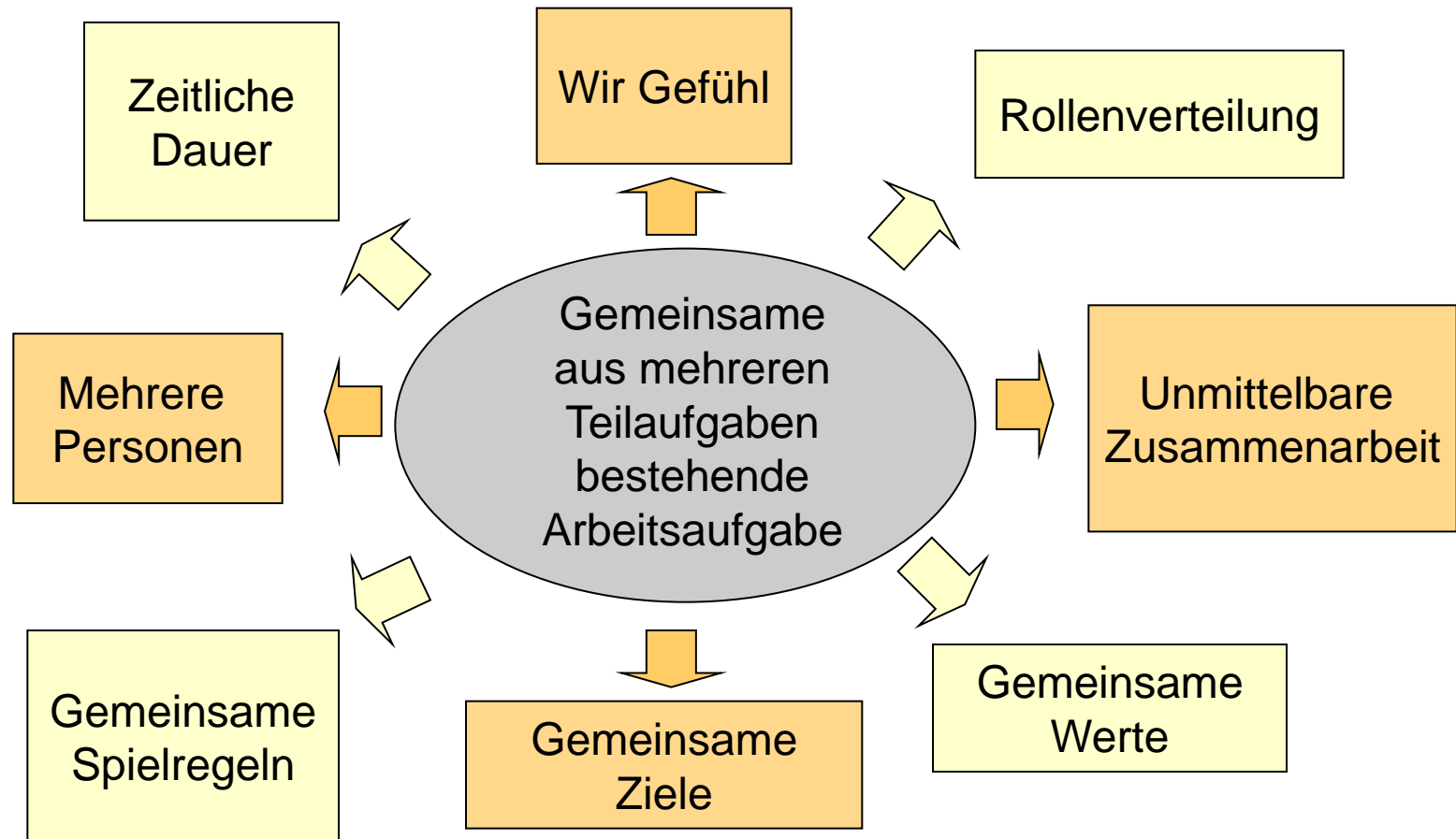


Abbildung 6-1: Die Team-Leistungskurve
 (Quelle: Katzenbach/Smith 2003, S. 118)

Schiersmann & Thiel, 2014, S. 245

Was kennzeichnet Teamarbeit?



(Antoni C.H., 2000)

Teamarbeit verlangt

- Gemeinsame Ziele
- Offene Kommunikation
- Zuordnung von Rollen und Verantwortung
- Die Fähigkeit Fehler zu erkennen
- Rückschläge wegzustecken
- Ideen einzubringen
- Meinungsunterschiede auszuhalten
- Konflikte zu lösen
- Persönliche Ambitionen zurückzustellen
- Egoismus und Individualismus zu zügeln (doch beides auch nicht völlig zurückzunehmen)



Teamdynamik

- Team: Soziale und funktionale Struktur, deren Zusammenarbeit von diversen veränderlichen Prozessen gekennzeichnet ist.

- Veränderliche Prozesse
 - zum einen bezogen auf die Zusammenarbeit im Team, die Leistung und Produktivität
 - zum anderen die Rollen der Teammitglieder

Scholz, 2018

Teamdynamik

- Dynamische Prozesse, die nach einem gewissen Schema ablaufen, das in Phasen beschrieben werden kann. Dieser Mechanismus kann nutzbar gemacht werden, indem man Ziele definiert, Rollen verteilt sowie Regeln und Normen festlegt.

Scholz, 2018

Ziele der Teamdynamik

- Maßnahme zur Bildung bzw. Fortbildung von Teams
- Förderung der Entwicklung der einzelnen Teammitglieder
 - Training von sozialen emotionalen Kompetenzen, z.B. Empathie, Teamfähigkeit, Selbstbewusstsein – es geht dabei immer darum die Teammitglieder in Beziehung zu bringen und das Engagement in Bezug auf den gesamten Teamauftrag zu schärfen.

Scholz, 2018

Teamrollen nach Belbin

- Koordinator
- Macher
- Erfinder
- Beobachter
- Umsetzer
- Wegbereiter
- Mitspieler
- Perfektionist
- Spezialist

Scholz, 2018

Für eine andauernde produktiv-zielorientierte Dynamik ist wichtig:

- Stellen Sie sicher, dass sich das Team mit den Zielen identifizieren kann
- Finden Sie heraus, wer bei neuen Projekten im Team die meiste Unterstützung gibt, und nutzen Sie dieses Wissen zur Steuerung
- Achten Sie auf Neuzugänge und die damit verbundene Rollenverteilung im Team
- Besprechen Sie mit allen Teammitgliedern, was sie von ihnen erwarten
- Arbeiten Sie Probleme stark lösungsorientiert im Kontext aller Teamrollen auf.
- Stellen Sie sich die Frage, ob Sie die richtige Rollenverteilung im Team haben.

Scholz, 2018

Teamtypen

- Inspirator (Visionen)
- Realist (Tatsachen)
- Kreativer (neue Perspektiven)
- Pragmatiker (Machbarkeit, kleinste gemeinsamer Nenner)
- Promoter (Begeisterung, Stimmung)

Gruppendynamik

- Kurt Lewin (Begründer)
- Jacob Moreno (angewandte Gruppendynamik)

Rangdynamik nach Raoul Schindler

- Menschen in Gruppen betrachten sich häufig als gleichrangig, obwohl ihr Verhalten sehr individuell ist und sich eine Rollenverteilung (Rangdynamik) entwickelt. Es geht dabei um Macht und Einfluss.
- Man kann Positionen einnehmen und ablegen als auch verliehen bekommen wie ablehnen
- Erst durch die Annahme und Akzeptanz der anderen Teammitglieder werden die Positionen zur Praxis

Scholz, 2018

Rangdynamische Positionen

- Alpha (Führung, Sprecher, Leiter)
- Beta (Experte, Stellvertreter, Berater)
- Gamma (Teammitglied, Arbeiter)
- Omega (Alpha-Gegner, Querdenker, Störer)

Scholz, 2018

Alpha-Position

- Formuliert Ziele, die Gruppe folgt
- Sprachrohr der Gruppe
- Repräsentiert die Gruppe nach außen
- Verhandlungsorgan nach innen und außen
- Setzt inhaltliche Impulse und Interventionen

Scholz, 2018

Beta-Position

- Neutrale Rolle als Experte, Spezialist oder Berater, gibt inhaltliche Ratschläge, fachliche Unterstützung
- Wird zur Rate gezogen
- Geben fachlich neutrale Impulse, sind insgesamt eher zurückhaltend
- Haben auch außerhalb der Gruppe Bezugspersonen

Scholz, 2018

Gamma-Position

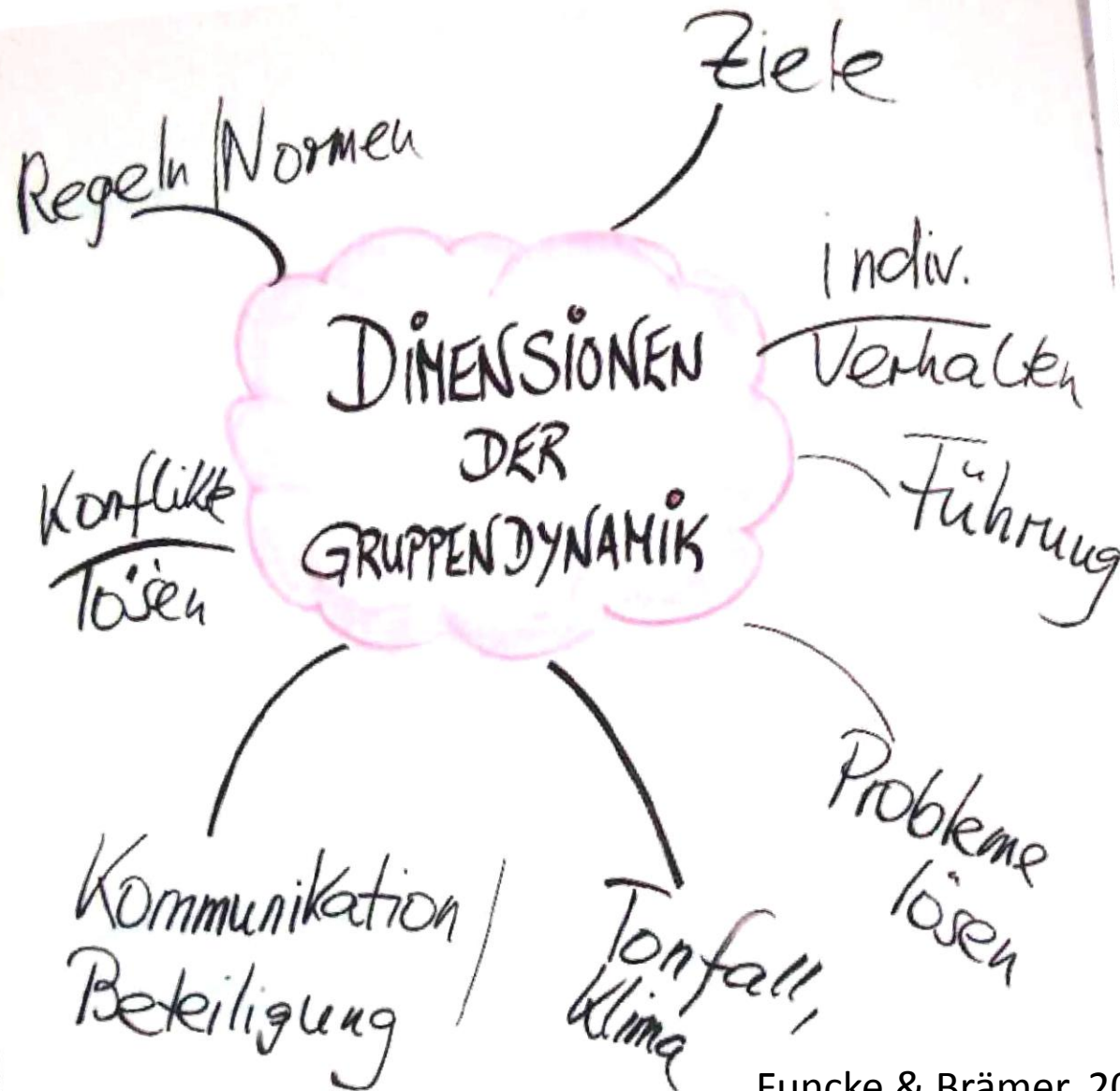
- Einfache Gruppenmitglieder, identifizieren sich mit Alpha (stimmen Alpha zu, bestärken Alpha in der Zielfindung, imitieren Alpha)
- Sind die Mehrheit in der Gruppe und haben keinen Führungsanspruch
- „fleißige Bienen“
- Reagieren stark auf die Einwände von Omega

Scholz, 2018

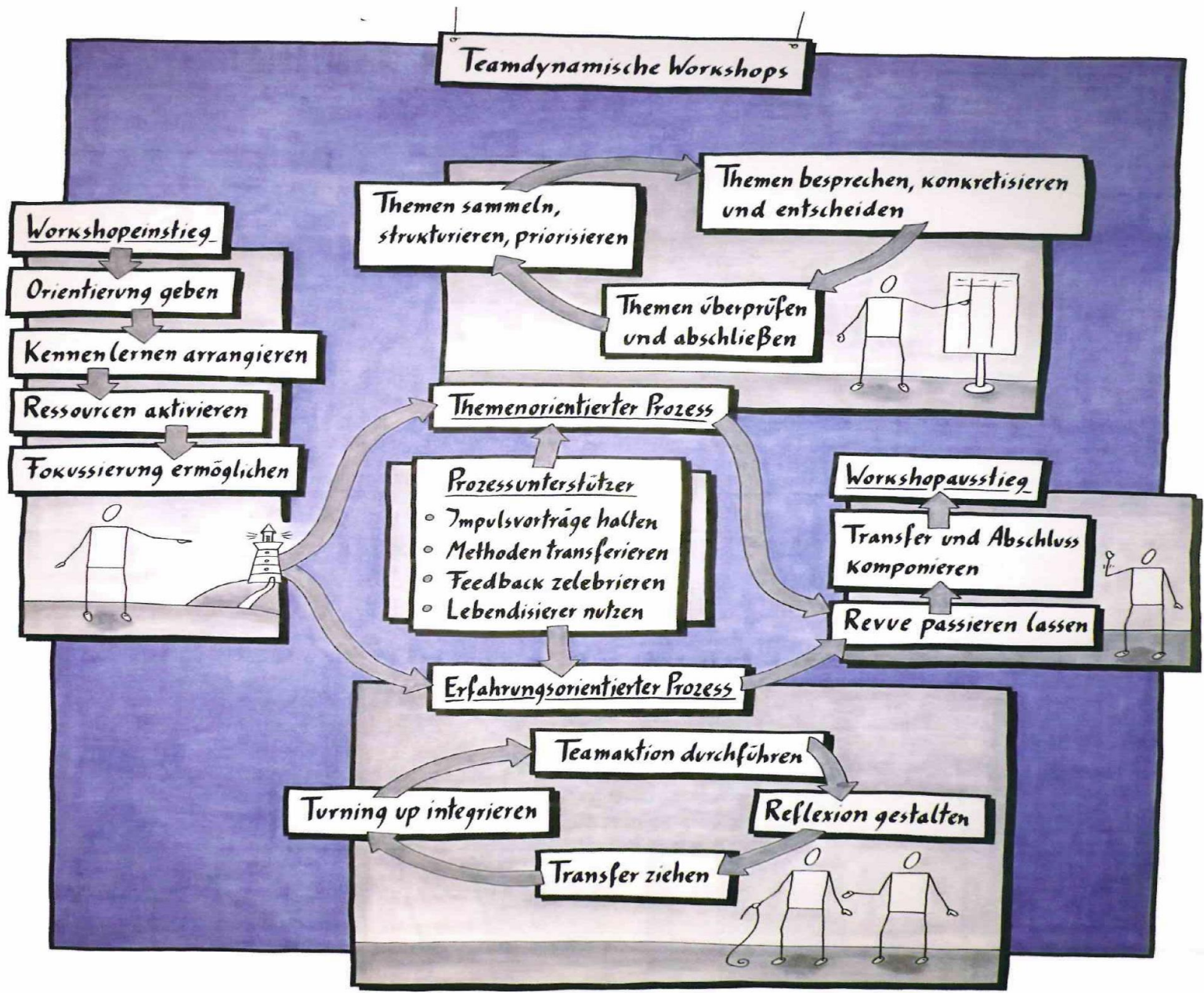
Omega-Position

- Opposition, sprechen kritische Punkte an und nehmen eine gegenteilige Position zu Alpha ein, hinterfragt Werte kritisch, leistet Widerstand
- Störenfried/Sündenbock kann aber auch eine konstruktive Position sein
- Achtet auf Sicherheit und Qualität
- Gegner einer schnellen Lösung

Scholz, 2018



Funcke & Brämer, 2019, S. 31



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Literatur

- West, M. (2012). Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Scholz, D. (2018). Keiner kann so viel wie alle. Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen. Wien: Facultas.
- Schmitz, M. (2015). Teamcoaching. Grundlagen, Anleitungen, Fallbeispiele. Weinheim: Beltz

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

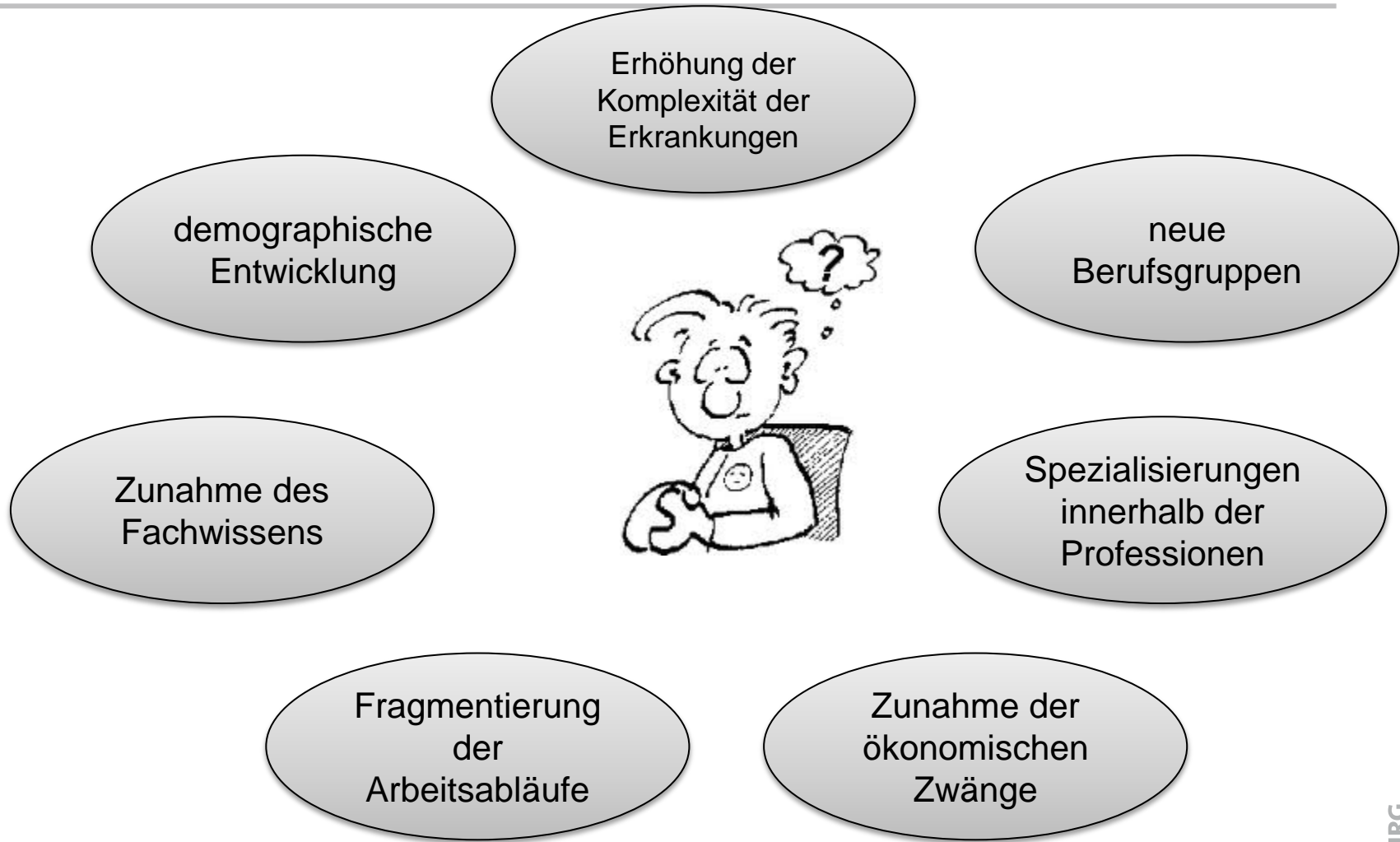
Interprofessionelle Kommunikation - Von der Anwendung einer gemeinsamen Sprache bis hin zur Umsetzung von Fallbesprechungen

Interprofessionelles Team

PD Dr. Mirjam Körner
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universität Freiburg

UNI
FREIBURG

Interprofessionalität – Warum?



Wozu Interprofessionelle Kommunikation?

- Patientenorientierte Behandlung
- Praktische Probleme lösen
- Verteilte Kompetenzen zusammenführen
- Spezialisierungen nutzen
- Effektivität und Effizienz steigern

Das Konzept der Patientenorientierung

„Gesundheitsversorgung, die respektvoll ist und auf die Werte, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten reagiert und garantiert, dass die Werte des Patienten alle klinischen Entscheidungen leiten.“ (IOM, 2001)

„Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten.“ (Klemperer, 2000)

verschiedene Modelle unterschiedlicher Komplexität:

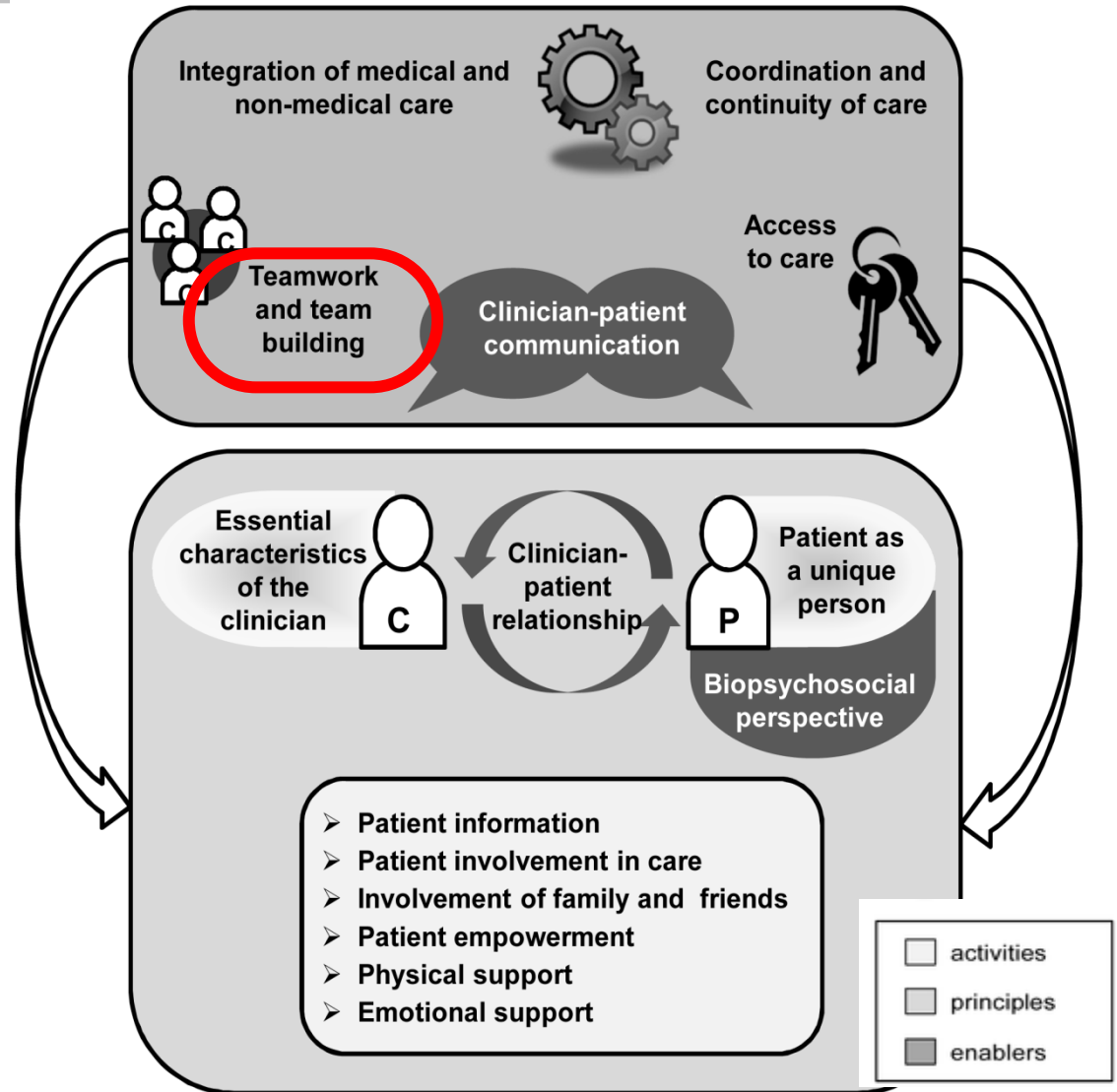
- Arzt-Patient-Interaktion, Verantwortungsverteilung, biopsychosoziale Perspektive elementar (Stewart et al., 2012; Leplege et al., 2007; Mead & Bower, 2000)
- Integration von zusätzlichen strukturellen und organisatorischer. Faktoren wie Zugang zur Versorgung, Koordination, interprofessionelle Teamarbeit (Bleses, 2005; Körner, 2009; Körner, 2013; Zill, Scholl, Härter & Dirmeier, 2013)



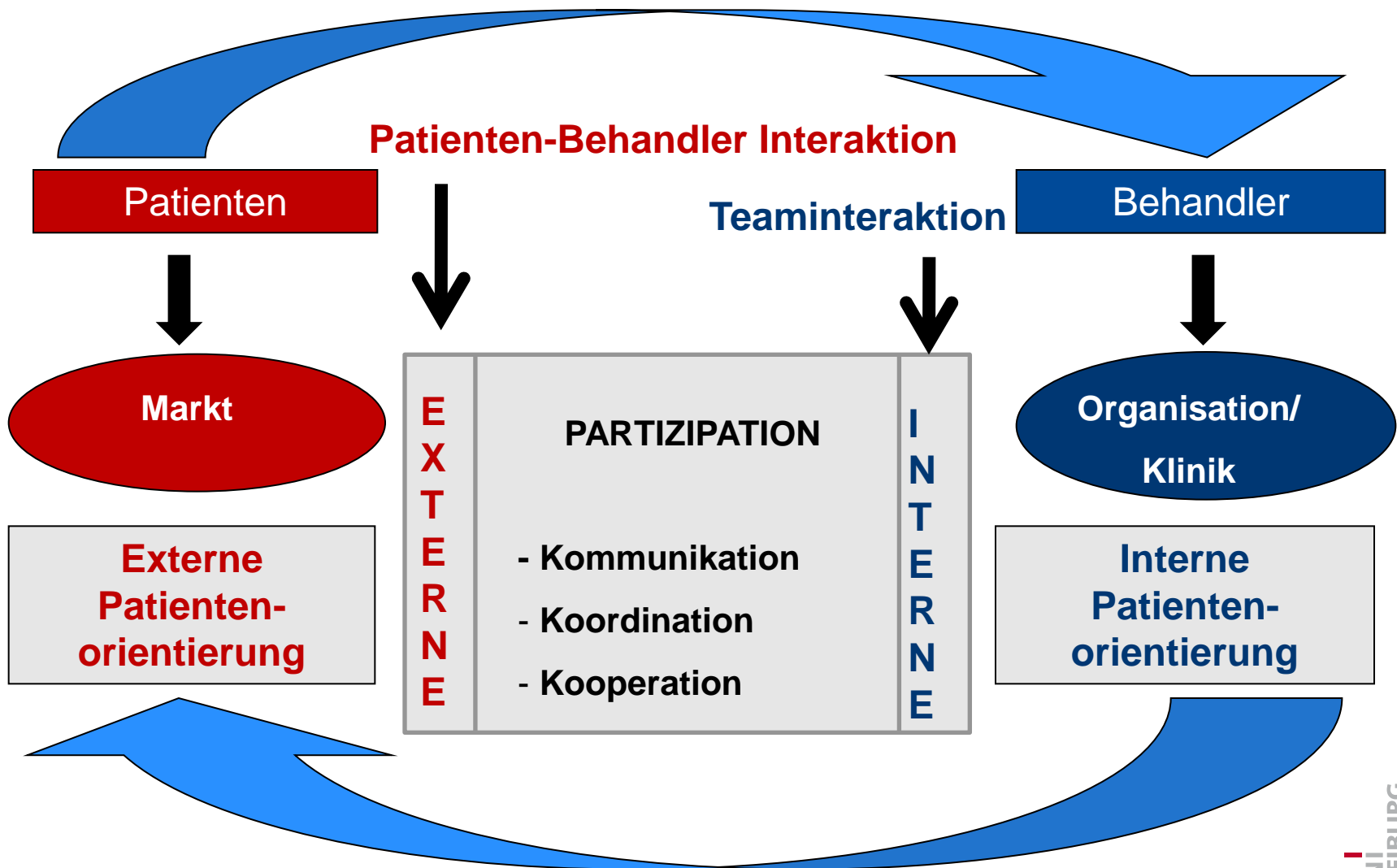
Integriertes Modell der Patientenorientierung

TOP 5:

- Patient als Individuum
- Patientenbeteiligung an Versorgungsprozessen
- Patienteninformation
- Behandler-Patient-Kommunikation
- Empowerment des Patienten



Integrierte Patientenorientierung



Definition Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)

- ... wenn „Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden“

(Kälble, 2004, S. 40)

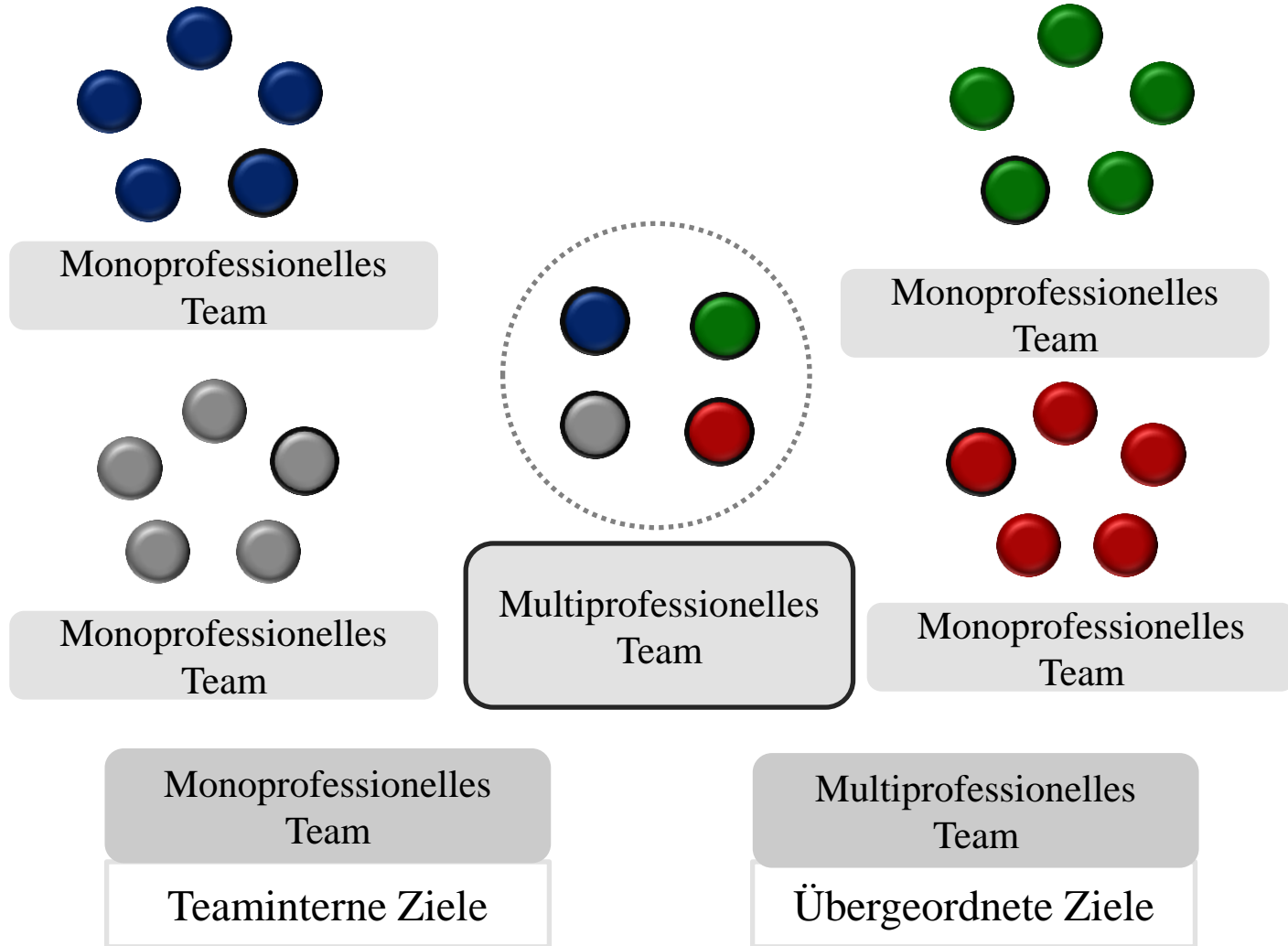
Interprofessionelle Teamarbeit beinhaltet...

- eine starke Gleichrangigkeit der beteiligten Berufsgruppen
- gemeinsame (anstatt berufsbezogene) Festlegung und Besprechung von Zielen und Strategien
- gemeinsame (anstatt berufsbezogene) Abstimmungen im Team bezüglich der Behandlung
- ein hohes Maß an wechselseitiger Kommunikation im Sinne des Patienten

IPZ erfordert:

- Gemäß des „*National Interprofessional Competency Framework*“ der Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) sind die sechs wichtigsten Kompetenzen für eine erfolgreiche **interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)**:
 - Interprofessionelle Kommunikation
 - patientenorientierte Versorgung
 - Rollenklarheit
 - Arbeitsweise des Teams („team functioning“)
 - teamorientierte Führung
 - interprofessionelles Konfliktmanagement

Multi-Team System



Teammodelle

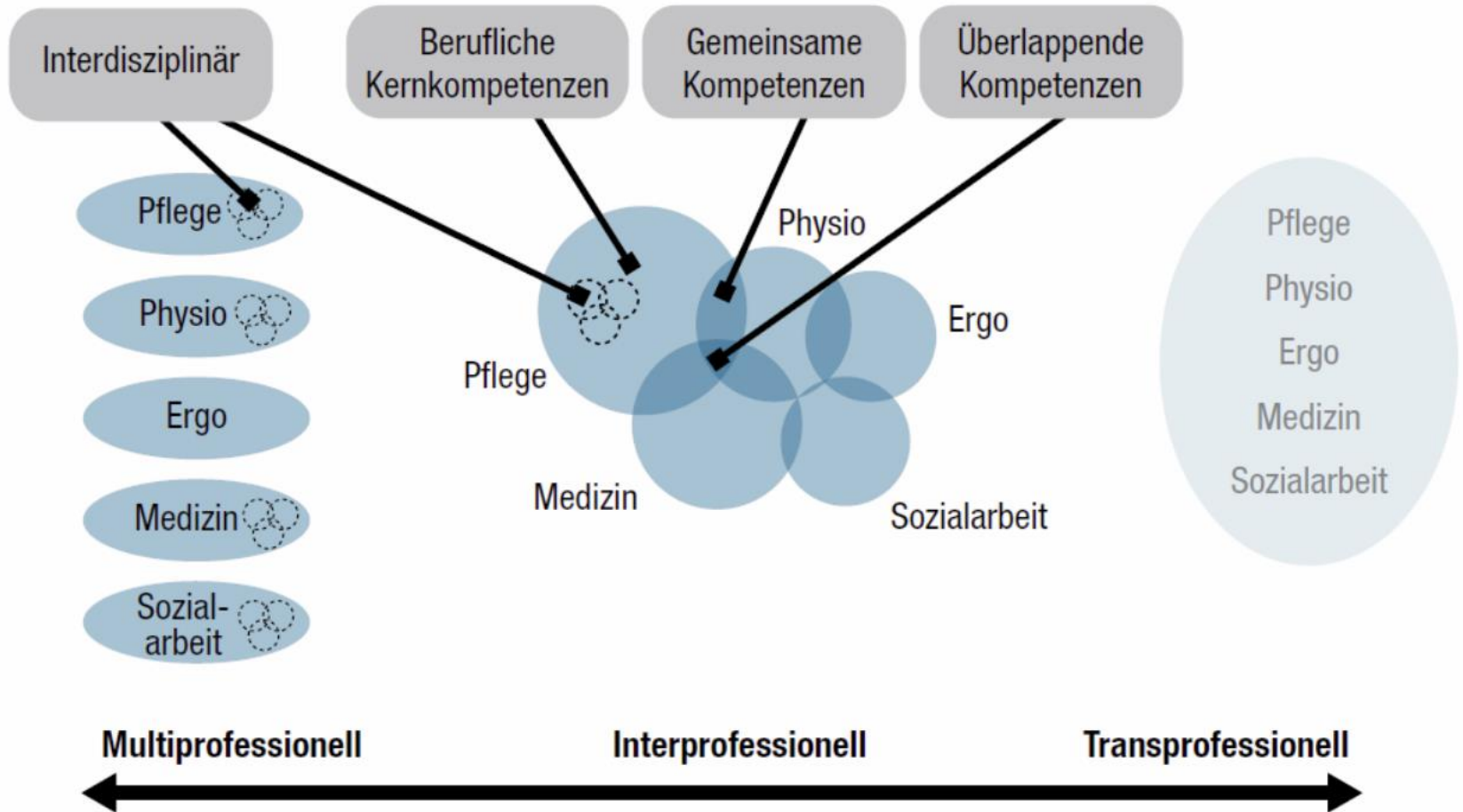


Abb. 1: Das Kontinuum des beruflichen Zusammenlebens (nach Jakobsen 2011) entnommen aus Sottas, Interprofessionelle Zusammenarbeit

Teammodelle

Kriterien	Multidisziplinäres Teammodell	Interdisziplinäres Teammodell
Profession	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Team
Organisationsstil	<input type="checkbox"/> disziplinentorientiert <input type="checkbox"/> hierarchisch	<input type="checkbox"/> patientenorientiert <input type="checkbox"/> gleichrangig
Führungsstil	<input type="checkbox"/> autoritär	<input type="checkbox"/> partizipativ-kooperativ
Kommunikationsstil	<input type="checkbox"/> Einseitig <input type="checkbox"/> meist bilateral <input type="checkbox"/> gelegentlich multilateral	<input type="checkbox"/> wechselseitig <input type="checkbox"/> regelmäßig multilateral
Entscheidungsstil	<input type="checkbox"/> Autonome Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/> Partizipative Entscheidungsfindung

modifiziert nach Körner et al., 2012

Teammodelle

	Multiprofessionell	Interprofessionell	Transprofessionell
Organisation	Streng hierarchisch	Hierarchisch bis gleichrangig	Gleichrangig
Führung	Autoritäre Führung	Delegative oder kooperative Führung	Selbstregulation des Teams (Laissez- faire)
Kommunikation	Einseitig, meist bilateral, gelegentlich multilateral	Wechselseitig Regelmäßig multilateral	Wechselseitig Regelmäßig multilateral
Koordination	Fachspezifische Ziele ohne unmittelbare Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen	Fachspezifische Ziele die im Hinblick auf ein gemeinsames Rehabilitationsziel abgestimmt werden	Ein gemeinsames übergeordnetes Rehabilitationsziel
Rolle	Jede Berufsgruppe konzentriert sich auf die eigenen Aufgaben	Die Rollen sind innerhalb des Teams aufgeteilt, die Teammitglieder interagieren miteinander	Teammitglieder übernehmen Aufgaben anderer Berufsgruppen bzw. überschreiten ihre Berufsrollen

Vergleich der Teammodelle

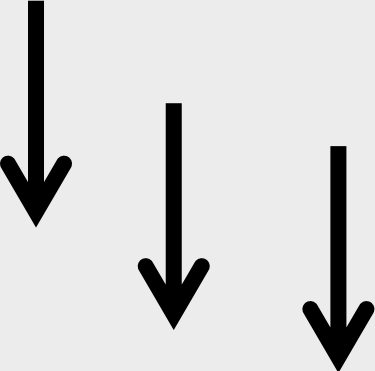
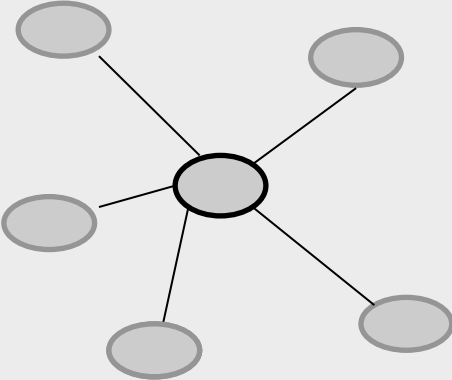
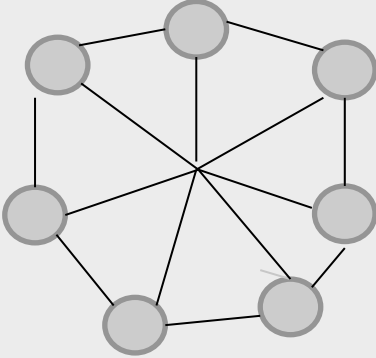
Table 4 Comparison of teamwork and staff satisfaction for multi- and interdisciplinary team approach (15 teams, $n=315$)

	Multidisciplinary team model (8 teams)			Interdisciplinary team model (7 teams)			T-test
	<i>n</i>	<i>M</i>	SD	<i>n</i>	<i>M</i>	SD	<i>P</i> -value
Teamwork (assessed through the Questionnaire on Teamwork^a)							
Structure orientation	142	4.14	0.89	173	4.48	0.82	<0.001
Person orientation	142	3.86	0.93	173	4.19	0.99	0.003
Subscales							
Objective orientation	142	4.31	0.93	173	4.66	0.81	<0.001
Task accomplishment	142	3.88	1.07	173	4.20	1.04	0.007
Cohesion	142	3.83	1.02	173	4.16	1.01	0.006
Willingness to accept responsibility	142	3.93	1.01	173	4.24	0.95	0.005
Satisfaction (assessed through the Questionnaire on Staff Satisfaction in Medical Rehabilitation^b)							
Workplace atmosphere	145	5.7	1.9	175	6.3	1.9	0.002
Leadership	145	5.8	2.4	175	6.1	2.3	0.270
Organization and communication	145	4.6	2.2	175	5.9	2.1	<0.001

^aSubscale values less than 4 are critical and indicate need for team development interventions.

^bScales of 1–10: Mean values below 5 are substandard.

Organisation IPZ

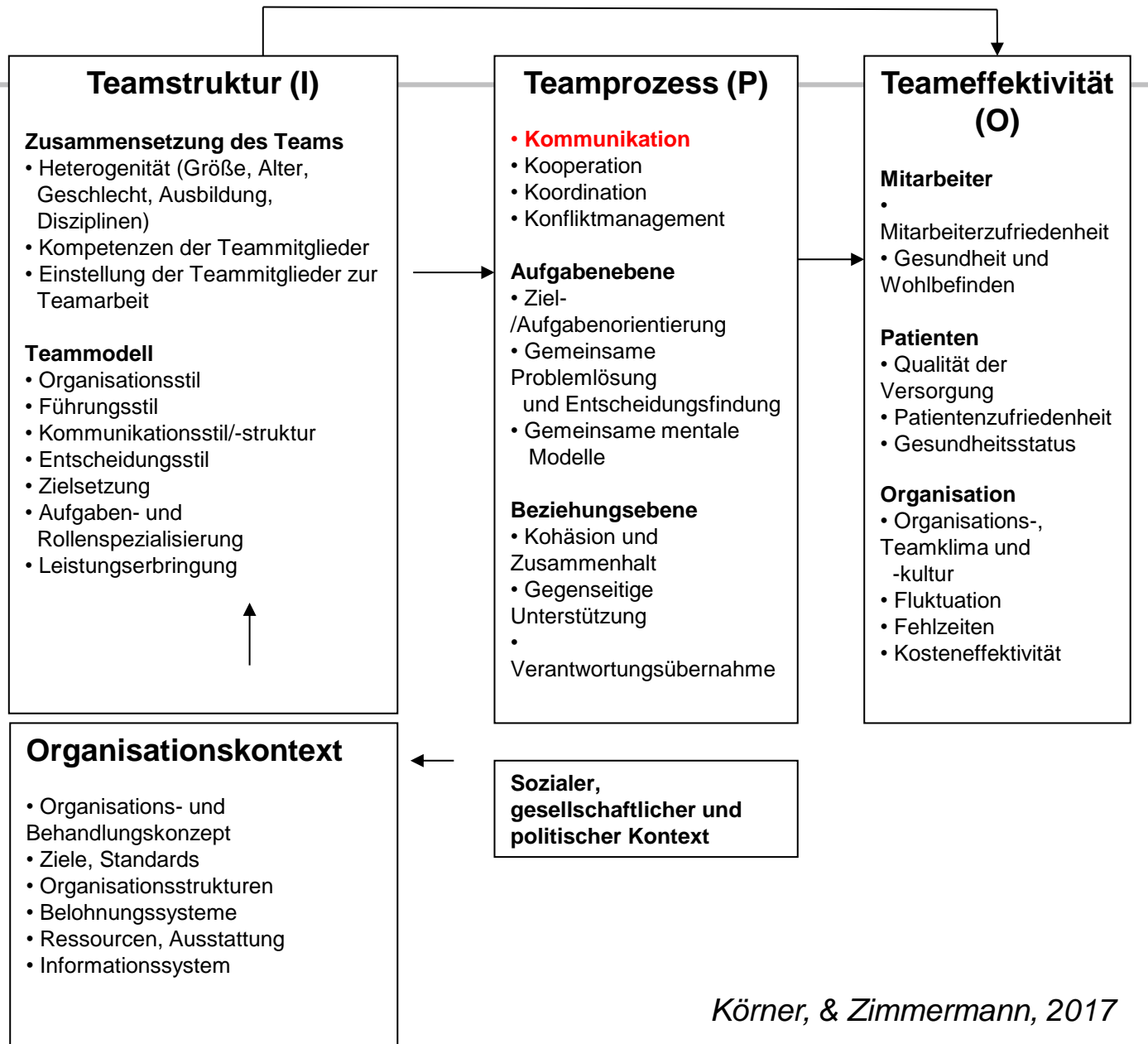
Programm	Knoten	Netz
		
<ul style="list-style-type: none">• Programmierter Ablauf• singuläre Kompetenzen aneinandergereiht• Jeder bleibt in seiner Expertise	<ul style="list-style-type: none">• Fall übersteigt Expertise des Einzelnen• Beratendes, konsiliarisches Hinzuziehen anderer Spezialisten	<ul style="list-style-type: none">• Grenzen der Expertise erreicht, gemeinsamer Dialog notwendig

Determinanten effektiver Teamarbeit

Tab. 3 Evidenz-Matrix von Determinanten effektiver Teamarbeit.

Determinanten erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit	Mickan & Rodger 2000	San Martin-Rodriguez et al. 2005	Lemieux-Charles & McGuire 2006	Mathieu et al. 2008	Bosch M. et al. 2009	Rico et al. 2011
Organisationale Determinanten						
Angemessene Ausstattung/Ressourcen (finanziell/administrative/technisch/Bildung)	X		X	X		
Vorhalten ausreichender und qualifizierter Mitarbeiter	X		X		X	
Ausgewogene Organisationskultur (Werte/Normen)	X	X	X	X		
Klare und geeignete Mitarbeiterführung und vorweisbare Führungskompetenz	X	X	X	X		
Klare Vision und realistische Ziele	X	X	X			
Teamkomposition/Teamzusammensetzung (angemessene Teamgröße, Charakteristika der Teammitglieder)			X	X	X	X
Prozessuale Determinanten						
Kommunikation (aktive/offene)	X	X	X	X		X
Koordination	X		X	X	X	X
Mitarbeiter-Partizipation und Einfluss auf Entscheidungsfindung	X		X	X		
Teamführung			X	X	X	X
Teamklima			X	X		X
Teamkohäsion	X		X	X		X
Positive Arbeitshaltung und Verhaltensnormen, positive Einstellung und Haltung zur Kooperation/Teamarbeit (kognitiv, affektiv, motivational)		X	X	X		X
Gegenseitiges interpersonales Vertrauen/Vertrauensbildung	X	X		X		X
Klare Teamziele und Aufgaben (Interdependenz)		X			X	X
Interprofessionelles Lernen		X		X		X

Teameffektivitätsmodell (IPO)



Team-Effektivitätsmodell

INPUT

- **INDIVIDUUM**
 - Eigenschaften der Teammitglieder
 - Führungsstil
- **TEAM**
 - Teammodell
 - Teamzusammensetzung
 - Autonomie im Team
 - Kommunikationsstruktur (z.B. Teammeetings)
- **ORGANISATION**
 - Organisationsstruktur
 - Organisationskultur

PROZESS

- **AUFGABENBEZOGEN**
 - Gemeinsames Ziel/gemeinsame Aufgabe
 - Kommunikation
 - Kooperation
 - Koordination
 - Wissensintegration
 - Partizipative Entscheidungsfindung
- **PERSONENBEZOGEN**
 - Verantwortungsübernahme
 - Konfliktmanagement
 - Kohäsion
 - Vertrauen
 - Respekt

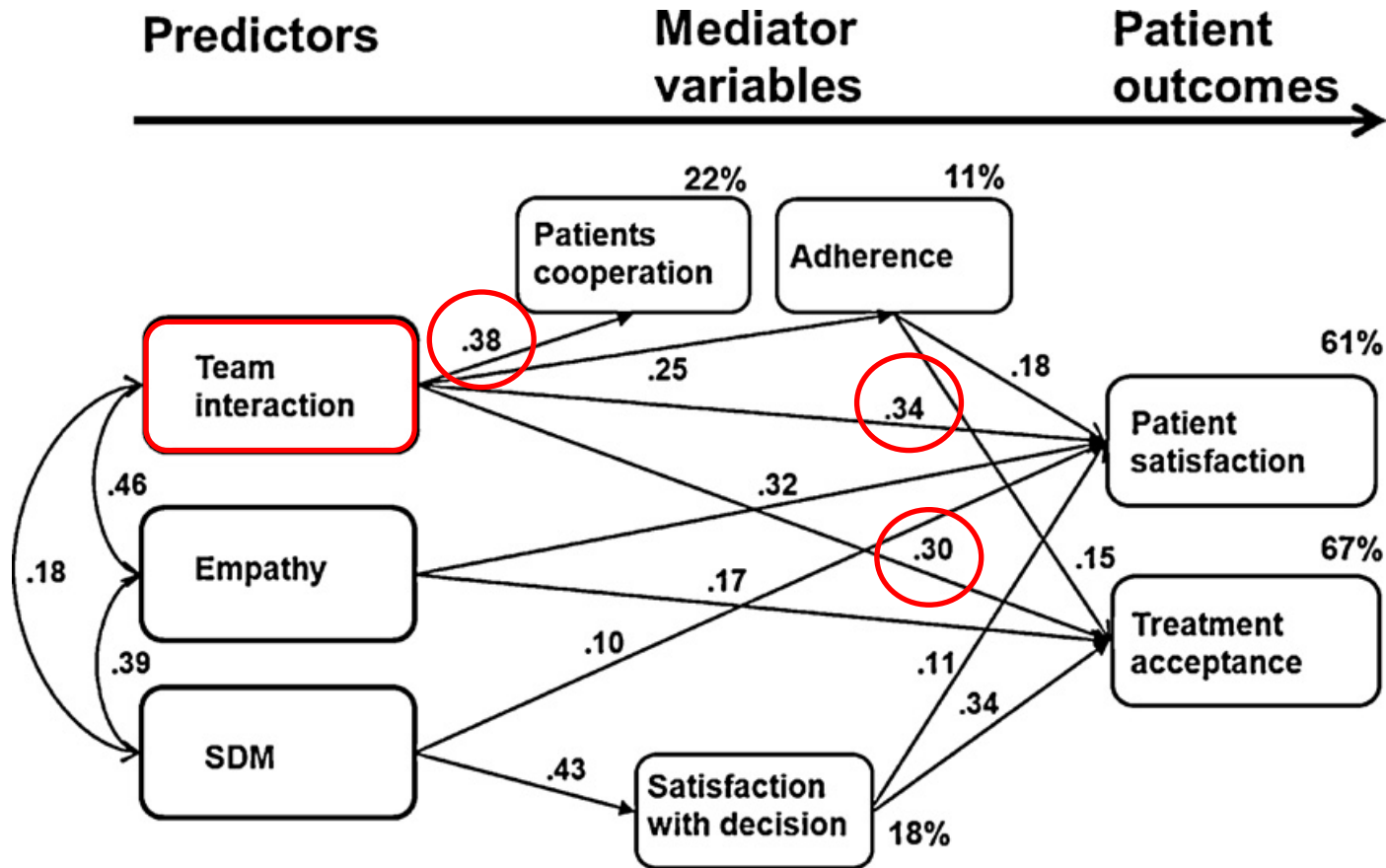
OUTPUT

- **MITARBEITER**
 - Arbeitszufriedenheit
 - Leistung
 - Wohlbefinden
- **PATIENTEN**
 - Behandlungserfolg
 - Patientenzufriedenheit
 - Patientenorientierung
- **ORGANISATION**
 - Patientenrekrutierung
 - Behandlungskontinuität
 - Organisationales Lernen
 - Effektivität und Effizienz

Effekte guter Teamarbeit -1-

- erhöhte Patientensicherheit (Firth-Cozens, 2001)
- verringerte medizinische Fehler (Manser, 2009)
- erhöhte Patientenzufriedenheit (Epstein, 2014; Quaschnig, Körner & Wirtz, 2014)
- effizientere Patientenbehandlung (Ross et al., 2000)
- geringere Mortalität (Lyubovnikova et al., 2015; West, 2012)
- erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit (Becker et al., 2016; Buttigieg, West & Dawson, 2011)
- reduzierter Stress (West & Lyubovnikova, 2013)
- eine verringerte Absicht zu kündigen (AbuAlrub, Gharaibeh & Bashayreh, 2012)

Effekte der Teamarbeit -2-



Qualität der Patientenzentrierung hängt von der interprofessionellen Zusammenarbeit ab!

Schwachstellen Teamprozess

- unklare Rollenverteilung und Überschneidungen von Rollen und Aufgaben, fehlende Regeln und Standards
- unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei der Behandlung bzw. fehlende gemeinsame Zielsetzung bzw. Abstimmung der Ziele
- Konflikte und die mangelnden oder mangelhaften Konfliktlösungen
- Kommunikation: Unterschiedliche Fachsprachen, fehlende oder nicht effektive Teamkonferenzen, Informationsmangel, selektive Informationsweitergabe

Bedingungen für interprofessionelle Kooperation (1)

Geklärte Beziehungen und Rollen

z. B.:

- Sind die Rollen im Team klar und transparent?
- Inwieweit sind Arbeitsstile miteinander vereinbar?
- Schwelen Beziehungskonflikte?

Bedingungen für interprofessionelle Kooperation (2)

Übereinstimmung der Interessen, Ziele und Prioritäten,

z. B.:

- Ist Kooperation an dieser Stelle und zu diesem Thema sinnvoll?
- Wird ein gleiches Maß an Zeit und Ressourcen investiert?
- Inwieweit hilft Zusammenarbeit bei der Erreichung individueller/ kollektiver Ziele?

Bedingungen für interprofessionelle Kooperation (3)

Fehlende Konkurrenz, z. B.: Konkurrieren die Beteiligten

- in Bezug auf Zuwendung, Ressourcen und
- Positionen?
- Wird Wissen bewusst zurückgehalten?

Bedingungen für interprofessionelle Kooperation (4)

Vertrauen in die Kompetenz der Kooperationspartner,

z.B.:

- Werden die Teammitglieder für ausreichend kompetent gehalten?
- steht Vertrauen in ihre Selbstständigkeit und Eigenverantwortung?

Werden die eigenen Kompetenzen ausreichend gewürdigt?

Quelle: Gellert und Nowak (2010) zitiert nach Höppner und Büscher (

Mittel zur Verbesserung der Interprofessionellen Kooperation

- Reflexion
- Kommunikationstraining
- Teamanalyse und Feedback
- Teamentwicklung/-coaching
- Checklisten
- Strukturierte Kommunikation
(Kommunikationstechniken)
- ...

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Teamanalyse und Teamentwicklung

Teamanalyse



Ziel von Teamanalysen

- Abbildung der gegenwärtigen Situation des Teams
- Bedarfsermittlung und Planungsgrundlage für Teamentwicklung
- Initiierung eines Teamdialogs/einer Teamdiskussion
- Sensibilisierung für Teamprozesse
- Evaluierung von Teamentwicklungsmaßnahmen

Instrumente für Teamanalysen

- Fragebogen
- Interviews
- Verhaltensbeobachtungen
- Soziale Netzwerkanalysen (Interviews, Fragekataloge, Beobachtungen)

Checkliste zur Einschätzung der internen patientenorientierten Kommunikation	
Teamgröße (klein vs groß)	Wie viele Mitarbeiter arbeiten im Team?
Teamzusammensetzung (homogen vs heterogen)	Wie ist das Team zusammengesetzt? Welche und wie viele Berufsgruppen arbeiten im Team zusammen?
Teammodell	
Organisationsstil (patientenorientiert vs disziplinentorientiert)	Wie ist das Team strukturell im Gesamtkrankenhaus verankert? Wie sind die Abläufe im Team organisiert? Werden patientenindividuelle Ziele vereinbart?
Führungsstil (autoritär vs partizipativ)	Wer führt das Team? Wie ausgeprägt ist die Hierarchie? Welcher Führungsstil herrscht vor? Wie sind die Rollen/Verantwortlichkeiten geregelt? In welchem Ausmaß kooperieren die Mitarbeiter miteinander? Wird Kooperation von der Führung vorgelebt?
Kommunikationsstil (bilateral vs multilateral)	Wer kommuniziert wie oft mit wem? Welche Kommunikationswege werden genutzt? Gibt es regelmäßige Teammeetings? Fühlen sich die Mitarbeiter ausreichend informiert?
Entscheidungsstil (autonom vs partizipativ)	Wie laufen Abwägungsprozesse im Team ab? Wie werden Entscheidungen getroffen? Wer trifft die Entscheidungen? Können Mitarbeiter in Ihrem Aufgabengebiet eigenständig entscheiden? Werden Entscheidungen gemeinsam getroffen oder werden Sie vorgegeben? Wer trägt die Verantwortung für eine Entscheidung?

Teamanalyse

6-Item Teamskala (Körner, 2012)

(Einsetzbar für Mitarbeiter und Patienten)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Kann ich nicht beurteilen
In der Klinik herrscht insgesamt ein freundliches Klima.	①	②	③	④	○
Die Behandler arbeiten Hand in Hand.	①	②	③	④	○
Absprachen zwischen den Behandlern untereinander funktionieren gut.	①	②	③	④	○
Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt.	①	②	③	④	○
Die einzelnen Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um.	①	②	③	④	○
Die Kommunikation im Team funktioniert gut.	①	②	③	④	○

Teamanalyse

- Fragebogen zur Arbeit im Team (Kauffeld, 2005)
 - Zielorientierung, Aufgabenbewältigung, Zusammenarbeit, Verantwortungsübernahme
- Team Puls (Wiedemann, Watzdorf & Richter, 2000)
 - Teamführung, Organisation, Engagement und Verantwortung, Organisatorische Einbettung, Kommunikation im Team, Ziel- und Leistungsorientierung, arbeitsbezogene Lernaktivitäten
- Teamklima-Inventar (Brodbeck et al., 2000)
 - Vision, Aufgabenorientierung, Partizipative Sicherheit, Unterstützung für Innovationen

- Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsproblemen in interdisziplinären Projektteams (WIP, Steinhalder et al., 2009)
 - Beispielitems:
 - Teammitglieder sind nicht bereit, sich auf eine andere Sichtweise einzulassen.
 - Teammitglieder können die eigene Sichtweise den anderen Teilnehmern nur unzureichend verständlich machen.

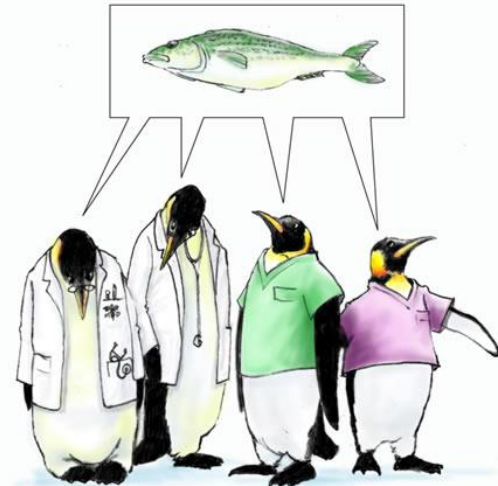
Ergebnisse der Teamanalyse

Analyse von 7 Reha-Kliniken (N= 272), Pflegekräfte (27%) und Physiotherapeuten (30%), Ärzte (18%), Psychologen und Sozialarbeiter (10%)

	M	SD	Problemhäufigkeit in %	
			trifft zu u. trifft eher zu	Trifft manchmal zu
WIP1: Teammitglieder können die eigene Sichtweise den anderen Teilnehmern nur unzureichend verständlich machen.	1.39	0.95	10.8 %	35.5 %
WIP2: Es wird zu wenig Zeit und Mühe aufgewendet, um ein gemeinsames Aufgabenverständnis zu entwickeln.	1.79	1.16	29.1 %	28.0 %
WIP3: Teammitglieder bemühen sich zu wenig, die Denkweisen und methodischen Vorgehensweisen der anderen Fachrichtungen zu verstehen.	1.64	1.08	20.3 %	31.8 %
WIP4: Teammitglieder haben unterschiedliche Zielvorstellungen für die Erledigung ihrer Aufgaben.	1.85	1.00	25.1 %	38.6 %

Ergebnisse der Teamanalyse

- Professionelle „Silos“: Berufsgruppen arbeiten nur mit Personen ihrer Berufsgruppe zusammen, kein Kollaborieren mit Kollegen anderer Disziplinen (Hall, 2005; Pecukonis, Doyle, & Bliss, 2008; World Health Organization, 2010)
- Gemeinsame mentale Modelle verbesserte Teamarbeit und –performanz (DeChurch & Mesmer-Magnus, 2010c)
- Intervention durch Teamentwicklung mit dem Fokus auf die Wissensintegration der miteinander kooperierenden Berufsgruppen bzw. des Aufbaus gemeinsamer mentaler Modelle





Dream teams are made - not born !

Infobox 5

„Dream teams are made – not born!“

Professionelle Leistungen auf höchstem Niveau können nur von Teams erwartet werden, welche regelmäßig kritische Situationen im Team trainieren. Alles andere ist Glück und Zufall. Keine andere Disziplin oder Industrie würde ihre Teams so unvorbereitet in eigentlich vorhersehbare Zwischenfälle laufen lassen wie die Medizin. Menschliche Höchstleistungen kommen, egal in welchem Feld, ob Sport, Schach, Fliegerei oder Kunst, von jahrelangem intensivem Training. Trainiert werden dabei immer wieder die Dinge, die am wichtigsten sind und die am wenigsten gut klappen („deliberate practice“). Die besten unter den Experten sind die, welche am meisten Stunden mit hartem Training von denjenigen Dingen zugebracht haben, die am schwierigsten sind (immer wieder das trainieren, was am schlechtesten funktioniert).

Teamarbeit ist ein Schlüsselfaktor für die Patientenorientierte Versorgung

Teamarbeitskompetenzen können trainiert werden

Der Aufbau eines Teamarbeitssystems benötigt komplexe Interventions- und Evaluationsprogramme

Rall & Lackner, 2010

Interventionen (und deren Evaluation)

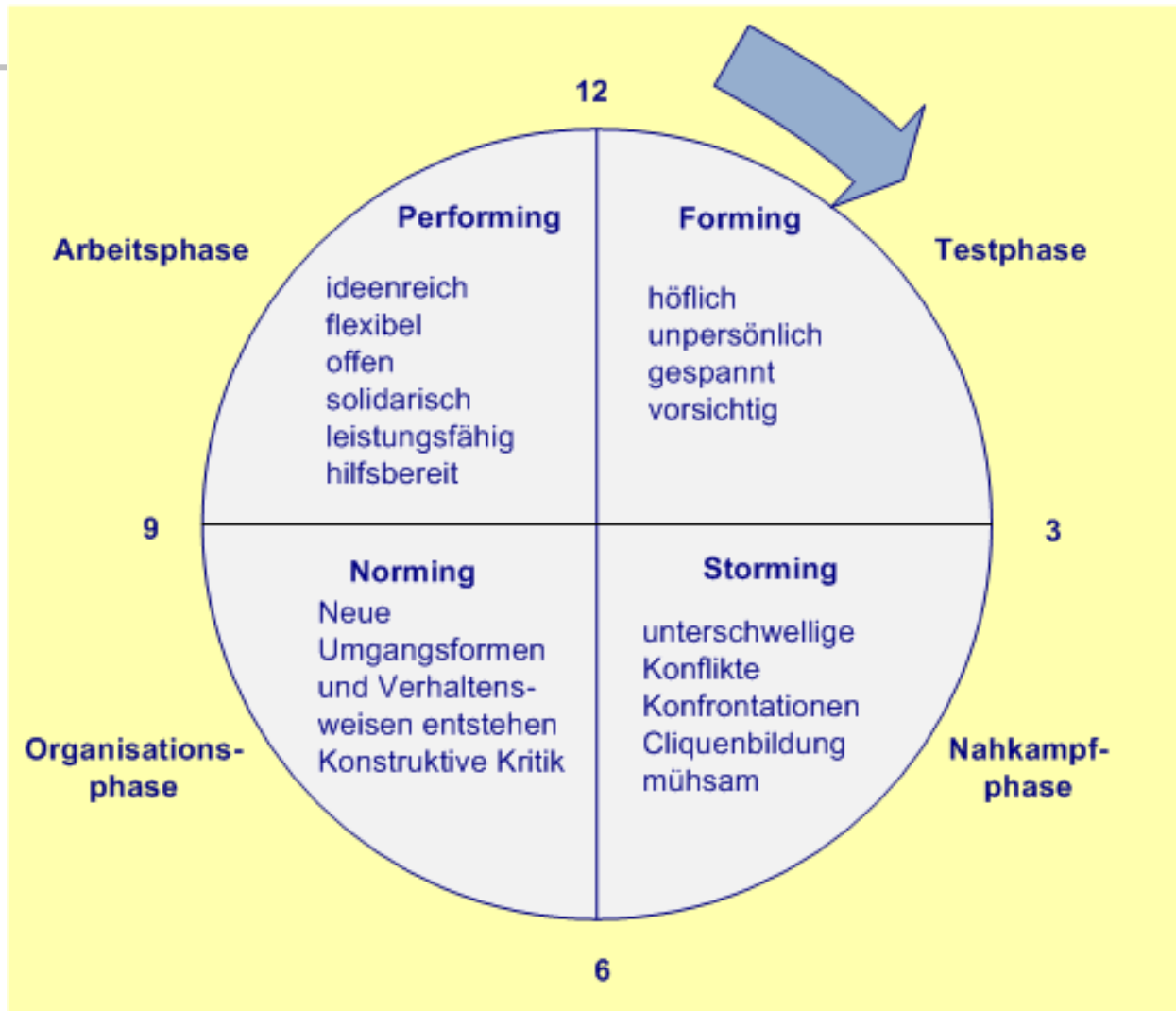


Interventionen

- Komplexe Interventionen
- Implementierung spezifischer Tools (z.B. Dokumentationssystem)
- Reorganisation von Teammeetings
- Trainings
- Workshops
- Feedback
- ...
- Teamentwicklung
- Coaching

(Körner et al., 2016)

Teambildung



Quelle: <http://www.ibim.de/techniken/4-1Teamuhr.gif>

Phasenmodell der TE

nach Francis & Young

	Sachebene	Beziehungsebene
Forming (Kennenlernen, Testphase)	Kennenlernen der Aufgabe	Einschätzen der Situation und Abhängigkeiten; Kennenlernen und Abtasten; Suche nach Anhaltspunkten und Hilfen
Storming (Rollenzuweisung und "Aus kämpfen", Nahkampfphase)	Schwierigkeiten mit der Aufgabe	Widerstand gegen die Aufgabe; es können Konflikte und Spannungen innerhalb der Gruppe entstehen; Positionskämpfe brechen möglicherweise auf, ggf. bilden sich Untergruppen
Norming (Spielregeln der Zusammenarbeit entwickeln sich, Organisations- phase)	Austausch von Informationen und Interpretationen zur Aufgabenstellung	Normen kristallisieren sich heraus, eine Rollendifferenzierung setzt ein, mögliche Harmonisierung der Gruppenbeziehungen
Performing (in dieser Phase findet die Leistungserstellung statt, Verschmel- zungsphase)	Arbeiten an der Aufgabe; Auftauchen von Lösungen	Gruppe hat sich strukturiert und gefestigt; Konflikte werden bearbeitet; Kooperation wird möglich; informelle Kontaktaufnahmen zwischen den Gruppenmitgliedern

Rundnagel, R (2006)

<http://www.ergo-online.de/>

Phasenspezifische Unterstützung

Verhalten der Gruppe	Unterstützung des Teams
Orientierung	
<ul style="list-style-type: none"> ● freundlicher, höflicher Umgangston ● eher unpersönlich (z.B. small talk), - abwartend ● Suche nach Sicherheit und Orientierung ● Statusbewusstsein (gesehen werden wollen) ● Euphorie, Anfangsbegeisterung ● Skepsis 	<ul style="list-style-type: none"> ● Phase wichtig und ernst nehmen: <ul style="list-style-type: none"> – Kennenlernen ermöglichen – Zeit nehmen zur Teambildung ● Druck herausnehmen, sofort Ergebnisse erzielen zu müssen ● Wünsche und Befürchtungen (Skepsis) besprechbar machen ● Rahmenbedingungen u. Ziel klarmachen – Bedeutung erklären ● Rollen klären ● Orientierung und Struktur bieten
Konflikt	
<ul style="list-style-type: none"> ● verdeckte Konflikte ● Koalitionen, Cliquesbildung ● Zweifel an Sinn und Ziel, Gefühl der Ausweglosigkeit ● endlose, mühsame Diskussionen ● innerlicher Rückzug Einzelner ● unklare Macht- und Entscheidungsstrukturen ● Schuldzuweisung, Personalisierung von Konflikten ● Methodendiskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Konflikte transparent werden lassen <ul style="list-style-type: none"> – aktiv zuhören – nachfragen ● selbst Ruhe bewahren ● Fortschrittsdruck herausnehmen <ul style="list-style-type: none"> – keine Lösungen ● unterschiedliche Sichtweisen und Glaubenssysteme transparent machen ● eigenes Konfliktverhalten reflektieren ● Hilfen und Tipps zur Konfliktbearbeitung

(Schiersmann & Thiel, 2009)

Fortsetzung: Phasenspezifische Unterstützung

Organisation	
<ul style="list-style-type: none">● Vereinbarungen und Absprachen werden getroffen● Regeln für das Team werden entwickelt● Neue Verhaltensmuster werden eingeübt und ausprobiert● Team reflektiert eigene Situation● Wir-Gefühl entwickelt sich	<ul style="list-style-type: none">● Aufgabe neu verabreden● Regeln vereinbaren● sich eher zurückhalten● Verantwortung an die Gruppe abgeben● Lernen ermöglichen und zulassen● Teamgefühl pflegen● Aufgabe und Gruppe immer wieder zusammenführen („Controlling“)
Integration	
<ul style="list-style-type: none">● Team wird als effizient und wohltuend erlebt● entwickelt Autonomie gegenüber „Außenwelt“● arbeitet selbstorganisiert● geht mit neuen Anforderungen kreativ und flexibel um● vermeidet manchmal das Projektende● vertrauensvolle Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none">● Monitoring● Antenne nach innen und außen, Kommunikator● Optimierung● auf das Ende zuarbeiten- zielorientiert● Projekt gezielt beenden● Gesamtpräsentation nach innen und außen● Projektabschluss gestalten● Würdigung des Erreichten● gezielte Abschlussreflexion „lernen!“

(Schiersmann & Thiel, 2009)

Interventionen in der Formierungsphase

- Gegenseitiges Kennenlernen unterstützen
- Regelmäßigen Informationsaustausch sichern
- Regelwerk für die Teamfindung initiieren
- Teamentwicklung starten
- Zielfindung einleiten

Interventionen in der Konfliktphase

- Eigene Reflexionen regelmäßig durchführen
- Selbstlösungskompetenzen unterstützen
- Fragetechniken anwenden
- Regelmäßig Informationen austauschen
- Gemeinsame Ziele planen

Interventionen in der Regelphase

- Motivation und Eigenmotivation fördern
- Regelmäßige Reflexionen durchführen
- Entwicklungsimpulse setzen
- Meilensteine der Zielplanung reflektieren
- Regeln und Aufgaben dokumentieren

Interventionen in der Arbeitsphase

- Motivation und Eigenmotivation weiter fördern
- Beratung und Coaching in Anspruch nehmen
- Leistungen anerkennen
- Weiterhin mit Zielen arbeiten

Schlüsselmerkmale von TeamSTEPPS

TeamSTEPPS[®]

- Teamstruktur
- Führung
- „Situation Monitoring“
- Wechselseitige Unterstützung
- Kommunikation

Team Competency Outcomes

Knowledge

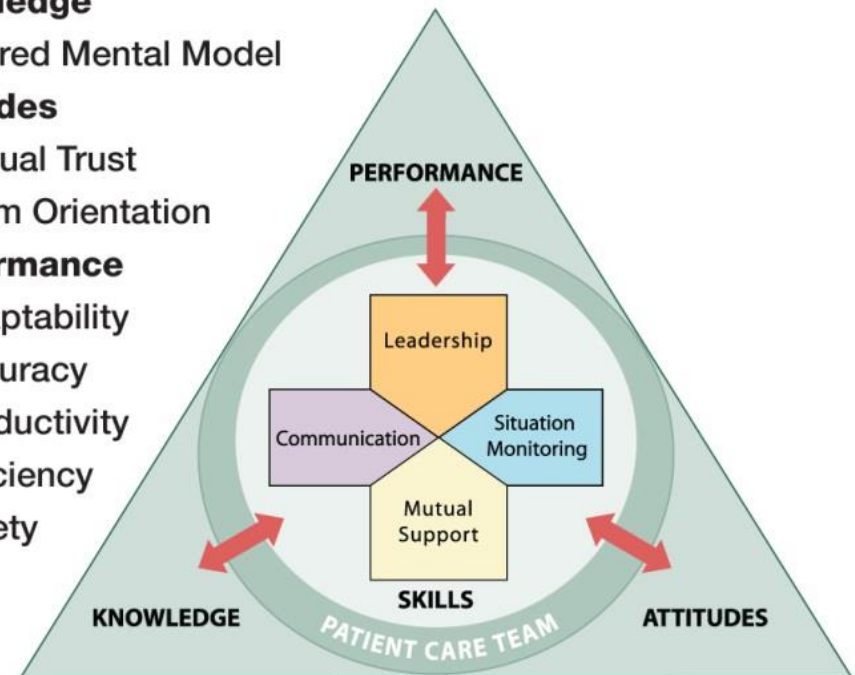
- Shared Mental Model

Attitudes

- Mutual Trust
- Team Orientation

Performance

- Adaptability
- Accuracy
- Productivity
- Efficiency
- Safety



Quelle: Agency for Healthcare Research and Quality
<http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/longtermcare/essentials/index.html>

Was ist Teamcoaching



Verbesserung der Teamleistung und der zum Ziel führenden Prozesse durch Reflexion und Dialog
(Clutterbuck, 2007)

„Eine Kombination von Fokussierung auf Aufgaben, Leistung, Prozesse und Kooperation.“

(Schmitz, 2015, S. 47)



„Direkte Interaktion mit einem Team, mit der Absicht den Mitgliedern dabei zu helfen, ihrer kollektiven Ressourcen bei der Teamarbeit koordiniert und aufgabengerecht zu nutzen“
(Wageman, Hackman & Lehman, 2005, S.269)



Förderung des Teams, um besser zu funktionieren, als die Summe seiner Teile, indem die Mission klar wird und die internen und externen Beziehungen verbessert werden
(Hawkins & Smith, 2006)

Ein Coach unterstützt die Teammitglieder dabei, die individuellen Ziele herauszuarbeiten, Probleme der Zusammenarbeit zu identifizieren und dazugehörige Lösungen zu entwickeln
(Dierolf, 2013; Rauen, 2008)

Teamcoaching

- „Eine Kombination von Fokussierung auf Aufgaben, Leistung, Prozesse und Kooperation.“ (Schmitz, 2015, S. 47)
- Teams werden in ihrer Reflexion und Kommunikation unterstützt, um die Ausgangslage zu analysieren, angeleitet neue Ideen und Zugänge zu entwickeln, um die gemeinsame Aufgabe mittels gemeinsamer Anstrengung zu bewältigen.
- „...direct interaction with a team intended to help members make co-ordinated and task-appropriate use of their collective resources in accomplishing the team´s work“ (Hackman & Wageman, 2005, p.,269).

Teamcoaching

- Prozessoptimierung im Hinblick auf die Zielerreichung.
 - Zu lernen was produktiver, zielführender ist und sich Abläufe und Verhaltensweisen, die weniger effektiv sind, abzugewöhnen.
- Lösungs-/Ressourcenorientierung
 - Hilfe zur Selbsthilfe

Teamcoaching

□ **Ziele:**

- Aktuelle Sachprobleme lösen
- Konflikte bearbeiten,
- interne Kommunikation verbessern,
- effizientere und effektivere Zusammenarbeit

□ **Vorteil:**

- Alle Mitglieder sind am Problemlösungsprozess beteiligt (Betroffene zu Beteiligten machen!)
 - Kompetenz aller im Team wird genutzt,
 - Stärkere Identifikation mit den Lösungen
- Umfang ist klar begrenzt
- Autonomie und Kompetenz für die Inhalte bleiben im Team
- Die Leitung kann freier und ohne die Verantwortung für die Moderation am Teamcoaching teilnehmen.
- Direkter Transfer des Gelernten für die Beteiligten



□ **Systemisch, d.h.**

- Keine Konzentration auf den Problemträger, sondern Betrachtung des ganzen Systems
- „Der Einzelne wird nur insoweit als Individuum betrachtet, wie er als Element auf das System wirkt und wie er dessen Wirkungsfeld ausgesetzt ist.“
- Individuum = „Symptomträger“
- Aus systemischer Sicht manifestiert sich am Problemträger eine Störung, die ihre Ursache in einem gestörten Ablauf im Gesamtsystem hat.
- Erfolg eines Individuums in der Beratung oder Therapie ist daher immer zugleich Fortschritt eines lebendigen, lernenden Systems.

Wichtige Aspekte Systemischen Denkens sind (Schmidt, 2010)

- **Zirkularität:** Das Verhalten jedes Beteiligten ist gleichzeitig Ursache und Wirkung des Verhaltens der anderen Beteiligten. Es gibt keine festen Charaktereigenschaften, sondern die Person ist so, aufgrund der Wechselwirkungsprozesse, der Interaktion in ihrem System.
- **Kommunikation:** Wer, wie, wann, mit wem als zum relevanten System gehörend oder nicht dazugehörend betrachtet wird und wie sich das System eine Grenze zu seiner Außenwelt schafft ist abhängig von der Art der Kommunikation.
- **Kontext und Muster:** Alles gewinnt im Kontext Bedeutung und Sinn.
- **Wirklichkeit** (= wirksames Erleben) wird konstruiert, z.B. dadurch, wie was wovon unterschieden wird, wie es bezeichnet, erklärt und bewertet wird.

Systemische Grundhaltung

- *Soziale Neutralität* (Multiparteilichkeit, keine Partei ergreifen)
- *Konstruktneutralität* (Neutrale Haltung gegenüber der Wirklichkeitskonstruktion/-wahrnehmung der Klienten)
- *Veränderungsneutralität* (Veränderung sollte als etwas neutrales betrachtet werden)
- *Methodenneutralität* (Die eigene Beratung in Frage stellen)

Aktive Multiparteilichkeit

- Versuchen Sie sich als Coach so zu verhalten, dass Sie nicht Teil von gegenseitigen Anklagen oder Problemen werden. Behalten Sie die verschiedenen Standpunkte im Blick, steigen Sie aber nicht in das Problem ein und werten Sie nicht. Steuern Sie als Moderator die Redebeiträge und geben Sie allen Mitgliedern das Gefühl, Ihr Anliegen gehört zu haben. Beachten Sie, dass es konfliktäre Ziele einzelner Teammitglieder geben kann und verweisen Sie darauf, dass jede Sichtweise seine Berechtigung hat.

Konstruktivismus

Jeder Mensch hat kognitive Landkarten oder mentale Modelle, mit deren Hilfe wir unsere Realität abbilden. Wie die Realität für eine Person aussieht, kann nur die Person selbst sagen. Probleme sind daher auch Konstruktionen.

Bewertung ist relativ

Ein Problem ist nicht per se gut oder schlecht, sondern die Konstruktionen des Problems sind zunächst nützlich oder weniger nützlich.



Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten

Der Coach ist davon überzeugt, dass die Kraft zur Selbstentwicklung beim Klienten liegt und er die nötigen Fähigkeiten mitbringt, um seine persönlichen Ziele zu erreichen.

Systemgedanke

Kein Mensch agiert isoliert und auch kein Problem steht für sich alleine. Da alles miteinander in Verbindung steht, gibt es Wechselwirkungen aller beteiligten Elemente. Kommt es zu einer Veränderung eines Elementes, bewirkt dies eine Veränderung der Elemente im System.

Lösungsfokussierung

Coaches betrachten den Kontext und lassen auch andere unkonventionelle Wege zu. Der Blick auf Lösungen ist ein anderer als der auf Probleme.



Autopoiesis

Jeder Coachee ist ein lebendes System und es ist davon auszugehen, dass jedes System Tendenzen zur Selbststeuerung hat. Somit kann man von der Nichtinstruierbarkeit innerer Zustände und Prozesse sprechen und jede Intervention kann unterschiedlichste Reaktionen hervorrufen.



Haltung und Arbeitsweise

- Ein Coach sorgt für den Rahmen, in dem die Entwicklung des Coachees möglich ist.
- Er fördert Entwicklung, überlasst dem Klienten jedoch die Lösungshoheit.
- Der Coach arbeitet nicht härter an der Lösung des Problems als der Klient und gibt ihm die Zeit, die er benötigt.
- Ein Coach bewertet nicht.
- Ein Coach befindet sich auf einer Metaebene, die es ihm ermöglicht, den Prozess zu beobachten, ihn zu strukturieren und zu führen.
- Im Prozess nutzt der Coach verschiedene Methoden, um die Wahrnehmung der eigenen Wirklichkeit zu erweitern und neue Handlungsperspektiven aufzuzeigen.
- Ein Coach achtet im Prozess auf seine eigenen Gefühle und Anteile und sorgt für einen Rahmen, indem er diese besprechen kann.

Ablauf



Manual zur Patientenorientierten Teamentwicklung in der Rehabilitation

Autoren

Körner, M., Dinius, J., Becker, S., Müller,
C., Zimmermann, L., Rundel, M.

Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie Universität Freiburg

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg



UNI
FREIBURG

Online kostenlos erhältlich unter:
<https://www.freidok.uni-freiburg.de/data/10764>

UNI
FREIBURG

Patientenorientierte Teamentwicklung

- Kombination verschiedener Teamentwicklungsansätze
 - **systemischer** Ansatz und seine Interventionsstrategien als Basis
 - **aufgabenorientierter** sowie den **prozess-** bzw. **lösungsorientierter** Teamentwicklungsansatz (Schiersmann & Thiel, 2014).



- Themenzentriertes und ergebnisorientiertes Vorgehen
- Beteiligung aller Teammitglieder am Problemlösungsprozess □
Nutzung der Kompetenzen aller und hohe Identifikation mit Lösung.
- Berater unterstützt die Teammitglieder dabei, ihre individuellen Ziele herauszuarbeiten, Probleme der Zusammenarbeit zu identifizieren und dazugehörige Lösungen zu entwickeln (Dierolf, 2013; Rauen, 2008).

Vier Prinzipien des Konzepts

1 - Aufgaben- und Zielorientierung

Gemeinsame Herausarbeitung von Aufgaben und Zielen

2 - Klinikspezifische Themen

Spezifische Inhalte der Teamentwicklung mit Blick auf Aufgaben und Ziele

3 - Prozess- und Problemlöseorientierung

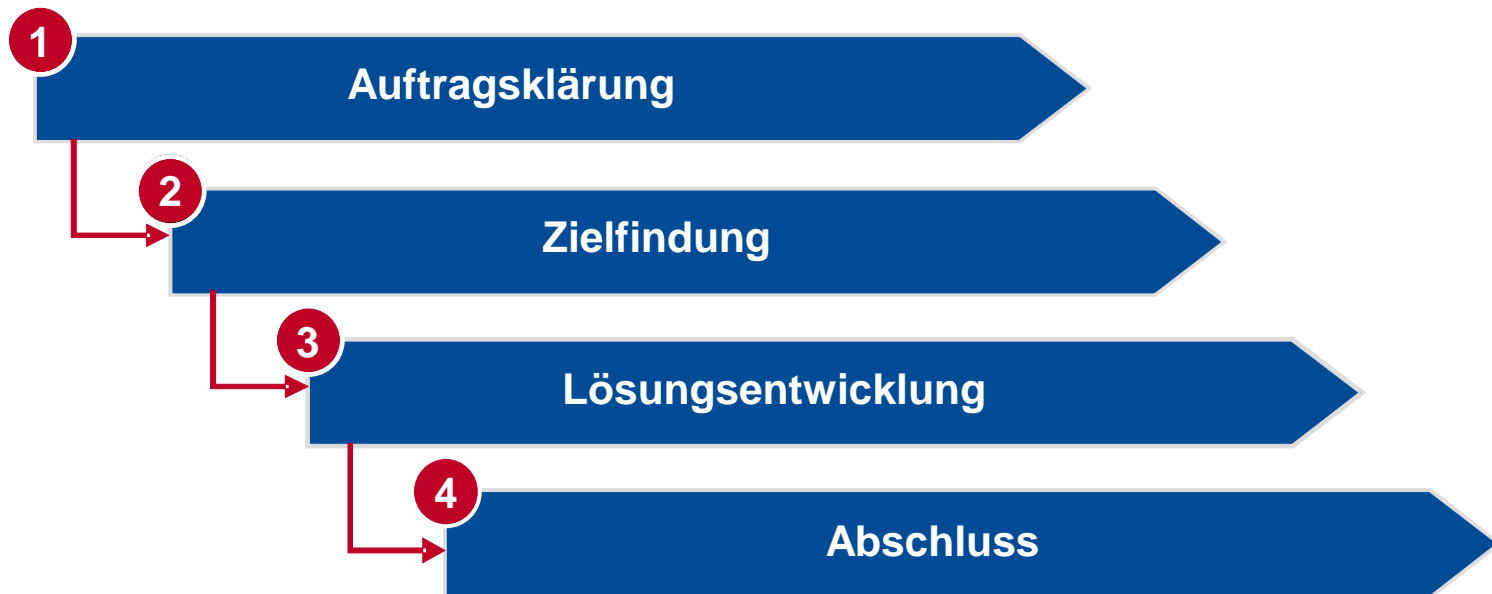
Suche nach Lösungen für eingebrachte Anliegen, Planung von konkreten Maßnahmen

4 - Systemischer Ansatz

Berücksichtigung der verschiedenen Systeme und deren Kontext

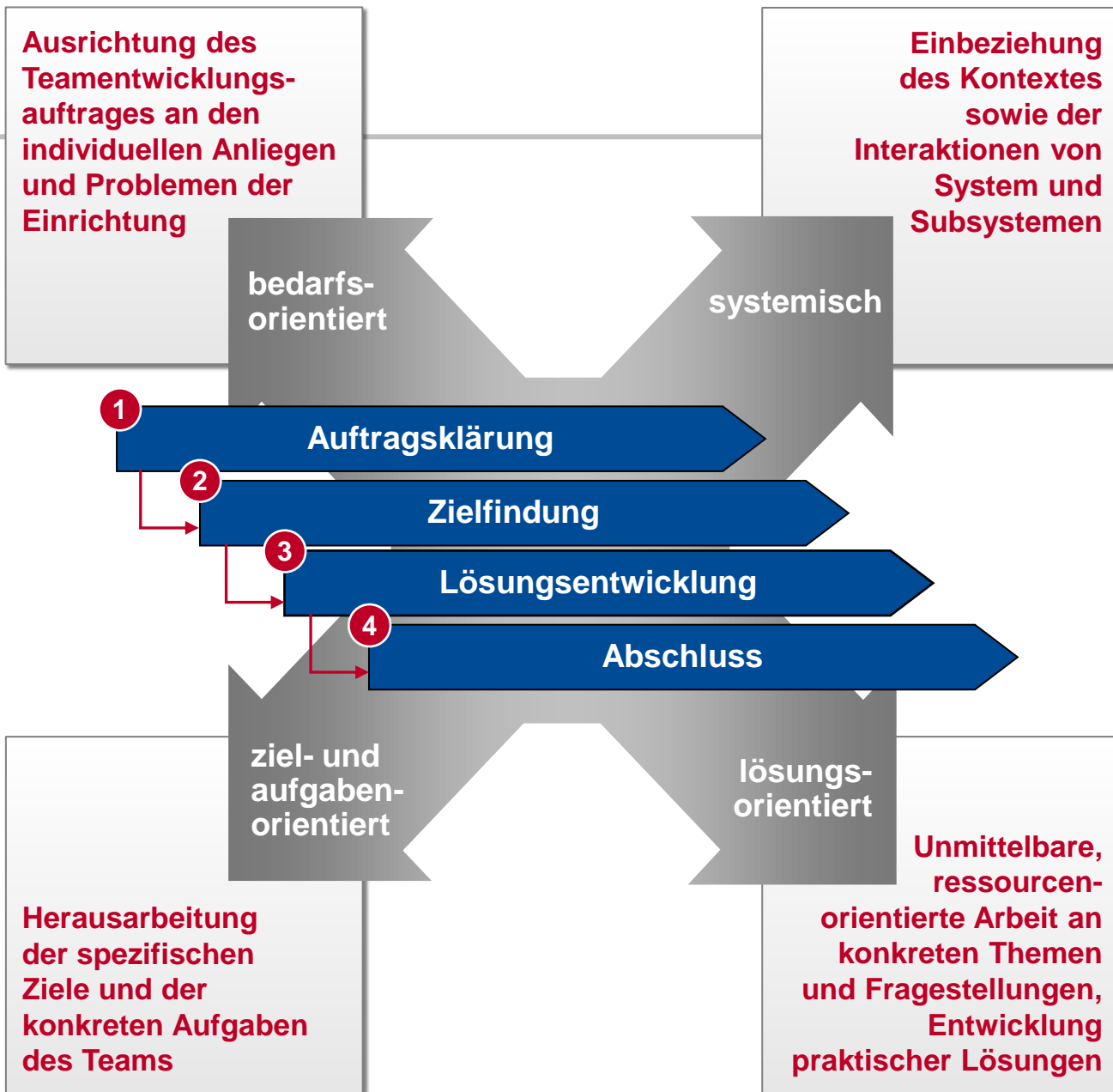
Prozess der Teamentwicklung

Teamentwicklungskonzept



Anzahl Termine

1	Auftragsklärung	1 x 1,5 Std. mit der Klinikleitung
2	Zielfindung	1 x 2 Std. im Team
3	Lösungsentwicklung	(max.) 3 x 2 Std. im Team
4	Abschluss	1 x 2 Std. im Team
		<hr/>
		3 - 5 x im Team



Prozess der Teamentwicklung

Phasen des Teamentwicklungsansatzes



- Spezifizierung des Auftrags
- Klärung von Erwartungen und Befürchtungen
- Festlegung des Ziels und der Aufgaben des Teams
- Vereinbarung des weiteren Vorgehens

- Erarbeitung des gemeinsamen Teamziels
- Messung des derzeitigen Zielerreichungsgrads

- Sammlung von Ideen zur Verbesserung der Zielerreichung
- Herausarbeitung von Themenkomplexen
- Priorisierung der Themenkomplexe
- Vereinbarung der Umsetzung in die Praxis

- Diskussion von Erfahrungen nach der Umsetzung in die Praxis
- Umgang mit möglichen Barrieren/Störfaktoren
- Feedback

Evaluation der Teamentwicklung

	IG		KG		Varianzanalyse					
	t1	t2	t1	t2	Haupteffekt Gruppe		Haupteffekt Zeit		Interaktions- effekt Gruppe*Zeit	
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	η^2	<i>p</i>	η^2	<i>p</i>	η^2
Teamführung	2.72 (0.69)	2.63 (0.52)	2.96 (0.61)	2.73 (0.54)	.011	.019	.013	.018	.294	.003
Teamorganisation	2.73 (0.61)	2.83 (0.42)	2.97 (0.56)	2.79 (0.46)	.088	.008	.469	.002	.015	.017
Wissensintegration	1.60 (0.85)	1.30 (0.75)	1.32 (0.70)	1.38 (0.90)	.265	.004	.157	.006	.037	.013
Zielorientierung	4.68 (0.91)	4.69 (0.94)	4.84 (0.78)	4.79 (0.86)	.164	.006	.846	.000	.771	.000
Aufgabenbewältigung	4.10 (1.16)	4.53 (0.97)	4.49 (0.88)	4.51 (0.99)	.083	.009	.040	.012	.064	.010
Zusammenhalt	4.38 (1.14)	4.58 (1.00)	4.52 (0.88)	4.45 (0.99)	.975	.000	.533	.001	.218	.004
Verantwortungsübernahme	4.13 (1.13)	4.37 (0.99)	4.43 (0.89)	4.13 (1.16)	.771	.000	.784	.000	.018	.016

Auftragsklärung



Auftragsklärung/-konstruktion

Wer will was, wann, wie oft, wie lange, von wem, wofür?



Anlass der Kontaktaufnahme

Meist Probleme, die von irgendjemandem (Teammitglied, Teamleitung, Klinikleitung etc. definiert wurden)?

Wer hat in welcher Situation das Problem festgestellt



Kontextmarkierung durch Settinginformation Informationen zum Beratungsangebot/Vorgehen



Anliegen herausarbeiten Auftragsklärung Ziel der Beratung definieren



Beschreibung der bisherigen Lösungsversuche



Erklärung für die Nichterreicherung des Ziels



Auftragsklärung mit Auftraggeber

- Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
- Was ist Ihr Anliegen/Ziel?
- Produktbeschreibung der ersten Sitzung (Auftragsklärung)
- Zeitrahmen
- Welche Ziele wollen Sie erreichen?
- Was haben Sie getan, um das Ziel zu erreichen?
- Was hat zu Verbesserungen, was zu Verschlechterungen geführt?
- Was hat sich vom Telefonat bis zur ersten Sitzung verändert
- Terminvereinbarung, Honorar, Finanzierung, ...

Auftragsübermittlung/-klärung im Team/in der Organisation

- Kontextmarkierung durch Settinginformation Informationen wie es zu dem Kontakt kam/zum Beratungsangebot, Vorgehen beschreiben

- Anliegen des Auftraggebers (Führungskraft, Personalleitung, Unternehmensleitung) kommunizieren,
- Anliegen des Teams/der Organisationsmitglieder herausarbeiten Auftragsklärung mit den Betroffenen

- Ziel der Beratung definieren
- Beschreibung der bisherigen Lösungsversuche
- Erklärung für die Nichterreicherung des Ziels

- Übung 1: Auftragsklärung**

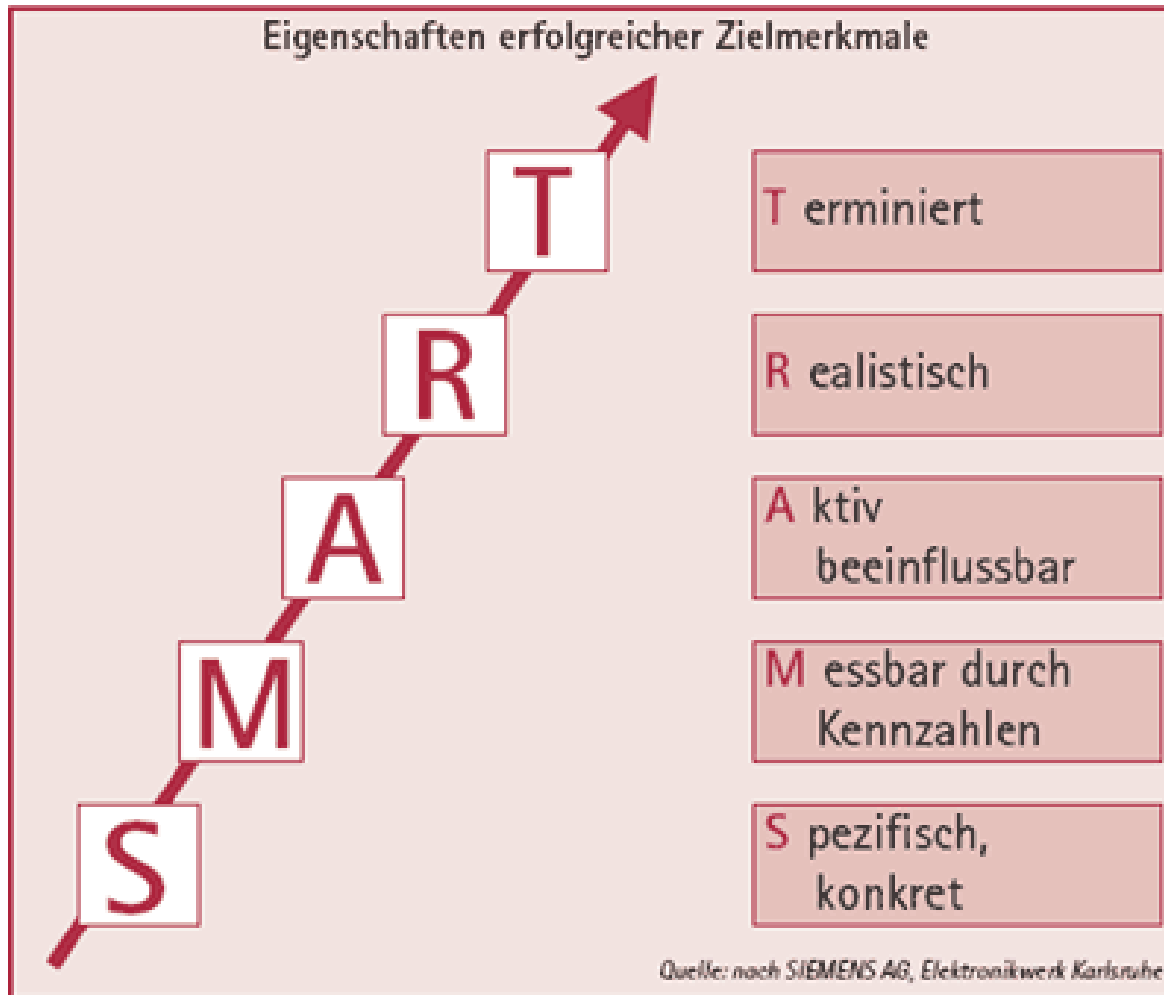
KLÄRUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN

-
- Wie wollen wir miteinander arbeiten?
- Wie oft treffen wir uns?
- Wann findet das nächste Treffen statt?
- Wie wollen wir miteinander umgehen?
- Wer unterstützt uns?
- Was sind die Erwartungen an den Coach?
- Was sind die Erwartungen an das Team?

Zielfindung



Operationalisierung von Zielen



Vorgehen bei der Zieldefinition

- Es wird mit dem System (Team/Organisation) ein Ziel herausgearbeitet. Dieses sollte möglichst konkret, messbar, aktiv beeinflussbar, realistisch und terminiert (SMART) sein.
- **Zum Herausarbeiten dieses Zieles eignen sich Fragen, wie z.B.**
 - *Woran würden Sie/Ihre Kollegen merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?*
 - *Was wäre anders als bislang?*
 - *Angenommen das Problem ist gelöst, was ist dann besser?*
-

□ **Fragetechniken systemische Beratung: 7 zirkuläre Fragen. Systemische Coaching-Methoden // M. Wehrle**

□ <https://www.youtube.com/watch?v=YbgBVi0z5B4>

Vorgehen bei der Zielfindung

Die Wunderfrage

- Angenommen, es würde heute Nacht, während Sie schlafen, ein Wunder geschehen, und ihr Problem wäre gelöst. Was wäre anders? Wie würden sich Ihre Kolleginnen und Kollegen verhalten? Woran würden Sie selbst merken, dass das Problem nicht mehr da ist?*



Übung 2: Zielfindung

- Ziele finden und priorisieren

Lösungsentwicklung



Lösungsentwicklung

- Danach wird der Weg zum Ziel gesucht. Es erfolgt keine Problemanalyse, sondern direkt Lösungssuche/-entwicklung. Darauf fokussieren, was das Team erreichen will, welche Ressourcen, Maßnahmen und funktionierende Strategien, Verhaltensweisen etc. zur Lösung des Problems schon vorhanden sind.
 - *Was haben Sie schon ausprobiert?*
 - *Was hat gut funktioniert? Was weniger gut?*
 - *Was wurde bislang getan, damit das Problem/die Schwierigkeiten nicht auftreten?*
 - *Wer aus dem Team müsste was dazu beitragen, damit das Ziel erreicht wird?*



Problemraum

Lösungsraum

LÖSUNGSORIENTIERTE FRAGEN

- Was würde passieren, wenn das Ziel schlagartig erreicht wäre?
- Was wäre dann anders?
- Was würden Sie anders machen?
- Was wäre gleichgeblieben?
- Was haben Sie und andere in Zeiten, die näher an der Zielerreichung waren, anders gemacht? Wie könnten Sie mehr von dem machen, was Sie damals gemacht haben?

FRAGEN ZUR LÖSUNGSENTWICKLUNG

- Was wurde schon ausprobiert?
- Was hat gut funktioniert, was weniger gut?
Und warum?
- Was wurde bislang getan, damit das Problem nicht auftritt?
- Welche Auswirkungen hätten die Veränderungen dieses Vorschlags in anderen Bereichen?



PRÜFUNG DER LÖSUNGSOPTION

- Welche Lösungsidee benötigt welche Kompetenzen?
- Welche Lösungsidee bringt den schnellsten und nachhaltigsten Erfolg?
- Welche Lösung passt am besten zu dem übergeordneten Ziel?

HYPOTHETISCHE FRAGEN

- Angenommen, Sie wären frei von jeglichen Einschränkungen, wie könnten Sie Ihr Problem lösen?

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?

DIE AUSNAHMEFRAGE

- Gibt es Situationen, in denen das Problem nicht auftritt? Welche? Welche noch? Welche noch?
- In welcher Situation haben Sie ausnahmsweise einmal anders (im Sinne von besser) reagiert? In welcher noch? Und noch?
- In welcher Situation hat Ihr Gesprächs-/Konfliktpartner ausnahmsweise einmal anders (im Sinne von besser) reagiert? In welcher noch? In welcher noch?
- Wie müsste Ihre Überzeugung in Bezug auf das Problem richtigerweise lauten?

DIE PARADOXE FRAGE

- Was müssten Sie tun, um Ihr Problem extrem zu verschlimmern?
- Wie könnten Sie Ihr Ziel so richtig gegen die Wand fahren?
- Was müssten Sie tun, um den Konflikt total eskalieren zu lassen?
- Was müssten Sie tun, um die Beziehung zu X komplett zu ruinieren?

AUSWIRKUNGSFRAGE

- Was passiert, wenn Sie das Problem nicht lösen und alles so weiterlaufen lassen wie bisher? Wer oder was wäre davon betroffen? Welche Auswirkungen hätte das (in ein paar Jahren)?
- Was passiert im Idealfall, wenn Sie das Thema im Coaching erfolgreich bearbeiten?
- Welche Auswirkungen hätte das in (in ein paar Jahren)?

DIE BEWÄLTIGUNGSFRAGE

- Wenn ich Ihr Problem auch haben möchte, was müsste ich dann dafür tun, sagen oder denken? Wie stellen Sie ihr Problem her, was ist die Rezeptur dafür?
- Wie schaffen Sie es, das Problem (auf dem Level) zu halten? Wie sorgen Sie dafür, dass das Problem nicht schlimmer wird?
- Wie schaffen Sie es, das Problem so lange auszuhalten?

DIE ZIRKULÄRE FRAGE

- Was denken Menschen aus Ihrem engsten Kreis über Ihr Thema (Problem)?
- Was würde ein Außenstehender über Sie und Ihr Thema (Problem) denken?
- Was würde ein Mensch, von dem Sie viel gelernt haben oder den Sie sehr schätzen, über Ihr Thema (Problem) denken)?

Abschluss



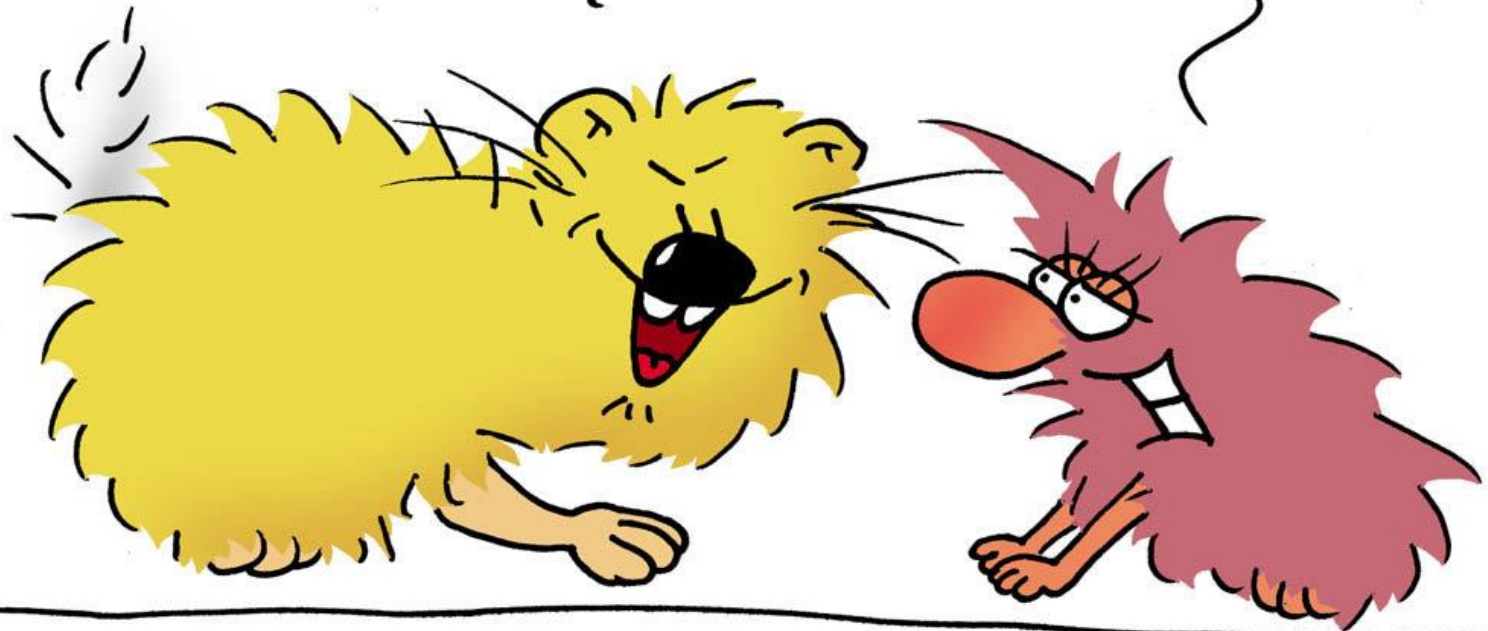
Stabilisation



- **Stabilisierung** der Lösung:
Aufmerksamkeitslenkung auf das Erzielte und die Potentiale im Klientensystem;
Überlegungen, wie das Erzielte nachhaltig aufrechterhalten werden kann.

Du musst deine
Sichtweise
ändern !!!

Du meinst ich
sollte dich von
hinten anschauen ???



Reframing

Statt	Umdeuten
Passiv sein.	Fähig sein, die Dinge zu akzeptieren, wie sie sind.
Gefühllos sein.	Sich vor Verletzungen schützen.
Umherirren	Vorhandene Möglichkeiten erforschen.
Widerspenstig sein	Seinen eigenen Weg suchen
Sich selbst abwerten	Seine eigenen Fehler eingestehen
...	...

Patente Teams

Dr. Mirjam Körner, Manfred Rundel, Dr. Gerhard Adam, Dr. Linda Zimmermann

Das geförderte **Projekt Patientenorientierte Teamentwicklung** optimiert die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg hat das Konzept entwickelt und in Rehabilitationskliniken umgesetzt. Im Fall der **Asklepios Klinik Triberg** hat der hier vorgestellte Ansatz dazu beigetragen, die Teambesprechung effizienter zu gestalten.

Hintergrund der PATENT-Studie

Die Aufgaben der an Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen werden aufgrund eines sich verändernden Krankheitsspektrums, durch kürzere Verweildauern, eine zeitlich frühere Verlegung von den Akuthäusern in die Reha-Kliniken, aber auch durch die sich wandelnden Bedürfnisse der Patienten immer aufwendiger und komplexer. Diese veränderten Anforderungen erfordern eine enge Kooperation und Abstimmung im Behandlungsteam, auch um eine effektive Prozesssteuerung zu erreichen.

Teamentwicklung kann das Qualitätsmanagement insbesondere bezüglich der führungs- und mitarbeiterorientierten Prozesse und Ergebnisse unterstützen. Im Rahmen des Forschungsprojektes PATENT der Universität Freiburg wurde ein Teamentwicklungskonzept für das multiprofessionelle Team erarbeitet und erprobt.

Das Programm soll Kliniken dabei unterstützen, die Patientenbeteiligung und die berufsübergreifende Teamarbeit zu stärken. Es soll dadurch zu einer patientenorientierteren Behandlungsplanung und -durchführung und besseren Einbindung des Rehabilitanden in den Reha-Prozess kommen, was ein zentrales Anliegen in der Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist.

Weitere Informationen: <http://www.forschung-patientenorientierung.de/>

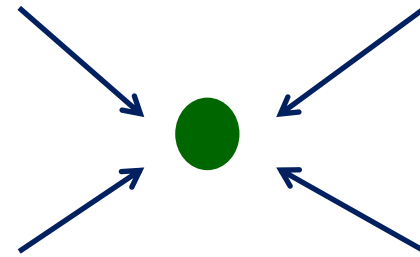
Erfahrungen aus dem Projekt PATENT

Teamcoaching (externer Coach)
eignete sich, um...

Teamorganisation
zu verbessern

Verantwortungsübernahme
zu erhöhen

Wissensintegrationsprobleme
zu reduzieren



Beteiligung aller
Teammitglieder am
Problemlösungsprozess

- Nutzung der Kompetenzen
aller und hohe Identifikation
mit Lösung

Weiterentwicklung (Ziel TOpTeam)

- bei stetiger Förderung professioneller Diversität: neue interprofessionelle Herausforderungen
- potenzielle Synergieeffekte von interprofessionellen Teams werden nicht genutzt (WHO, 2010)
- langfristige Implementierung von Teamentwicklung im Alltag

ZIEL

Weiterbildung von internen interprofessionellen Führungskräften zu Teamcoaches

Interne Teamcoaches

- effektiver und günstiger als der Einsatz externer Berater

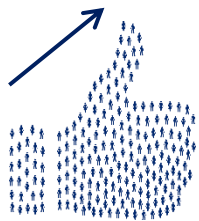
(Chou et al., 2014)

- für interne Coachs stärkere positive Effekte
(Erklärung: Vertrautheit mit der Organisationskultur)

(Jones et al. 2015)

- Kennen der Kultur, lokale Bedingungen und Geschichte der Organisation

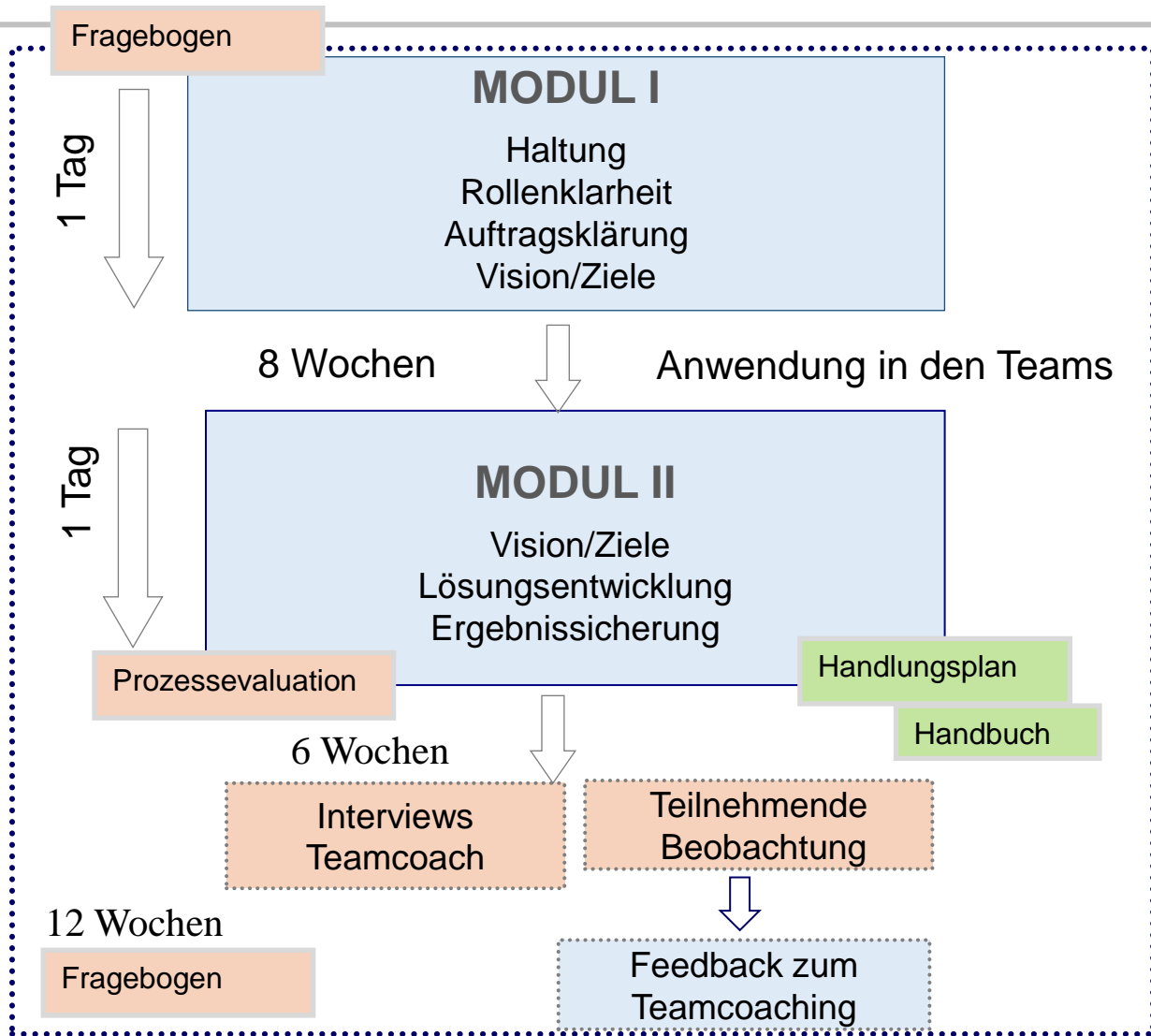
(Frisch, 2001)



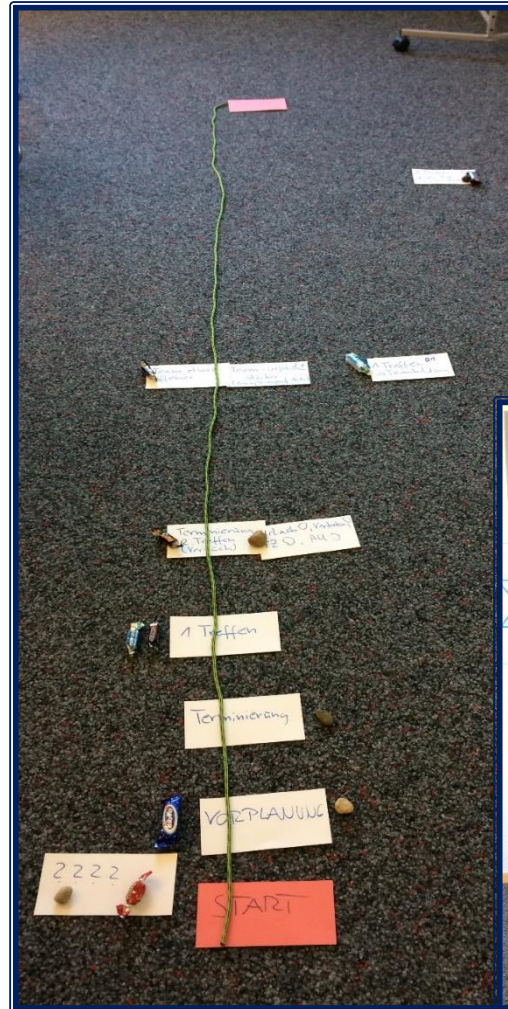
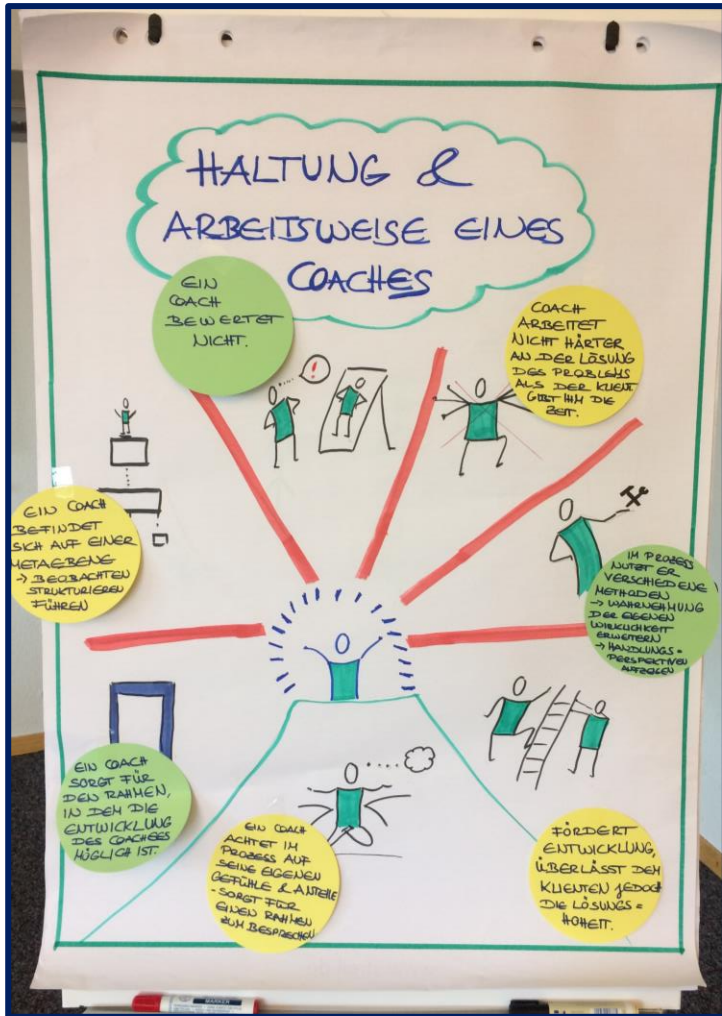
- Durch die neue Aufgabe werden Coaches potentiell zu **hoch identifizierten, zufriedenen Mitarbeitern**, die der Organisation zum Wachstum verhelfen

(Chou et al., 2014)

TOpTeam Studie



Eindrücke Workshops



Teilnehmer

- Extern** { Trainingsgruppe 1: 13 Teilnehmer aus 8 Kliniken
Trainingsgruppe 2: 14 Teilnehmer aus 6 Kliniken
- Intern** { Trainingsgruppe 3: 15 Teilnehmer aus 1 Klinik

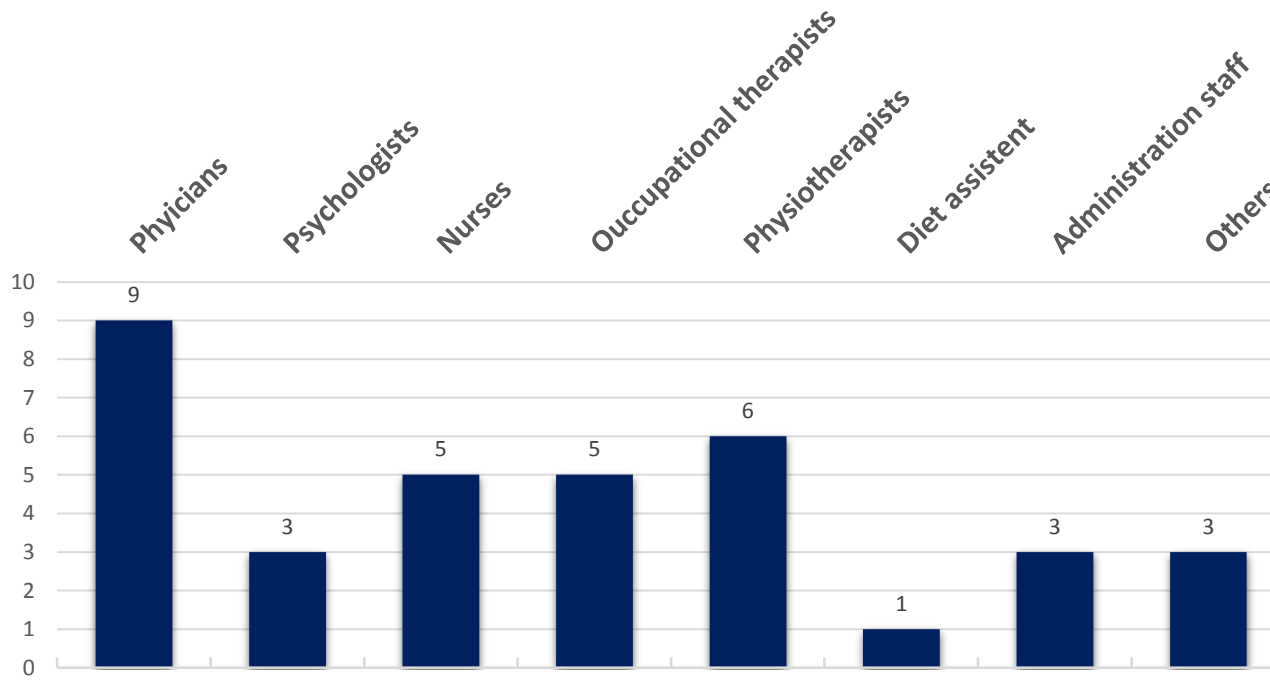


Diagramm 1. Verteilung der Berufsgruppen

Ergebnisse

Trainingsevaluation: Die Teilnehmer bewerteten...

- die Trainings insgesamt positiv (M=8.57, SD=1.44)
- würden sie anderen weiterempfehlen (M=8.43, SD= 1.53)
- Signifikanter Unterschied zwischen der externen und internen Gruppe □ Teilnehmer der externen Trainingsgruppe bewerteten die Schulung besser hinsichtlich
 - Moderation
 - Verhältnis aus Theorie und Praxis
 - verwendeten Methoden zur Vermittlung der Inhalte

Qualitative Analyse

- Stichprobe: Teamleiter (n=21)

- Daten:
 - Telefoninterviews (Dauer 40-60 Minuten)
 - Beobachtungsaufzeichnungen aus Teamsitzungen in den Kliniken
 - Protokollbögen der Beobachtungen der Workshops

- Grounded Theory Studie nach Strauss und Corbin (1996)

- Analysegruppe (n=4) zur Auswertung

Erste Ergebnisse

TYPISIERUNG IM BEWUSSTWERDUNGSPROZESS

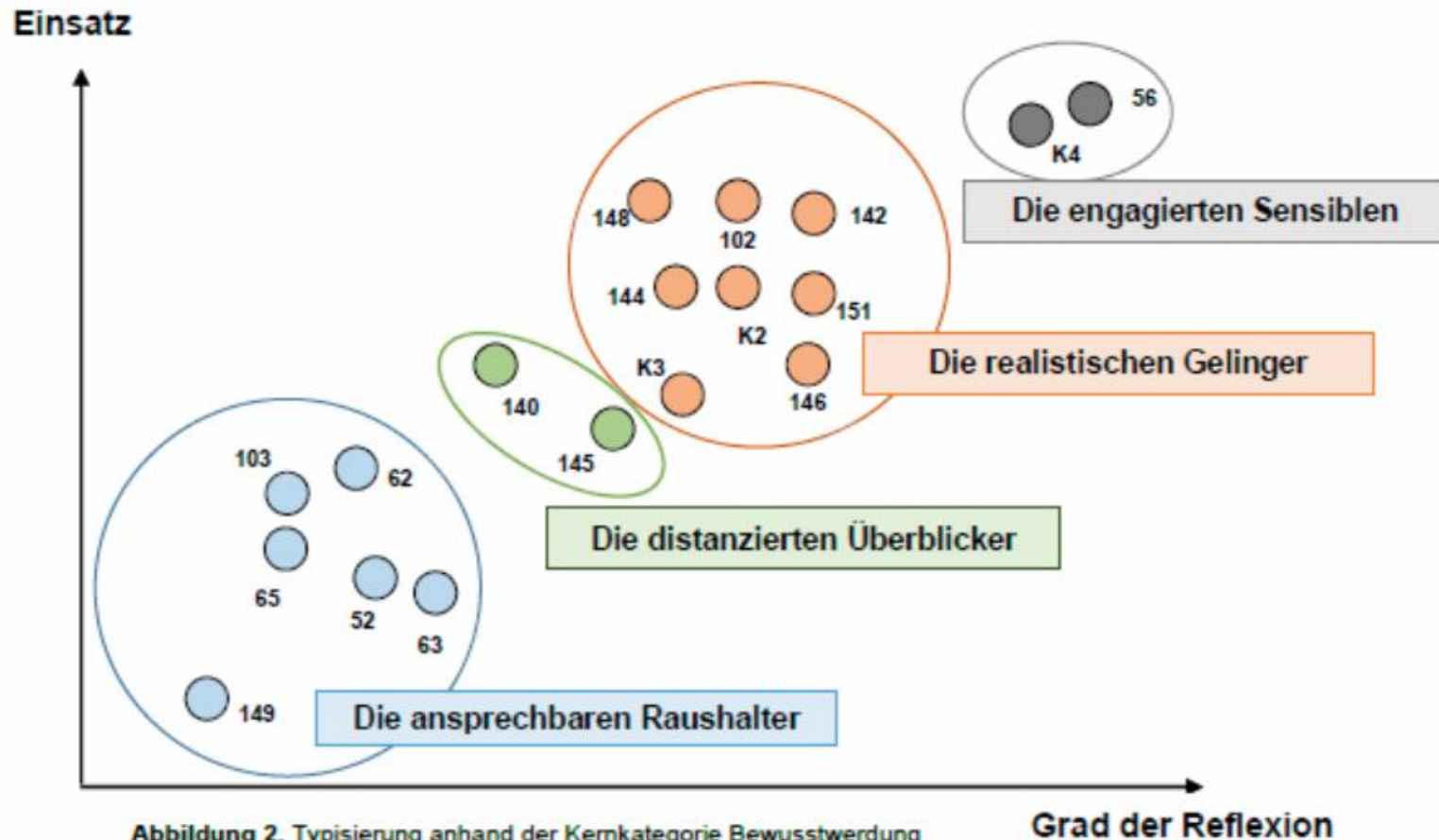


Abbildung 2. Typisierung anhand der Kernkategorie Bewusstwerdung

Ausschnitt aus den Ergebnissen

Strategien der realistischen Gelernten

Struktur und Raum

- Einfordern und Wahren von Grenzen
- Schaffen von Raum, Zeit und Möglichkeiten
- Oszillieren zwischen Gestaltung und Akzeptanz der vorherrschenden Bedingungen
- Setzen von Priorität und Struktur
- Aktives Einholen und Einfordern von Unterstützung
- Tauschhandel

Team

- Förderung des „Wir“ (Gemeinschaftsgefühl)
- **Aktive Herstellung von Anerkennungsverhältnissen („Gleichheit“)**
- Glaube an und Stärkung der Eigenverantwortung der Mitarbeiter

Person

- Verantwortungsübernahme
- Experimentierfreudigkeit und Kreativität
- Offenheit und Toleranz
- Beharrlichkeit
- Selbstfürsorge
- **Eingeständnis und Transparenz eigener Schwächen und Versäumnisse**

Beispiele Zitate

„Das heißt, mir ist es tatsächlich wie Schuppen von den Haaren gefallen als mir auffiel, dass ich mein Team (...) überhaupt nicht als Team wahrgenommen habe, den Teamgedanken völlig vernachlässigt.“

„...jetzt haben wir uns praktisch in einem halben Jahr schon öfter gesehen oder so oft gesehen, wie sonst in zwei Jahren, ne? Über die Frequenz und über mein Bewusstsein, dass ich hier ein tolles Team habe, die einfach freiwillig mehr Arbeit auf sich nehmen, ja“

Praktische Implikationen

- Teamarbeit als Thema regelmäßig auf die Agenda der Meetings setzen
- Raum für die Reflexion der Teamarbeit schaffen (mind. 2x im Jahr)
- Für die Optimierung der Teams auf verschiedenen Ebenen ansetzen (Organisation, Führungskräfte, Team, Individuum)
- Führungskräfte auf Ihre Rolle vorbereiten

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Nachbereitungsaufgabe zur 1. Präsenz – Frau Dr. Körner

Arbeitsauftrag:

1. Reflexionsaufgabe

a) Teammodell und Entwicklungspotential

- Nach welchem Teammodell arbeitet Ihr Team?
- Wo sehen Sie Entwicklungspotential? Wie würden Sie die Entwicklung fördern/unterstützen?

Oder

b) Teammerkmale und Entwicklungspotential

- Was unterscheidet erfolgreiche von weniger erfolgreichen Teams?
- Wie kann man positiv auf Teamdynamiken einwirken?

2. Beobachtungsaufgabe

(falls Sie derzeit in keinem Team arbeiten, dann beschreiben Sie ein Team aus der Vergangenheit)

- Beobachten Sie Ihr Team und beschreiben Sie was Ihnen an positiven und negativen Dynamiken auffällt?
- Wer nimmt welche Rolle ein (Rollenmodell / Teamtypen nach Belbin)? Oder alternativ: Welche Rangdynamik können Sie beobachten (Rangdynamik nach Raoul Schindler)?

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Nachbereitungsaufgabe_1.Präsenz“ und laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **07.10.2019** in Moodle- im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Dr. Körner“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz1_Nachbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Vorbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz – Frau Dinius

Liebe Teilnehmende,

herzlich willkommen zum zweiten Präsenzteil in Modul 5. Damit Sie wissen, was Sie erwartet, habe ich Ihnen eine kurze Beschreibung der Unit erstellt. Darüber hinaus erhalten Sie heute Ihre Vorbereitungsaufgabe. Ich freue mich, Sie in zwei Wochen persönlich kennenzulernen und sende bis dahin herzliche Grüße,

Julia Dinius

Unitbeschreibung

Wenn Menschen in interprofessionellen Teams aufeinandertreffen, sind Konflikte keine Seltenheit. Jede Berufsgruppe hat ihren eigenen Arbeitsstil, ihre individuellen Ziele und ihre berufsspezifische Sicht auf die Patienten. Die daraus resultierenden Probleme reichen von der Unzufriedenheit des Einzelnen bezüglich der Zusammenarbeit im Team bis hin zu negativen Auswirkungen auf die Patienten. Prallen unterschiedliche Interessen oder Überzeugungen der verschiedenen Berufsgruppen aufeinander, verliert die Kommunikation häufig an Klarheit und Transparenz. Nicht selten leiden ebenso der Sinn für Vernunft und Verhältnismäßigkeit. Die Folge sind emotionsgesteuerte Reaktionen, bei denen Respekt und Wertschätzung verloren gehen und die beim Gegenüber Wut, Aggression, Verletzung, Hilflosigkeit oder Resignation hervorrufen können. Das ist menschlich, für den Lösungsprozess jedoch nicht hilfreich.

Die Unit baut auf grundlegenden Modellen und Methoden der professionellen Kommunikation auf. Darüber hinaus wird die *Mediation* als Beispiel eines nichtförmlichen, jedoch konsequent strukturierten Verfahrens zur Konfliktlösung beleuchtet. Dabei stehen vor allem wichtige Bestandteile der einzelnen Mediationsphasen, wie *Empathie*, *aktives Zuhören* sowie die *Kommunikation von Gefühlen und Bedürfnissen* im Mittelpunkt.

In dieser Unit erwarten Sie neben theoretischem Input vor allem praktische Übungen und Anwendungsaufgaben. Sie haben die Möglichkeit, Techniken auszuprobieren und sich auszutauschen. Daher sind das Einbringen eigener Erfahrung zum Thema sowie die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme und zum wechselseitigen Feedback unabdingbare Voraussetzungen.

Vorbereitungsaufgabe

In Vorbereitung auf den Präsenzteil ist es sinnvoll, sich zunächst mit dem eigenen Kommunikations- und Konfliktverhalten auseinanderzusetzen. Daher bitte ich Sie, das nachfolgende Konflikttagebuch auszufüllen. Bitte beginnen Sie 10 Tage vor der Präsenz, also am 15.10.2019. Ich empfehle Ihnen, sich täglich ein paar Minuten dafür Zeit zu nehmen (z.B. nach dem Abendessen oder vor dem Zubettgehen). Schaffen Sie sich ein kleines Ritual ganz nach Ihrem Geschmack). Tragen Sie bitte Konflikte ein, die sich am Tag innerhalb Ihres Teams abgespielt haben. Darüber hinaus führen Sie bitte ebenfalls innerpsychische Konflikte auf. Das sind Situationen, in denen Sie ein inneres Dilemma oder innere Zerrissenheit spüren.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Vorbereitungsaufgabe 2.Präsenz“. Dort finden Sie die Vorlage für das Konflikttagebuch. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **24.10.2019** in Moodle- im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ - „Vorbereitung: Frau Dinius“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Muster-mann_Präsenz2_Vorbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

WICHTIG!!! Mit den Konflikttagebüchern wird während der Präsenz gearbeitet. Bitte bringen Sie Ihre Konflikttagebücher ausgedruckt mit! Falls Sie keinen Drucker haben, können wir Ihre Ausarbeitungen hier vor Ort ausdrucken.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Mein Konflikttagebuch

Datum	Skizzieren Sie kurz die Konfliktsituation. (Beteiligte, Was ist passiert?)	Welche Emotionen und welches Verhalten haben Sie an sich selbst beobachtet?	Welche Einstellung gegenüber Ihrem Konfliktpartner hatten Sie?	Beschreiben Sie die Kommunikation mit Ihrem Konfliktpartner.
15.10.2019				
16.10.2019				
17.10.2019				
18.10.2019				
19.10.2019				

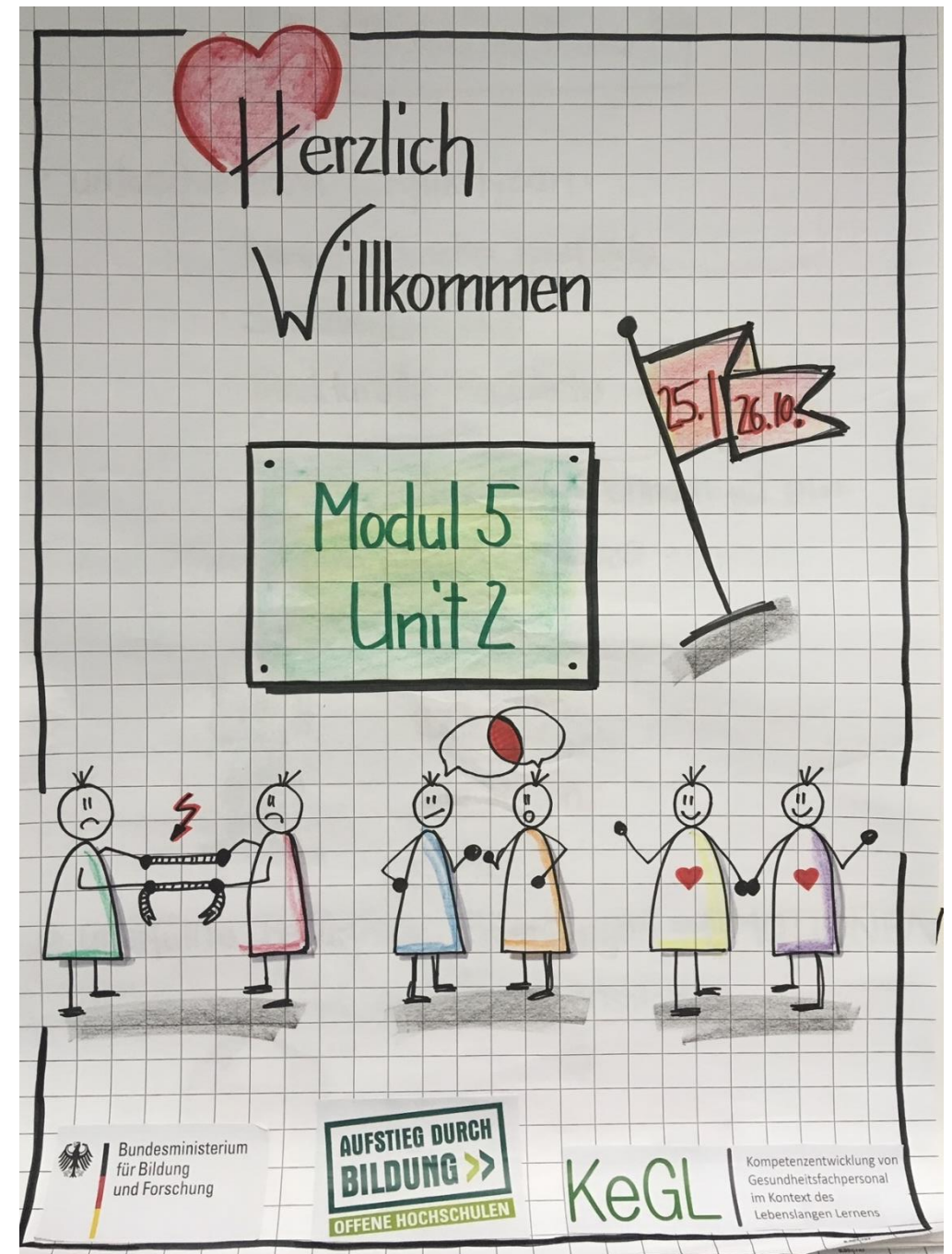
20.10.2019				
21.10.2019				
22.10.2019				
23.10.2019				
24.10.2019				

FOTOPROTOKOLL

Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Datum: 25./26.10.2019

Referentin: Julia Dinius



Was erwarte ich von Unit 2?

- aktiver Lernprozess
- neues Fachwissen

Hilfreiche Themen, die im Team umgesetzt werden können!

- Spannung & Spaß

Strategien, um gut in Konflikte zu gehen // guten Umgang mit Konflikten

- Konfliktlösungs-güteskalen
- Konfliktpotenziale erkennen
→ damit sie erst gar nicht entstehen.

die professionelle Sicht auf die ganzen verschiedenen Emotionen, die sich im Team abspielen und wie man damit umgehen kann

Konfliktentstehung besser verstehen
Besser mit Konflikten umgehen können

Einblicke in Teamstrukturen
Erkennen von Problemen
und Lösung von Konflikten

- Dimensionen von Teamkonflikten klassifizieren → „stufen“ & mögliche Interventions- beispielhaft
- Auswirkungen d. Teamstruktur bewusst werden

Neue Erkenntnisse zu parametrischen Vermutungen
→ z.B. aus Konflikten, Auswirkungen unterschiedliche Lage
- Punkte, die sich nicht als Konfliktpotenzial erweisen und daher beachtet werden können

- Erfahrungswerte & Strategien kennen lernen, um sich in Konfliktsituationen durchzusetzen
- Deeskalationsstrategien für destruktive Konflikte

Interessante & hilfreiche (Lösungs-) Strategien in Konfliktsituationen + (Fall-)beispielen
Spaß!

Ich finde das Thema sehr interessant und bin gespannt 😊

+ Freue mich wieder hier zu sein + Hoffe, dass ich zusammen mit euch tolle Sachen machen können

- Die Möglichkeit, dass wir alle praktischer und anwendbarer Konfliktlösungen erlernen können, wenn die Theorie für die ersten, reinen Konfliktfall so erklärt
- Aufklärung von Selbstwahrnehmung und anderen, was man mit Konflikten
- ... wenn ich Konflikte vermeide und wenn es notwendig ist

Was kann ich dazu beitragen, dass meine Erwartungen erfüllt werden?

- mich!
- Begeisterung
- Interesse

Offenheit, Interesse

- aktiv mitarbeiten (Zuhören; nachfragen ...)
- Erfahrungen einbringen
- Neugierig

Offenheit, Neugierde, Beispielkonflikt, ein „wenig“ Vorahnung

- Offen über Konflikte sprechen
- Auf Lösungsansätze einlassen
- Umgang mit Konflikten

rege Teilnahme und
Entscheidungsfindung
mit dem eigenen Team

Offen sein für Neues,
(auch wenn es erst einmal schwierig erscheint)

- aktive Beteiligung
- Offenheit
- Erfahrungswerte mitbringen

- Opa Vermutungen über Spielverhalten
Erwarten eines Fehler / Konfliktverhalten
- Praktische Ansätze / Methoden / ...

- Erfahrungswerte mitbringen
- Unsicherheitsfragen hinterfragen
- aus anderen Erfahrungswerten für eigene Situationen Maßnahmen ableiten

mitreden, Zp einbringen, ...

ich mag Spaß

- Offenheit und ein aktives, unbefangenes Engagement mit anderen hat und Wissen und Erfahrungen einbringen
- Die Möglichkeit, sich gegenseitig zu unterstützen, sowie auch die Aufgaben von Fachleuten
- Sensibler Umgang mit den Themen der Konfliktfälle

Ich bin hier, höre zu & mache mit & bin neugierig 😊

Einführung ins Thema

> unterschiedliche Konflikttypen:

- Intrapsychische Konflikte
- Soziale Konflikte
- Strukturelle Konflikte

> Konflikte gehören zum Alltag. Dennoch ist ein konstruktiver Umgang mit Konflikten oft schwierig.

Folge:



Der Konflikt re(a)giert die Person.

> unerfüllte Bedürfnisse, Erwartungen ⇒ EMOTIONEN

⇒ Gehirn schaltet auf Überlebensmodus

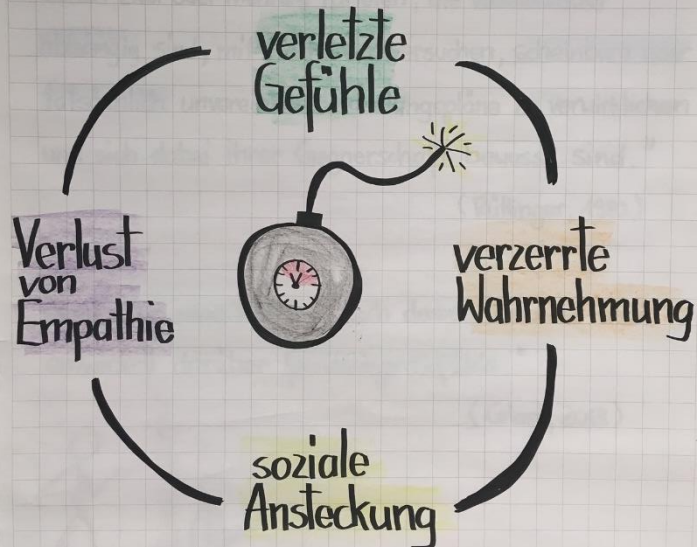


Angemessen?



www.streit.de

Eigendynamik von Konflikten



www.streit.de

Definition

„Soziale Konflikte sind Spannungssituationen, in denen zwei oder mehrere Parteien, die voneinander abhängig sind, mit Nachdruck versuchen, scheinbare oder tatsächlich unvereinbare Handlungspläne zu verwirklichen und sich dabei ihrer Gegnerschaft bewusst sind.“

(Rüttinger, 1980)

„Mindestens eine Partei ist sich dessen bewusst und entwickelt darüber feindselige Gefühle.“

(Glas, 2013)



www.streit.de

Strategien im Umgang mit Konflikten

sich rausnehmen nachdenken

KLARHEIT + LOS
RÜNTERSCHLUCKEN + ANGERN

"Petzen"
+/-

"Zeit lassen"
(Selbstreflexion, Gedanken machen, Bewusstwerden)
Anderer Kommunik. Wege nutzen, um Sachlichkeit zu gewährleisten

1X Luft holen und dann Entscheidung aussprechen ja du nein

Nichts sagen ignorieren

runterschlucken

Frost
"rauslassen"

immer über Konflikte besoffl.
→ erst runterschlucken (wg. Vermittlerrolle)
→ dann andere Stelle rauslösen

Recht geben Ja, aber...

Aktuelle Situation verlassen → später das Gespräch suchen

Bestätigung

soziale Verbündete

→ neutrale Person zu Rate ziehen Rat zu holen

Wertschätzende Kommunikation
Fragegespräch

Konflikt direkt ansprechen und klären

Strategien im Umgang mit Konflikten

> archetypische Reaktionsmuster: Angriff/Verteidigung, Flucht, Totstellen
→ Anwendung abhängig von Persönlichkeit/unbewusst

3165

1 VERMEIDEN

- > aushalten / aus dem Weg gehen
- > zwischenmenschliche Beziehungen ↓
- > keine Lösung, da Konflikt nicht bearbeitet wird

2 MACHTKAMPF / DURCHSETZEN

- > Konflikt zu eigenen Gunsten entscheiden mittels Macht, Zwang, Druck
- > zwischenmenschliche Beziehungen ↓
- > Kampf, bis Schwächerer aufgibt

3 NACHGEBEN

- > Unterlegenheit vs taktisches Verhalten

4 KOMPROMISSUCHEN

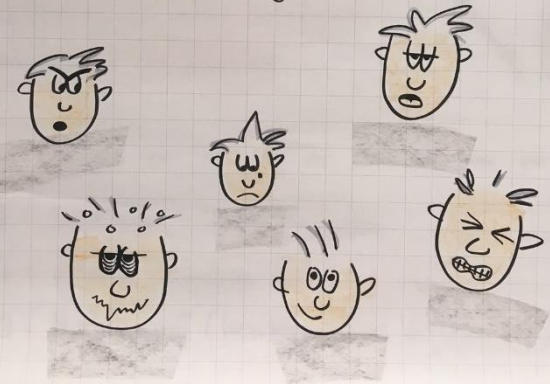
- > erleichtert Konfliktlösung → Einigung auf akzeptables Mittelmaß
- > Cave: fauler Kompromiss

5 KONSENSSUCHE DURCH KOOPERATION

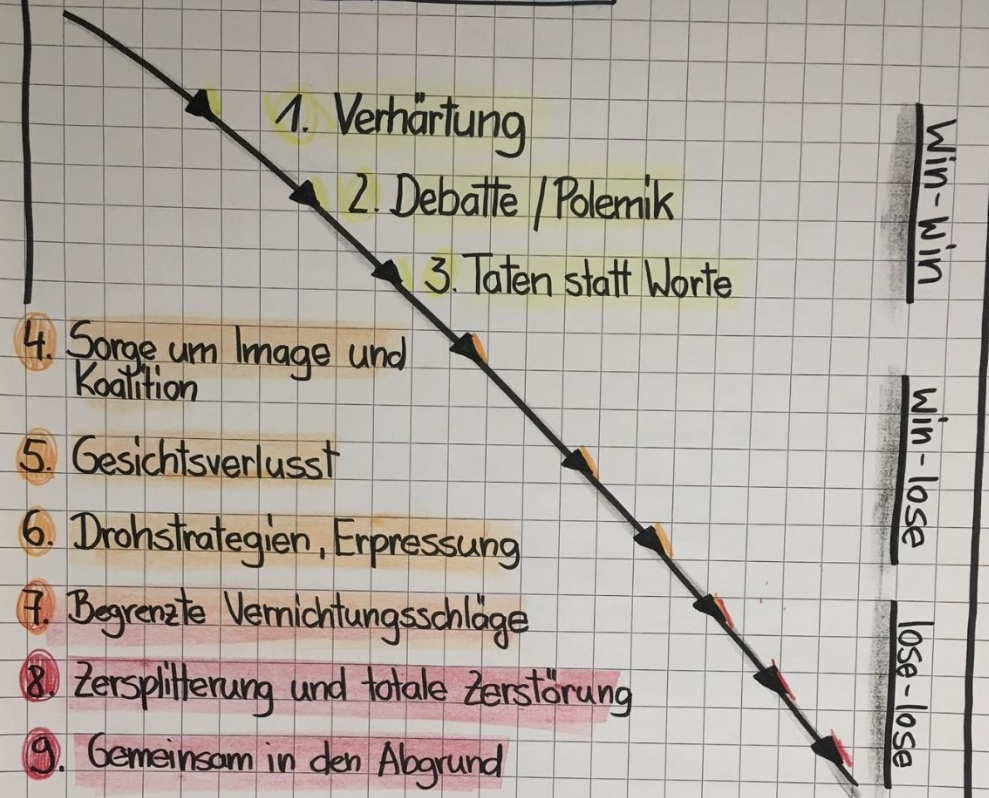
- > alle wollen gemeinsame Lösung, keiner macht Abstriche
- > zwischenmenschliche Beziehungen ↑
- > Mediation

6 AUFsuchen STAATL. AUTORITÄT, RECHT, GESETZ

- > Polizei, Anwalt, Ordnungsbehörden



Konflikteskalation (Glasl, 2013)



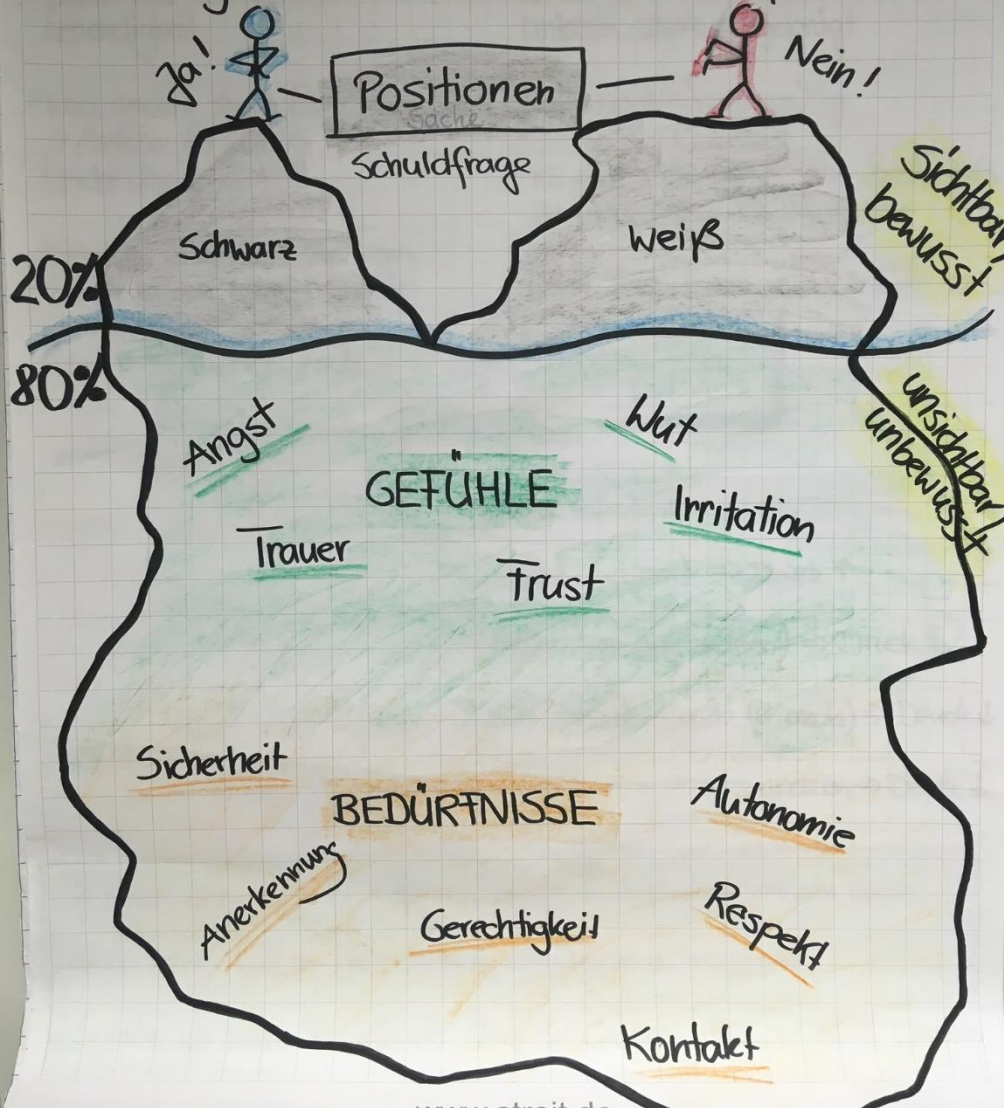
1-3 : Selbsthilfe, interne Mediation

4-7 : externe Mediation

8-9 : Machteingriff (Kein kooperatives Verfahren mg!)

Eisbergmodell

Worum geht es den Parteien im Konflikt?



Gefühle/Bedürfnisse

> Bestandteil menschl. Lebendigkeit

> universelle Lebensmotive, nur untersch. stark ausgeprägt

> was andere sagen/tun
→ Auslöser für Gefühle (nicht Urs.)

> kulturunabhängig gültig

> es gibt viele Wege, ein Bedürfnis zu befriedigen → Strategien

> wir sind es gewohnt zu sagen, was wir meinen, wie der andere sich uns gegenü. verhält ("Du missachtest mich")

> wenn Bedürfnisse nicht erfüllt w.

KRITIK

4 Reaktionsmöglichkeiten:

- ① Uns selbst Schuld geben (Gefühl: Scham) ⇒ Druck ↑
- ② dem anderen Schuld geben (Gefühl: Ärger auf anderen) ⇒ Druck ↑
- ③ Eig. Gefühle/Bedürfn. wahrnehmen (mitfühl. Verst. für mich) ⇒ Druck ↓
- ④ Gefühl/Bedürfn. d. anderen wahrnehmen (— " — anderen ⇒ Druck ↓

Je besser man seine eig. Gefühle/Bedürfn. in Verbindung bringen kann, desto leichter fällt es dem anderen, einfühlsam zu reagieren.

Spreche ich meine Bedürfn. an, steigt die Chance, dass sie erfüllt werden.

Echte Gefühle vs Pseudogefühle

→ Täter-Gefühle

Zwar werden oft die Wörter „Gefühl“ oder „fühlen“ benutzt, sie drücken jedoch nicht selten Gedanken oder Interpretationen aus.

„Ich fühle mich nicht genug beachtet.“

„Ich fühle mich angegriffen.“ → Interpretation des Verhaltens anderer

↻ Wenn jemand so denkt, wie fühlt er sich dann? ⇒ frustriert / ängstlich / ...

Überprüfen durch: „ICH BIN“

„Ich bin nicht genug beachtet.“ f

„Ich bin angegriffen.“ f

„Ich bin frustriert.“ ✓

„Ich bin ängstlich.“ ✓

www.streit.de

(Fritsch, 2008)

Bedürfnis-Trick

Gegenteil-Methode

Urteil: „Du missachtest mich.“

Gegenteil: „Du achtest mich.“

↳ Bedürfnis: Achtung, Respekt

unerwünschtes Verhalten:

„Er hilft mir nicht.“

Gegenteil:

„Er hilft mir.“

↳ Bedürfnis: Unterstützung

Übung

Pseudo-Gefühl

echtes Gefühl

Bedürfnis

bedroht

→ ängstlich

Sicherheit

eingeeengt

→ • unbehaglich

• Freiheit

• blockiert

• Autonomie

zurückgewiesen

→ • allein

• Harmonie

• verletzlich

• Beziehung

missverstanden

→ • unsicher

• Verständnis

• bestürzt

• Anerkennung

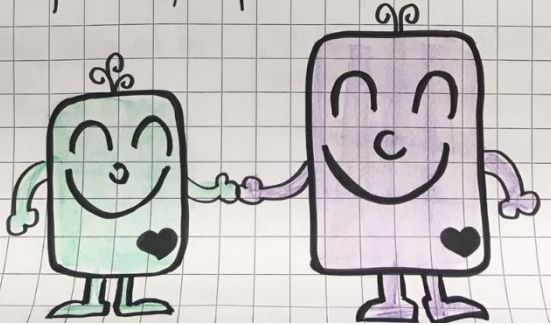
Gewaltfreie Kommunikation Teil 1

(M. Rosenberg)

- Rosenberg → Schüler von Carl Rogers (Klientzent. PT)
- entstand dr. Rosenbergs Auseinandersetzung mit amerik. Bürgerrechtsbewegung (60er Jahre)
 - Ziel: Rassentrennung an Schulen / Institut. auf friedvollem Wege rückgängig zu machen
- bildhaft gesprochen: nicht mit Worten auf jmd. einschlagen (sonst drohen Konflikte)




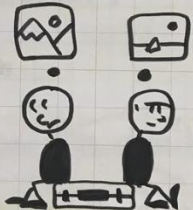
Grundelement mediativer Kommunikation

ZIEL: wertschätzende Beziehung entwickeln
einfühlsam / empathisch kommunizieren



Gewaltfreie Kommunikation Teil 2

(M. Rosenberg)

<p>BEOBACHTUNG statt Bewertung / Interpretation</p> <p>= nüchterne Beschreibung der Situation: Was habe ich gehört / gesehen (ZDF)</p> 	<p>GEFÜHLE statt Angriffe / Vorwürfe</p> <p>⇒ man macht sich sichtbar und kommt in Kontakt</p> <p>Achtung: <u>echte</u> Gefühle ↳ Trauer, Wut, Angst, Scham,</p> 
<p>BITTE / Wunsch statt Forderung</p> <p>⇒ Bitte um konkrete Handlung Auch Nichterfüllung ist in Ordnung!</p> <p>→ konkret, positiv formuliert, erfüllbar</p> 	<p>BEDÜRFNISSE statt Positionen / Strategie</p> <p>⇒ Was steht hinter dem Gefühl?</p> <p>„Ich habe das Bedürfnis, dass X das Team verlässt.“ ↳ = Strategie! Bedürfn.: Entlastung</p> 

Empathie

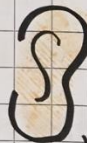
Jeder Mensch hat bemerkenswerte Ressourcen, die uns erfahrbar werden, wenn wir durch EMPATHIE mit ihnen in Kontakt kommen. Lindemann (Heim, 2011)

- ▷ sich in den anderen einfühlen / dessen Gefühle verstehen

einverstanden sein
- ▷ es ist nicht notwendig, Gefühle zu teilen → Mitleid, Mitgefühl
- ! KEINE persönl. Grenzen überschreiten!
- ▷ Aufmerksamkeit auf den anderen
- "Was braucht der andere?" ~~Was denke ich darüber?~~
→ Körpersprache wahrnehmen, aktiv zuhören



Anspannung lässt nach
Redefluss versiegt (zufrieden)



Selbst-Empathie

- ▷ um Empathie zu geben, brauchen wir zunächst SE !!!
- ▷ wenn ich selbst ärgerlich / ängstlich ... bin, fällt empath. Kontakt mit anderen schwer
→ Fokus auf eig. Gefühle / Bedürfnisse bewahre ich mich davor, Äußerungen persönl. zu nehmen

- Batterien laden (nicht nur am Handy)
- lernen anzunehmen (ich verdiene...)
- neg. Gefühle fühlen (nicht unterdrücken)

NEIN-sagen: Wie fühlt ihr euch, wenn jmd. ja sagt, weil er es euch recht machen will und nicht weil er ja meint? ... oder jmd. etwas aus Pflichtbewusstsein / Angst ... tut und nicht aus Liebe / Überzeugung!?

Sich selbst **SOLLTEN** ;-)

Mediation

Meine Erwartungen an den Mediator:

Gruppe 1

Gruppe 2

Gruppe 3

gute Beobachtung
Metaebene

Neutral/
wertungsfrei

Objektivität

Neutralität

Frei von
Emotionen

Empathie/
"Begründe werden
akzeptiert & beachtet"

methodische
Kompetenz

Alles in Blick
behalten

Ausrichtung u.
Standesöl

Ergebnis-offen

Flexibilität &
Klarheit in der
Methodik

professionelle
Kommunikation

Durchsetzungsfähig
stringent

Leitung/Gesprächs-
führung

moderieren/
lenken/sortiert/
Rahmen geben

www.streit.de

Was denken Sie?

Zeit



Ort



Co-Mediation



Kosten



www.streit.de

Prinzipien der Mediation

(Schäfer, 2013)

> Vertraulichkeit

- Verschwiegenheitspflicht für Mediator (§4 MediationsG)
- Mediator darf nicht als Zeuge vor Gericht
- Vertraulichkeit zw. Medianten wird vereinbart
→ absolut vs erweitert

> Freiwilligkeit

- Keiner darf gezwungen werden, Abbruch immer mgl.
(§1 MediationsG)

> Allparteilichkeit

> Ergebnisoffenheit

> Verantwortlichkeiten

- Mediator: Prozessverantwortung
- Mediant: verantwortlich für Inhalt, Abschlussvereinbarung



www.streit.de

Phasen und Kommunikationsmodell der Mediation

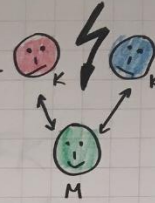
Pre-Mediation / Auftragsklärung

- > Auftraggeber
- > Ziele
- > Eignung (ob und wie machbar?)
- > organisatorische Themen

1
2
3

Phase 1: Rahmen, Kennenlernen

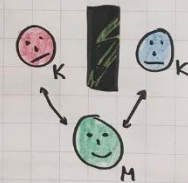
- > Begrüßung, Vorstellung, Würdigung
- > vertrauensvolle Atmosphäre schaffen
- > Rahmen besprechen, Rollen klären
- > Transparenz der Vorgeschichte



⇒ Mediator gibt Struktur und vermittelt Sicherheit

Phase 2: Sichtweisen

- > Jeder schildert Konflikt aus indiv. Perspektive
- > Mediator hört aktiv zu ⇒ 1. Entlastung
- > kein direktes Gespräch zwischen den Medianden, da oft Vorwürfe / Anschuldigungen
- > Wer beginnt?
- > auf Signale achten (Mimik, Körpersprache, Stimme)



- zurückhaltend fragen
- ggf. Gesprächsregeln einsetzen
- ! Empathie vor Struktur! GFK!
- wenn nach X Schleifen nichts neues mehr kommt ⇒ Pause!

Es geht nicht darum, Wahrheiten zu finden. Das ist für Mediatoren oft schwer auszuhalten

am Ende der Phase 2:

Themensammlung

Umgang mit Zeit

Art- und Weise d. Miteinander redens

Arbeitsstil

Situation im letzten Meeting

Feedback geben


Begrüßung

Phase 3: Klärung / Vertiefung

- Klärung von Beobachtung, Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen

- Medianden kommen ins direkte Gespräch

- es geht darum, den anderen zu verstehen / gegenseitiges Verständnis wecken

-  Stück der Mediation

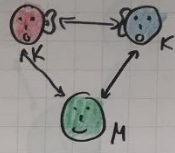
- Vertiefen: Was genau hat sich ereignet?

- Klärung von Absicht / Wirkung: Wie kam die Botschaft an?

→ Wie ging es Ihnen dabei? Was hätten Sie gebraucht? Was wünschen Sie sich?

- Perspektivwechsel förderlich

- ggf. Modelle einsetzen (z.B. Eisberg)



Phase 4: Lösungen entwickeln

> Medianden entwickeln gemeinsam

Win-Win-Lösung

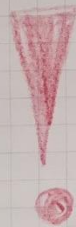
> Mediator moderiert, fokussiert auf Ressourcen

„Was war neu? Was hätten Sie aus heutiger Sicht anders gemacht?“

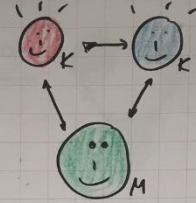
> Konsensorientierung

> Kreative Lösungsentwicklung → permanente Interaktion d. Medianden

ACHTUNG Blockaden



- Müdigkeit
- Unterstellg. mang. Kreativität
- unzureichende Klärung von Bedürfnissen



Phase 5: Abschlussvereinbarung

- Wurde alles berücksichtigt?

- Wurden faire Lösungen gefunden?

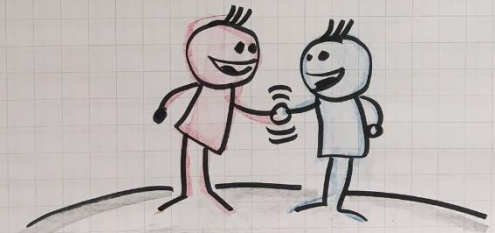
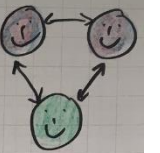
- Alltagstauglichkeit überprüfen!

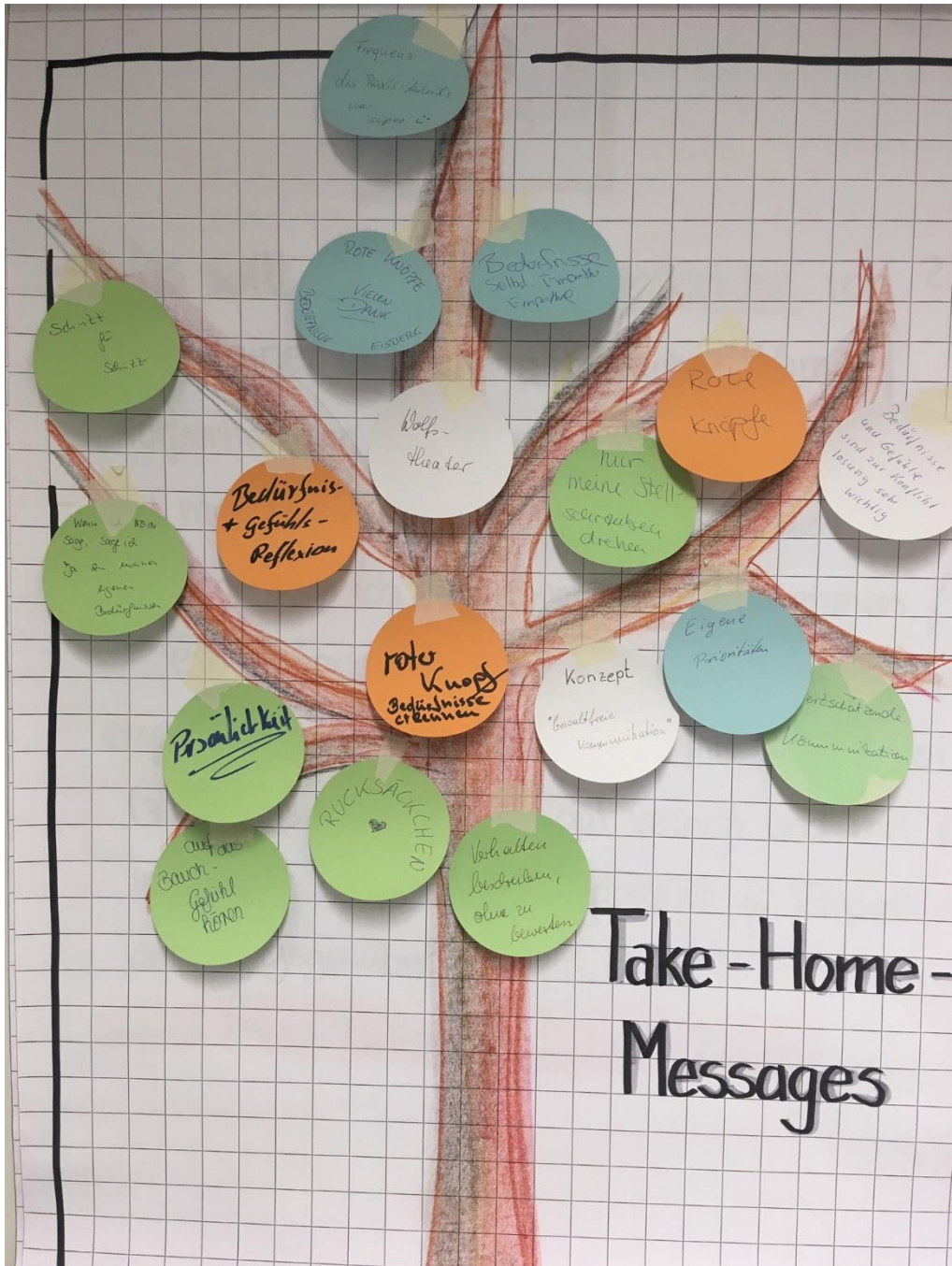
- schriftliche Fixierung + Unterschrift

- Notfallplan

- Follow-up

- Würdigung / Empathie schadet **NIE**







GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Nachbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz – Frau Dinius

Arbeitsauftrag:

Zur Nachbereitung der Unit 2 im Modul 5 bitte ich Sie, einen Konflikt, der sich aktuell in Ihrem Team ereignet mittels Gewaltfreier Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg anzusprechen. Alternativ können Sie einen Konflikt aus der Vergangenheit rekapitulieren. Diese Übung soll Sie dabei unterstützen, sich Ihrer eigenen Anliegen bewusst zu werden und diese konkret und wertschätzend zu formulieren.

Geben Sie bitte zunächst einen kurzen Abriss zum Hintergrund (max. ½ Seite). Anschließend formulieren Sie die 4 Schritte der Gewaltfreien Kommunikation mit je einem Satz: **Beobachtung** (anstatt Bewertung/ Interpretation) → **Gefühle** (anstatt Angriff/ Vorwurf) → **Bedürfnisse** (anstatt Positionen/Strategien) → **Bitte** (anstatt Forderung)

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 2.Präsenz“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **11.11.2019** in Moodle- im Abgabeordner „2. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Dinius“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz2_Nachbereitungsaufgabe).

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit
Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Vorbereitungsaufgabe zur 3. Präsenz – Frau Küllenberg

Arbeitsauftrag: Anwendung des bisherigen Wissens über Teams am Beispiel der **Teambesprechung**

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, einen Einblick zum Thema Teambesprechungen zu erhalten. Da diese einen Rahmen schaffen, in dem sich viele der gelernten Inhalte widerspiegeln, sollen die gelernten Inhalte sowie Ihre persönlichen Erfahrungen verknüpft und reflektiert werden. Die Texte und Fragen dieses Auftrages werden in der Präsenz vertieft und um die Sichtweisen der anderen Teilnehmer ergänzt:

1. **Lesen Sie den Ausschnitt des Kapitels zum Thema Besprechungsmanagement (S. 192-201, im PDF Dokument zur Vorbereitung auf Moodle):**

Weisweiler, S., Dirscherl, B., & Braumandl, I. (2013). Aufbaumodule. In *Zeit- und Selbstmanagement: Ein Trainingsmanual–Module, Methoden, Materialien für Training und Coaching. Arbeitsmaterialien im Web* (pp. 192-201). Springer, Berlin, Heidelberg.

2. **Beantworten Sie die Fragen (Teil I & II) zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit Teambesprechungen; bringen Sie bitte die Antworten von Teil II mit zur Präsenz.**
3. **Lesen Sie die Kurzzusammenfassung.**
4. **Überlegen Sie, inwiefern die angesprochenen Aspekte der Kurzzusammenfassung im Rahmen des von Ihnen vorher ausgewählten Teammeetings erfüllt waren. Erarbeiten Sie zu jedem der drei Punkte zwei konkrete Ideen, die zur Verbesserung dieser Aspekte in der Besprechung beitragen könnten.**

Zu 2.

Beantworten Sie die Fragen (Teil 1&2) zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit Teambesprechungen; bringen Sie bitte die Antworten von Teil 2 mit zur Präsenz.

TEIL I

- a) An welchen Besprechungen nehmen Sie teil? / (Welche Besprechungen leiten Sie?)
Notieren Sie jene drei Besprechungen, die Ihnen als erstes in den Sinn kommen.
- b) Wählen Sie für die Fragen **eine der drei Besprechungen** aus und versuchen Sie sich mithilfe der nachfolgenden Fragen so gut es geht, daran zu erinnern.
1. Wer hat die Besprechung geleitet/ moderiert? (Wenn niemand explizit ausgewählt wurde, welche Rollen haben sich entwickelt?)
 2. Welche Professionen haben daran teilgenommen?
 3. Was waren die besprochenen Inhalte?
 4. Wie wurden die Inhalte präsentiert?
 5. Wie war die Struktur? (zeitlicher Ablauf, feststehende Agenda Punkte etc.)
 6. Wie waren die räumlichen Gegebenheiten?
 7. Was war das Ziel der Besprechung?
 8. Wurde das Ziel erreicht?
 9. Wurde das Ziel festgehalten? Wenn ja, wie?
 10. Wurde das Ziel nachverfolgt? Wenn ja, wie?
 11. Wie würden Sie die Atmosphäre beschreiben?
 12. Wer hat sich aktiv beteiligt?
 13. Wenn diskutiert wurde, wie lief dies ab?
 14. Wie wurden die Teilnehmer dazu angeregt teilzuhaben?
 15. Wie wurde mit Fehlern umgegangen?

Teil II

Selbstreflexion

1. Wie würden Sie Ihre eigene Rolle in der Teambesprechung beschreiben?
2. Welche Kernbotschaften (Werte/ Glaubenssätze) bringen Sie in Teambesprechungen ein?
3. Wie machen Sie das?
Wie verhalten Sie sich dabei und wie reagieren die anderen dabei auf Sie?

Zu 3. Lesen Sie die folgende Zusammenfassung

Interprofessionelle Meetings bieten verschiedenen Professionen der Gesundheitsversorgung die Möglichkeit, voneinander zu lernen. Wissen, das während eines Meetings generiert wurde, ist nicht nur für den individuellen Praktiker nützlich, sondern trägt bei einigen Teams auch zum kollektiven Lernen bei, was letztendlich den Patienten zugutekommt (Nisbet, Dunn & Lincoln, 2015). Dabei ist darauf zu achten, dass die reine Zusammenstellung einer Gruppe von verschiedenen Professionen nicht automatisch ein Team darstellt, das effektiv zusammenarbeitet und/ oder die richtigen Entscheidungen trifft. Cooley (1994) analysierte die Probleme von interdisziplinären Teams und teilte sie in drei Kategorien ein: Diese lauten **Desorganisation, Missverständnisse und inadäquate Partizipation an Problemlöseprozessen**.

Unter Desorganisation versteht die Autorin die Abwesenheit von klar definierten Prozessen (z.B. die Absicht und die Ergebnisse von Teammeetings sind unklar; Informationen werden nicht in einer logischen Art und Weise aufbereitet etc.).

Die essentielle Eigenschaft von multidisziplinären Teams ist ihre professionell diverse Zusammenstellung (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009). Das heißt, interdisziplinäre Teams bringen per Definition andere Perspektiven und Fachsprachen ein, weshalb sie ganz besonders von den Herausforderungen betroffen sind, die entstehen, wenn die Heterogenität in Teams hoch ist. Missverständnisse können beispielsweise aufgrund der unterschiedlichen Nutzung und Interpretation der jeweiligen Fachsprache entstehen.

Das Teammeeting stellt theoretisch die ideale Situation dar, in der die Mitglieder des Teams verfügbar sind, um die unterschiedlichen Perspektiven zur Problemlösung für ein spezifisches Problem transparent zu machen. Unglücklicherweise beteiligen sich in der Regel jedoch nicht alle Mitglieder optimal an Gruppendiskussionen: Während einige zu zurückhaltend und reserviert sind, dominieren andere das Meeting, indem sie unverhältnismäßig viel oder unangemessen sprechen. Zusätzlich fehlt es vielen Gruppen an einem strukturierten Ansatz zur Problemlösung.

Cooley (1994) hält daher fest, dass ein effektives Teammeeting essentiell für das Funktionieren von Teams ist und verweisen auf drei zentrale Elemente:

- 1) **organisierte Präsentation von Material und ein sinnvoller Umgang mit der Zeit**
- 2) **interaktive Kommunikation zwischen den Teammitgliedern, die zu einem gegenseitigen Verständnis für die Ziele des Teams und seinen Entscheidungen führt**
- 3) **ausreichende Involvierung der Gruppenmitglieder an einer konstruktiven Problemlösung**

Cooley, E. (1994). Training an Interdisciplinary Team in Communication and Decision-Making Skills. *Small Group Research*.

Nisbet, G., Dunn, S., & Lincoln, M. (2015). Interprofessional team meetings: Opportunities for informal interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 426–432.

Zwarenstein, M.; Goldman, J; Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *TheCochraneDatabase of Systematic Reviews*, 3(CD000072).

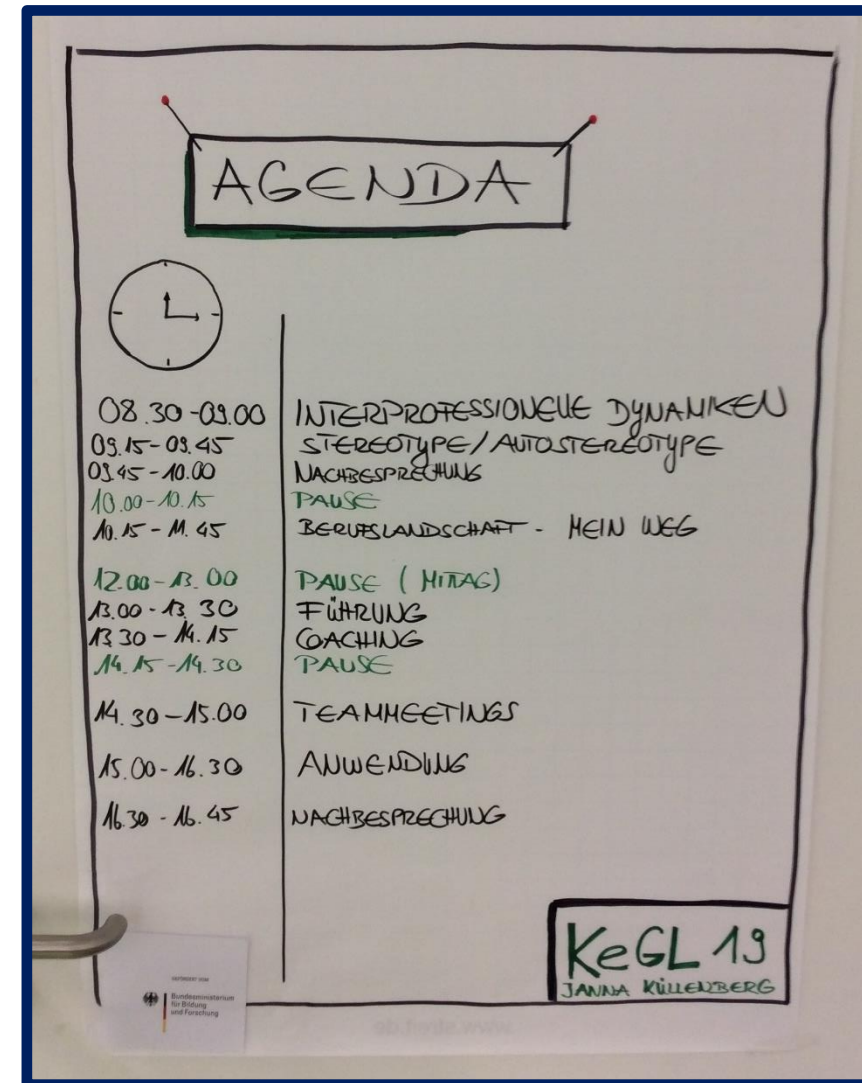
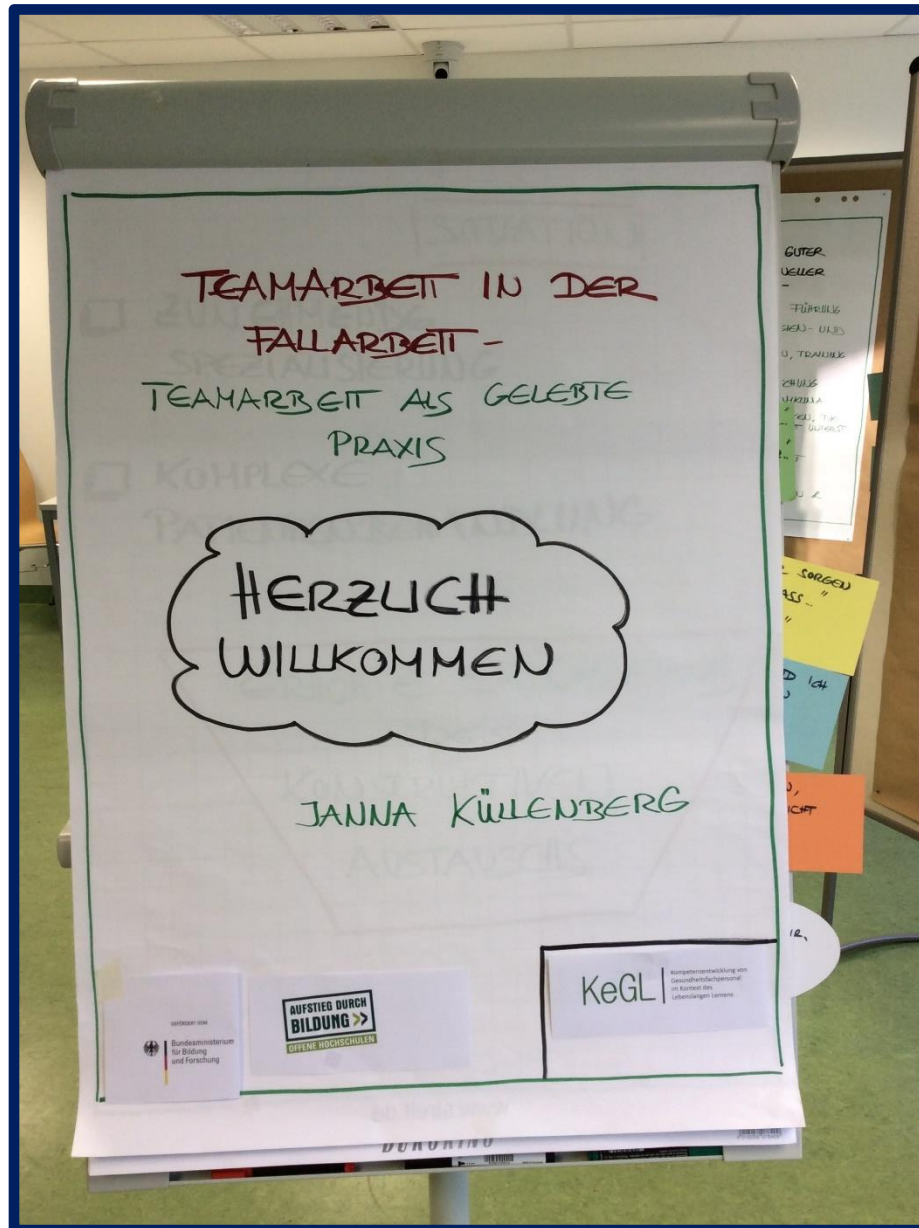
Zu 4.

Überlegen Sie, inwiefern die Punkte **1) bis 3)** der Zusammenfassung im Rahmen der von Ihnen ausgewählten Teambesprechung erfüllt waren. Erarbeiten Sie anschließend zu jedem der drei Punkte zwei konkrete Ideen, die zur Verbesserung dieser Aspekte in der Besprechung beitragen können.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Vorbereitungsaufgabe_3.Präsenz“ und laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **22.11.2019** in Moodle- im Abgabeordner „2. Selbstlernphase“ - „Vorbereitung: Frau Küllenberg“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz3_Vorbereitungsaufgabe).

WICHTIG!!! Bitte bringen Sie Ihre Ausarbeitungen zu **2. (Teil II)** ausgedruckt mit! Falls Sie keinen Drucker haben, können wir Ihre Ausarbeitungen hier vor Ort ausdrucken. Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

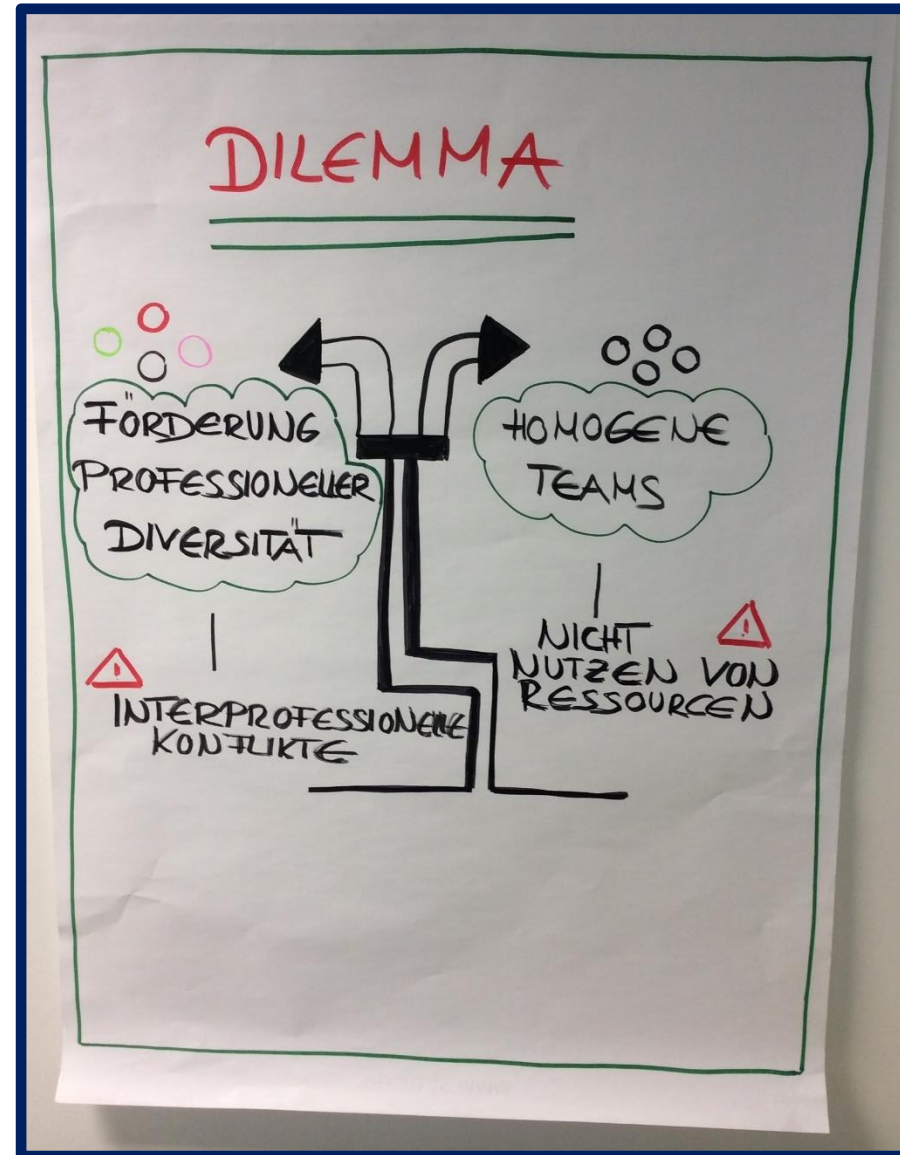
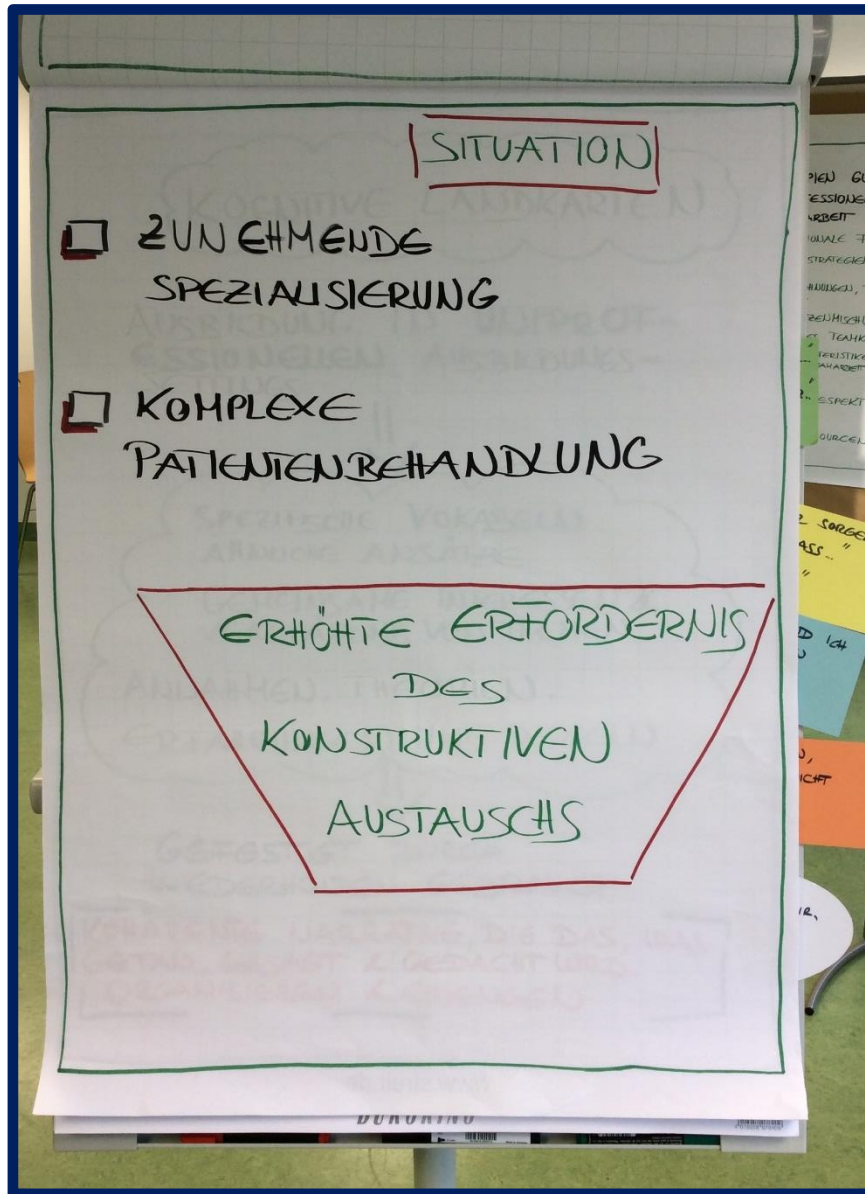


GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



THEORIE DER SOZIALEN IDENTITÄT

ANNAMEN:

- 1.) MENSCHEN STREBEN GRUND-
SÄTZLICH DANACH, EIN **POSITIVES**
SELBSTBILD ZU ENTWICKELN,
ZU BEHALTEN
- 2.) IN VIELEN KONTEXTEN
ENTSTEHT EIN INDIVIDUELLES
SELBSTKONZEPT DURCH EINE
**SIGNIFIKANTE GRUPPEN-
ZUGEHÖRIGKEIT**
- 3.) IN KONTEXTEN, IN DENEN DIE
SOZIALE IDENTITÄT BESONDERS
AUFFÄLLIG IST, STREBEN WIR
DANACH DIE IDENTITÄT ZU
BEHALTEN, IN DEM WIR **DIE**
EIGENE GRUPPE VON EINER
ANDEREN UNTERSCHIEDEN

(TAYFEL & TURNER, 1973)

KOGNITIVE LANDKARTEN

AUSBILDUNG IN UNIPROF-
SSIONELLEN AUSBILDUNGS-
SETTINGS



SPEZIFISCHE VOKABELN
ÄHNLICHE ANSÄTZE

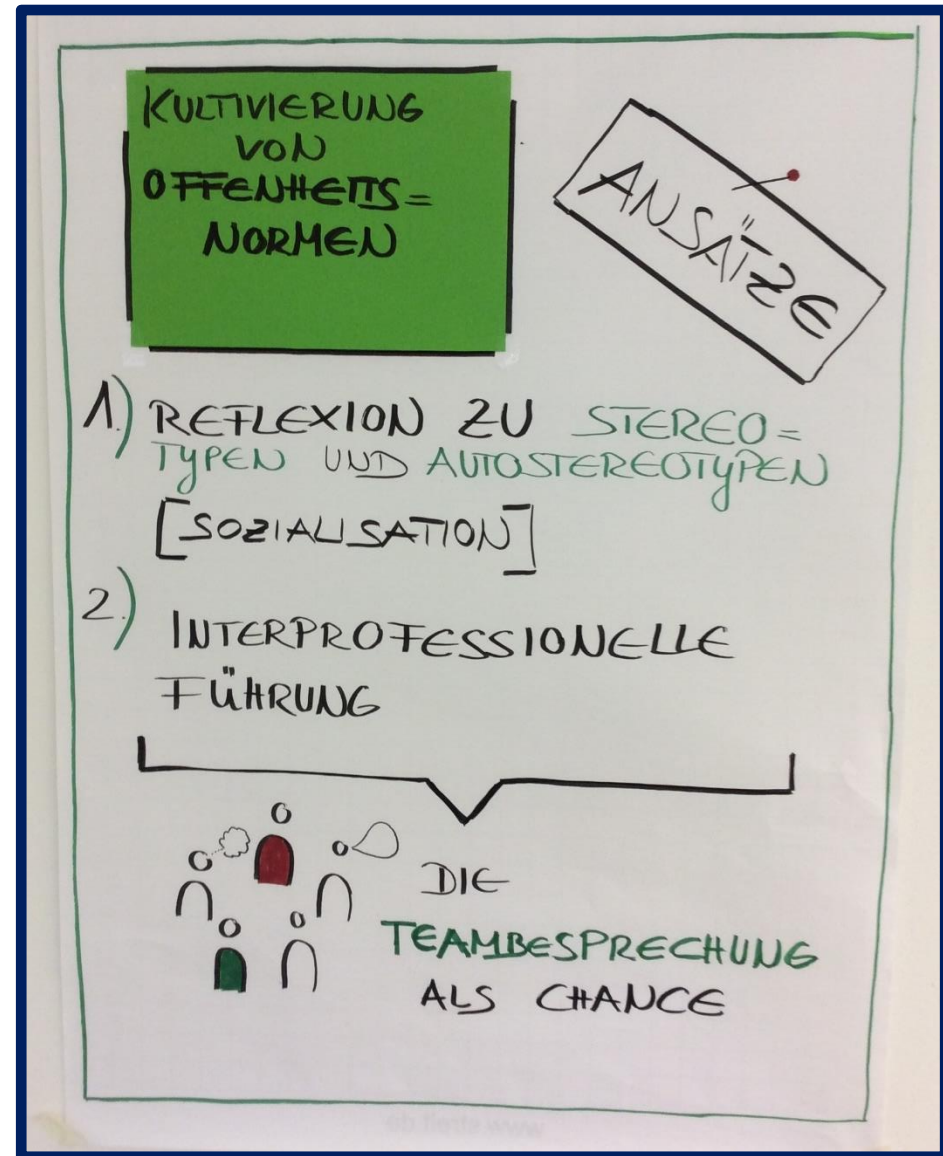
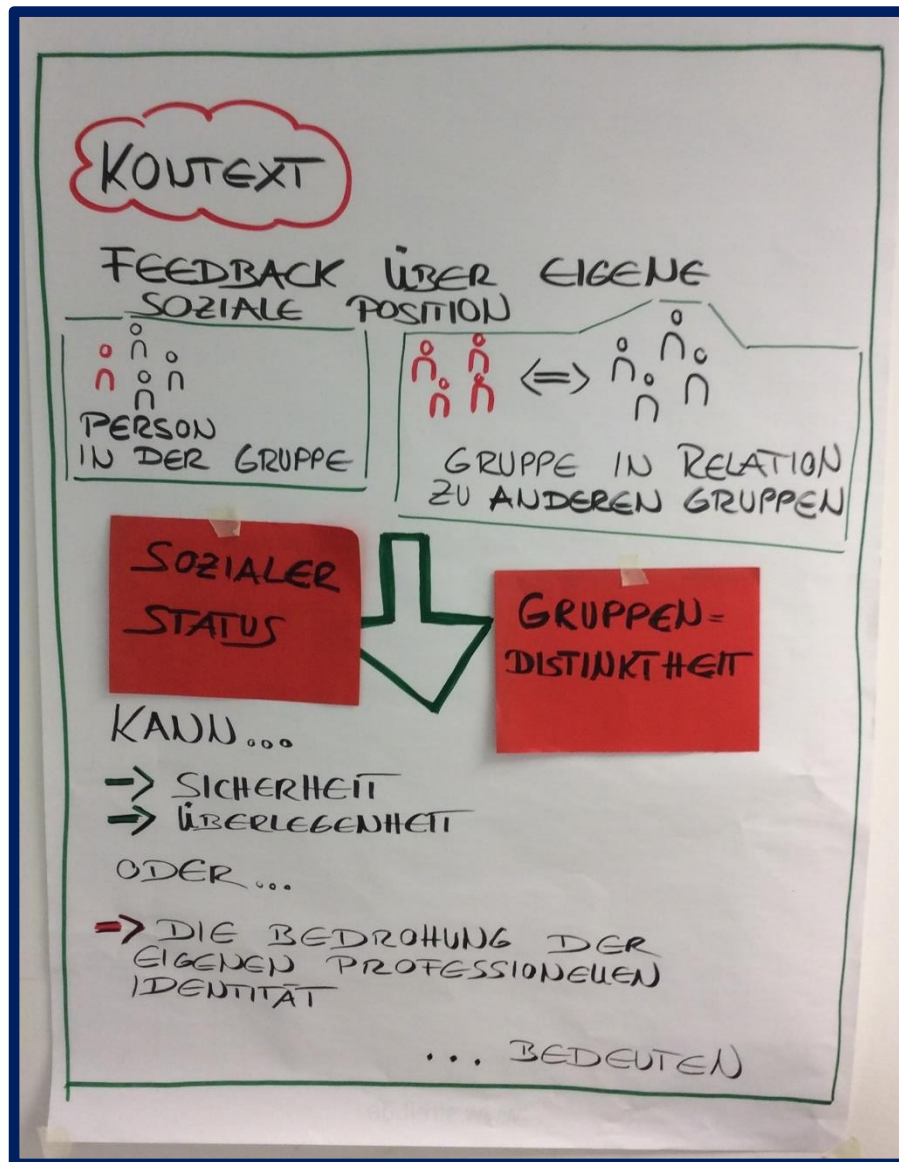
GEMEINSAME INTERESSEN &
VERSTÄNDNIS VON THEMEN

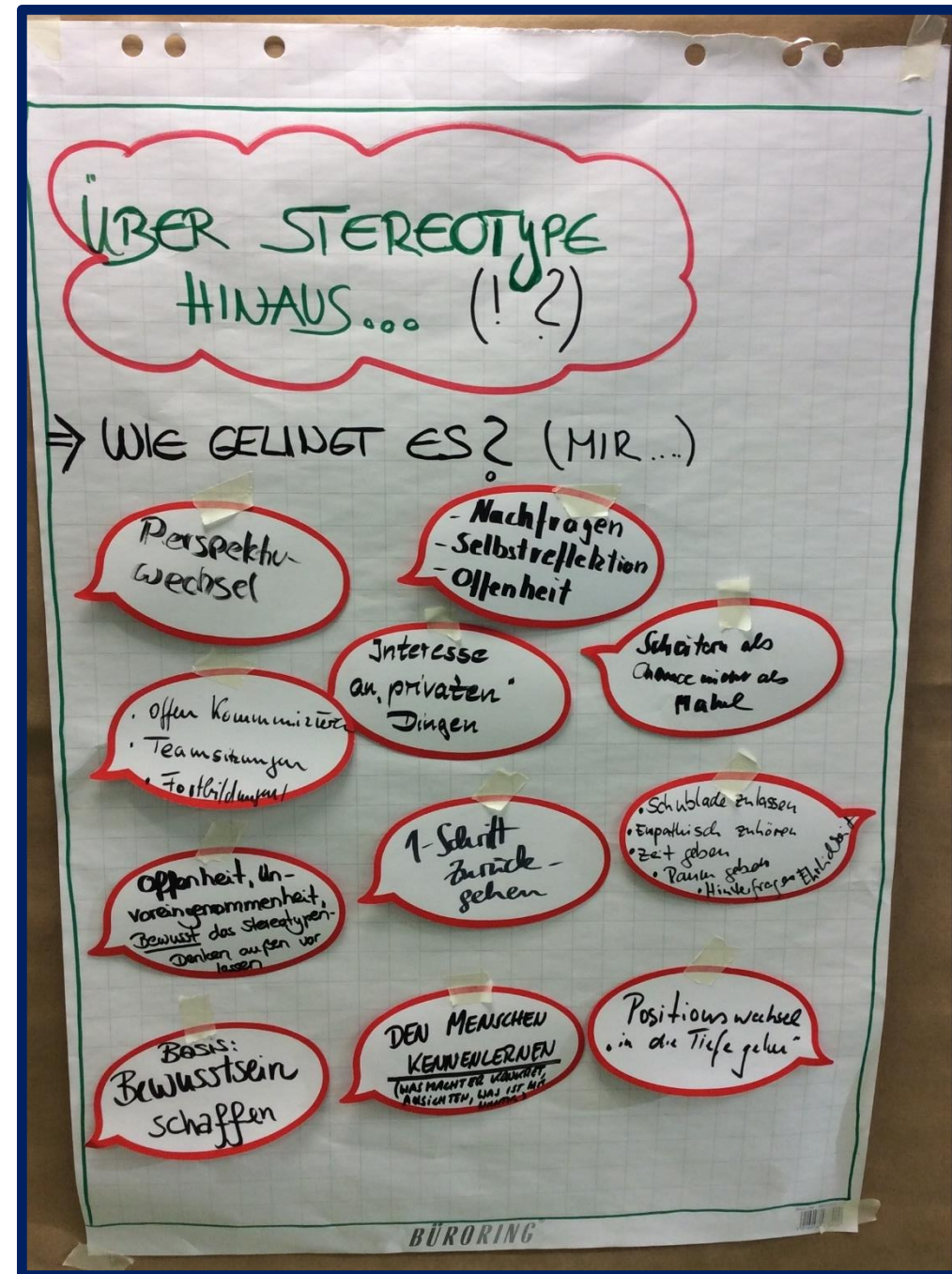
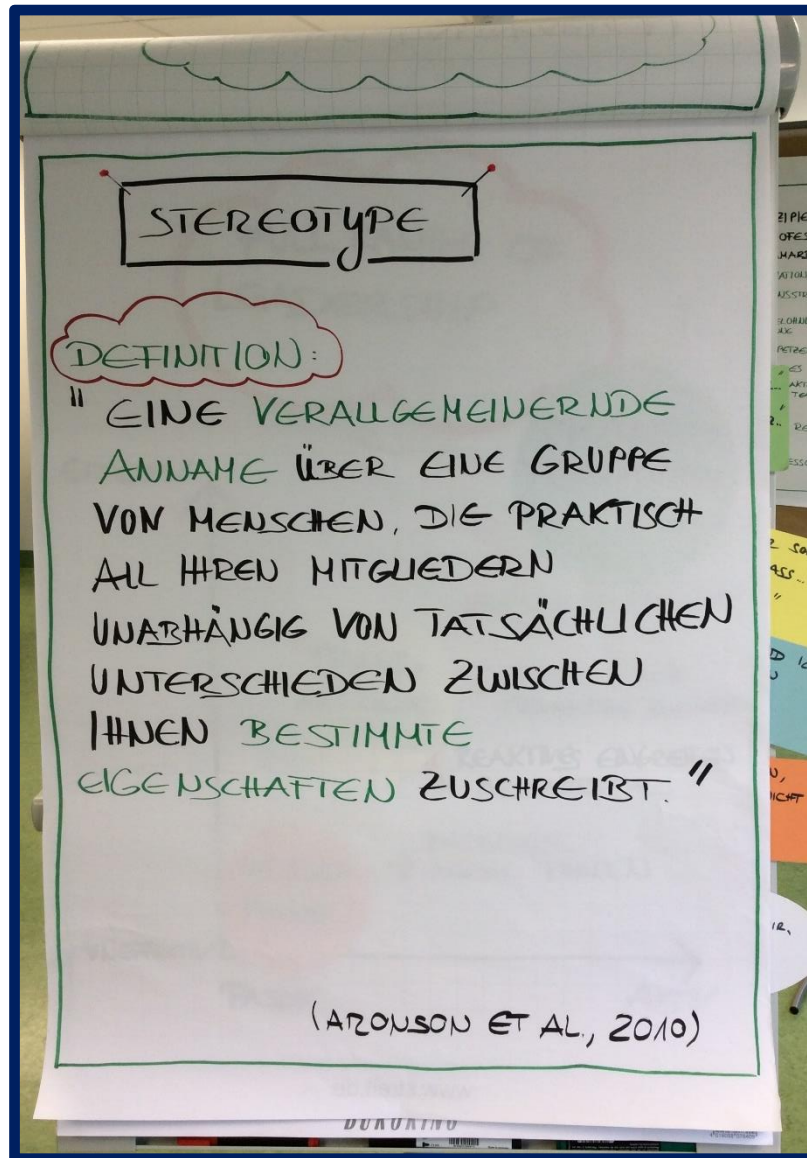
ANNAHMEN, THEORIEN,
ERFAHRUNGEN UND REGELN



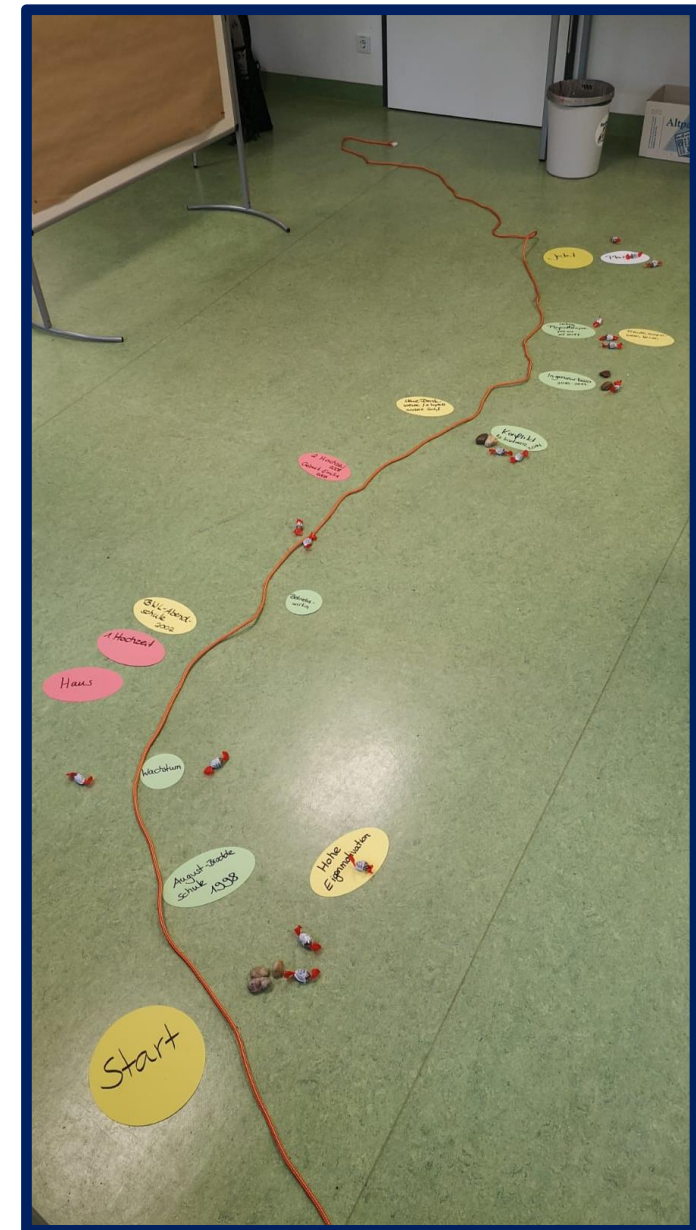
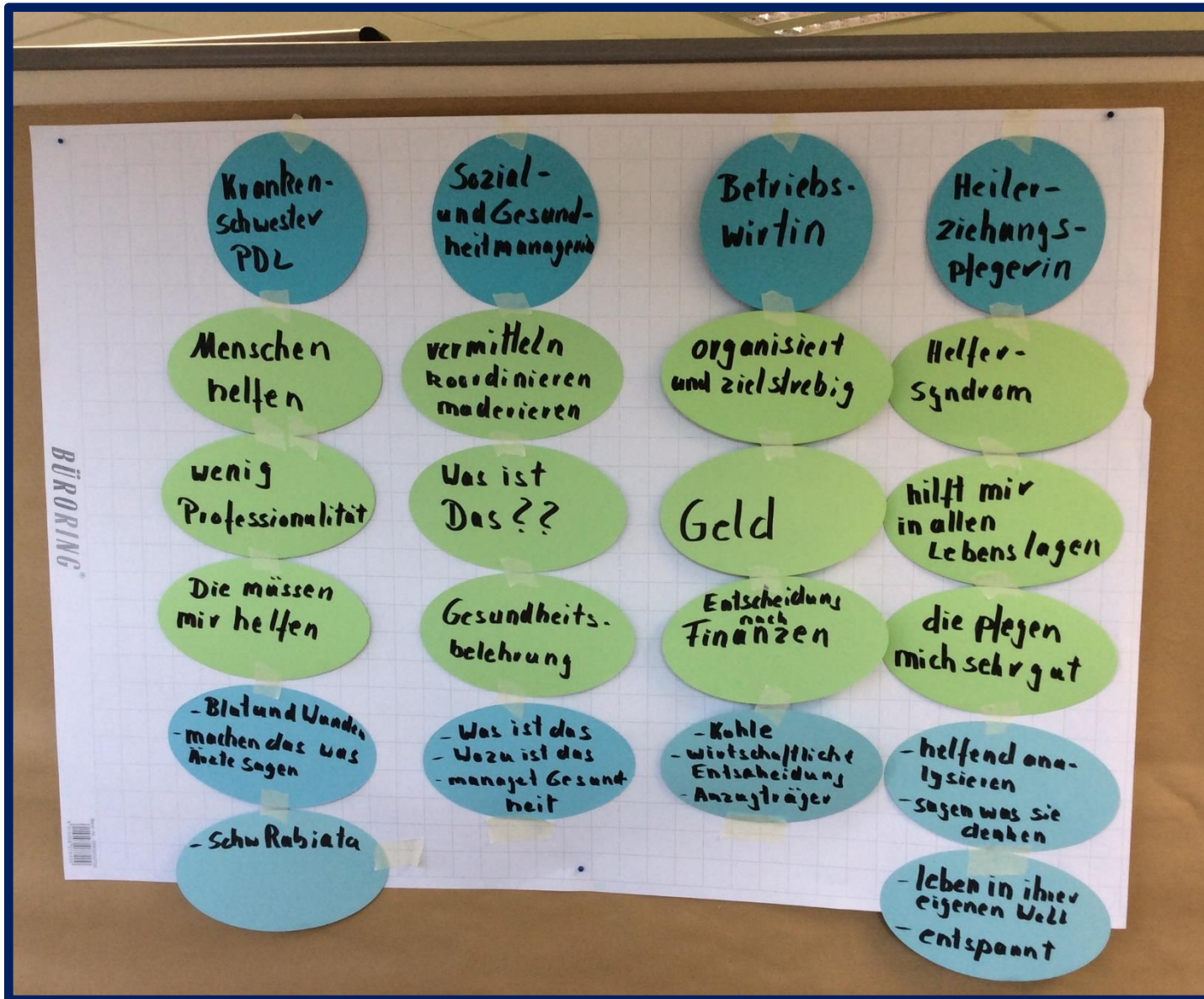
GEFESTIGT DURCH
WIEDERHOLTEN GEBRAUCH

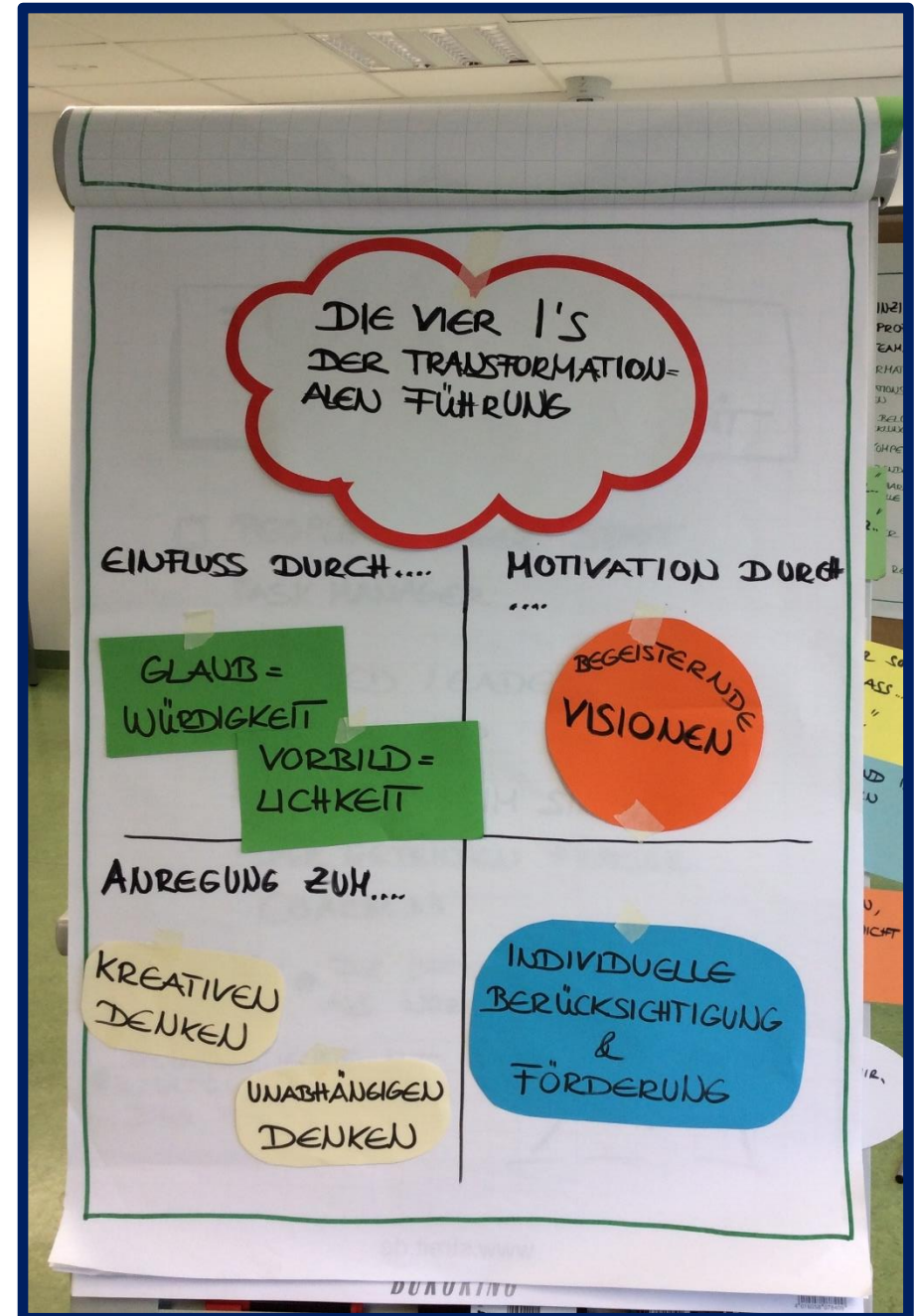
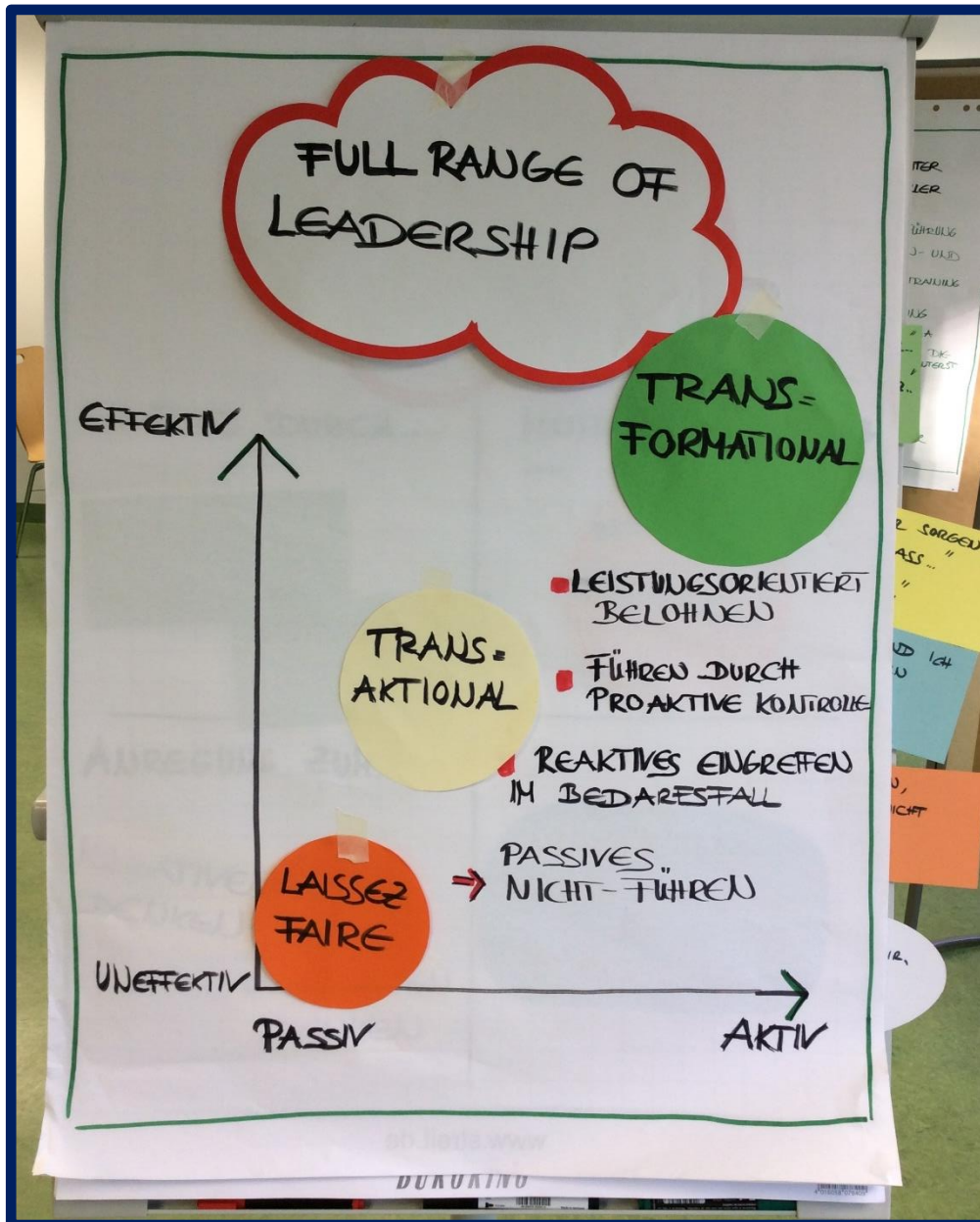
**KOHÄRENTE NARRATIVE, DIE DAS, WAS
GETAN, GESAGT & GEDACHT WIRD,
ORGANISIEREN & EINENGEN**











FÜHREN IM KONTEXT DER INTERPROFESSIONALITÄT

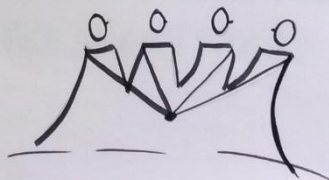
☐ PEOPLE MANAGER STATT
TASK MANAGER

☐ SHARED LEADERSHIP/
STEWARDSHIP

⇒ KOLLEGEN IM SINNE
DER GETEILTEN FÜHRUNG
COACHEN

ANSÄTZE: ● DIE OFFENE DISKUSSION
ALS NORM

● BESCHÄFTIGUNG MIT
WERTEN UND VISION
DES TEAMS



REFLEKTIERTES
BEWUSSTSEIN

INTERPERSONALES
BEWUSSTSEIN

ADÄQUATE
WAHRNEHMUNG
DER **EIGENEN**
PROFESSION

ADÄQUATE
WAHRNEHMUNG
DER FREMDEN
PROFESSION



DEMUT



ANERKENNUNG
DER **EIGENEN**
QUALITÄTEN
UND **GRENZEN**

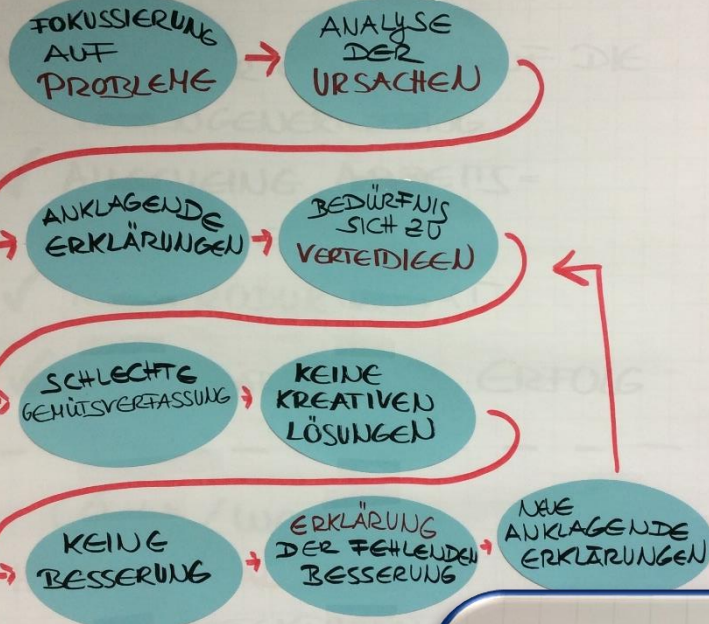
ANERKENNUNG
DER QUALITÄTEN
UND **GRENZEN**
ANDERER

OFFENHEIT FÜR INFORMATIONEN
UND ANDERE PERSPEKTIVEN

10 PRINZIPIEN GUTER INTERPROFESSIONELLER TEAMARBEIT

- 1.) TRANSFORMATIONALE FÜHRUNG
- 2.) KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN- UND STRUKTUREN
- 3.) PERSÖNLICHE BELOHNUNGEN, TRAINING UND ENTWICKLUNG
- 4.) ADÄQUATE KOMPETENZMISCHUNG
- 5.) UNTERSTÜTZENDES TEAMKLIMA
- 6.) INDIVIDUELLE CHARAKTERISTIKEN, DIE INTERPROFESSIONELLE TEAMARBEIT UNTERST.
- 7.) KLARE VISION
- 8.) GEGENSEITIGER RESPEKT
- 9.) KLARE ROLLEN
- 10.) ANGEMESSENE RESSOURCEN & STRUKTUREN

DER PROBLEMFOKUS



HAUDBARKEIT

ERKLÄRBARKEIT

SINNHAFITGKEIT

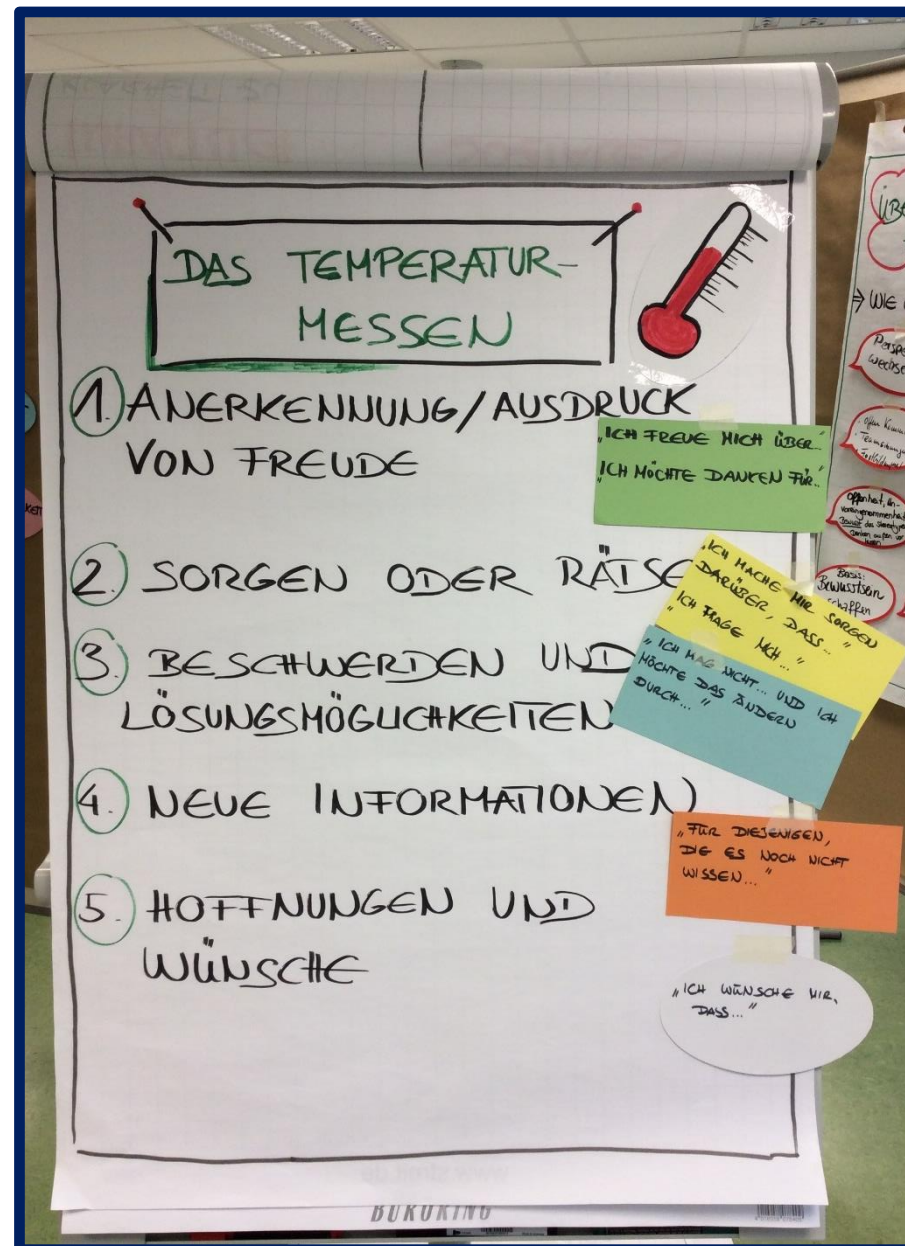
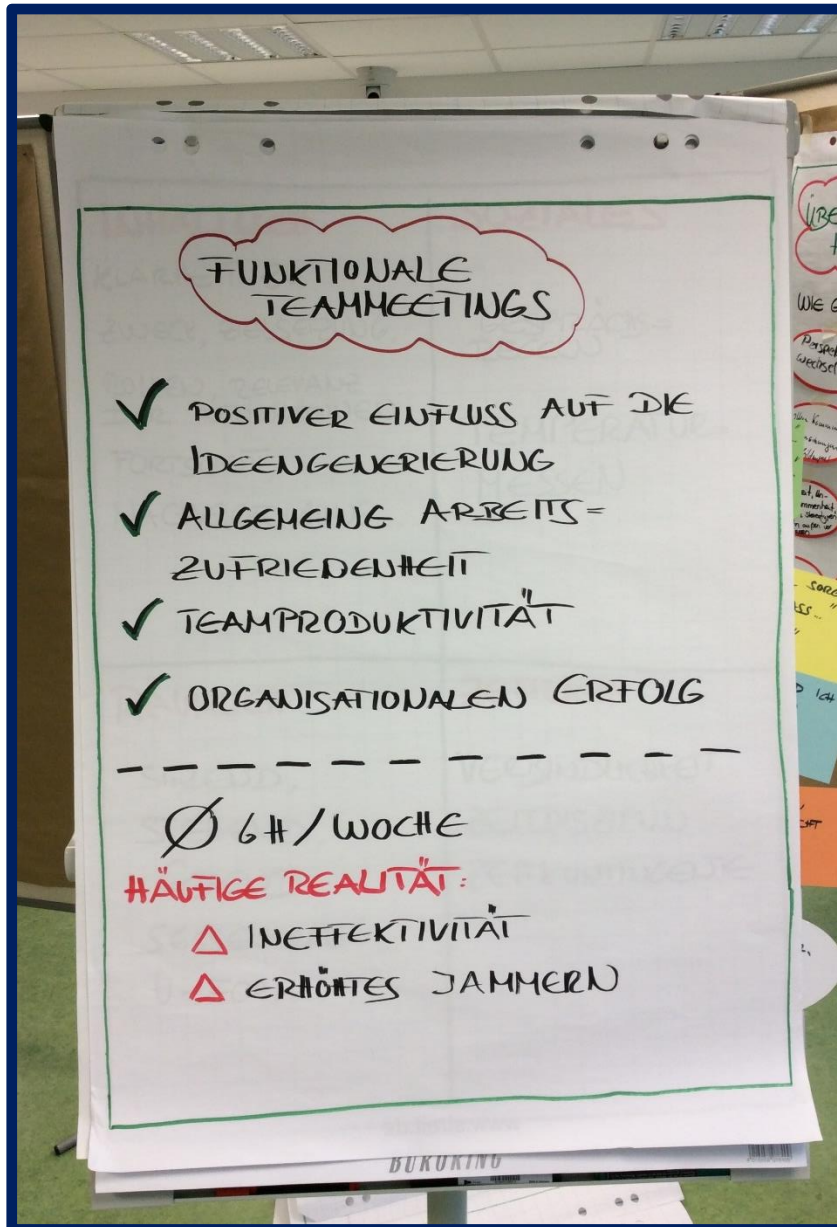
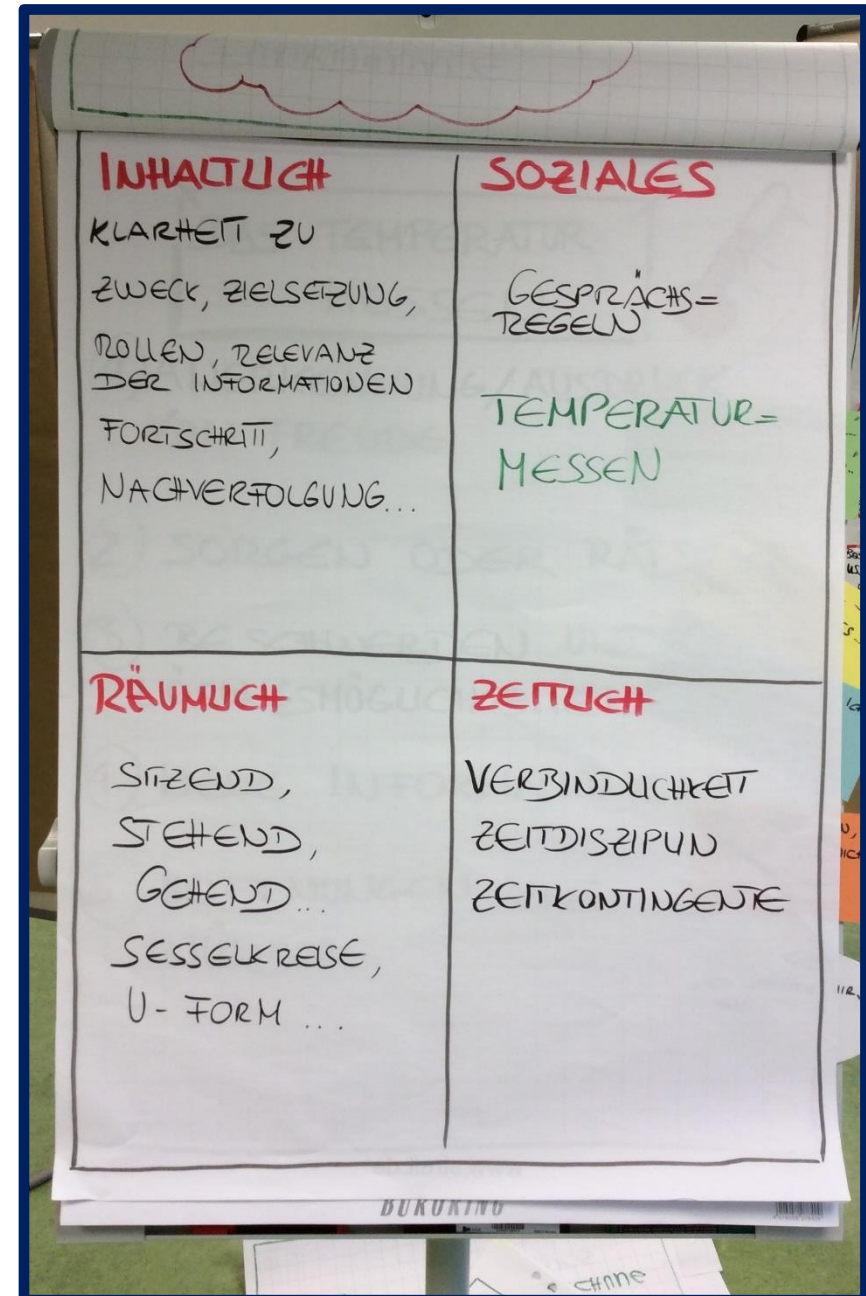
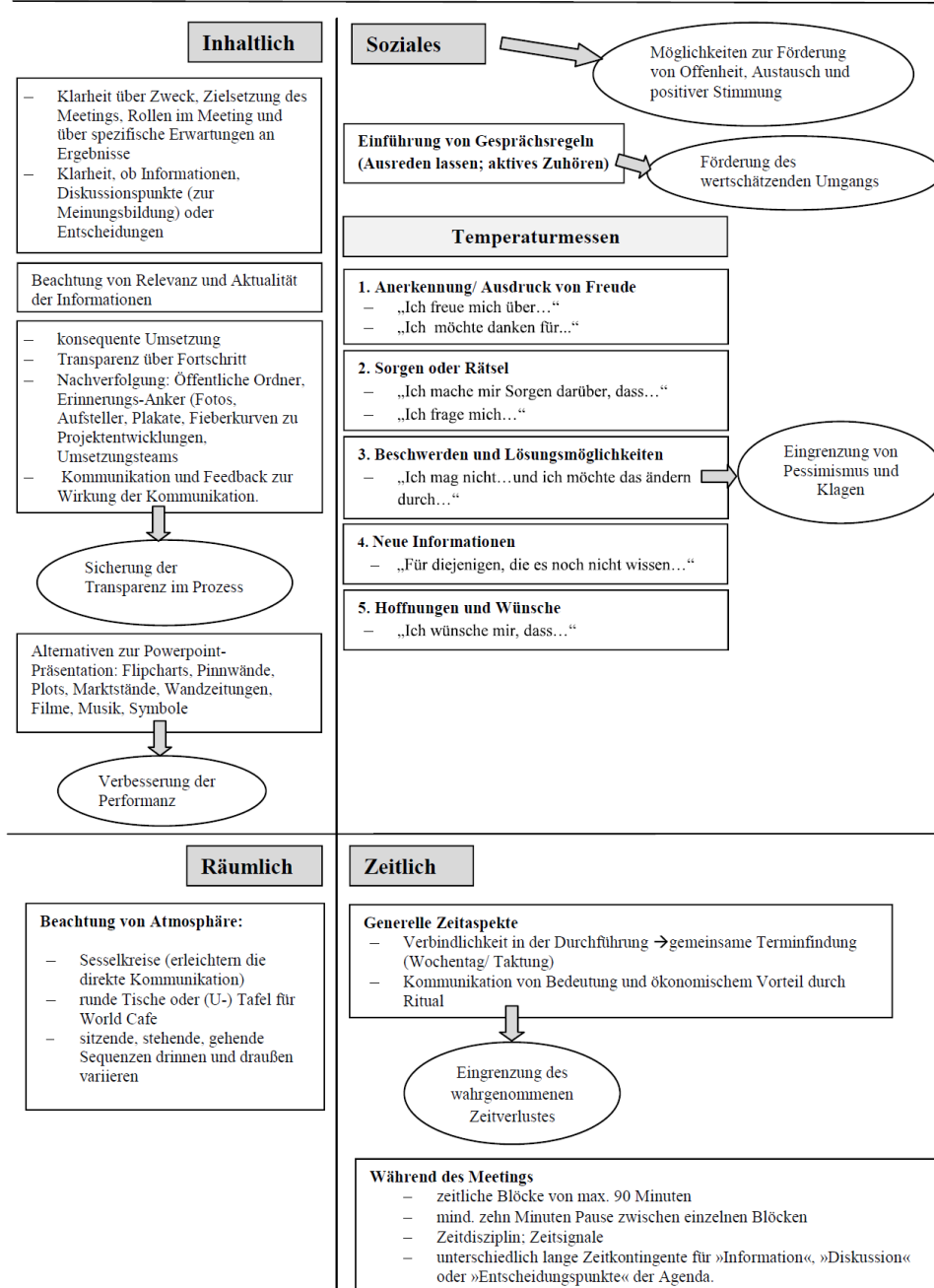
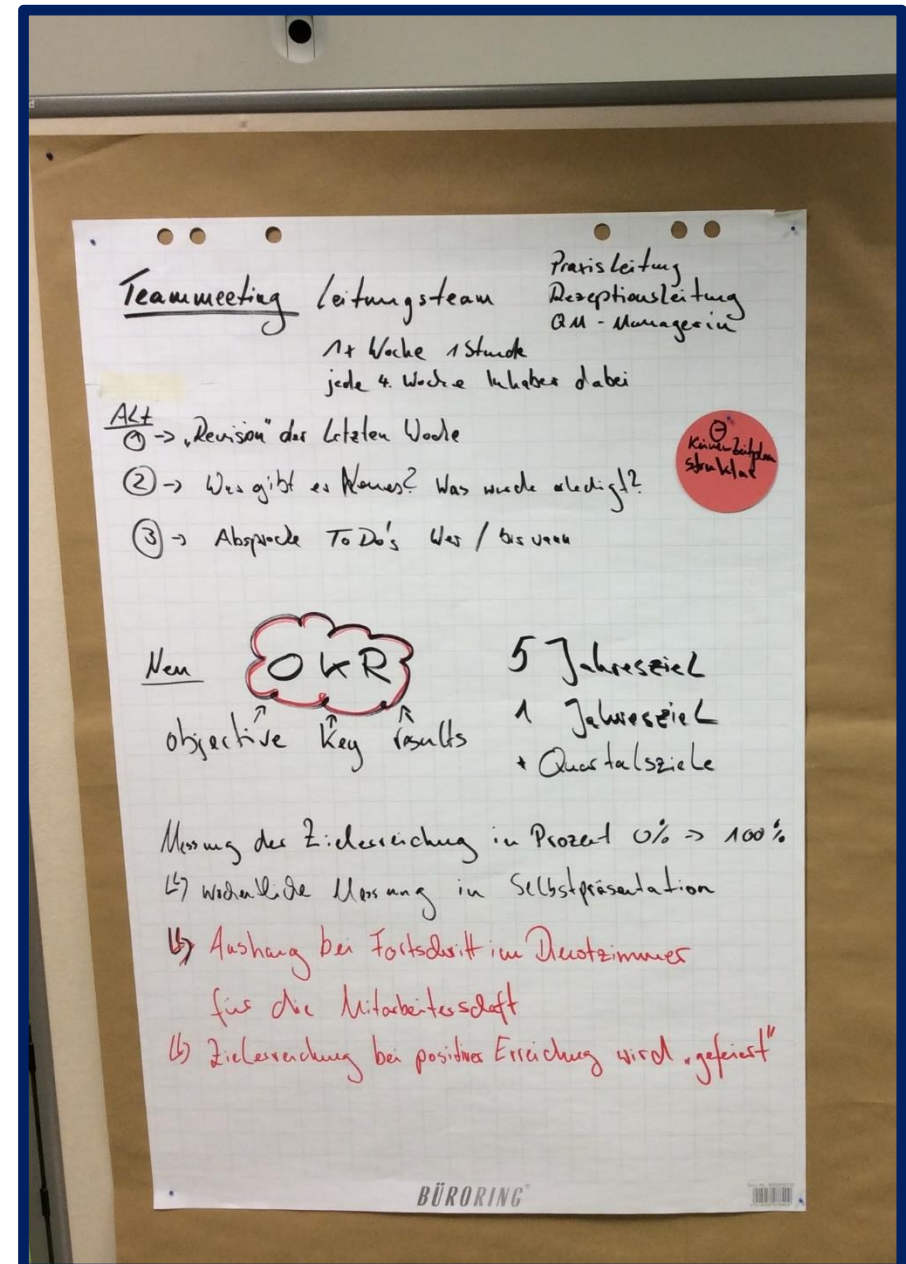
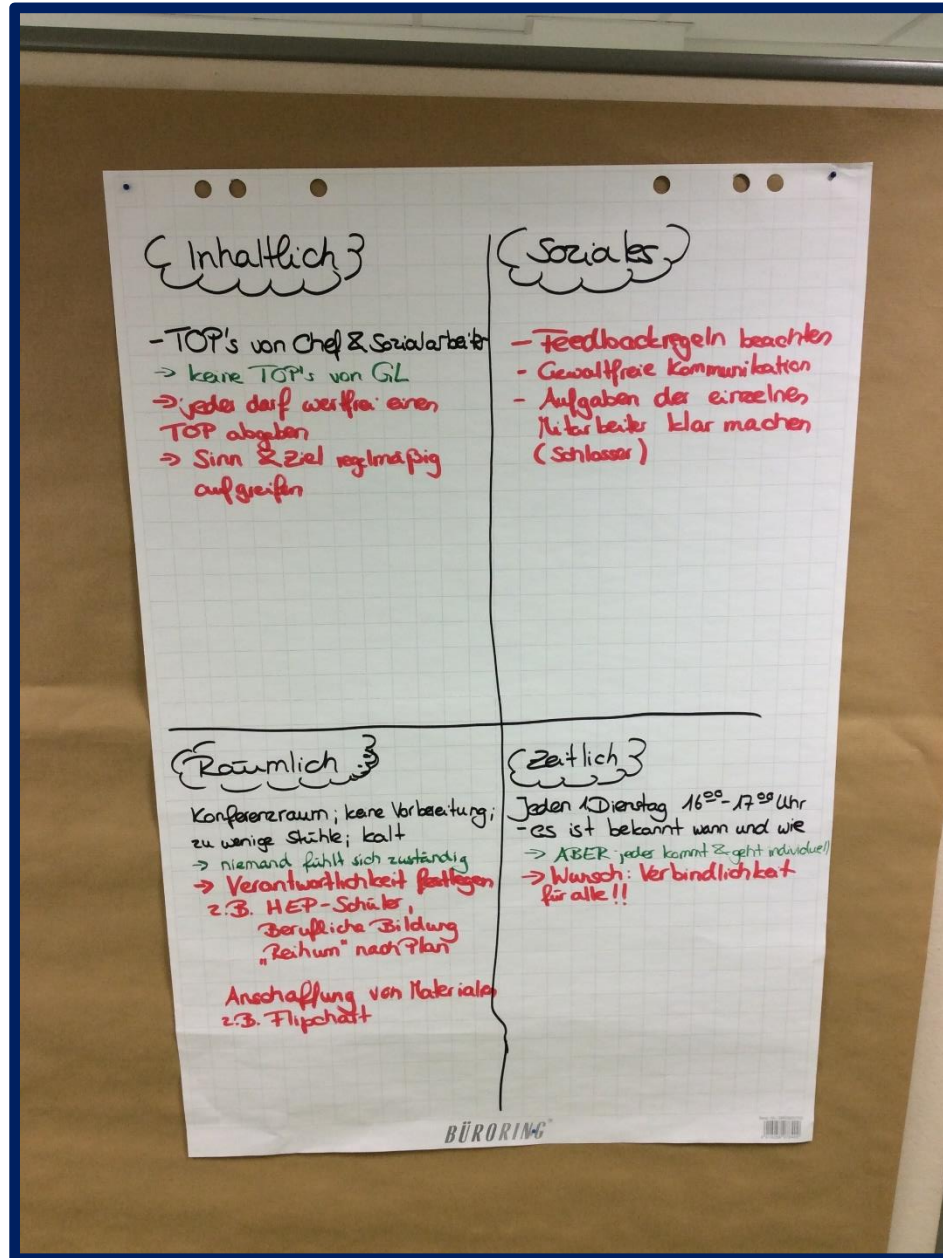
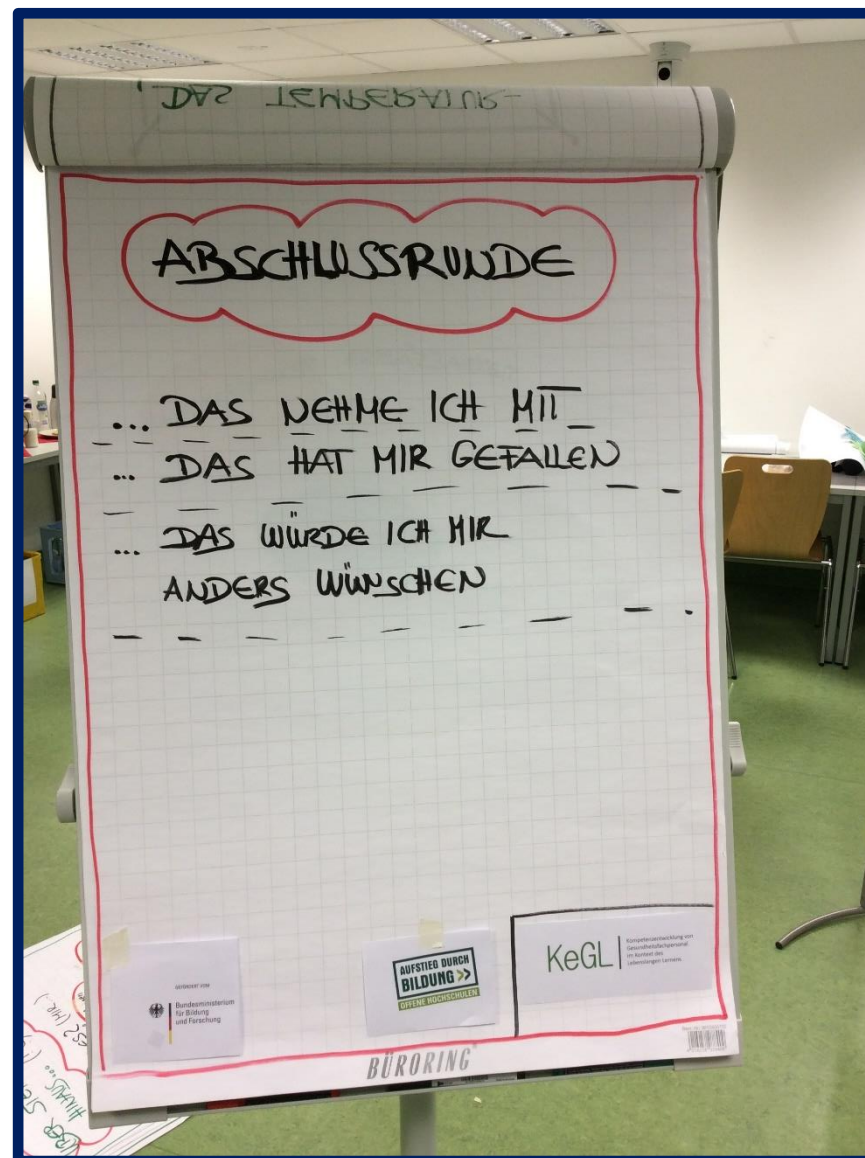
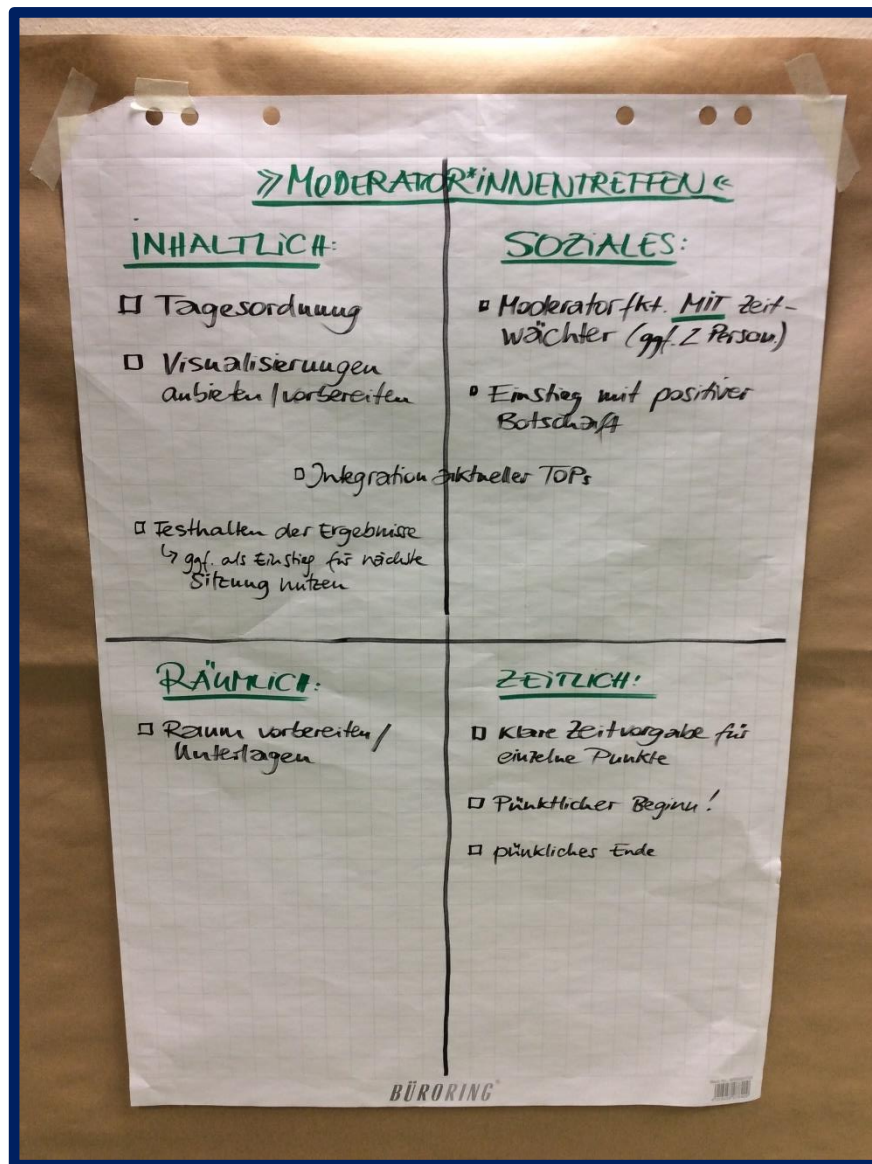


Abbildung 9. Hilfestellung zur Gestaltung eines Teammeetings







WEITERFÜHRENDE LITERATUR PRAXIS

Prior, M. (2003). MiniMax-Interventionen. *Heidelberg: Carl-Auer Verlag.*

König, E., & Volmer, G. (2002). Systemisches Coaching. *Handbuch für Führungskräfte, Berater und Trainer.* Beltz: Weinheim/Basel.

Radatz, S. (2009). *Beratung ohne Ratschlag – Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen.* Wien: Verlag systemisches Management

Schmid, B., & König, O. (2014). *Train the Coach – Methoden. Übungen und Interventionen für die professionelle Weiterbildung von Coachs, Teamcoachs, Change-Agents, Organisationsentwicklern und Führungskräften.* Bonn: managerSeminare Verlags GmbH

ARTIKEL

Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13(2), 65–93.

Aronson, J., & Dee, T. (2012). Stereotype threat in the real world. *Stereotype threat: Theory, process, and application*, 264–278.

FÜHRUNG

Behrendt, P., Matz, S., & Göritz, A. S. (2017). An integrative model of leadership behavior. *Leadership Quarterly*, 28(1), 229–244.

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385.

Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2980–3000.

Lingard, L., Vanstone, M., Durrant, M., Fleming-Carroll, B., Lowe, M., Rashotte, J., Tallett, S. (2012). Conflicting Messages: Examining the Dynamics of Leadership on Interprofessional Teams. *Academic Medicine*, 87(12), 1762–1767.

Mccallin, A. (2003). Interdisciplinary team leadership : a revisionist approach for an old problem ? *Journal of Nursing Management*, 11, 364–370.

von Au, C. (2016). *Von der Kunst, sich selbst und andere zu führen. Wirksame und nachhaltige Führungsansätze.*

Yukl, G. (2012). Effective Leadership Behavior: What We Know and. *Academy of Management Perspectives*, 26(November), 66–85.

DEMUT

Owens, B. P., & Hekman, D. R. (2016). How does leader humility influence team performance? Exploring the mechanisms of contagion and collective promotion focus. *Academy of Management Journal*, 59(3), 1088–1111.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Nachbereitungsaufgabe zur 3. Präsenz – Frau Küllenberg

Arbeitsauftrag: Reflexion der persönlichen professionsbezogenen Biografie

Ziel des Arbeitsauftrages ist es, Ihre berufsbezogene Sozialisation zu reflektieren. Dazu sollten Sie Ideen entwickeln, wie eine interprofessionelle Haltung im Arbeitsalltag gefördert werden kann und wie Prozesse angestoßen werden können, die Offenheit für andere Perspektiven fördern.

Lesen Sie bitte den folgenden Abschnitt zu Autostereotypen und Stereotypen. Fertigen Sie anschließend einen **Reflexionsbericht** an, der Ihre persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema widerspiegelt. Die im Seminar besprochenen Themen und Gespräche dazu dürfen gerne mit einfließen. Die Leitfragen sollen Ihnen dabei helfen, den Bericht zu strukturieren und Ideen zu sammeln; die Beantwortung der Fragen ist nicht obligatorisch. Gerne können Sie zu dem Thema auch eigene Ideen und Fragestellungen entwickeln.

Autostereotype und Stereotype

Interprofessionelle Teammitglieder werden häufig in uniprofessionellen Ausbildungskontexten sozialisiert. Die individuellen Professionen entwickeln daher verschieden Annahmen, Theorien, Erfahrungen und Regeln dazu, wie die optimale Gesundheitsversorgung auszusehen hat. Dies erzeugt so genannte distinkte Diskurse, sprich einzigartige, in sich schlüssige Narrative der jeweiligen Professionen über das, was gesagt, getan und gedacht wird. Eine Vielzahl von Forschern kommt zu dem Schluss, dass diese isolierten Diskurse die Effektivität von interprofessionellen Teams beeinflussen (Smith et al., 2015). Gleichzeitig ergeben sich Hinweise, dass die gemeinschaftliche Teamarbeit verbessert werden kann, wenn positive Stereotype gefördert werden. Dazu zählen sowohl Stereotype über die eigene Profession (Autostereotype) als auch Stereotype über andere Professionen (Cook & Stoecker, 2014).

Cook, K., & Stoecker, J. (2014). Healthcare Student Stereotypes: A Systematic Review with Implications for Interprofessional Collaboration. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(2), 1–13. Retrieved from <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/151>

Smith, C. S., Gerrish, W. G., Nash, M., Fisher, A., Brotman, A., Smith, D., Dreffin, M. (2015). Professional equipoise: Getting beyond dominant discourses in an interprofessional team. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 603–609.

1. Autostereotype:

Denken Sie im Folgenden bitte über Ihre persönliche berufliche Sozialisation nach. Beispielhafte Leitfragen hierzu könnten sein:

- Wo wurden Sie mit wem ausgebildet?
- Welche Erwartungen hatten Sie an Ihre Berufsgruppe am Anfang Ihrer Ausbildung?
- Inwiefern haben sich diese Erwartungen erfüllt und/ oder verändert? Wo gab es Überraschungen?
- Was denken Sie, welche Eigenschaften andere Menschen Ihrer Berufsgruppe zuschreiben würden?
- An welcher Stelle merken Sie, dass Sie sich mit Ihrer Berufsgruppe identifizieren?
- Inwiefern spiegelt sich ihre berufliche Orientierung in ihrem Verhalten im Arbeitsalltag wider?

2. Stereotype:

Denken Sie im Folgenden bitte über Ihre Kontakte mit anderen Professionen nach. Beispielhafte Leitfragen hierzu könnten sein:

- Mit welchen anderen Professionen kommen Sie in Ihrem Berufsalltag zusammen?
- Welche Vorurteile über andere Professionen haben Sie selbst?
- In welchen Situationen werden interprofessionelle Unterschiede besonders deutlich?
- Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
- Haben Sie sich in Ihrer professionellen Identität schon bedroht gefühlt? Wenn ja, wie hat sich dies ausgewirkt? Woran haben Sie dies gemerkt?
- Wo erleben Sie Offenheit in Ihrem Team und wie signalisieren Sie Offenheit anderen gegenüber?
- Wie gehen Sie mit anderen Ansätzen und Ideen um?

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 3.Präsenz“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **20.12.2019** in Moodle- im Abgabeordner „3. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Küllenberg“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz3_Nachbereitungsaufgabe).

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit
Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Prüfungsaufgabe Modul 5 – schriftlich

Arbeitsauftrag:

Schreiben Sie ein Konzept zur Weiterentwicklung für Ihr interprofessionelles Team. In diesem Arbeitsauftrag geht es um die „Wunsch“- Entwicklung Ihres Teams. Stellen Sie sich vor, alles was Sie für Ihr Team (mit Ihrem Vorgesetzten) planen, wird auch ermöglicht und umgesetzt. Denken Sie bei der Bearbeitung der Aufgabe an die gesamten Inhalte aus Ihrem Modul. Nehmen Sie gerne die Materialien der Referenten sowie Ihre Ausarbeitungen zur Vor- und Nachbereitung zur Hilfe.

Nehmen Sie bitte zuerst eine Analyse Ihres jetzigen interprofessionellen Teams vor. Berücksichtigen Sie in Ihren Ausführungen folgende Aspekte:

- Beschreibung des Teams anhand eines Modells
- Beschreibung der Rollen im Team
- Beschreibung des Führungsansatzes
- Beschreibung der Dynamiken im Team (positive & negative Dynamiken)
- Welche Art von Kommunikation/ Welche Kommunikationsmuster liegen vor?
- Beschreibung eines Konflikts. Welche Grundmuster gibt es hier?
- Beschreibung von Besprechungen/ Teammeetings

Im zweiten Schritt stellen Sie das Konzept zur Weiterentwicklung Ihres beschriebenen interprofessionellen Teams dar. Berücksichtigen Sie in Ihren Ausführungen folgende Aspekte:

- Welche Maßnahmen/ Methoden/ Ideen könnten sich positiv auf die Teamdynamiken auswirken? Beschreiben Sie mindestens eine davon ausführlich.
- Benennen Sie mindestens eine konkrete Übung, die sich positiv auf die Arbeit in Ihrem interprofessionellen Team auswirken kann. Beschreiben Sie diese ausführlich.
- Welche Veränderungen können in der Führung vorgenommen werden? Beschreiben und begründen Sie Ihr Vorgehen hier, auch wenn Sie keine Veränderungen in diesem Bereich vornehmen würden.
- Erläutern Sie, wie man Offenheit im interprofessionellen Team kultivieren kann. Geben Sie konkrete Beispiele.

Praktische Prüfung am 17.01.2020:

- Durchführung einer Mediation ODER einer strukturierten Teambesprechung
- Fallbeispiele werden am Tag der Prüfung ausgehändigt
- Bearbeitung der Fallbeispiele in Kleingruppen
- Durchführung der Rollenspiele
- Diskussion im Plenum
- Reflexion

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Prüfungsaufgabe“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **10.01.2020** in Moodle- im Abgabeordner „*Prüfungsaufgabe*“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz4_Prüfungsaufgabe).

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit
Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Prüfungsaufgabe (praktisch) für Modul 5 – Interprofessionelle Teamarbeit und Team- kultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Arbeitsauftrag:

Durchführung einer Mediation mit anschließender Reflexion und Diskussion.

I. Vorbereitungsphase

(120 Minuten)

In der Vorbereitungsphase sind folgende Arbeitsschritte durchzuführen:

1. Finden Sie sich in ihrer Gruppe zusammen und lesen Sie gemeinsam das Fallbeispiel. Möchten Sie gerne ein eigenes Fallbeispiel im Rollenspiel einbinden, dann stellen Sie bitte den Fall Ihrer Gruppe vor. Entscheiden Sie zusammen, ob Sie das fiktive oder das eigene Beispiel im Rollenspiel zeigen möchten.
2. Bereiten Sie im Anschluss das Rollenspiel vor:
 - a. Verteilen Sie die Rollen und klären Sie Fragen.
 - b. Besprechen Sie die Phasen der Mediation und erarbeiten Sie gemeinsam wie die Rollen ausgefüllt werden können.
 - c. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Vorbereitung der Mediation erlernte Modelle und Methoden zum Umgang mit dem Konflikt bzw. der Visualisierung des Konflikts, die Sie in der Phase der Durchführung einsetzen wollen.

II. Durchführungsphase & Reflexion

(40-60 Minuten)

1. Präsentieren Sie das Rollenspiel dem Plenum.
2. Reflexion: Im Anschluss an die Präsentation des Rollenspiels reflektieren Sie aus der Vogelperspektive das Fallbeispiel und Ihre Rollen. Reflektieren Sie anhand folgender Leitfragen:
 - a. Wie habe ich mich in der Rolle gefühlt? Inwiefern konnte ich mich (nicht) mit der Rolle identifizieren?

- b. Welchen Beitrag hat meine Rolle in der Mediation geleistet?
- c. Wie habe ich die anderen Rollen wahrgenommen?
- d. Welchen Beitrag haben aus meiner Sicht die Mediatoren/Medianden geleistet?
- e. Welche alternativen Handlungsmöglichkeiten gäbe es für die Rolle?
- f. Wie kann ich Aspekte des Gelernten bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen?
- g. Welche Aspekte des Gelernten betrachte ich eher kritisch im Hinblick auf den Transfer in die eigene Berufspraxis?

III. Diskussion im Plenum

(10-20 Minuten)

Modulabschlussprüfung Modul 5: „Interprofessionelle Teamarbeit & Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten“

Name: _____

Aufgabe	Notizen
Rollenspiel	
Der Fall inkl. der Rollen und die Auftragsklärung werden kurz vorgestellt.	
Das Setting der Mediation wird angemessen gewählt.	
Die Mediation ist klar strukturiert und die einzelnen Phasen einer Mediation werden durchlaufen.	
In der ersten Phase wird der Rahmen der Mediation deutlich und alle beteiligten Personen lernen sich kennen .	
In der zweiten Phase werden die Sichtweisen der Medianden herausgearbeitet und mit Hilfe von GFK begleitet.	
Die dritte Phase wird zur Klärung und Vertiefung des Konflikts ggf. anhand von Modellen/Methoden genutzt.	

In der vierten Phase wird eine nachvollziehbare und ressourcenorientierte Lösungsentwicklung deutlich.	
Die fünfte Phase beinhaltet eine klare, durchdachte und nachhaltige Abschlussvereinbarung .	
Das Rollenspiel orientiert sich klar am Fallbeispiel und hat einen roten Faden .	
Die Methode der Mediation wird korrekt angewendet und kreativ umgesetzt .	
Reflexion	
Die Reflexion der eigenen Rolle wird nachvollziehbar erläutert.	
Es werden alternative Handlungsmöglichkeiten für die Rolle benannt.	
Es findet eine kritische Auseinandersetzung im Hinblick auf den Transfer in die eigene Berufspraxis statt.	

Diskussion

In der Diskussion aufkommende **Fragen** werden von der Gruppe **adäquat beantwortet**.

Argumente werden auf die Diskussionsbeiträge **abgestimmt**.

Sonstiges

KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



**Modul 6: Ethische
Konflikte in
Gesundheitsberufen
bewältigen**

Ethik im Gesundheitswesen

Einführung in das Modul 6



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Modulbeschreibung und Ablauf

Freitag, 13.09.2019

15:00 – 16:30 Uhr: Gegenseitiges Kennenlernen, Ethik im Gesundheitswesen?

16:45 – 17:30 Uhr: Nachbereitungsaufgabe

Samstag, 14.09.2019

08:30 – 16:45 Uhr: Einführung in die Thematik „Ethik im Gesundheitswesen“ und „Grundlagen von Ethik“

Vorstellung meiner Person

Hendrik Alexander Graßme

Kontaktadresse: hendrik.grassme@gmail.com

Qualifikationshintergründe:

- *Pflege und Gesundheitsförderung* (Bachelor) an der Evangelischen Hochschule Darmstadt studiert
- *Pflegewissenschaft* (Master) an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar studiert
- Seit 2017 Promovend am Lehrstuhl „Care Policy und Ethik in der Pflege“ an der PTHV

Berufliches Engagement:

- Seit 2014: Dozententätigkeiten für verschiedene Hochschulen in Deutschland
- Seit 2016: Referent für Pflege und Ethik beim Katholischen Krankenhausverband Osnabrück
- Seit 2019: stellvertretender Vorsitzender der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen

Meine Interessensgebiete: Ethik – und Beratung im Gesundheitswesen, Politik, Pflegeforschung, Organisationsentwicklung, Bildung und Lehre

Nachbereitungsaufgabe

- Aufgabenstellung im Seminar: Niederschreiben eines Fall der für Sie besonders ethisch relevant gewesen ist (Mindestens 1 DIN A4 Seite)

Nachbereitungsaufgabe:

Die Teilnehmer sollen den niedergeschriebenen Fall als Anlass nutzen, um schriftlich zu reflektieren wie sich die Perspektive der Teilnehmer durch die Fortbildungstage auf den Fall verändert haben.

Konkrete Frageimpulse/Anreize:

- Hat sich die Perspektive auf den Fall in eine bestimmte Richtung verändert?
- Konnten Sie den ethischen Konflikt erkennen und benennen?
- Würden Sie den Fall aufgrund der theoretischen Impulse in Zukunft anders beschreiben oder bewerten?
- Wie würden Sie in Zukunft mit einem ähnlichen Fall verfahren?
- Was benötigen Sie für die Zukunft?

Modulbeschreibung und Ablauf

► Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

Sie treffen täglich Entscheidungen und tragen die Verantwortung für die Auswirkungen Ihres Handelns. Insbesondere wenn Sie in Gesundheitsberufen tätig sind, stehen Sie häufig vor schwierigen Entscheidungen, die Ihre zwischenmenschliche Arbeit mit sich bringt. Der Arbeitsalltag verlangt Ihnen ab, dass schnell entschieden und routiniert gehandelt wird. Häufig fallen die ethischen Prinzipien, wie Fürsorge, Gerechtigkeit und Verantwortung, der Alltagspraxis zum Opfer. Die daraus resultierenden ethischen Konflikte müssen Gehör und Raum finden und sollten diskutiert werden können. Ist dies nicht möglich, dann belasten ethische Konflikte und Dilemmata auf Dauer die Gesundheit und die Berufspraxis.

An praxisnahen Beispielen setzen Sie sich in diesem Modul mit ethischen Prinzipien sowie ethischen Konflikt- und Krisensituationen in Ihrer Berufspraxis auseinander, lernen Ihr **Handeln besser zu reflektieren und Entscheidungen bewusster zu treffen**. Sie lernen problematische Situationen leichter zu erkennen, erarbeiten Strategien zur Konfliktlösung von ethischen Problemen und erfahren dadurch **persönliche Entlastung von moralischem Stress**. Sie werden befähigt, ethische Entscheidungen im Team zu treffen und Handlungsschlüsse zu ziehen, um eine **gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam** zu gewährleisten. Insbesondere in einem interprofessionellen Team erleichtern die Entscheidungshilfen und Strategien, welche Sie in diesem Modul an praxisnahen Fallbeispielen erarbeiten, die Urteilsfindung und die Erarbeitung einer ethisch vertretbaren, gerechten Lösung.

Arbeitgebende profitieren durch die erworbenen Kompetenzen zu ethischen Entscheidungsfindungen ihrer Mitarbeitenden, die zum **verbesserten, stressfreieren Umgang mit ethischen Konflikten** und zu **einer verantwortungsvolleren Patienten- bzw. Klientenversorgung** beitragen.

Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5. Std.)	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase		Erfahrungsaustausch		Einstieg in das Modulthema		
	Samstag, 14.09.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Einführung in die Grundlagen der Ethik und in die Ethik des Gesundheitswesens						Einführung in die Lern-reflexion
	Freitag, 25.10.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in den Gesundheitsberufen: Problemfelder, Wertekonflikte und Konfliktanlässe					
	Samstag, 26.10.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung: Erkennen, Lösen und Vermeiden von ethischen Konflikten						Abschlussrunde / Feedback
	Freitag, 29.11.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	World Café gemeinsam mit Modul 5* zum Thema: Teamethik – ethisches Handeln im Team: interprofessionelle Teamarbeit als wertebasiertes Handeln.					
	Samstag, 30.11.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining: Organisation und Umsetzung (interprofessioneller) ethischer Fallbesprechungen						Abschlussrunde / Feedback
	Samstag, 18.01.2020 09:00 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)						

*Titel von Modul 5: Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitsberufen gestalten

Selbstlernzeit
114 Std.

Prüfungsvorbereitung
22,5 Std.

Gesamt:
180 Std.

Geördert von

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Die Gewissensfrage mit Dr. Dr. Rainer Erlinger :

„Ich habe mich in der letzten Woche im Schuhgeschäft vor Ort ausführlich zu einem Sportmodell beraten lassen. Leider waren die angebotenen Schuhe zu teuer und ich habe das Geschäft wieder verlassen. Wenig später habe ich die Schuhe im Internet für deutlich weniger Geld gefunden und bestellt.

War mein Handeln ethisch fragwürdig?“

[Aus der Süddeutschen Zeitung]

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Die Gewissensfrage:

»Bei uns in der Stadt gibt es eine Straße mit viel Verkehr und einem Radstreifen am Fahrbahnrand. In dieser Straße befindet sich auch ein Pizza-Bringdienst, dessen Fahrer oft unerlaubterweise auf dem Radstreifen parken. Ich habe mehrmals überlegt, ob ich nicht einfach mal in den Laden gehe und die Angestellten darauf anspreche und sie bitte, dies nicht zu tun. Leider habe ich das nie getan. Jetzt kam eine Radfahrerin ums Leben, weil sie einem auf dem Radstreifen parkenden Auto des Lieferdienstes auswich und von einem Auto erfasst wurde. Bin ich mitschuldig an ihrem Tod?« Hans W.

[Süddeutsche Zeitung, 09/2015]

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Die Gewissensfrage:

»Auf vielen Fernsehkanälen werden Doku-Soaps angeboten, in denen wir Menschen erleben können, deren Verhalten uns fassungslos macht. Trotzdem amüsieren wir uns. Ist es unmoralisch, diese Sendungen anzuschauen? Erheben wir uns dadurch nicht über die ›handelnden‹ Personen dieser Sendungen?« Anna Z., Oberhausen

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Die Gewissensfrage mit Dr. Dr. Rainer Erlinger :

*»Durch ein Missverständnis kaufte ich kürzlich eine Portion gebratener Asianudeln zu viel. Deshalb ging ich zu einem Bettler und fragte: ›Hallo, mögen Sie asiatische Nudeln?‹ Er blaffte: ›Sehe ich so aus, als ob ich 'ne Wahl hätte?‹ Ich wollte ihn respektvoll behandeln, er hat es offenbar genau anders empfunden. **War die Frage falsch?**«*

Hannelore C., Aachen

(Süddeutsche Zeitung Juni/2017)

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Zwischenfazit:

- Sie sind unterschiedlicher Meinung
- Ihre Argumente beziehen Sie auf unterschiedliche Prämissen
- Wir wissen noch nicht so genau, ob die Fallbeispiele ethisch problematisch sind
- Begründungen „aus der Pistole geschossen“ fallen uns z.T. schwer

Warum ist das so?



Sie bringen unterschiedliche Wertvorstellungen mit
Sie sind in unterschiedlichen kulturellen Kontexten aufgewachsen
Sie haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht
Sie haben möglicherweise unterschiedliche Glaubensvorstellungen
Sie sind in unterschiedlichen familiären Wertesystemen sozialisiert worden
(...)

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?



Sie bringen unterschiedliche Wertvorstellungen mit
Sie sind in unterschiedlichen kulturellen Kontexten aufgewachsen
Sie haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht
Sie haben möglicherweise unterschiedliche Glaubensvorstellungen
Sie sind in unterschiedlichen familiären Wertesystemen sozialisiert worden
(...)

Was sind mögliche Folgen?

- Wir entwickeln Sympathie für den anderen Menschen
- Wir sind vielleicht sogar einer Meinung
- Es liegen unterschiedliche Meinungen vor
- Wir entwickeln Abneigungen in Bezug auf den anderen Menschen
- Es entsteht ein Wertekonflikt
- In Abhängigkeitssituationen entsteht möglicherweise ein Dilemma

Und nun?

- Wir haben keine konsensfähige Antwort auf die Fallbeispiele

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Welche Ethik?!

1. Fall

„Ich habe mich in der letzten Woche im Schuhgeschäft vor Ort ausführlich zu einem Sportmodell beraten lassen. Leider waren die angebotenen Schuhe zu teuer und ich habe das Geschäft wieder verlassen. Wenig später habe ich die Schuhe im Internet für deutlich weniger Geld gefunden und bestellt.“

**Immanuel Kant (1724 -1804),
Grundlegung der Metaphysik der Sitten:**

»Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.«

„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“

„War mein Handeln ethisch fragwürdig?“

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

„Frau Schmidt wurde stationär im Krankenhaus behandelt und soll am Freitag planmäßig entlassen werden. Das Entlassungsgespräch mit der Ärztin Frau Meyer soll um 15 Uhr stattfinden.“

Die Patientin feiert am Wochenende Ihren 60. Geburtstag- es wird eine große Feier und alle Verwandten der hiesigen Familie haben sich bereits angekündigt. Frau Schmidt hat familiäre Wurzeln in New York, weshalb sogar der amerikanische Familienteil angereist ist.

Die Blutuntersuchungen zeigten bisher keine Anomalie, weshalb die Patienten planmäßig entlassen werden soll. Am Donnerstag bekommt die Fachärztin die durchgeführten Laborergebnisse einer eingeschickten Gewebeprobe. Frau Schmidt leidet an Brustkrebs. Die Oberärztin Frau Meyer steckt in einem Dilemma. „

Soll Sie Frau Schmidt über die Diagnose bereits am Freitag vor Ihrem Geburtstag aufklären?

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Textauftrag:

- Vier Prinzipien von Beauchamp und Childress

Gruppenauftrag:

- Erneute Diskussion des Fallbeispiels von Frau Schmidt
- Reflektieren Sie den Fall anhand der vier Prinzipien
- Begründen Sie Ihre Entscheidung anhand der vier Prinzipien

Wichtige Erkenntnisse als Zwischenfazit:

- Es handelt sich bei dem vorliegenden Fall um einen professionellen Arbeitskontext und nicht um ein Fallbeispiel aus dem persönlichen Leben
- Sie nutzen in Ihrer Argumentation und Begründungen ethische Kategorien und beziehen sich auf eine ethische Konzeption
- Nicht alle Prinzipien sind ethisch relevant

„Wir sind mitten drin in der angewandten Ethik!“

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Angewandte Ethik können wir für uns nutzbar machen:

- Wir nehmen uns die Zeit und den Raum, um (systematisch) über einen Fall zu reflektieren
- Wir reflektieren das eigene Verhalten, Situationen, Erfahrungen und schaffen Bedingungen die Zukunft möglicherweise anders zu gestalten
- Eine ethische Reflexion kann die eigene Sprachfähigkeit verbessern
- Ethische Reflexion stößt einen Dialog mit anderen Menschen an
- Entscheidungen können strukturiert und begründet werden

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?

Zusammenfassend:

Moral meint die Summe der Werte die sich in einer Gesellschaft konstituiert haben

Ethik prüft und begründet Moral (Normen und Werte). „Ethik als eine Disziplin der Philosophie, versteht sich als Wissenschaft vom moralischen Handeln“

Ethiker sammeln Argumente, um andere davon zu überzeugen

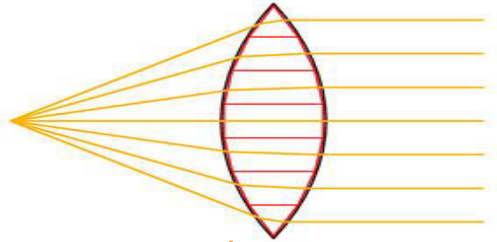
*„**Werte** sind bewusste oder unbewusste Orientierungsstandards und Leitvorstellungen, von denen sich Individuen oder Gruppen in ihrer Handlungswahl leiten lassen.“ (Hellmann, 2016, S.15)*

Aus welcher Perspektive argumentiere ich?

- Aus einer beruflichen oder persönlichen Perspektive?
- Aus einer juristischen Perspektive?
- Aus einer ethischen Perspektive?

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Ethik?



Subjektive Linse:

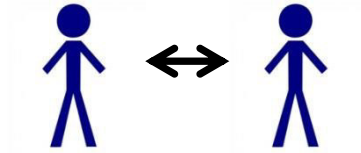
Kultur
Sozialisation
Erfahrungen
Kognition
Einstellungen
Interessen
Glaubenssätze
Wertvorstellungen



1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Menschenbild?

Was ist der „*Hauptgegenstand*“ ihrer jetzigen und zukünftigen Arbeit?

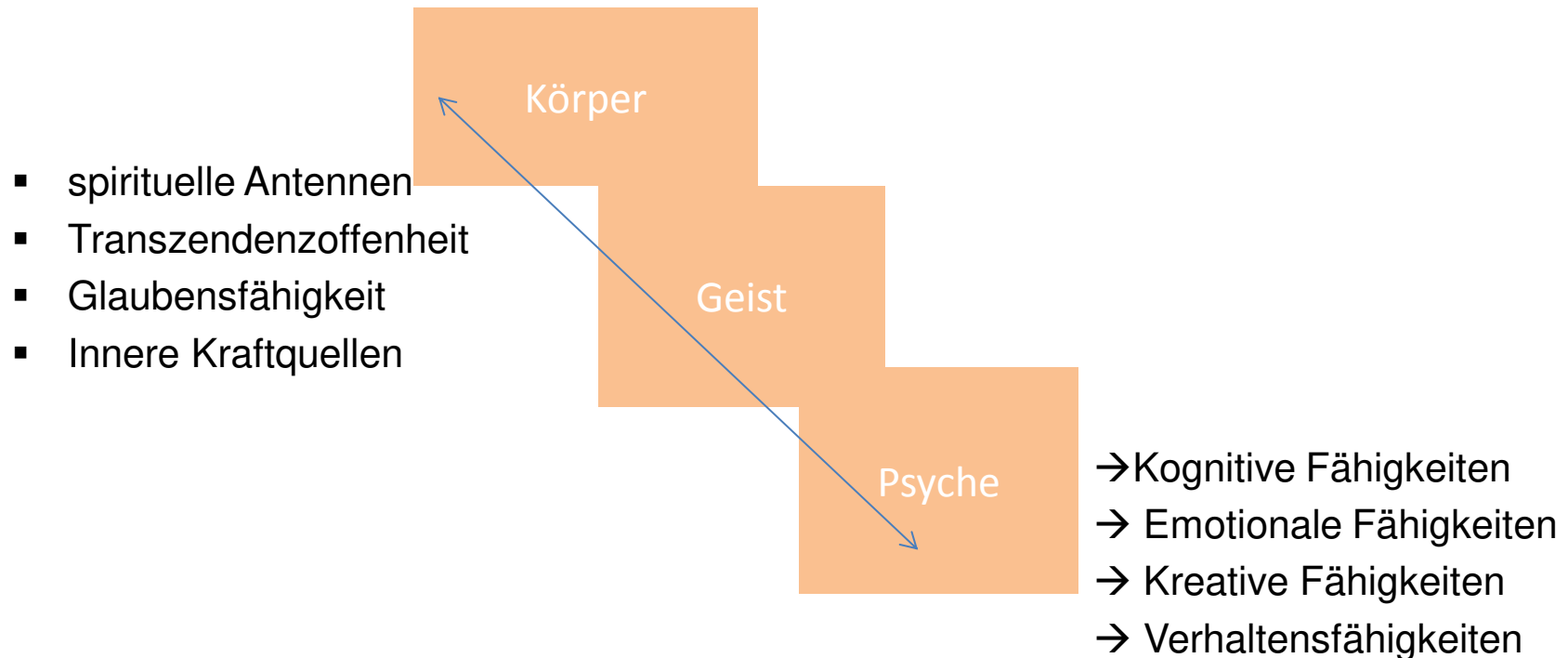


- Sie **arbeiten** mit Menschen, sie **interagieren** mit Menschen und **handeln** im Kontext einer Gesellschaft / einer Gesundheitseinrichtung / einer Familie (...)
- Die Motive ihres Handelns können also moralisch sein bzw. können nach moralischen Gesichtspunkten beurteilt werden
- Der Mensch steht also im Vordergrund ihres täglich Seins. Beeinflussen Menschenbilder implizit oder explizit auch eine / unsere Ethik?
- Es gibt sehr verschiedene Konzeptionen von Menschenbildern

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Christliches Menschenbild?

- Das **christliche Menschenbild** sieht den Menschen als Ebenbild Gottes an
- Der Mensch kann auch als ganzheitliches Seelenwesen bezeichnet werden:



1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Christliches Menschenbild?

„Da formte Gott der Herr den Menschen aus Staub vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einer lebendigen Seele.“ (Genesis 2,7)

- Ein dualistisches Menschenbild, unterteilt in Leib und Seele, ist mit dem biblischen Denken nicht vereinbar
- Der Mensch ist ein gottgewolltes Wesen, womit der Körper ein Geschenk Gottes ist
- Der Mensch ist kein Einzelwesen, sondern ein Gemeinschafts- und Beziehungswesen, welche soziale Netzwerke zum Überleben brauchen
- Begrenzt-Sein ist ein Wesensmerkmal menschlichen Lebens
- Lebens, Sterben, leiden, Alt-Werden, Krank-Werden, Behindert-Sein und Sterben gehört zum menschlichen Leben dazu
- Der Mensch ist mit einer unantastbaren Würde ausgestattet

Warum wird jetzt ausgerechnet das christliche Menschenbild aus der Staubkiste hervorgekramt?

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Christliches Menschenbild?

Warum wird jetzt ausgerechnet das christliche Menschenbild aus der Staubkiste hervorgekramt?

- Einrichtungen des Gesundheitswesens haben **drei** grundlegende **Trägerhintergründe**:
Kommunale Einrichtungen, freigemeinnützige Einrichtungen und private Einrichtungen
- In der Organisationsethik können trägerspezifische Hintergründe Auswirkungen auf mögliche Entscheidungen in der Praxis haben:

Schwangerschaftsabbrüche

Schönheitsoperationen

Verhütung „Pille danach“

Dienstrechtlich:
Wiederverheiratete Frauen
/Männer

Darüber hinaus:
Gesellschaftliche Debatten:
Ehe,
Schwangerschaftsabbrüche,
Suizid

Profitorientierung

Sexuelle Orientierung

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Islamisches Menschenbild?

- Dem Koran zufolge wurde der Mensch in idealer Gestalt erschaffen mit den besten Weisungen Gottes versehen (Sure 95/4)
- Er ist auf der Erde Statthalter Gottes und nimmt bei Gott unter allen Geschöpfen den höchsten Rang ein (Sure 17/70)
-
- Seine hohe Stellung bei Gott erhält er, indem er das ihm anvertraute Gut (von Gott) annimmt.
- Diese anvertraute Gut beinhaltet die von Gott auferlegten Verpflichtungen und Verantwortungen.
- Nachfolger bzw. Statthalter Gottes (Khalifa) und Diener Gottes (Abd) zu sein bestimmt die Stellung des Menschen auf der Erde.
- Da die lexikalische Definition von Islam die Ergebung des Menschen in den Willen Gottes ist, hat der Mensch seine Stellvertreterposition als Diener Gottes zu erfüllen

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Menschenbild?

Warum wird jetzt auch noch das islamische Menschenbild oberflächlich beschrieben?

- Die Gesellschaft ist zunehmend plural geprägt: Menschen mit einem islamischen Glaubenshintergrund sind „zunehmend“ im Kontext des Gesundheitswesens vertreten
- Sowohl bei den Empfängern von Leistungen im Gesundheitswesen, als auch bei Mitarbeitern ergeben sich heterogene „Herausforderungen“:

Typische Bereiche sind so z.B.

- Umgang mit Schmerzen
- Umgang mit Sterben
- Umgang mit Krankheit
- Umgang mit Angehörigen

1 Einführung: Grundlagen der Ethik

Menschenbild?

Text- und Gruppenarbeit:

- Bilden von vier Gruppen mit je 2 Personen
- Lesen eines Unterkapitels / eines Menschenbildes aus dem Lehrbuch „Ethik in der Medizin von Giovanni Maio
- Vorstellen der zentralen Inhalte für Ihre Kollegen mit **zwei** Beispielen (gerne aus eigenen Erfahrungen) die das jeweilige Menschenbild charakterisieren

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Gesellschaftlicher Diskurs

- Die Zeit des Nationalsozialismus und die damaligen Verbrechen gegen die Menschlichkeit wirken sich in Deutschland auf gesellschaftliche Themen aus
- Eine Auseinandersetzung mit berufsspezifischen Verbrechen hat in Deutschland noch nicht abschließend stattgefunden
- Die Auseinandersetzung mit den Verbrechen im Nationalsozialismus in Deutschland beeinflusst das Thema der Forschungsethik und das Thema der Sterbehilfe in besonderem Maße

Nebel im August

Deutschland, Österreich 2016

"Nebel im August" basiert auf wahren Begebenheiten und erzählt die letzten Jahre im kurzen Leben des Halbwaisen Ernst Lossa. Der 13-jährige wird als "asozial" und "nicht erziehbar" eingestuft und 1940 in eine Nervenheilanstalt abgeschoben. Als er begreift, dass dort körperlich und geistig behinderte sowie psychisch kranke Menschen ermordet werden, versucht er, Leben zu retten. Dabei gerät er selbst auf die Todesliste des Anstaltsleiters und wird im August 1944 ermordet.



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Gesellschaftlicher Diskurs: Meilensteine

1960er Jahre: Beginn der modernen Bioethik

Seit 1980er Jahren: Theoretische Auseinandersetzungen mit pflegeethischen Themen

1990er Jahren: In Krankenhäusern wurden die ersten Ethikkommissionen begründet

Seit den 2000er Jahren: Strukturen von Ethikberatung im Krankenhaus nehmen zu

Ab 2005: Ethikberatung wird als Teil von Zertifizierungen im Gesundheitswesen eingefordert

2009: Verankerung des Instrumentes der Patientenverfügung im BGB

2010: Urteil des BGH / Juristische Konkretisierung der Sterbehilfe

2013: Patientenrechtegesetz wurde verabschiedet

2016: Stellungnahme des deutschen Ethikrats „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ / BGH Urteil zur Aussagekraft von Patientenverfügungen

2018: Erneutes BGH Urteil zur Aussagekraft von Patientenverfügungen

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Juristische Meilensteine

2009: Patientenverfügung nach §1901a BGB wurde verabschiedet

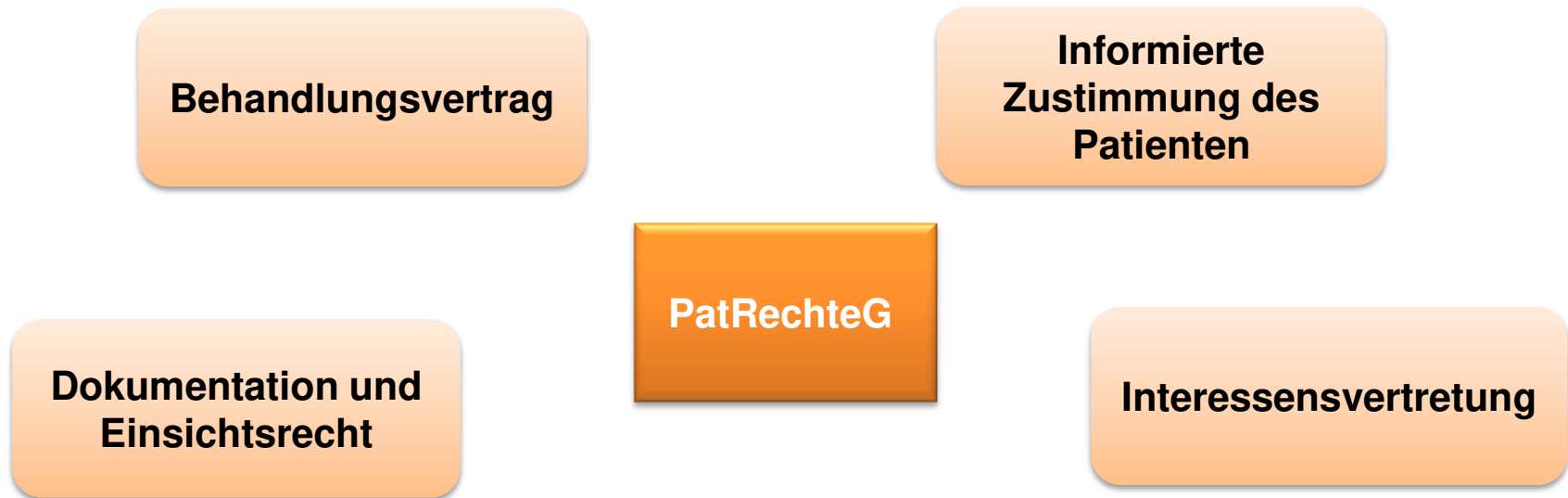
(1) Hat ein **einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt**, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung **noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen** seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. **Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.**

➤ **Stärkung der Autonomie** und Rechte der Patienten in der Gesundheitsversorgung

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

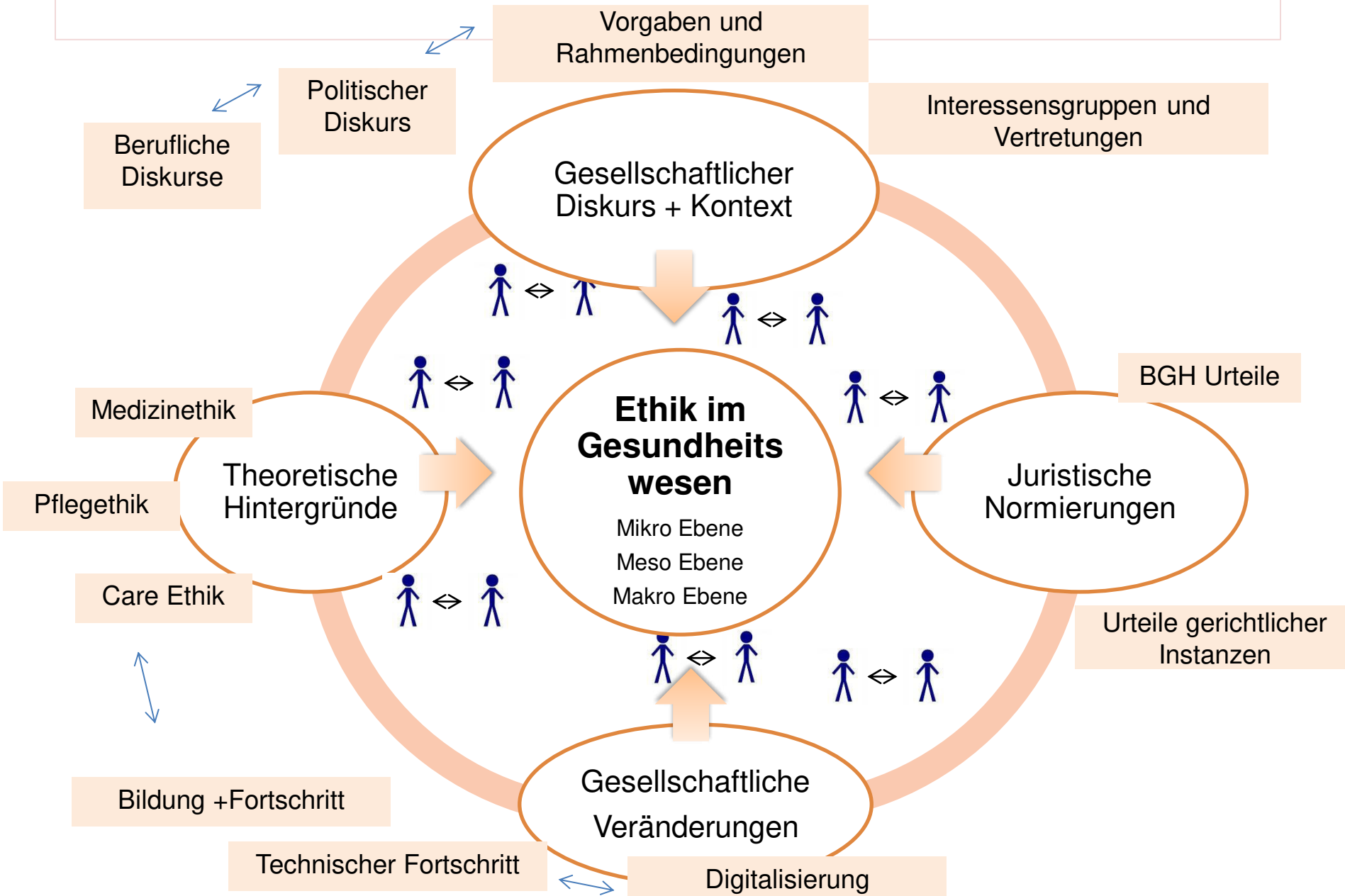
Juristische Meilensteine

2013: Patientenrechtegesetz wurde verabschiedet



➤ **Stärkung der Autonomie** und Rechte der Patienten in der Gesundheitsversorgung

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Meso Ebene

Bedeutung der
Krankenhausbehandlungen
nehmen zu

Finanzierungsstruktur
problematisch

Trägerlandschaft mit
spezifischen Hintergründen

Hohe Dynamik bei
normierten Veränderungen

**„System
Krankenhaus“**

**Interdisziplinäre
Komplexität** im beruflichen
Kontext

**Gesetzgebende
Rahmenbedingungen**
komplex

Spezifische
Organisationskultur

Berufliche Gefälle und
Qualifizierungshintergründe

Personalakquise
marktwirtschaftlich geprägt

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Meso Ebene

Mischfinanzierung aus SGB V und SGB XI und teilweise privaten Zuschüssen

Entscheidungseinflüsse vielseitig (Angehörige, Hausarzt, Pflege)

Finanzierungsstruktur problematisch

Trägerlandschaft mit spezifischen Hintergründen

Hohe Dynamik bei **normierten Veränderungen**

Ambulante Versorgung

Interdisziplinäre Komplexität im beruflichen Kontext

Gesetzgebende Rahmenbedingungen komplex

Digitalisierung und Technisierung

Verschiedene Qualifizierungshintergründe

Personalakquise marktwirtschaftlich geprägt

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Mega Themen

Personal

- Demografischer Wandel: Veränderung der Gesellschaftsstruktur mit verschiedenen Folgen (Berufsgruppe der älteren Menschen steigt, Generation Y)
- Fachkräftemangel
- Qualifizierung (generalistische Pflegeausbildung, Akademisierung)
- Führung und Leitung

Ethik

- Ethische Konfliktsituationen werden zunehmen
- Qualifizierung: Großer Nachholbedarf in den Berufen
- Gesellschaftliche Institutionen nehmen am Diskurs teil

Ökonomisierung

- Folgen der Gesundheitspolitik beeinflussen die Gesundheitsversorgung

Demenz

- Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz

Professionalisierung

- Pflegekammer
- Politische Teilhabe / Berufspolitik

Technik

Digitalisierung

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Zusammenfassend:

- Die Gesundheitsversorgung ist von häufigen normierenden Veränderungen betroffen
- Verschiedene ausdifferenzierte Berufsgruppen arbeiten gemeinsam daran, pflegebedürftige Menschen zu versorgen
- Die gesellschaftlichen Veränderungen wirken sich zunehmend auf den pflegerischen / medizinischen / therapeutischen Alltag aus
- Die Qualifizierungshintergründe der beruflichen Akteure sind unterschiedlich
- Die Vermittlung ethischer Inhalte wird in den Ausbildungen unterschiedlich ausgestaltet



„ Was bedeutet eine *gute* Pflege und eine *gute* Medizin für die Versorgung (pflege)bedürftiger Menschen?“

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Mikro Ebene

 „ Was bedeutet eine *gute* Pflege und eine *gute* Medizin für die Versorgung (pflege)bedürftiger Menschen?“

- **Moralischer Stress**
- **Lebensqualität**
- **Vulnerabilität**
- **Leiden**
- **Hoffnung**
- **Selbstvernachlässigung**
- **Unruhe**
- **Herausforderndes Verhalten**
- **Trauer**
- **Nachhaltigkeit**
- **Tod und Sterben**
- **(...)**

Ethische Reflexion in konkreten Kontexten

1. Theoretischer Impuls: Ethik am Lebensende

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Der Fall Terri Schiavo (1990-2005)



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

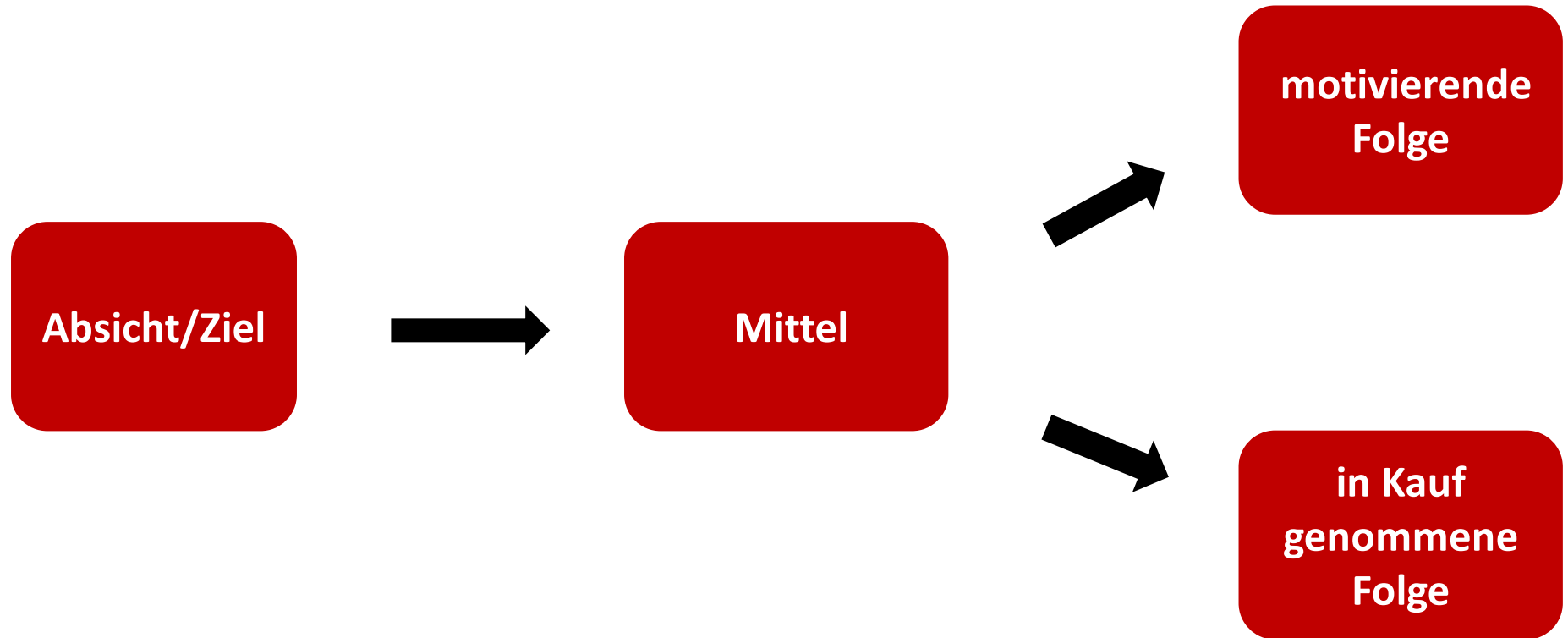
1. **Rechtliche und ethische Grundlagen**
2. **Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
3. **„Sterbehilfe“-Debatte**

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Hintergrund: Medizinische Möglichkeiten und menschliche Sorgen



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Das Wohl des Patienten und die Pflicht zur Lebenserhaltung

rechtliche Legitimation ärztlichen / pflegerischen / therapeutischen Handelns

- Patientenwohl vs. Patientenwille
- Informierte Zustimmung des Patienten (informed consent)
- Recht auf Ablehnung von Therapie/Behandlung

keine Pflicht zur Maximaltherapie ohne Aussicht auf Erfolg/Heilung

- Unerreichbarkeit des Behandlungsziels
- Aussicht auf Heilung

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Beispiel: künstliche Beatmung



- i.d.R. keine dauerhafte Lösung sondern vorübergehende Maßnahme zur Abwendung akuter Lebensgefahr
- nicht mit Ziel der Erhaltung des gegenwärtigen Zustandes, sondern für bessere Voraussetzungen eines künftigen Lebensvollzugs
- Krankheit und Sterbeprozess zulassen anstatt zu behindern

➤ **Ethik vs. Psychologie**

kein Erlöschen des ärztlichen Behandlungsauftrages!

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Beispiel: künstliche Ernährung/Hydrierung

Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen:

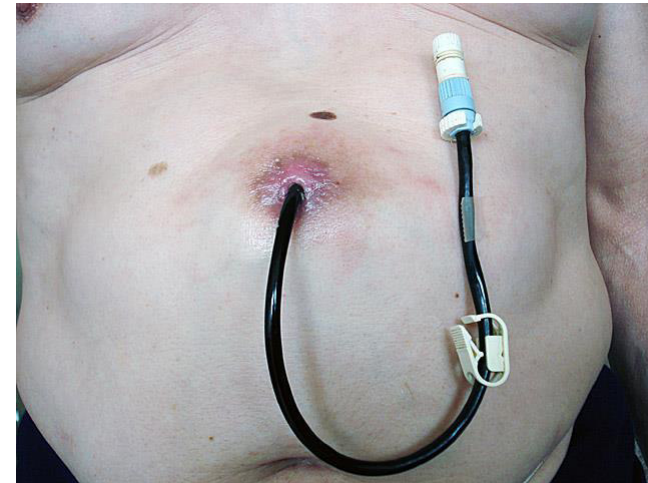
- verschiedenen Patientengruppen
- künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr
- oraler Ernährung durch Anreichen, Sondenernährung und intravenöser Ernährung

Überprüfung des einzelnen Patienten

- Art der Erkrankung, Aussicht auf Besserung, körperlicher und seelischer Gesamtzustand
- Welches Ziel soll erreicht werden?
- personaler Lebensvollzug unter Anteilnahme am Leben seiner Umgebung?

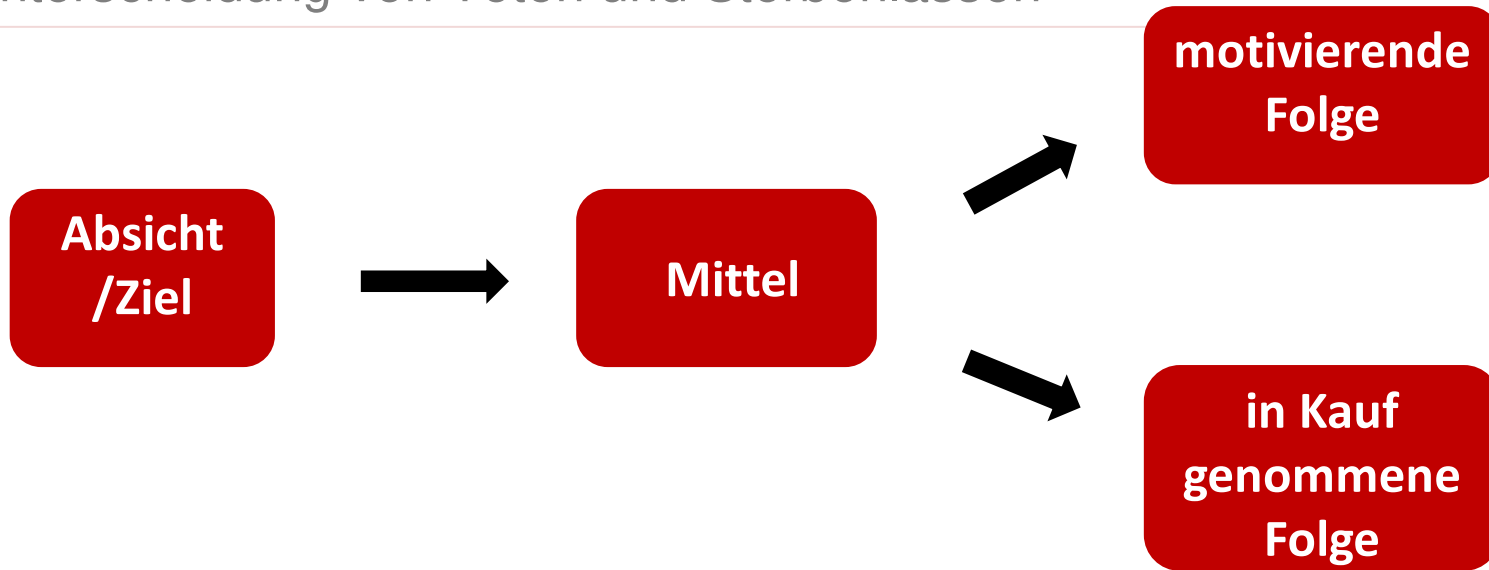
Verhungern?

- *Hungriger (der nach Nahrung verlangt) vs. Patient (im Terminalstadium) ohne Hungergefühle*



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen



Tod als Folge von Handeln bzw. Unterlassen

ABER:

> Unterschied bei Intention

> Unterschied bei kausaler Rolle des Arztes (notwendige vs. hinreichende Bedingung des Todes)

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Patientengeschichte: Todeswunsch bei ALS

Eine 43-jährige Patientin leidet seit drei Jahren an amyotropher Lateralsklerose. Die Patientin ist gelähmt, sitzt im Rollstuhl, kann nicht mehr essen und nur mithilfe eines Sprachcomputers kommunizieren.

Wegen einer Ausweitung der Lähmung wird die Patientin stationär aufgenommen und künstlich beatmet. Aus Angst, qualvoll zu ersticken, bittet die Patientin den behandelnden Arzt, ihr zu helfen: Sie habe im Internet gelesen, dass eine entsprechende hochdosierte Kaliumchlorid-Injektion ihr Leiden rasch beenden könnte.

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

1. **Rechtliche und ethische Grundlagen**
2. **Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
3. **„Sterbehilfe“-Debatte**

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Sterbehilfe – begriffliche, rechtliche und ethische Unterscheidungen

aktiv (Tötung auf Verlangen)

- aktives Tun mit Ziel der Tötung
- in Deutschland verboten (cf. Belgien, Niederlande)
- ethisch umstritten

passiv (Behandlungsabbruch, Therapiezieländerung)

- passives Verhalten gegenüber der Krankheit
- aktives Zurückfahren der Behandlung mit Ziel des Sterbenlassens
- in Deutschland erlaubt
- ethisch zulässig

indirekt (Schmerztherapie)

- passives Verhalten gegenüber der Krankheit
- Behandlung mit Ziel der Schmerzfreiheit unter Inkaufnahme des Todes
- in Deutschland erlaubt
- ethisch zulässig

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Palliative Sedierung als Variante passiver Sterbehilfe

Palliative Sedierung?

„Definition: Einsatz sedierend wirkender Medikamente mit dem Ziel, durch eine Bewusstseinsminderung unerträgliches Leiden bei sonst therapierefraktären Symptomen zu lindern. (H. Christof Müller-Busch)“

- Situativ steuer- und kontrollierbare Therapieoption zur Symptomkontrolle (vs. den Tod des Patienten intendierendes Verfahren)

Wichtige Voraussetzung:

- Medizinische Indikation: Leiden kann nicht durch andere palliativmedizinischen Maßnahmen zufriedenstellend gelindert werden (bzw. diese Maßnahmen sind nicht zumutbar).

Fragen: Beschränkung auf Sterbephase? Beschleunigung des Todeseintritts?

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Patientengeschichte: Behandlungsabbruch?

Frau B. (69) erkrankte vor 6 Monaten am Guillain-Barré-Syndrom. Im Verlauf von GBS treten Lähmungen im gesamten Körper auf. Frau B. wurde in einer Spezialklinik behandelt und nach einem Aufenthalt von ca. 7 Wochen, in denen ausgedehnte Lähmungen über den ganzen Körper auftraten und bestehen blieben, in die neurologische Frühreha eines Krankenhauses verlegt. Der typische Krankheitsverlauf hätte einen langsamen Rückgang der Lähmungen erwarten lassen. Anstatt einer Verbesserung war ein anhaltendes Voranschreiten der Krankheit zu verzeichnen.

Die Patientin wurde bei Aufnahme künstlich beatmet, ernährt und hydriert und hatte Schluckstörungen. Sie war am ganzen Körper gelähmt und konnte sich nur durch Augenschließen und schwache Kopfbewegungen äußern. Nach 6 Wochen Aufenthalt trat eine akute Verschlechterung ein, in deren Folge Frau B. vollständig gelähmt war, einschließlich der Augen- und Gesichtsmuskeln. Empfinden von Schmerzen und Unwohlsein jeglicher Art konnten nicht ausgeschlossen werden.

Wegen des langen und negativen Verlaufs der Erkrankung prognostizieren die Ärzte keinerlei Verbesserungen. Frau B. kann mit intensivmedizinischer Versorgung noch Monate leben, in einer Pflegeeinrichtung würde die nächste Komplikation zum Tode führen. Es liegt keine Patientenverfügung vor. Die vorbehandelnden Kollegen berichten, dass Frau B. im Falle eines Herzstillstandes keine Reanimation gewollt habe. Darüber hinaus habe man zu dem Zeitpunkt nicht über einen möglichen Therapieabbruch gesprochen und Frau B. hatte keine weiteren Verfügungen getroffen.

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Motive für Suizidbeihilfe

- **Aktuell erlebte Schmerzen und Leiden**
- **Angst vor der Zukunft:**
 - Belastung für Umfeld
 - zukünftige Schmerzen und Leiden
 - Verlust von Würde und Einschränkung
 - Kontrollverlust
 - Abhängigkeit
- **Gesprächsbedarf vs. Gesprächsbereitschaft** der Betroffenen (Patienten, Angehörige, Behandelnde)

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Moralische Bewertung von Suizid und Suizidbeihilfe

- letzte Verantwortung für Geschehen liegt beim Patienten (anders: Tötung auf Verlangen)
- Mitwirkung des „Suizidhelfers“ (Arzt) dennoch zentral (notwendige Bedingung)
- Motiv-Übereinstimmung bei Suizident und Suizidhelfer (cf. Tötung auf Verlangen)
- Katholische Kirche verurteilt den Suizid, nicht jedoch den Suizidenten

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Patientengeschichte: Todeswunsch auf Palliativstation

Ein 51-jähriger Patient mit metastasierendem Darmkrebs im finalen Stadium wird auf der Palliativstation eines Krankenhauses gepflegt. Die Behandlung seiner Schmerzen ist erfolgreich. Aufgrund einer Stuhlinkontinenz wurde ein externer Darm-Ausgang gelegt.

Der Patient war vor seiner Erkrankung selbständiger Unternehmer, der sein Leben nach eigener Aussage „alleinstehend und frei voll im Griff“ hatte. Den derzeitigen Zustand der Abhängigkeit und des Kontrollverlustes über seinen Körper und sein gesamtes Leben empfindet er als enorme Belastung.

Er bittet seinen behandelnden Arzt, ihm ein Medikament oder etwa ein Schmerzmittel zu besorgen, mit dem er selbst den Zeitpunkt seines Todes bestimmen könnte. Damit könnte er den jetzigen, aus seiner Sicht unwürdigen Zustand, selbständig beenden.

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

1. **Rechtliche und ethische Grundlagen**
2. **Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
3. **„Sterbehilfe“-Debatte**

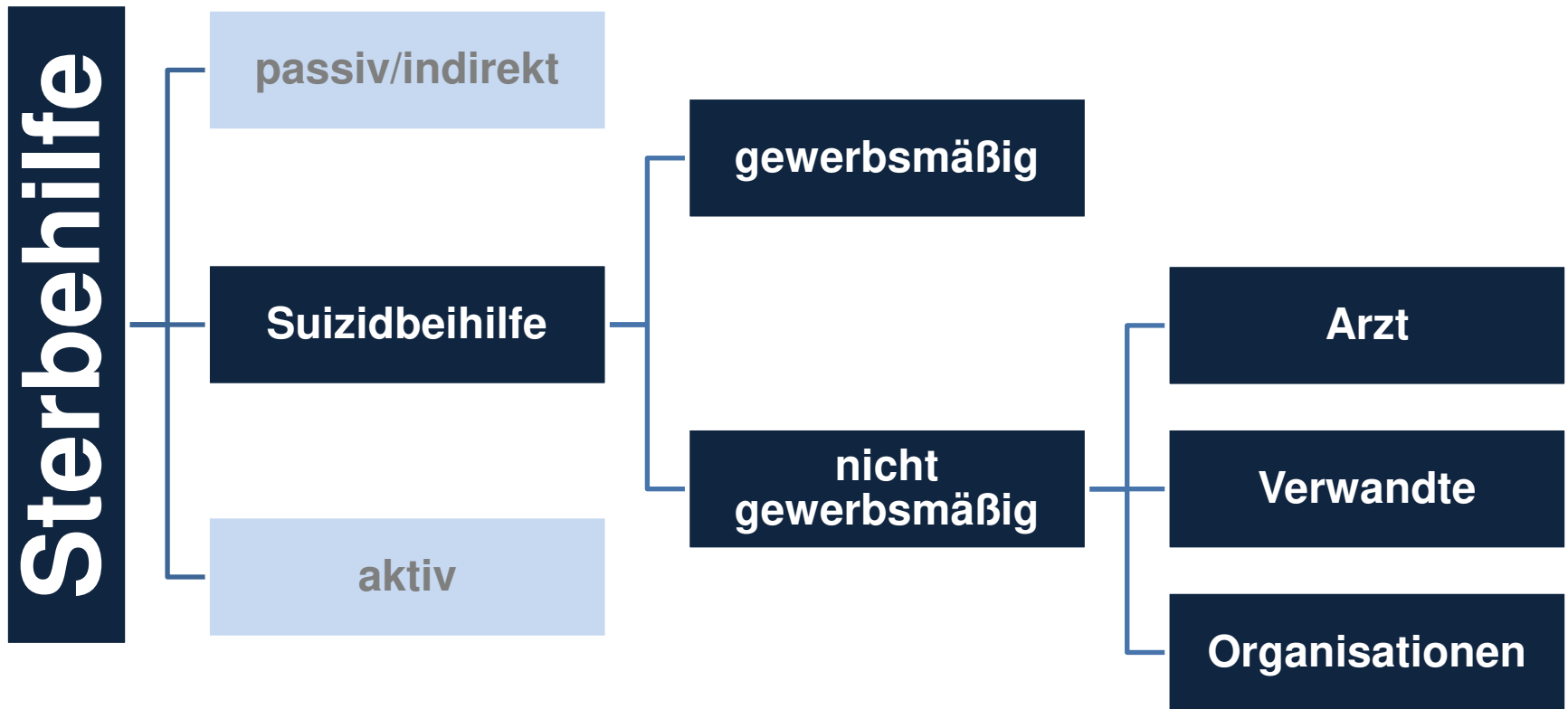
2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Rechtliche Ausgangslage vor der Debatte

- Suizid und Suizidbeihilfe in Deutschland nicht strafbar (anders: Österreich)
- Hilfeleistungspflicht des Arztes und Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes juristisch umstritten
- Ärztliches Standesrecht: Änderung des § 16 MBO durch Bundesärztekammer 2011
- Recht auf Sanktionierung der LÄK (keine Pflicht!)

2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

Suizidbeihilfe: In der Debatte umstritten



2 Einführung: Ethik im Gesundheitswesen

M. Brand/ K. Griese/...

- Verbot der geschäftsmäßig organisierten, d. h. auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe
- Gewissensentscheidungen in Einzelfällen werden ausdrücklich respektiert
- Angehörige/Nahestehende sind von den Strafen ausgenommen

Begründung: Suizidbeihilfe soll nicht als „normale Behandlungsoption erscheinen“ und „Menschen dazu verleiten können, sich das Leben zu nehmen.“

Jens Spahn verhindert Sterbehilfe

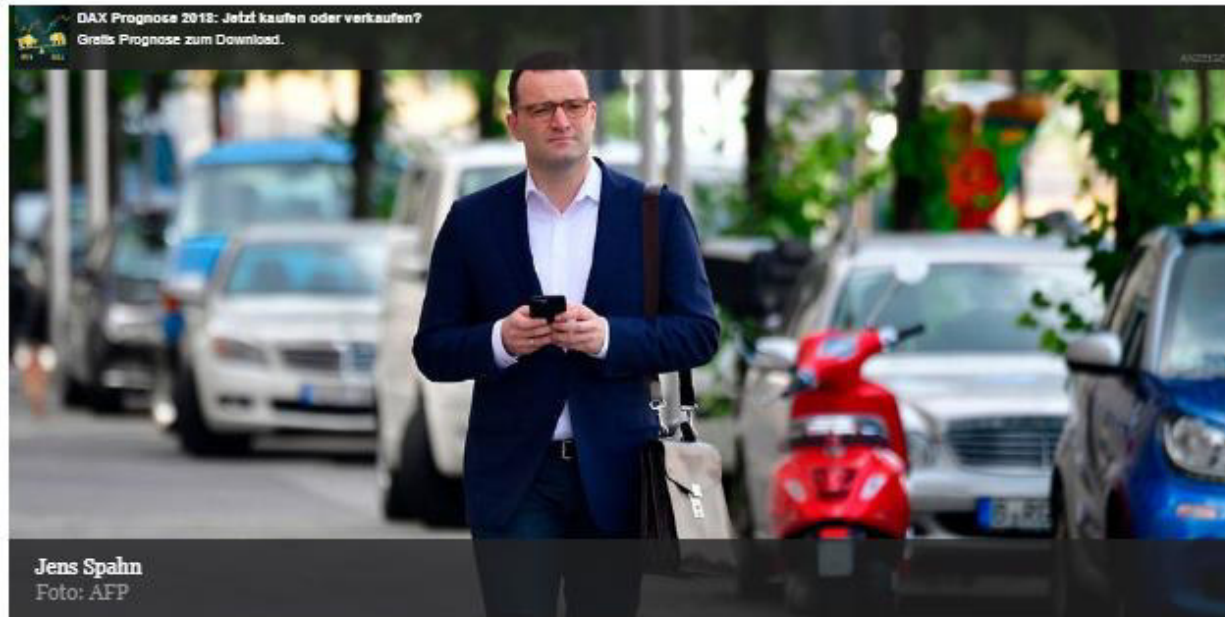
Gesundheitsminister Jens Spahn nutzt einen Erlass, um unheilbar Kranken den Weg in den Tod zu versperren. Eine Analyse.

Vor 13 Stunden

Sterbehilfe Spahn verhindert Abgabe von tödlichen Medikamenten an Schwerstkranke

Von  Timot Szent-Ivanyi |  02.07.18, 17:08 Uhr

 EMAIL |  FACEBOOK |  TWITTER |  MESSENGER



Jens Spahn
Foto: AFP

Berlin - Wenn der Bundesregierung ein Urteil eines höchsten Gerichtes nicht passt, kann sie es einfach aushebeln: Ihr steht dazu der sogenannte Nichtanwendungserlass zur Verfügung: Fällt beispielsweise der Bundesfinanzhof ein Urteil zu Gunsten der Steuerzahler, wird die Entscheidung regelmäßig vom Finanzminister kassiert.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Nachbereitungsaufgabe zur 1. Präsenz – Herr Graßme

Arbeitsauftrag:

Reflexionsaufgabe

Wie hat sich Ihre Perspektive durch die Inhalte der ersten beiden Tage des ersten Präsenzwochenendes im Hinblick auf den niedergeschriebenen Fall aus der Veranstaltung vom 13. September 2019 verändert?

- Nutzen Sie als Impulse folgende Fragen:
 - Hat sich die Perspektive auf den Fall in eine bestimmte Richtung verändert?
 - Konnten Sie den ethischen Konflikt erkennen und benennen? Begründen Sie!
 - Würden Sie den Fall aufgrund der theoretischen Impulse in Zukunft anders beschreiben oder bewerten?
 - Wie würden Sie in Zukunft mit einem ähnlichen Fall verfahren?
 - Was benötigen Sie für die Zukunft?

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Nachbereitungsaufgabe_1.Präsenz“ als Datei bis zum **07.10.2019** in Moodle- im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Herr Graßme“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz1_Nachbereitungsaufgabe) Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Vorbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz – Frau Prof. Dr. Adam

Arbeitsauftrag:

Ethisches Denken und ethische Analyse auf konkrete Fälle übertragen

Bitte lesen Sie als Vorbereitung auf das nächste Präsenzwochenende mit Frau Prof. Adam am 25. und 26. Oktober 2019 folgenden Artikel (der Artikel ist ebenfalls im Ordner“1. Selbstlernphase (15.09.-24.10.2019)“ in Moodle für Sie eingestellt und steht zum download für Sie bereit):

Heusler, E. & Kostka, U. (2007). Ethik anwenden – Mehrdimensionalität, Interdisziplinarität, Integration: aktuelle Anforderungen an die Ethik im Gesundheits- und Sozialwesen als Aufgabe für Studium und Weiterbildung. Krankendienst, 80: 342-348.

Beantworten Sie dazu aus **mehrdimensionaler** Perspektive folgende Fragen:

- Beschreiben Sie unterschiedliche Handlungsebenen/verschiedene Akteure anhand eines ethischen Dilemmas.
- Welche persönlichen Erfahrungen konnten Sie bereits an Ihrem Arbeitsplatz hinsichtlich der Verringerung ethischer Dilemmata auf mehrdimensionaler Ebene sammeln?
- Auf welche Ebene gehört welche Verantwortung?

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Vorbereitungsaufgabe 2. Präsenz “ als Datei bis zum **20.10.2019** in Moodle- im Abgabeordner „1. Selbstlernphase“ – „Vorbereitung: Frau Prof. Dr. Adam“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz2_Vorbereitungsaufgabe). Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

M6 (2) Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

25. bis 26. Oktober 2019

Frau Prof. Dr. Erika Adam



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Universität Osnabrück

M6 (2): Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

25. bis 26. Oktober 2019

Prof. Dr. Erika Adam
Katholische Hochschule Freiburg

1

Ausgewählte Literatur

- Pieper, A. (2007). Einführung in die Ethik (6. Aufl.). Tübingen und Basel.
- Aristoteles (1985). Nikomachische Ethik, hrsg. von G. Bien (4. Aufl.). Hamburg.
- Kant, I. (1999). Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, hrsg. von B. Kraft und D. Schönecker. Hamburg.
- Ludwig, R. (1995). Kant für Anfänger. Der kategorische Imperativ. München.
- Jonas, H. (1984). Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt a. M.
- Mill, J. S. (2009). Utilitarismus, hrsg. von M. Kühn. Hamburg.
- Birnbacher, D. (1995). Tun und Unterlassen (RUB 9392). Stuttgart.
- Düwell, M. / Hübenthal, C. / Werner, M. H. (Hrsg.) (2011). Handbuch der Ethik (3. Aufl.). Stuttgart.
- Höffe, O. (2002). Lexikon der Ethik (6. Aufl.). München.
- Höffe, O. (2010). Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung (4. Aufl.). München.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



2

Ausgewählte Literatur

- Körtner, U. H. J. (2012). *Grundkurs Pflegeethik* (2. Aufl.) (UTB 2514). Wien.
- Rabe, M. (2009). *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bern.
- Fix, Elisabeth / Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hrsg.) (2009). *Das Menschenrecht auf gute Pflege. Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen*, Freiburg i. Br.
- Wettreck, R. (2001). „Am Bett ist alles anders“ - Perspektiven professioneller Pflegeethik (Ethik in der Praxis/Practical Ethics, Kontroversen/Controversies; 6) Münster.
- Riedel, A. / Lehmeier, S. / Elsbernd, A. (2013). *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis* (3. Aufl.). Lage.
- Heinemann, W. / Maio, G. (Hrsg.) (2010). *Ethik in Strukturen bringen. Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen*. Freiburg i. Br.
- Baumann-Hölzle, R. / Arn, C. (Hrsg.) (2009). *Ethiktransfer in Organisationen* (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3). Basel.
- Dorst, B. / Neuen, C. / Teichert, W. (Hrsg.) (2009). *Würde. Eine psychologische und soziale Herausforderung*. Düsseldorf.
- Römlt, J. (2009). *Christliche Ethik in moderner Gesellschaft; 2: Lebensbereiche*. Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



3

Ethik als integrative Kompetenz

Die Erstprofession

- ☼ vermittelt die nötige Feldkompetenz und Kenntnisse über das Praxisfeld und seine Paradigmen
- ☼ schafft entsprechende Vernetzungen und Beziehungen.

Die Weiterbildung der Ethik

- ☼ befähigt dazu, sich stellende Probleme als ethische Aufgaben zu begreifen und zu bearbeiten
- ☼ vermittelt Wissen über ethische Inhalte und Konzepte und ein ethisches Methodenrepertoire
- ☼ vermittelt die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

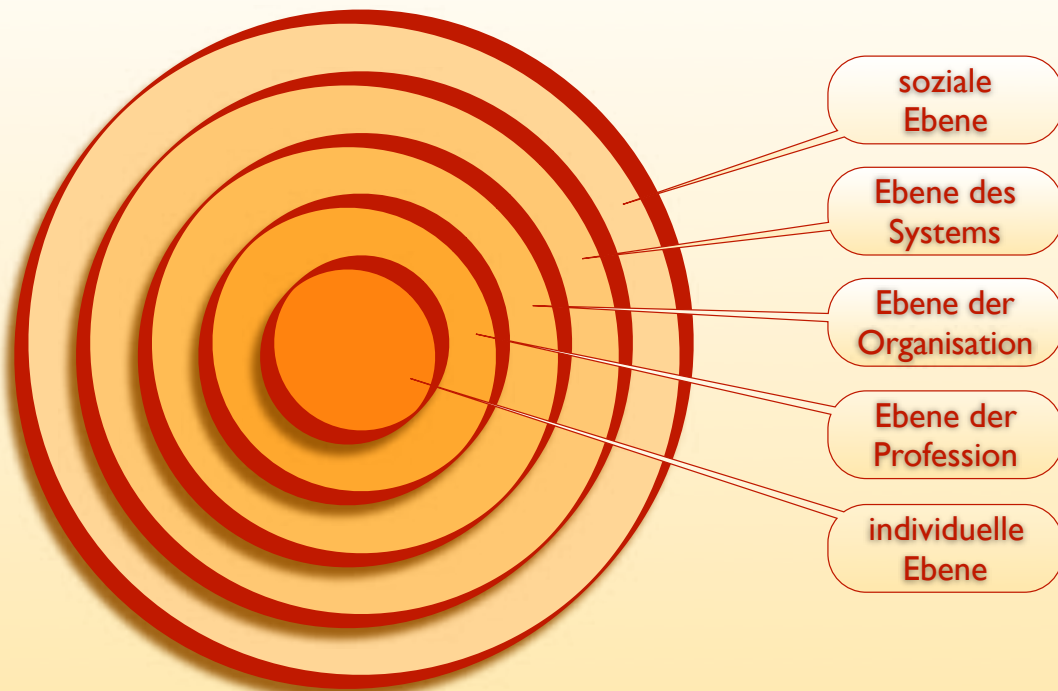
Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



4

Mehrdimensionale Ethik nach U. Kostka



5

Werte

„Unter Werten versteht man die bewußten oder unbewußten Orientierungsstandards und Leitvorstellungen, von denen sich Individuen und Gruppen bei ihrer Handlungswahl leiten lassen“
(O. Höffe. Lexikon der Ethik, S. 290).

Unterscheidung:

- ➔ ökonomische (Fortschritt, Gewinnmaximierung)
- ➔ politische (Toleranz, Freiheit, Gleichheit)
- ➔ soziale (Gerechtigkeit, Solidarität, Subsidiarität)
- ➔ kulturelle (Kreativität, Schönheit)
- ➔ religiöse (Gottesfurcht, Nächstenliebe)
- ➔ und moralische Werte (Aufrichtigkeit, Gerechtigkeit, Treue).

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



6

Werte

Verschiedene Ebenen:

- ➔ Menschenrechte:
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948
- ➔ Grundrechte
Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland 1949,
Artikel 1-19
- ➔ Werte der Gesellschaft
- ➔ Leitbilder der Einrichtungen
- ➔ Werte von Gruppen (Berufsgruppen, Teams ...)
- ➔ Persönliche Werte

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



7

Werte

Wertewandel (nicht Werteverfall!) von den Pflicht- und Akzeptanzwerten

Disziplin, Gehorsam, Treue (Firmentreue), Beständigkeit,
Pflichterfüllung, Ordnung ... zu den

Selbstentfaltungswerten

Selbstverwirklichung, Emanzipation, Mobilität, Flexibilität,
Kreativität, Eigenverantwortung, Partizipation ...

Werte heute?

Persönliche Wertehierarchie

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



8

aus dem Leitbild des Deutschen Caritasverbandes:

4. Der Deutsche Caritasverband als Dienstgeber

Er ist auf engagierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen, die bereit sind, die in diesem Leitbild formulierten Ziele und Aufgaben mitzutragen und in ihrer Tätigkeit umzusetzen.

Fachlichkeit, Einsatzwille, Flexibilität und Loyalität sind Grundlage für die professionellen Dienste.

Der Deutsche Caritasverband trägt als Dienstgeber soziale Verantwortung für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Er sucht nach Möglichkeiten, die es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erleichtern, Beruf und Familienaufgaben in Einklang zu bringen. Er sichert Männern und Frauen gleiche Chancen beruflicher Entwicklung. Er unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer fachlichen, persönlichen und religiösen Weiterbildung.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



9

aus dem Leitbild des Deutschen Caritasverbandes:

5. Der Deutsche Caritasverband pflegt einen partizipativen Führungsstil

Er beteiligt seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den ihr jeweiliges Arbeitsfeld betreffenden Ziel- und Entscheidungsfindungen. Klare Aufgabenbeschreibungen und die Delegation von Kompetenzen und Verantwortung ermöglichen und stärken eigenverantwortliches Handeln. ...

6. Der Deutsche Caritasverband ist Dienstgemeinschaft

... Dienstnehmer und Dienstgeber verpflichten sich, innerhalb der Dienstgemeinschaft zu einer vertrauensvollen Atmosphäre beizutragen. Diese muss sich auszeichnen durch Respekt vor der Persönlichkeit des Einzelnen, durch partnerschaftliche Zusammenarbeit und durch konstruktives Austragen von Konflikten.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



10

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 10. Dezember 1948

Inhalt:

- ☀ Präambel: Begründung der Notwendigkeit der Menschenrechte mit den geschichtlichen Erfahrungen der Menschenrechtsverletzungen, direkter Zusammenhang zwischen der Achtung Menschenrechte und der Verwirklichung von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden, die Erklärung „als das von allen Völkern und Nationen zu erreichende gemeinsame Ideal“
- ☀ 30 Artikel mit mehr als 100 einzelnen Menschenrechten

Möglichkeit der Kategorisierung:

- ☀ Artikel 1-21: bürgerliche und politische Rechte
- ☀ Artikel 22-30: wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



11

Menschenrechte

Grundprinzipien: Die Menschenrechte sind

- ☀ angeboren und damit unveräußerlich, nicht abzuerkennen
- ☀ unteilbar
- ☀ vorstaatlich
- ☀ individuell
- ☀ egalitär
- ☀ universell
- ☀ interdependent
- ☀ kritisch
- ☀ mehr als Ideale - durch Konventionen einklagbar

zum Thema Menschenrechte
vgl. www.dadalos.org

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



12

Normen

Werte können nicht nur in Form von Charaktereigenschaften (Tugenden), sondern auch in Form von Normen (lat. norma = Regel, Maßstab, leitender Grundsatz) auftreten.

Normen sind eine Aufforderung zum Handeln und werden meist im Imperativ formuliert. Sie beziehen sich auf künftige Handlungen: Sie sind „generalisierte regelförmige Verhaltenserwartungen“ (K. Ott (2001). *Moralbegründungen zur Einführung*. Hamburg, S. 167).

Normen kommen in vielen Bereichen menschlichen Lebens vor: wissenschaftliche Normen, theologische Normen (Zehn Gebote als Normenkatalog), rechtliche Normen („In dubio pro reo - im Zweifel für den Angeklagten“), moralische Normen (die Goldene Regel). Für eine Gemeinschaft sind moralische Normen unerlässlich. Sie regeln das Miteinander, geben Orientierung, schaffen Sicherheit.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



13

Was heißt Gerechtigkeit?

- ☀ **dass jeder und jede das Gleiche bekommt - entsprechend der Gleichheit aller Menschen in ihrer Würde (GG Art. 1)?**

bis hin zum Egalitarismus: Die zur Verfügung stehenden Güter werden völlig gleich verteilt. Konsequenz: Zu nicht bezahlbaren Leistungen bekommt keiner Zugang.

- ☀ **dass alle das erhalten, was sie brauchen (bedürfnisorientierte Verteilung)?**

Christentum: Gerechtigkeit als Parteilichkeit: Aus biblischer Sicht ist Gerechtigkeit kein abstraktes Ideal möglichst gleicher Behandlung aller, sondern hat mit Beziehung zu tun und fordert Parteilichkeit für diejenigen, die für sich selbst nicht eintreten können.

- ☀ **dass die Leistung eines Menschen und sein Nutzen für die Allgemeinheit mit entsprechender Gegenleistung honoriert wird („Wer viel gibt, bekommt auch viel“)?**

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



14

Gerechtigkeit

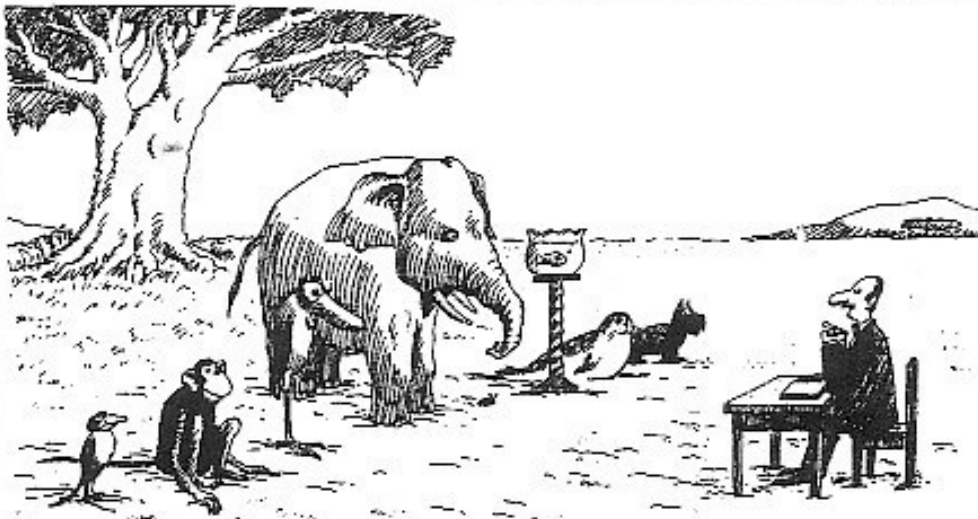
- ☀ **Verteilungsgerechtigkeit**
- ☀ **Leistungsgerechtigkeit**
- ☀ **Verfahrensgerechtigkeit**
- ☀ **Beteiligungsgerechtigkeit**
- ☀ **Befähigungsgerechtigkeit**
- ☀ **Geschlechtergerechtigkeit**
- ☀ **internationale Gerechtigkeit**
- ☀ **Generationengerechtigkeit**
- ☀ ...

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



15



„Um es gerecht zu machen, bekommt ihr alle dieselbe Aufgabe.
Klettert auf diesen Baum!“

16

Ethische Ansätze

Bei einer routinemäßigen Vorsorgeuntersuchung diagnostiziert die Ärztin bei Herrn Wohlfahrt einen unheilbaren Tumor (Lebenserwartung mit und ohne Therapie sechs Monate). Er hat keinerlei Beschwerden. Bevor die Ärztin zu Wort kommt, erzählt Herr Wohlfahrt strahlend, dass er mit seiner Frau zur Silberhochzeit eine Kreuzfahrt gebucht hat, die die beiden übermorgen antreten wollen. "Damit erfüllen wir uns den Traum unseres Lebens", sagt er. Soll die Ärztin ihm vor der Kreuzfahrt die Wahrheit sagen?

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



17

Ethische Ansätze



18

Utilitarismus

Systematische Entwicklung durch Jeremy Bentham (1748-1832) und seinen Schüler John Stuart Mill (1806-1873)

utilis, lat. nützlich, vorteilhaft; utilitas, lat. Nutzen, Vorteil, Brauchbarkeit, das Beste, Wohl: Der Utilitarismus als „Nützlichkeitsethik“

Beurteilung von Handlungen als moralisch gut ausschließlich aufgrund der auf ihnen resultierenden Folgen, aufgrund des Nutzens, der sich aus ihnen ergibt: „Handle so, dass das größtmögliche Maß an Glück entsteht!“ (maximum-happiness principle).

„Die Norm des Utilitarismus ist nicht das größte Glück des Handelnden selbst, sondern das größte Glück insgesamt.“ (J. S. Mill, Der Utilitarismus (= RUB 9821) Stuttgart 1985, S. 20): Jeder soll sich so verhalten, dass seine Handlung ein Maximum an Glück bzw. ein Minimum an Unglück bzw. eine maximale Verminderung von Leid für alle Betroffenen bedeutet.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



19

Deontologische Ethik

- ☼ Beurteilung einer Handlung allein danach, ob sie von einer bestimmten inneren Beschaffenheit ist, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip folgt, ohne Einbeziehung der Folgen
- ☼ to deon (griech.): „Das Gesollte“; Pflichten- und Prinzipienethik
- ☼ z. B.: allgemein anerkannte Prinzipien: Menschenwürde, Autonomie, Religionsfreiheit
- ☼ Moralische Normen wie die, Versprechen zu halten, Vereinbarungen einzuhalten, die Wahrheit zu sagen, sind in sich selbst gültig.

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



20

Deontologische Ethik

Immanuel Kants Suche nach einem Prinzip, das der Freiheit und der Vernunft entspricht und das für alle moralischen Entscheidungen wirksam sein kann:

Der kategorische Imperativ - in fünf verschiedenen Formulierungen,:

„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“

Handle so, dass du die Menschheit - sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen - jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchest.“ ...

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



21

Ethische Entscheidungsfindung

“Eine Entscheidung ist eine zielgerichtete Tätigkeit, bei der aus mehreren Handlungsmöglichkeiten eine Variante ausgewählt wird.“

(van Schayck, Ethisch handeln und entscheiden, S. 42)

“Keine Entscheidung ist auch eine Entscheidung!“

(vgl. Birnbacher, Tun und Unterlassen)

Schritte ethischer Entscheidungsfindung

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



22

Nachbereitungsaufgabe

Bestimmen Sie bitte einen von Ihnen gewählten Wert inhaltlich mit Hilfe von Literatur und übertragen Sie ihn auf einen Kontext des Gesundheitswesens

Beispiele:

- ☀ Empathie in der Pflege
- ☀ Freiheit - Freiheitsentziehende Maßnahmen
- ☀ Beinhaltet das Recht auf Leben auch eine Pflicht zu leben? ...

Prof. Dr. Erika Adam

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Nachbereitungsaufgabe zur 2. Präsenz – Frau Prof. Dr. Adam

Arbeitsauftrag:

Während des 2. Präsenzwochenendes am 25./26.10.2019 sind verschiedene Inhalte, wie mehrdimensionale Ethik, Werte und Wertekonflikte, aber auch ethische Konfliktbewältigung und ethische Fallbesprechung thematisiert worden.

Bestimmen Sie deshalb bitte einen von Ihnen gewählten Wert inhaltlich mit Hilfe von Literatur und übertragen Sie ihn auf einen Kontext des Gesundheitswesens.

Als Anregung können beispielhaft folgende Themen genutzt werden. Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit eine eigene Idee zu beschreiben.

Beispiele:

- Empathie in der Pflege
- Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Beinhaltet das Recht auf Leben auch eine Pflicht zu leben?

Unterstützend können Sie zur Bearbeitung der Aufgabe neben den Präsentationen des Wochenendes zum Beispiel auch folgende Literaturhinweise nutzen:

Höffe, O. (Hrsg.). (2008). Lexikon der Ethik. München: C.H. Beck.

<https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=Vd8BARuOVHQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=O.+H%C3%B6ffe,+Lexikon+der+Ethik,+Verlag+C.+H.+Beck,+M%C3%BCnchen&ots=udKbGjOlvW&sig=fQfBy5YGkDO9r2QVM7roOxo44r4#v=onepage&q=O.%20H%C3%B6ffe%2C%20Lexikon%20der%20Ethik%2C%20Verlag%20C.%20H.%20Beck%2C%20M%C3%BCnchen&f=false>

Wikipedia: Ethik – Werte

<https://de.wikipedia.org/wiki/Ethik#Werte>

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 2. Präsenz“ als Datei bis zum **18.11.2019** in Moodle- im Abgabeordner „2. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Prof. Dr. Adam“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz2_Nachbereitungsaufgabe) Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

World-Café Teamethik

am 29. November 2019
von 13:30 Uhr – 18:30 Uhr

Einführender Input zum Thema:
**Ethik der Teamarbeit und Ethik in der interprofessionellen
Teamarbeit. Fragen eines Ethos verschiedener
Gesundheitsberufe**

Prof. Dr. Hartmut Remmers

Welche terminologischen Klarstellungen kann ich voraussetzen?

- Ethik – Moral
- Ethos
- Berufsethos
- berufliche Ethik-Codes
- Konflikte, ethische Konflikte
- Methoden der ethischen Fallbesprechung
- Methoden der Lösung ethischer Konflikte

Perspektivisch auf zwei Fragen hinarbeiten

- Von welchen ethischen Normen lassen sich Angehörige verschiedener Gesundheitsprofessionen leiten, sind dabei unterschiedliche normative Hierarchien feststellbar und wenn ja, welche Gründe mag das haben?
- Lassen sich ethische Konflikte in einem multiprofessionellen Team auf unterschiedliche Beurteilungsperspektiven zurückführen und welche Möglichkeiten der „Perspektivenverschränkung“ sehen Sie?

Charakteristika einer Profession

- Die Bearbeitung von Fällen und Lösung fallspezifischer Probleme.
- Urteilskompetenz: fachlich, ethisch.

Merksatz

- Fallarbeit gilt als das charakteristische Merkmal von Professionen, deren Tätigkeit durch Personenbezug gekennzeichnet ist. Als zentrales Strukturmerkmal der Arbeit gilt die sogenannte „doppelte Handlungslogik“, charakterisiert durch *methodologische Doppelseitigkeit* zwischen personalem Handlungs- und allgemeinem Wissenschaftsbezug. Demgemäß sind zwei unterschiedliche Sichtweisen und Erkenntnisstile zusammenzuführen: ein theoretisch allgemeingültiges, wissenschaftliches Erklärungswissen mit zugleich prognostischer Aussagekraft und ein auf das Besondere einer Person ausgerichtetes, individualisierendes Fallverstehen. Fallarbeit setzt hochentwickelte Kompetenzen der Wahrnehmung, der analytischen „Rekonstruktion“ und der Urteilsbildung voraus.
- Hintergrund: Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems mit weiteren beruflichen Spezialisierungen. Zunehmende Komplexität von Erkrankungen mit Einschränkungen (Konsequenzen für Lebensentwürfe, Lebensvollzüge, Selbstregulation).

Merksatz

- Die Komplexität von Behandlungsfällen ergibt sich zum einen aus einem kontinuierlichen Fortschritt technisch und pharmazeutisch unterstützter Therapieverfahren mit zunehmender Spezialisierung der am therapeutischen Prozess beteiligten beruflichen Akteure und der sich immer weiter verkomplizierenden organisatorischen Abfolgen sowie strukturellen Rahmenbedingungen ihres Zusammenwirkens.
- Höhere Anforderungen an Diagnosen und Fallanalysen.

Ethik

- zwei dominierende Beurteilungsperspektiven:
 - utilitaristisch
 - deontologisch
- Vier medizinethische Prinzipien
- Institutionalisierung ethischer Reflexion im Gesundheitswesen/klinischen Alltag: z.B. Ethik-Komitees, Ethikberatung, Ethikkonsil.

Klassische Anlässe ethischer Reflexion und Beratung

- Konflikte über die Fortsetzung einer Therapie am Lebensende,
- Unsicherheit über den Willen oder das Wohl des Patienten bzw. der Patientin,
- Uneinigkeit aller beteiligten Parteien,
- Schwierigkeiten mit unkooperativen Patienten oder Patientinnen (non-compliance).

Darüber hinaus können Probleme auftauchen, die speziell für den manageriellen Bereich von Belang sind. Dazu gehören:

- Probleme gerechter Mittelverteilung (Allokation),
- Fragen der Einführung neuer therapeutischer oder diagnostischer Techniken.

Zielsetzung z.B. der Ethikberatung

1. Kultivierung von Debatten über politisch relevante Moralfragen in der zivilbürgerlichen Öffentlichkeit
2. Schulung moralischer Urteilskraft innerhalb des Mitgliederkreises einer Institution
3. Falldiskussion in Institutionen professionalisierten Handelns
4. Richt- und Leitlinienentwicklung in Institutionen professionalisierten Handelns
5. Kontrolle der moralischen Zulässigkeit von Forschung an Menschen

Beispielhafte Vorgehensweise für die Arbeit eines Ethik-Komitees:

1. Vorstellung des Falles.
2. Benennung der ethischen Fragen und Abgrenzung von anderen, bspw. rechtlichen, medizinischen, ökonomischen Fragestellungen (wobei nicht verkannt werden sollte, dass solche Abgrenzungen der Sache nach schwierig).
3. Sammlung ethischer Antworten und Lösungsvorschläge im Sinne möglicher Handlungsalternativen mit jeweils zu erwartenden Folgen.
4. Vergleich und moralische Bewertung dieser Antworten, Lösungsvorschläge und etwaiger Folgen.
5. Abschließendes Votum, welches die erörterten Handlungsalternativen sowie das Meinungsbild des Ethik-Komitees zusammenfassen sollte (Simon 2000, S. 18).

Beispielhafte Vorgehensweise für die Arbeit eines Ethik-Komitees:

Allerdings sollten an die Verfahrensweise einer klinischen Ethik-Beratung bestimmte Kriterien im Sinne von Minimalstandards angelegt werden:

- Einübung und Verwendung einer gemeinsamen (Fach-)Sprache,
- methodisch-geschultes Vorgehen bei der ethischen Analyse,
- eine den Entscheidungsfindungsprozess strukturierende Moderation,
- eine klare und für alle Beteiligten transparente Dokumentation und
- eine systematische Auswertung des Arbeitsprozesses.

Vorgehensweise bei der ethischen Fallbesprechung:

1. Klärung relevanter ethischer Normen
2. Analyse der klinischen Sachlage sowie Interpretation klinisch-empirischer Daten
3. Analyse und Interpretation subjektiver Wertpräferenzen

Ethischer Konsequentialismus: Analyse und Bewertung zu erwartender Folgen

- Individuelle Folgeorientierung
- Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit des Patienten/ Klienten
- Vorhersehbarkeit und Beherrschbarkeit von Handlungsfolgen
- Soziale Folgenorientierung
- Folgenabschätzung unter professionellen Qualitäts-/Wertstandards
- Folgenabschätzungen unter individuellen Wertpräferenzen beruflicher Akteure

Das Prinzip der Perspektivenverschränkung

- Perspektive der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes
- Professionelle Perspektive als Teilnehmerperspektive
- Zum kritischen Umgang mit Deutungs-, Handlungs- und Emotionsmustern

Merksatz

Ethische Fallbesprechungen verstehen sich als Teil professioneller Fallarbeit in verschiedenen Dimensionen therapeutisch relevanter Diagnosen und Behandlungsentscheidungen. Ihre Methodik ist der der rekonstruktiven Fallanalyse analog, jedoch perspektivisch ganz besonders darauf gerichtet, den normativen Anspruch eines jeden Menschen auf Schutz seiner personalen (körperlichen, seelischen, geistigen) Integrität und Souveränität zu achten. Unter diesem Aspekt sind alle therapeutisch als sinnvoll erachteten Interventionen nochmals gemeinsam mit der betroffenen Person im Behandlungsteam zu prüfen. Dabei sollten Sichtweisen der persönlichen Bewertung ergänzt werden um Sichtweisen professioneller Akteure und nach Möglichkeit auch die (langfristige) Bedeutung einer Behandlungsentscheidung für das Gesundheits- und Sozialsystem insgesamt.

Ethik der Teamarbeit

Klärung der normativen Bezüge, an denen der interprofessionelle Diskurs (das wechselseitige Erheben von Geltungsansprüchen) und die Lösung von Konflikten ausgerichtet sein sollen.

Klärung der jeweiligen professionellen Beurteilungsperspektiven mit ihren jeweils impliziten Annahmen

- als epistemisches Problem: z.B. naturwissenschaftlicher Krankheitsbegriff
- als Wertproblem: Heilung, Kuration, Rehabilitation, „gutes“, sinnerfülltes Leben
- als normatives Problem: welche allgemein gültigen Normen werden als relevant erachtet.

Methodologie der ‚Fallarbeit‘ – Zweistufigkeit I

Klinische, das heißt auf praktisch-therapeutische Eingriffe spezialisierte ‚Fallarbeit‘ impliziert von der Grobstruktur her betrachtet zweierlei: das Verstehen eines persönlichen, zum Problem gewordenen, daher klinischen Sachverhalts unter objektivierenden Gesichtspunkten des darauf applizierbaren wissenschaftlich-analytischen ‚Regelwissens‘. Fragen der Applizierbarkeit dieses Wissens beantworten sich im Modus einer reflektierenden, auf die Erschließung besonderer Merkmale des ‚Falles‘ ausgerichteten Urteilskraft sowie einer subsumierenden Urteilskraft, welche darauf ausgerichtet ist, die auf genau diesen besonderen Problemzusammenhang anwendbare wissensbasierte Regel der Problemlösung zu finden. Dieser objektivierende Zugriff auf der Basis eines vom subjektiven Deutungshorizont ablösbaren analytischen und solchermaßen applizierbaren Wissens reicht bekanntermaßen für das vollumfängliche Verstehen dieses Falles nicht aus. Er ist zu ergänzen durch einen Modus „elementaren Verstehens“ (Dilthey), der auf (symbolisch vielschichtige) Bekundungen dessen ausgerichtet ist, was höchst persönlich für das Individuum als sinnhaft und relevant gilt.

Methodologie der ‚Fallarbeit‘ – Zweistufigkeit II

Elementares, auf existenzielle Anliegen einer Person und die Bedeutsamkeit ihres Lebensentwurfs ausgerichtetes Verstehen bildet die Grundlage einer reflektierenden Urteilskraft, welche, um eine ethische Dimension erweitert, den evaluativen Kontext jenes existenziellen Selbstverständnisses einer Person mit umschließt. Darin erschöpft sich allerdings eine um diesen evaluativen Deutungshorizont erweiterte ethische Urteilskraft nicht. Maßgebend für sie als praktische Urteilskraft sind nicht nur partikuläre Geltungsansprüche persönlicher Überzeugungen und Wertekonzepte. Praktische Urteilskraft hat sich vielmehr an Problemen vielschichtiger Handlungskonstellationen zu bewähren. Dabei können Fälle nicht mehr nur in ihrer singulären Struktur, das heißt durch Konzentration auf ein gewissermaßen als Monade* verstandenes Individuum ‚bearbeitet‘ werden. Elaborierte Konzepte der (rekonstruktiven) ‚Fallarbeit‘ zeichnen sich bereits dadurch aus, dass sie bspw. durch Integration dokumentarischer Methoden die Einbettung von ‚Fällen‘ in institutionell sowie sozialstrukturell übergreifende Zusammenhänge untersuchen.

Methodologie der ‚Fallarbeit‘ – Zweistufigkeit III

Ebenso maßgebend ist dies auch für eine ethische Urteilskraft, die praktische Entscheidungen von einer evaluativ sowie normativ zureichenden Einschätzung in der Regel komplexer Handlungskonstellationen abhängig macht. Mit der ethischen Fallbesprechung kommt daher eine Ausweitung der Komplexität ins Spiel: Dem Prinzip der Perspektivenerweiterung gemäß (siehe unten), werden (1) die lebensweltlich verankerten Bewertungsmaßstäbe aller in einen ‚Fall‘ in der einen oder anderen Weise involvierten Personen ebenso gewürdigt wie (2) jene wissensförmig fundierten, fachdisziplinär aufgespaltenen Urteilskompetenzen der in der einen oder anderen Weise involvierten Professionsvertreter.

*Der Begriff der Monade hat vor allem in der Philosophie Leibniz‘ eine wichtige Bedeutung gewonnen als kleinste, in sich geschlossene Einheiten, die jedoch als lebende Einheiten eines äußeren Fluidums bedürfen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

World-Café Teamethik

am 29. November 2019
von 13:30 Uhr – 18:30 Uhr

Vorstellung von Methodik und Ablauf

Universität Osnabrück, Dr. Maike Sieverding, Jenny Hübner, Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Agenda

- Begrüßung
- Vorstellung der Referierenden
- Vorstellung des Tagesablaufs
- Vorstellung der Methode World-Café

Hinweis

- Bitte treffen Sie bis morgen Abend eine verbindliche Entscheidung, ob Sie an der Modulabschlussprüfung teilnehmen oder nicht.
- Bitte Ihre Entscheidung in der entsprechenden Liste mitteilen.

Unsere Referierenden

Herr Prof. Remmers

- Professor für Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück
- Forschungsschwerpunkte:
 - Handlungsbelastungen und Handlungskompetenzen in Extremsituationen
 - Kommunikation und Interaktion
 - Krankheitsbelastung und -verarbeitung
 - Ethik in der Pflege, Medizinethik
 - Theorien pflegerischen Handelns
 - Körper-Konzepte
 - anthropologische Grundlagen der Pflege

Frau Küllenberg

- Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der medizinischen Psychologie an der Universität Heidelberg
- Systemische Beraterin und Therapeutin
- Forschungsschwerpunkte im Rahmen der Dissertation:
 - Interprofessionelle Teamarbeit in Kliniken
 - Konzeption, Durchführung und Evaluation von Trainings vorwiegend zum Thema seelische Gesundheit und Teamarbeit

Tagesablauf

1. Kurzer Einstieg Prof. Remmers zum Thema
„Ethik/Teamethik/Ethos in
Gesundheitsberufen“
2. Einteilung der Gruppen
3. Durchführung Runde 1 + 2
4. Pause
5. Durchführung Runde 3 + 4
6. „Ergebnisgalerie“ und Diskussion der
Ergebnisse im Plenum
7. Abschluss „Tschüss! Bis morgen!“

Vorstellung der Methode

Was ist ein „World-Café“?

- Die Methode schafft einen Rahmen, um Gruppen produktiv und interaktiv ins Gespräch zu bringen.
- Die Methode nutzt die Neigung des Menschen zum Gespräch.
- Die Methode schafft Kaffeehaus-Atmosphäre → „Das Beste an der Tagung waren die Pausen“.
- Die Methode ermöglicht Perspektivwechsel und produziert vielschichtige Ergebnisse.

Vorstellung der Methode

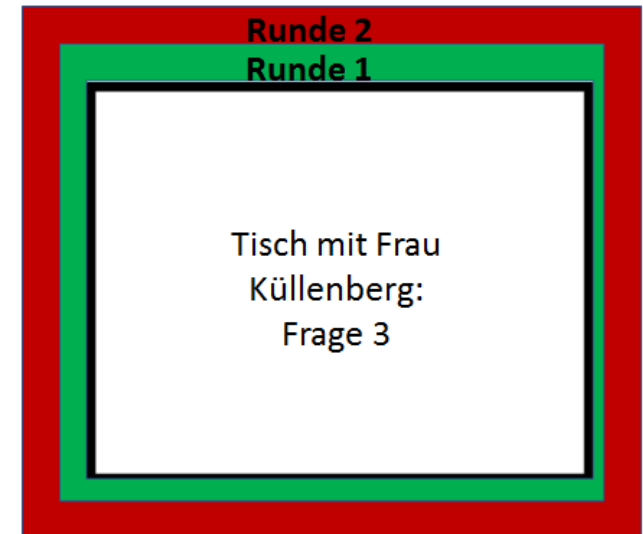
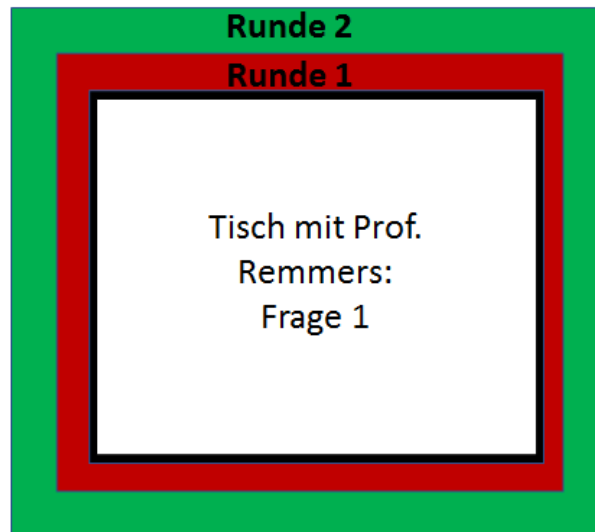
Wie funktioniert das World-Café?

- Zwei gemischte Gruppen A + B
- Zwei große „Kaffeetafeln“ mit Papiertischdecken zum Notieren der Diskussionsbeiträge
- 4 Gesprächsrunden – 4 Fragen
- Pro Runde wird mit einem „Gastgebenden“ (Frau Küllenberg: Fragen zur interprofessionellen Teamentwicklung / Herr Prof. Remmers: Fragen zur Ethik)
- Die Gruppen rotieren nach jeder Frage (Gastgebende und Tischdecken bleiben)

Vorstellung der Methode

Gruppe A = ●
Gruppe B = ●

Runde 1 und 2:



In **Runde 3** Beginn der **Gruppe A** bei Frau Küllenberg und **Gruppe B** bei Herr Prof. Remmers.

In **Runde 4** Wechsel der Gruppen:

Gruppe B Frau Küllenberg / **Gruppe A** Herr Prof. Remmers

Vorstellung der Methode

Was machen die Gastgebernden?

- Gastgebernde erfüllen eine besondere Rolle und haben folgende Aufgaben:
 - Ihre **Gäste** am Tisch **ermutigen/erinnern**, wichtige Ideen, Entdeckungen und tiefergehende Fragen zu **notieren**.
 - Beim Gruppenwechsel die neue Gruppe am Tisch willkommen heißen und kurz die **wichtigsten Erkenntnisse und Entdeckungen des vorherigen Gesprächs mitteilen**.
 - Gruppe ermutigen, sich mit ihren Ideen einzubringen.
 - **Gastgebende** dürfen und **sollen mitdiskutieren** und nicht moderieren.

Vorstellung der Methode

Was machen die Gäste?

- Gäste treffen neue Menschen.
- Gäste tragen aktiv ihre Meinungen, Ideen, Perspektiven bei.
- Gäste dürfen auch „nur“ Zuhören.

Vorstellung der Methode

Abschluss des World-Cafés Teamethik

- Vernissage der Ergebnisse.
- Diskussion der Ergebnisse im Plenum.

Einteilung der Gruppen

Gruppeneinteilung

Gruppe A:

- Brigitte Kramer
- Hiltrud Brunnengräber
- Anna-Maria Arnold
- Judith Runde
- Anna Brunhöver
- Birgit Kenning
- Gunhild Hirtz-Schücke
- Christel Sander
- Wolfgang Franz

Gruppe B:

- Annegret Sürken
- Sören Jochens
- Florence Balzer
- Monika Bartelt
- Philipp Plaggenborg
- Andrea Fehrmann
- Helge Pabst
- Anna Westermann
- Katrin Kunze

Durchführung

1. Gesprächsrunde

Gruppe A bei Herrn Prof. Remmers

Von welchen ethischen Normen lassen sich Angehörige verschiedener Gesundheitsprofessionen leiten, sind dabei unterschiedliche normative Hierarchien feststellbar und wenn ja, welche Gründe mag das haben?

Gruppe B bei Frau Küllenberg

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit und was macht sie erfolgreich?

Durchführung

2. Gesprächsrunde

Gruppe B bei Herrn Prof. Remmers

Von welchen ethischen Normen lassen sich Angehörige verschiedener Gesundheitsprofessionen leiten, sind dabei unterschiedliche normative Hierarchien feststellbar und wenn ja, welche Gründe mag das haben?

Gruppe A bei Frau Küllenberg

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit und was macht sie erfolgreich?

Durchführung

30 min Pause



Durchführung

3. Gesprächsrunde

Gruppe B bei Herrn Prof. Remmers

Lassen sich ethische Konflikte in einem multiprofessionellen Team auf unterschiedliche Beurteilungsperspektiven zurückführen und welche Möglichkeiten der „Perspektivenverschränkung“ sehen Sie?

Gruppe A bei Frau Küllenberg

Wie wirkt sich die Identifikation mit der eigenen professionellen Identität auf die Teamarbeit aus?

Durchführung

4. Gesprächsrunde

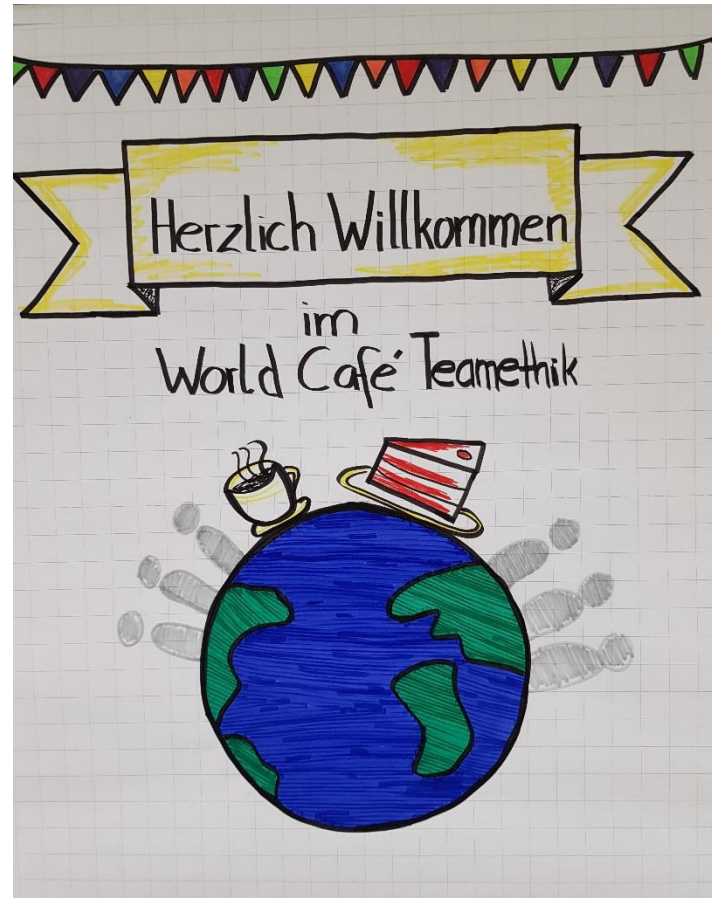
Gruppe A bei Herrn Prof. Remmers

Lassen sich ethische Konflikte in einem multiprofessionellen Team auf unterschiedliche Beurteilungsperspektiven zurückführen und welche Möglichkeiten der „Perspektivenverschränkung“ sehen Sie?

Gruppe B bei Frau Küllenberg

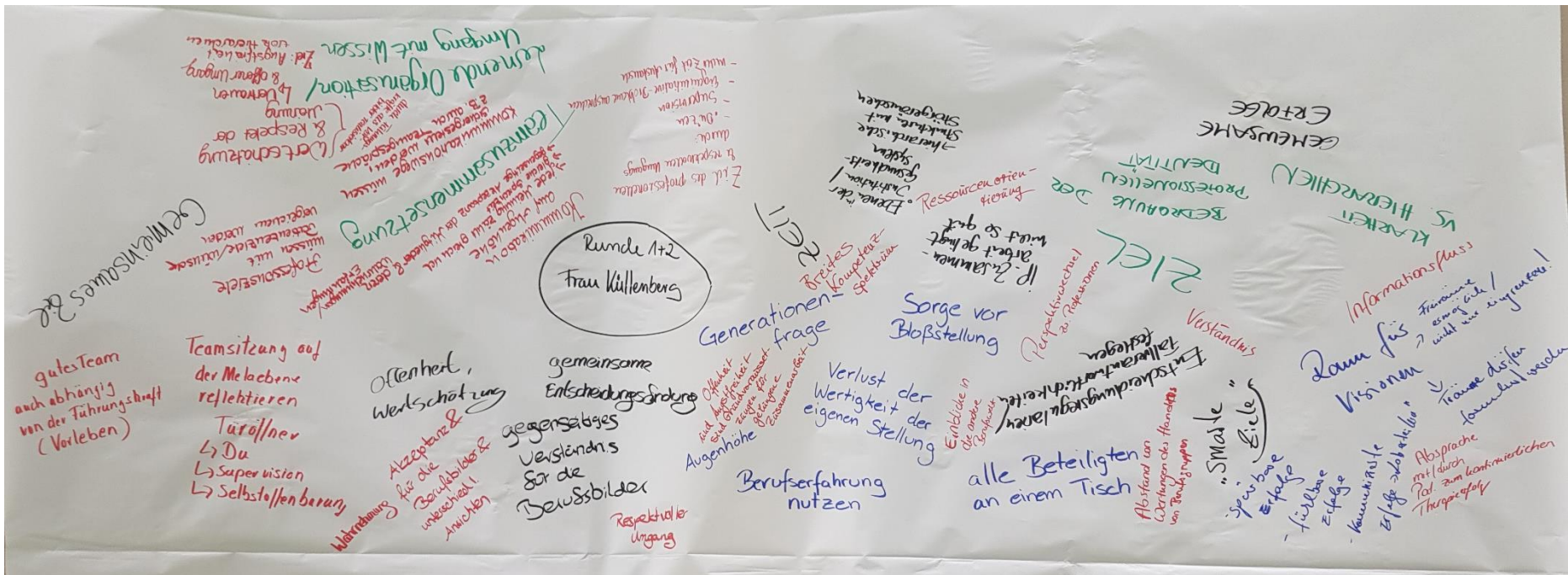
Wie wirkt sich die Identifikation mit der eigenen professionellen Identität auf die Teamarbeit aus?

**Vielen Dank für den schönen und interaktiven
Cafénachmittag!**

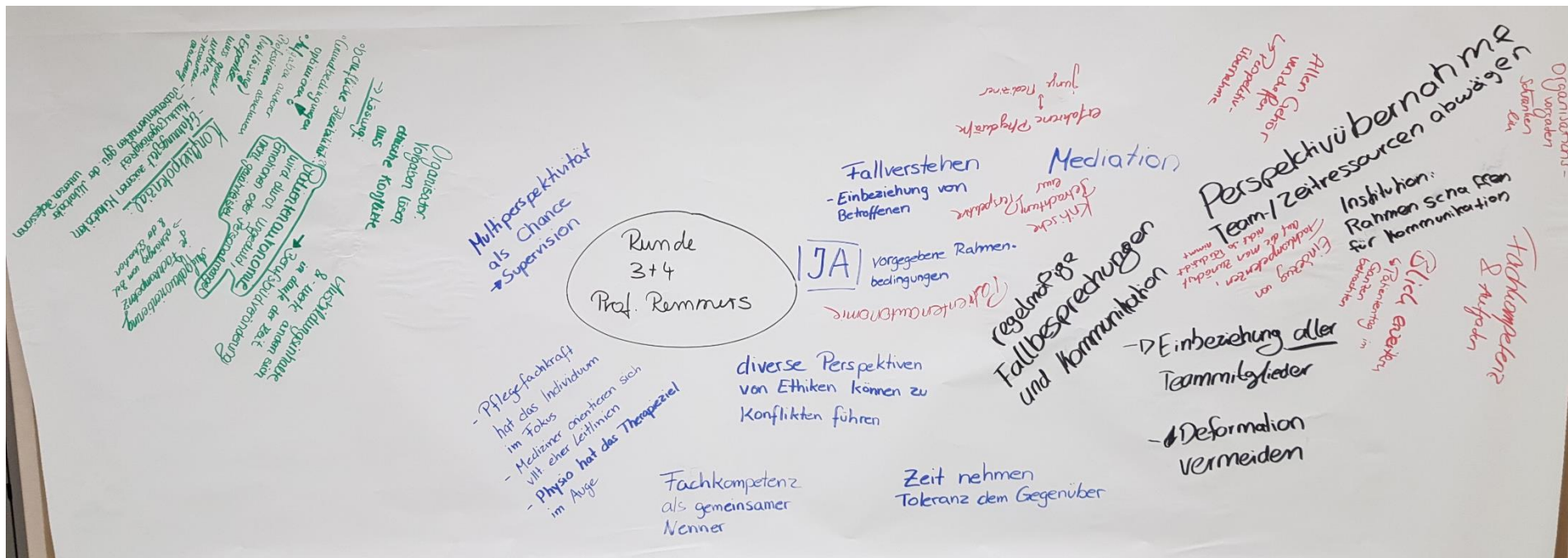


Universität Osnabrück, Dr. Maike Sieverding, Jenny Hübner, Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Runde 1 und 2 – Frage von Frau Küllenberg



Runde 3 und 4 – Frage von Herrn Prof. Remmers



Vielen Dank für das gelungene World Café Teamethik.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

**AUFSTIEG DURCH
BILDUNG >>**
OFFENE HOCHSCHULEN

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Ethische Falldiskussion

Grundlegung

Helen Kohlen

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Differenzierung

- Ebene der Theorie: Modelle zur Orientierung
- Ebene der Praxis: Strukturierung einer ethischen Falldiskussion

Ebene der Theorie

- Basismodell (A): Problemerkfassung
- Modell zur Differenzierung der Ebenen des Könnens, Wollens und Sollens
- Modell zur Differenzierung Individual-, Personal- und Sozialethischen Dimensionen

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?
- 1 Problemstellung: Darstellung des Problems

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?
- 1 Problemstellung: Darstellung des Problems
- 1 Rückfragen: Verständigung über das Problem

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?
 - 2 Problemstellung: Darstellung des Problems
 - 3 Rückfragen: Verständigung über das Problem
-
- 1 Zusammenfassung, Ausblick, Erörterung von alternativen Handlungswegen

Modell A

Basismodell zur Erfassung eines ethischen Problems

- 1 Vereinbarung: Was soll konkret geklärt werden?
- 2 Problemstellung: Darstellung des Problems
- 3 Rückfragen: Verständigung über das Problem
- 4 Zusammenfassung, Ausblick, Erörterung von alternativen Handlungswegen
- 5 Vereinbarungen zur Fortsetzung

Modell B

Überprüfung einer Konfliktsituation unter folgenden Gesichtspunkten:

- Ebene des Könnens
- Ebene des Wollens
- Ebene des Sollens

(in Anlehnung an E. Amelung 1992)

Modell B

Ebenen des Könnens, Wollens und Sollens

- 1 Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen überhaupt? – Ebene des Könnens

- 1 Welche Motive (Gefühle, Interessen, Ziele) sind bei mir und bei den Beteiligten im Spiel? – Ebene des Wollens

Modell B

Ebenen des Könnens, Wollens und Sollens

- 3 Welche allgemeinen Bedingungen (Normen, Regeln, Gebote, Rechtsvorschriften werden berührt? – Ebene des Sollens

- 3 Welche Lösung bevorzuge ich?
... aus welchen Gründen?
... mit welchen Zielen?

Modell C

Dimensionen der Personal-, Individual- und
Sozialethik

Modell C

Dimensionen der Personal-, Individual- und Sozialethik

1 Individualethisch:

- Wie kann ich in dieser Situation meiner Überzeugung (welcher?) am besten treu bleiben?
- Wie kann ich dies persönlich am besten verantworten?

Modell C

Dimensionen der Personal-, Individual- und Sozialethik

2 Personalethisch:

- Was kann und will ich in der Beziehung zu Mitbeteiligten verantworten?
- Wie wirkt sich meine Entscheidung in der Beziehung zu den Mitbeteiligten aus?

Modell C

Dimensionen der Personal-, Individual- und Sozialethik

3 Sozialethisch:

- Was ist meine Verantwortung im Rahmen umfassenderer sozialer Beziehungen, Bedingungen und Zuordnungen?
(Berufsgruppe, Krankenhaus, Kirche, Rechtsgemeinschaft, Kulturgemeinschaft etc.)

Prozess-orientiertes Modell

- **QUERSCHNITTS-FRAGEN:** sollten im Prozess einer Entscheidungsfindung wiederholend gestellt werden
- - Frage nach den Bedürfnissen des Bewohners/Patienten
- - Frage nach der Resonanz des Bewohners/ Patienten
- - Fragen nach den Sorgen um sich und alle Beteiligten

Ebene der Praxis

Strukturierung einer
ethischen Falldiskussion

1 Eröffnung

- Begrüßung
- Information über die Klinische Ethikberatung
- Vorstellungsrunde
- Fragestellung / Entscheidungskonflikt formulieren
- Zeitrahmen festlegen
- Moderationsregeln

2 Informationen zusammentragen

- Medizinische Fakten
- Pflegerische Fakten
- Fakten aus Sicht anderer beteiligter Berufsgruppen
- Sicht des Patienten bzw. der Angehörigen

3 Entscheidungskonflikte benennen

- Gibt es Konflikte auf anderen Ebenen, d.h. persönlich, strukturell, im Team ... die erkannt werden sollten und über die an einem anderen Ort zu einer anderen Zeit gestritten werden sollte bzw. ein Aushandlungsprozess in Gang kommen sollte?

4 Formulierung der ethischen Fragestellung

Leitfragen

- Was ist zu tun, um die Selbstbestimmung des Patienten zu gewährleisten bzw. zu stützen?
- Was ist zu tun, um das Wohl und die Würde des Patienten zu schützen und Schaden zu vermeiden?
- Ist alles getan bzw. was kann getan werden, um mit dem Patienten in Beziehung zu bleiben?

5 Diskussion der ethischen Fragestellung

- Beim einzelnen Patienten und seiner individuellen Situation bleiben
- Prozessorientiert für den nächsten Entscheidungsschritt diskutieren
- Zentrale Fragestellung im Auge behalten

6 Abschluss

- Ergebnis der Diskussion formulieren
- Konsens und Dissens formulieren
- Kann ein Votum formuliert werden?
- Ausblick
- Evtl. weitere Beratungen anbieten
- Möglichst feed-back an Moderatoren

Ebene der Praxis

Moderationsregeln für eine ethische Falldiskussion

Moderationsregeln

- Jeder ist mitverantwortlich
- Es spricht einer zur Zeit
- Gruppenmitglieder sprechen einander direkt an
- Verwendung der Ich-Form
- Kein Gespräch über den Umweg des Moderators
- Sich möglichst kurz fassen

Moderationsregeln

- Störungen haben Vorrang
- Das Gesprochene bleibt im Raum
- Es gibt keine „dummen“ Fragen

Der Moderator konzentriert sich auf klärende Fragestellungen, vermeidet Wertungen, Suggestivfragen, Provokationen und rhetorische Fehlritte.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

**AUFSTIEG DURCH
BILDUNG >>**
OFFENE HOCHSCHULEN



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Pflegewissenschaftliche Fakultät



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kasuistik

Grundlagen

Helen Kohlen



Definition: Kasuistik

Die Methode der Anwendung allgemeiner Normen oder Gesetze auf Einzelfälle, wie sie vor allem in der Moraltheologie des 16. und 17. Jahrhunderts, im Recht und in der Medizin entwickelt wurde (Rehbock 2005).



Morphologie

Die Beschreibung der Struktur eines Falles beinhaltet die jeweiligen Umstände des Wer, Was, Wann, Wo, Warum, Wie und mit welchen Mitteln, gemäß dem kasuistischen Grundsatz: *Circumstances make the case.*

Verändert sich ein Umstand, so verändert sich auch das moralische Urteil.



Taxonomie

Aufgrund der Morphologie eines Falls lässt er sich als ein bestimmter FALLTYP in eine Taxonomie, d.h. in eine Reihenordnung von Fällen eingliedern, wodurch er in einer bestimmten Nähe oder Ferne, Ähnlichkeit oder Verschiedenheit zu paradigmatischen Fällen eindeutig richtigen oder falschen Handelns steht.



Ethische Kasuistik

Es handelt sich NICHT um eine bestimmte ethische Theorie, sondern ganz allgemein um die methodische Beurteilung und Reflexion konkreter Fälle.

➤ Ethische Fallbesprechungen



Kritik

- 1 Mangel an Kritik der herrschenden Moral
- 2 Ethische vs rechtliche und medizinische Kasuistik
- 3 Ethische Orientierungslosigkeit

Mangel an Kritik der herrschenden Moral

Es besteht die Gefahr, dass man sich bei der Beurteilung konkreter Fälle von herrschenden Normen und Moralvorstellungen leiten lässt, die unter Umständen moralisch höchst fragwürdig sein können.

Die Kritik allgemein akzeptierter Normen ist nur möglich durch Rekurs auf übergeordnete Moralprinzipien wie das Prinzip der Autonomie.

Ethische vs rechtliche und medizinische Kasuistik

Eine weitere Gefahr ethischer Kasuistik, die ihre eigenen Bedingungen und Grenzen nicht reflektiert, besteht in einer zu weit gehenden Analogie zu rechtlicher und medizinischer Kasuistik.

Für eine korrekte Beurteilung eines rechtlichen Konfliktes wie für eine korrekte Diagnose einer Krankheit ist das Urteil eines Richters oder eines Arztes notwendig, der als juristischer oder medizinischer Experte die einschlägigen Gesetze bzw. Krankheitsbegriffe kennt und sie anzuwenden versteht.

Für ethische Falldarstellungen und Fallbesprechungen bedeutet das vor allem auch, dass der Fall nicht in rein fachspezifischen, etwa juristischen oder medizinischen Kategorien beschreiben und zu diskutieren ist. Die moralische Dimension des Falls ist vielmehr nur in allgemein verständlicher Alltagssprache zu erfassen, die ihn im lebenspraktischen Gesamtkontext einer individuellen Situation und Geschichte beschreibt.

- Was nützt z.B. die Angabe medizinischer Diagnosen und Therapien für die moralische Beurteilung eines Falls, wenn nicht klar wird, worin deren lebenspraktische Bedeutung für den Patienten besteht?



Ethische Orientierungslosigkeit

Ohne Bezug auf die moralische Grundorientierung geraten ethische Fallbesprechungen in die Gefahr, das moralische oder ethische Probleme des Falls zu verfehlen und sich in diversen medizinischen, technischen, psychologischen, sozialen und sonstigen Umständen, Normen und Details des Falls zu verlieren.

Die explizite Klärung dieser Grundorientierung mit Hilfe höchster Prinzipien ist daher ebenso eine unverzichtbare Aufgabe ethischer Reflexion wie die Beurteilung konkreter Fälle.

- Fallorientierung und Prinzipienorientierung schließen sich nicht gegenseitig aus.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



GEFÖRDERT VOM

**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Nachbereitungsaufgabe zur 3. Präsenz – Frau Prof. Dr. Kohlen

Arbeitsauftrag:

Schreiben Sie einen Kommentar zu einer der zwei Fallgeschichten, die wir in der Veranstaltung gemeinsam bearbeitet haben. Nutzen Sie dazu die Ergebnisse Ihrer Gruppenanalyse.

- Bushaltestelle im Pflegeheim
- Liebe ist die beste Medizin

Um die Fallgeschichten noch einmal nachlesen zu können, schauen Sie in Moodle bitte unter dem Reiter „Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining (30.11.2019)“.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse und laden Sie Ihre Ausführungen mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Nachbereitungsaufgabe 3. Präsenz“ als Datei bis zum **20.12.2019** in Moodle- im Abgabeordner „3. Selbstlernphase“ - „Nachbereitung: Frau Prof. Dr. Kohlen“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei unter Angabe Ihres Nachnamens, Angabe der Präsenz sowie die Art der Aufgabe (Beispiel: Mustermann_Präsenz3_Nachbereitungsaufgabe) Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit.

Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Prüfungsaufgabe für Modul 6 – Ethische Konflikte in Gesundheitsberu- fen bewältigen

Arbeitsauftrag:

Ziel der Prüfungsaufgabe ist es, Ihre gewonnenen Kompetenzen bezogen auf ethische Fallbesprechungen anzuwenden. Denken Sie bei der Bearbeitung der Aufgabe an die gesamten Inhalte aus Ihrem Modul. Nehmen Sie gerne die Materialien der Referenten sowie Ihre Ausarbeitungen zur Vor- und Nachbereitung zur Hilfe.

1. Grundlagen der Ethik

- Beschreiben Sie in eigenen Worten was für Sie der Begriff Ethik bedeutet und Grenzen Sie diesen von dem Begriff Moral ab.
- Benennen und beschreiben Sie kurz die vier Prinzipien ethischen Handelns von Beauchamp und Childress.
- Beschreiben Sie ausführlich einen erlebten ethischen Konflikt aus Ihrem Berufsalltag oder aus der Sicht als Angehöriger.
- Ordnen Sie dem von Ihnen beschriebenen Fall mehrdimensionale Handlungsebenen zu. Welche Akteure müssen dabei welche Verantwortung übernehmen?
- Nennen Sie mindestens drei verschiedene Werte und bringen Sie diese in Zusammenhang mit dem von Ihnen beschriebenen ethischen Konflikt.
- Hat sich aufgrund der theoretischen Impulse Ihre Sichtweise auf den Fall verändert und würden Sie in Zukunft mit einem ähnlichen Fall anders verfahren?

2. Methoden ethischer Fallbesprechung

- Beschreiben Sie zwei unterschiedliche Modelle ethischer Fallbesprechung.
- Wenden Sie ein zu Ihrem oben genannten Fallbeispiel passendes Modell an, um Ihren ethischen Konflikt zu analysieren und zu bewerten. Schreiben Sie dieses im Rahmen eines Kommentares nieder.
- Würden Sie im Anschluss an die Analyse und Bewertung den von Ihnen genannten ethischen Konflikt aufgrund der Beschlussfassung neu formulieren? Begründen Sie.
- Erläutern Sie die Stärken und Schwächen der von Ihnen ausgewählten Modelle.

Verschriftlichen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe der Vorlage „Dokumentenvorlage zur Verschriftlichung der Prüfungsaufgabe“. Laden Sie Ihre Ausführungen als Datei bis zum **10.01.2020** in Moodle- im Abgabebereich „Prüfungsaufgabe“ hoch. Bitte speichern Sie die Datei nach folgendem Muster ab: Nachname_Prüfungsaufgabe (Beispiel: Mustermann_Prüfungsaufgabe).

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Selbstlernzeit
Das KeGL-Team der Universität Osnabrück

Wissenschaftliche Weiterbildung - „Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen“

Informationen zum Modulabschluss
30. November 2019, Osnabrück

Universität Osnabrück, Dr. Maike Sieverding, Jenny Hübner, Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Modulabschluss - Formalien

Modulabschluss Formalien

Bitte teilen sie uns heute Ihre verbindliche Entscheidung mit:

- **Teilnahme ohne Modulprüfung: Teilnahmebescheinigung** bei
 - regelmäßiger Teilnahme
 - Abgabe der Vor- und Nachbereitungsaufgaben
 - Abgabe der Lernreflexion (Deadline 17. Januar 2020)
- **Teilnahme mit Modulprüfung: Zertifikat (vorbehaltlich)** bei
 - regelmäßiger Teilnahme
 - Abgabe der Vor- und Nachbereitungsaufgaben
 - Abgabe der Lernreflexion (Deadline 17. Januar 2020)
 - Abgabe der ausgearbeiteten Prüfungsaufgabe
 - Teilnahme an der Modulprüfung

Teilnahme mit Modulprüfung

Teilnahme mit Modulprüfung

Während der 3. Selbstlernphase:

- **Bearbeitung der Prüfungsaufgabe I**
 - Beantwortung von Fragen zum Thema Grundlagen der Ethik
 - Beantwortung von Fragen zu Methoden ethischer Fallbesprechung
 - Hochladen der schriftlichen Ausarbeitung in Moodle bis zum **10.01.2020**
- **Bearbeitung der Prüfungsaufgabe II**
 - Vorbereitung eines fiktiven Fallbeispiels für eine ethische Fallbesprechung

Teilnahme mit Modulprüfung

Durchführung der Modulprüfung am 18.01.2020

- **Vorbereitung** eines fiktiven Fallbeispiels für eine ethische Fallbesprechung
- **Präsentation** der ethischen Fallbesprechung (15 bis 20 Minuten)
- **Diskussion** der Ergebnisse im Plenum (5 bis 10 Minuten)
- **Selbstreflexion** der ethischen Fallbesprechung (15 Minuten)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Modulabschlussprüfung Modul 6: „Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen“

Namen der Präsentierenden: _____

Aufgabe	Notizen
Präsentation	
Die Ergebnispräsentation zur ethischen Reflexion nach Marianne Rabe wird verständlich und übersichtlich visualisiert .	
Persönliche Reaktionen und die Sicht der anderen wird im Rahmen der Situationsanalyse deutlich herausgearbeitet.	
Alternative Handlungsmöglichkeiten werden erläutert.	
Das ethische Problem, übergeordnete Prinzipien sowie Verantwortungsebenen werden definiert.	
Eine abschließende ethisch begründete Beurteilung sowie die Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse ist erfolgt.	
Lösungsvorschläge sowie abgeleitete Konsequenzen werden diskutiert.	
Stärken und Schwächen des angewendeten Modells werden veranschaulicht . Die dort beschriebenen Punkte werden erläutert .	

Allgemeine Kritikpunkte im Umgang mit Modellen zur ethischen Fallbesprechung werden schriftlich zusammengetragen und erläutert .	
Präsentation und Materialien sind inhaltlich korrekt und ansprechend gestaltet.	
Mitarbeit an der inhaltlichen Plakatgestaltung sowie Gesprächsanteile während der Präsentation sind in der Gruppe zu gleichen Anteilen erfolgt.	
Diskussion	
In der Diskussion aufkommende Fragen werden von der Gruppe adäquat beantwortet .	
Argumente werden auf die Diskussionsbeiträge abgestimmt .	
Selbstreflexion	
Die Ergebnisse der Selbst- und Gruppenreflexion in Bezug auf die ethische Reflexion nach Marianne Rabe werden deutlich.	
Sonstiges	

Tag der offenen Tür

Modul 4: Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Modulbeschreibung

Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt durch hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die Beschäftigten. Dass sie dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie ihren Berufsalltag gesundheitsfördernd gestalten können. Auf der Grundlage von Theorien und Modellen erfahren Sie zunächst, warum gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen so schwierig umzusetzen sind (Stichwort „innerer Schweinehund“) und was nötig ist, um sie anzustoßen. Hierzu bekommen Sie Methoden und Konzepte an die Hand, die es Ihnen ermöglichen, sich in unterschiedlichen Lebensbereichen gesundheitsförderlich zu verhalten und dieses Wissen in der beruflichen Praxis anzuwenden. Teilnehmende dieses Zertifikatsangebots sind in der Lage, konkrete Interventionen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen vor dem Hintergrund der eignen Zielgruppenbedürfnisse zu ermitteln, zu planen und umzusetzen.

Referierende

Frau Prof Dr. A. Seibt – HAW-Hamburg

Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health und Gesundheitswissenschaften, Kommunale und betriebliche Gesundheitsförderung

Frau Dr. D. Imsieke – Caritas Osnabrück

Stabsstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung bei der Caritas Osnabrück

Frau Dr. K. Schrader – SAG Berlin

Arbeitsplatzbegleiterin der BGW

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter :

<https://www.kegl-unios.uni-osnabrueck.de/startseite.html>



Modul 4 – Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken				
	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Einstieg in das Modulthema
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Gesundheitspsychologie – Konzepte und Theorien des gesundheitsförderlichen Verhaltens und Verhaltensänderung		Einführung in die Lern-reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teil 1: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	
	Samstag, 26.10.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)		Teil 2: Intervention zur Prävention von psychischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teil 1: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	
	Samstag, 30.11.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)		Teil 2: Intervention zur Prävention von physischen Belastungen in Gesundheitseinrichtungen – Planung/Umsetzung/Bewertung	
	Samstag 11.01.2020 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 30 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)		
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 180 Std.

Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

Nutzen der Weiterbildung

- verbesserten Methoden- und Fachkompetenzen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im beruflichen und privatem Umfeld
- langfristig gesünderes Leben und Arbeiten
- Gestärkte und motivierte Mitarbeitende

Universität Osnabrück - Dr. Maike Sieverding, Prof. Dr. Birgit Babitsch

Verbundpartner



Gefördert vom



Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Inhalt des Moduls

Der Berufsalltag in der Gesundheitsversorgung verlangt den Beschäftigten in den Gesundheitsberufen zunehmend Fähigkeiten zu guter Teamarbeit und Teamkultur ab. Um effektive Teamarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen zu gewährleisten, ist ein gemeinsames Verständnis von Teamarbeit und Teamkultur wichtig. Die Kompetenzen, die dazu nötig sind, sollen in diesem Modul gestärkt werden. Zur Ausgestaltung guter Teamarbeit werden in diesem Modul zunächst Ihre Kenntnisse zu Teamstrukturen, -dynamiken und -modellen erweitert. Sie formulieren gemeinsam wichtige Teamregeln, entwickeln persönliche Kompetenzen zum Umgang mit Vielfalt und Konflikten und lernen, wie Sie Konflikte im Team nicht nur lösen, sondern auch zukünftig in Ihrer eigenen Berufspraxis vermeiden können. Die hierfür notwendigen Methoden werden an praxisbezogenen Beispielen vermittelt und in der Teamarbeit erprobt. Nach Abschluss des Moduls sind Sie in der Lage, bestehende Teamstrukturen zu optimieren und können Teamarbeit in einem interprofessionellen Team effektiv, positiv und patienten- bzw. klientenzentriert gestalten.

Referierende

Frau Dr. M. Körner – Universität Freiburg

Interprofessionelle Teamentwicklung und Teamkultur im Kontext von Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen

Frau S. Möller

Autorin des Buchs: Einfach ein gutes Team - Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen (2016), Springer-Verlag.

Frau J. Küllenberg – Universität Freiburg

Mitarbeiterin der Universität Freiburg - Medizinischen Soziologie

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter :

<https://www.kegl-unios.uni-osnabrueck.de/startseite.html>



Modul 5: Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Blitzlicht: Teamarbeit als Herausforderungen in Gesundheitsberufen	
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Grundlagen der Teamarbeit: Teamstrukturen, -modelle, -dynamiken			Einführung in die Lern-reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teambildung und -entwicklung: Teamarbeit als professionelle Kooperation, Arbeitsstrukturen im Team		Abschlussrunde / Feedback
	Samstag, 26.10.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Teamkultur: Teamarbeit als soziale Arbeitswirklichkeit			
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teamethik - ethisches Handeln im Team: Teamarbeit als wertbasiertes Handeln, World Café mit Modul 6		Abschlussrunde / Feedback
	Samstag, 30.11.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Teamarbeit in der Fallarbeit: Teamarbeit als gelebte Praxis			
	Freitag, 17.01.2020 09:00 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 30 min Pause)	Modulabschluss: interprofessionelle Fallbearbeitung im Team (Vorbereitung, Teamarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)			
Selbstlernzeit 114 Std.		Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.		Gesamt: 180 Std.	

Präsenzzeit (58 UE/43,5 Std.)

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

AUFSTIEG DURCH BILDUNG >> OFFENE HOCHSCHULEN

Nutzen der Weiterbildung

- verbesserte Kompetenz im Bereich der Teamarbeit
- effektivere Kommunikation
- Reibungsverluste im Team und der täglichen Arbeit werden gesenkt
- mehr Raum für die eigentlich berufliche Tätigkeit der Patienten- bzw. Klientenversorgung

Universität Osnabrück - Dr. Maike Sieverding, Prof. Dr. Birgit Babitsch

Verbundpartner



Gefördert vom



Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

Inhalt des Moduls

In diesem Modul erfahren Teilnehmende persönliche Entlastung von moralischem Stress, indem Sie Strategien zur Konfliktlösungen für Ihren Berufsalltag kennenlernen. Durch die Auseinandersetzung mit ethischen Prinzipien und ethischen Konflikt- und Krisensituationen aus der Berufspraxis kann das Handeln besser reflektiert und Entscheidungen bewusster getroffen werden. Die Modulteilnehmenden werden befähigt, problematische Situationen leichter zu erkennen, ethische Entscheidung im Team zu fällen und Handlungsschlüsse zu ziehen, um eine klienten-/patientenzentrierte Behandlung und eine gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam zu gewährleisten. Eine ethische Entscheidungsfindung im Team wird nicht selten durch unterschiedliche Normen, Werte und Erwartungen erschwert - insbesondere, wenn dies in einem interprofessionellen Team stattfindet. Die Urteilsfindung und die Erarbeitung einer ethisch vertretbaren, gerechten Lösung bedürfen spezieller Entscheidungshilfen und Strategien, die in diesem Modul praxisnah mit Hilfe von Fallbeispielen erarbeitet werden.

Referierende

Herr H.A. Graßme

Referent für Pflege und Ethik im Katholischen Krankenhausverband e.V.

Frau Prof. Dr. E. Adam,

Universität Freiburg; Angewandte Ethik

Herr Prof. Dr. H. Remmers

Universität Osnabrück, Ethik in der Pflege, Medizinethik

Frau Prof. Dr. H. Kohlen



Katholische Hochschule Freiburg, Angewandte Ethik

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter :

<https://www.kegl-unios.uni-osnabrueck.de/startseite.html>



Modul 6: Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

	Freitag, 13.09.2019 12:30 - 17:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Einführungsphase	Erfahrungsaustausch	Einstieg in das Modulthema	Präsenzzeit (58 UE/ 43,5 Std.)	
Unit 1	Samstag, 14.09.2019 08:30 - 17:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std.+ 90 min Pause)	Einführung in die Grundlagen der Ethik und in die Ethik des Gesundheitswesens				Einführung in die Lern-reflexion
Unit 2	Freitag, 25.10.2019 12:30 - 18:30 Uhr (7 UE, 5,25 Std. + 45 min Pause)	Lern-reflexion	Ethische Fragen, Probleme und Dilemmata in den Gesundheitsberufen: Problemfelder, Wertekonflikte und Konfliktsanlässe			
	Samstag, 26.10.2019 08:15 - 16:15 Uhr (9 UE, 6,75 Std. + 75 min Pause)	Methoden ethischer Konfliktbewältigung und Entscheidungsfindung: Erkennen, Lösen und Vermeiden von ethischen Konflikten				Abschlussrunde / Feedback
Unit 3	Freitag, 29.11.2019 13:30 - 18:30 Uhr (6 UE, 4,5 Std. + 30 min Pause)	Lern-reflexion	Teamethik - ethisches Handeln im Team: Teamarbeit als wertbasiertes Handeln, World Café mit Modul 5			
	Samstag, 30.11.2019 09:30 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Methoden ethischer Fallbesprechung und Praxistraining: Organisation und Umsetzung (interprofessioneller) ethischer Fallbesprechungen				Abschlussrunde / Feedback
	Samstag, 18.01.2020 09:00 - 18:30 Uhr (10 UE, 7,5 Std. + 90 min Pause)	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation, Reflexion, Evaluation)				
	Selbstlernzeit 114 Std.	Prüfungsvorbereitung 22,5 Std.	Gesamt: 180 Std.			

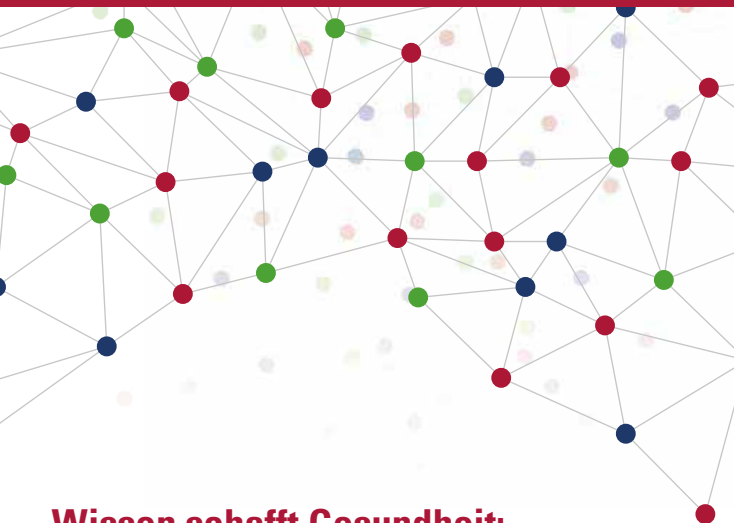
Nutzen der Weiterbildung

- ethisches und wertebasiertes Handeln im Team
- verbesserter und stressfreier Umgang mit ethischen Konflikten
- verantwortungsvollere Patienten- bzw. Klientenversorgung

Universität Osnabrück - Dr. Maike Sieverding, Prof. Dr. Birgit Babitsch

Verbundpartner

Gefördert vom



Wissen schafft Gesundheit: Weiterbildung für Gesundheitsberufe

Berufsbegleitend weiterbilden:

Entwickeln Sie Kompetenzen für Ihre
Berufspraxis in der Gesundheitsversorgung.

Tag der offenen Tür

für Weiterbildungsinteressierte
und Arbeitgebende

Mittwoch, 03. Juli 2019, 16 - 20 Uhr

Wir laden Sie herzlich ein, unsere wissenschaftlichen
Zertifikatsangebote kennenzulernen.

Am Mittwoch, 03. Juli 2019, öffnen wir ab 16 Uhr unsere Türen für Sie. Lernen Sie unsere wissenschaftlichen Zertifikatsangebote ganz unverbindlich kennen. Sie erhalten umfassende Informationen und Beratung zu den berufsbegleitenden Weiterbildungsangeboten für Gesundheitsberufe.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.
Wir freuen uns auf Sie!

Ort der Veranstaltung:

Universität Osnabrück

Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Gebäude 93

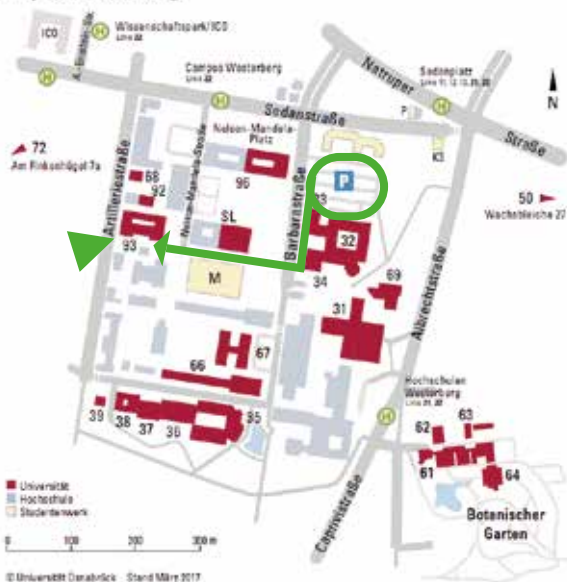
Barbarastraße 22c

49076 Osnabrück

Raum 93/E33

Der Veranstaltungsort ist von der Sedanstraße (Bushaltestelle Campus Westerberg) über die Nelson-Mandela-Straße zu erreichen. Parkmöglichkeiten finden Sie in der Barbarastraße.

Campus Westerberg



Kontakt:

Gesa Borchering

Telefon: 0541/ 969 3089

E-Mail: gesa.borchering@uni-osnabrueck.de

Zertifikatsangebote der Universität Osnabrück | September 2019 – Januar 2020

Sie können sich bis zum 31. August 2019 anmelden unter: www.komm-weiter-gesundheitsberufe.de

Ablauf eines Zertifikatsangebotes

(Gesamtumfang 180 Std.)

Termine	Phasen	
Freitag (6 UE)* Samstag (10 UE)*	Erste Präsenzphase (Einführung und modulspezifische Themen)	Unit 1 1 Präsenztage + Selbstlernphase = 30 h
Ca. 6–8 Wochen	Erste Selbstlernphase	
Freitag (6 UE)* Samstag (10 UE)*	Zweite Präsenzphase (Modulspezifische Themen)	Unit 2 2 Präsenztage + Selbstlernphase = 45 h
Ca. 6–8 Wochen	Zweite Selbstlernphase	
Freitag (6 UE)* Samstag (10 UE)*	Dritte Präsenzphase (Modulspezifische Themen)	Unit 3 2 Präsenztage + Selbstlernphase = 45 h
Ca. 6–8 Wochen	Dritte Selbstlernphase	
Samstag (10 UE)*	Vierte Präsenzphase (Modulabschluss)	

Der oben beschriebene Ablauf zeigt den Ablauf eines typischen KeGL-Zertifikatsangebotes (**Modul**).

Es besteht die Möglichkeit einzelne **Units** zu belegen. Eine Unit umfasst eine Präsenzphase plus Selbstlernphase im Gesamtumfang von 30 - 45 Stunden.

Detaillierte Ablaufpläne und aktuelle Termine zu den einzelnen Zertifikatsangeboten finden Sie online unter:

www.komm-weiter-gesundheitsberufe.de

* UE = Unterrichtseinheit von 45 Minuten

Gesundes Verhalten in Gesundheitsberufen stärken

Der Arbeitsalltag in Einrichtungen des Gesundheitswesens birgt durch hohe Arbeitsverdichtung und Stress gesundheitliche Belastungen und Risiken für die Beschäftigten. Dass sie dennoch gesund bleiben, setzt einen Betrieb voraus, in dem sie **ihren Berufsalltag und ihren Arbeitsplatz gesundheitsfördernd mitgestalten können**. Um Gesundheitsförderung nachhaltig umsetzen zu können, sind Maßnahmen notwendig, die sowohl die betrieblichen Verhältnisse, als auch das individuelle Verhalten berücksichtigen. In diesem Modul liegt der Schwerpunkt auf dem individuellen Verhalten, insbesondere auf Strategien zur Verhaltensänderung. Hierzu werden Methoden- und Fachkompetenzen entwickelt, welche die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb oder in der Praxis erleichtern.

Auf der Grundlage von Theorien und Modellen erfahren Sie zunächst, warum gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen so schwierig umzusetzen sind (Stichwort „innerer Schweinehund“) und was nötig ist, um sie anzustoßen. Hierzu bekommen Sie Methoden und Konzepte an die Hand, die es Ihnen ermöglichen, **sich in unterschiedlichen Lebensbereichen gesundheitsförderlich zu verhalten und dieses Wissen in der beruflichen Praxis anzuwenden**. An Beispielen zur Prävention von psychischen und physischen Belastungen werden Qualitäts- und Bewertungskriterien für Maßnahmen aufgezeigt. Mit diesem Rüstzeug sind Sie in der Lage, **gesundheitsförderliches Verhalten in Ihrer Gesundheitseinrichtung für die Mitarbeitenden zu planen, umzusetzen und zu bewerten**.

Arbeitgebende profitieren von den verbesserten Methoden- und Fachkompetenzen ihrer Mitarbeitenden, um Gesundheitsförderung im Betrieb effektiver umzusetzen und sie profitieren langfristig **von gesunden, gestärkten und motivierten Mitarbeitenden**.

Termine

Freitags: ca. 12:30 – 18:30 Uhr | Samstags: ca. 8:30 – 18:30 Uhr
13./ 14. September 2019
25./ 26. Oktober 2019
29./ 30. November 2019
11. Januar 2020

Interprofessionelle Teamarbeit und Teamkultur in Gesundheitseinrichtungen gestalten

Der Berufsalltag in der Gesundheitsversorgung verlangt den Beschäftigten in den Gesundheitsberufen zunehmend Fähigkeiten zu guter Teamarbeit und Teamkultur ab. Um effektive Teamarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen zu gewährleisten, ist ein gemeinsames Verständnis von Teamarbeit und Teamkultur sowie die Transparenz von Aufgaben, Rollen und Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit grundlegend wichtig. Die Kompetenzen, die dazu nötig sind, sollen in diesem Modul gestärkt werden.

Zur Ausgestaltung guter Teamarbeit werden in diesem Modul zunächst Ihre Kenntnisse zu Teamstrukturen, -dynamiken und -modellen erweitert. Sie formulieren gemeinsam wichtige Teamregeln, **entwickeln persönliche Kompetenzen zum Umgang mit Vielfalt und Konflikten und lernen, wie Sie Konflikte im Team nicht nur lösen, sondern auch zukünftig in Ihrer eigenen Berufspraxis vermeiden können**. Dabei profitieren Sie von dem regelmäßigen **interprofessionellen Erfahrungsaustausch mit den Moduleilnehmenden und erproben Aushandlungsprozesse zu ethischen Konflikten**, um eine gemeinsame Wertebasis im Team schaffen zu können. Die Methoden werden an praxisbezogenen Beispielen vermittelt und in der Teamarbeit erprobt. Nach Abschluss des Moduls sind Sie in der Lage, **bestehende Teamstrukturen zu optimieren und können Teamarbeit in einem interprofessionellen Team effektiv, positiv und patienten- bzw. klientenzentriert gestalten**.

Arbeitgebende profitieren durch die Kompetenzsteigerung ihrer Mitarbeitenden im Bereich der Teamarbeit **von einer effektiveren Kommunikation und** dadurch langfristig **von einer verbesserten Patienten- bzw. Klientenversorgung**.

Termine

Freitags: ca. 12:30 – 18:30 Uhr | Samstags: ca. 8:30 – 18:30 Uhr
13./ 14. September 2019
25./ 26. Oktober 2019
29./ 30. November 2019
17. Januar 2020

Ethische Konflikte in Gesundheitsberufen bewältigen

Sie treffen täglich Entscheidungen und tragen die Verantwortung für die Auswirkungen Ihres Handelns. Insbesondere wenn Sie in Gesundheitsberufen tätig sind, stehen Sie häufig vor schwierigen Entscheidungen, die Ihre zwischenmenschliche Arbeit mit sich bringt. Der Arbeitsalltag verlangt Ihnen ab, dass schnell entschieden und routiniert gehandelt wird. Häufig fallen die ethischen Prinzipien, wie Fürsorge, Gerechtigkeit und Verantwortung, der Alltagspraxis zum Opfer. Die daraus resultierenden ethischen Konflikte müssen Gehör und Raum finden und sollten diskutiert werden können. Ist dies nicht möglich, dann belasten ethische Konflikte und Dilemmata auf Dauer die Gesundheit und die Berufspraxis.

An praxisnahen Beispielen setzen Sie sich in diesem Modul mit ethischen Prinzipien sowie ethischen Konflikt- und Krisensituationen in Ihrer Berufspraxis auseinander, lernen Ihr **Handeln besser zu reflektieren und Entscheidungen bewusster zu treffen**. Sie lernen problematische Situationen leichter zu erkennen, erarbeiten Strategien zur Konfliktlösung von ethischen Problemen und erfahren dadurch **persönliche Entlastung von moralischem Stress**. Sie werden befähigt, ethische Entscheidungen im Team zu treffen und Handlungsschlüsse zu ziehen, um eine **gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam** zu gewährleisten. Insbesondere in einem interprofessionellen Team erleichtern die Entscheidungshilfen und Strategien, welche Sie in diesem Modul an praxisnahen Fallbeispielen erarbeiten, die Urteilsfindung und die Erarbeitung einer ethisch vertretbaren, gerechten Lösung.

Arbeitgebende profitieren durch die erworbenen Kompetenzen zu ethischen Entscheidungsfindungen ihrer Mitarbeitenden, die zum **verbesserten, stressfreieren Umgang mit ethischen Konflikten und zu einer verantwortungsvolleren Patienten- bzw. Klientenversorgung beitragen**.

Termine

Freitags: ca. 12:30 – 19:00 Uhr | Samstags: ca. 8:30 – 18:30 Uhr
13./ 14. September 2019
25./ 26. Oktober 2019
29./ 30. November 2019
18. Januar 2020

Beratung für Weiterbildungsinteressierte und Arbeitgebende

Gesa Borchering
Telefon: 0541/ 969 3089
E-Mail: gesa.borchering@uni-osnabrueck.de

Simone Rechenbach
Telefon: 0541/ 969 2393
E-Mail: simone.rechenbach@uni-osnabrueck.de

Bis zum Anmeldeschluss erreichen Sie uns telefonisch dienstags von 8 - 12 Uhr und donnerstags von 12 - 18 Uhr oder nach Vereinbarung.

Anmeldung und Information

Dr. Maïke Sieverding
Telefon: 0541/ 969 2945
E-Mail: maïke.sieverding@uni-osnabrueck.de

Bis zum Anmeldeschluss erreichen Sie mich telefonisch dienstags und freitags von 8 - 12 Uhr oder nach Vereinbarung.

Eine Online-Anmeldung und weiterführende Informationen zu den Angeboten finden Sie auf unserer Homepage:

www.komm-weiter-gesundheitsberufe.de

Anzahl der Teilnehmenden

Pro Zertifikatsangebot 16 Personen

Anmeldeschluss

31. August 2019



Teilnahmevoraussetzungen

Abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Bachelorabschluss, z. B. Angehörige der Assistenzberufe, der Heilerziehungspflege, der Medizin, der Pflegeberufe, der Therapieberufe, etc..

Impressum

Herausgeber: Der Präsident der Universität Osnabrück;
Redaktion: Institut für Gesundheitsforschung und Bildung;
Stand: Juni 2019

Ablauf des Zertifikatsangebotes

Ein Zertifikatsangebot umfasst 7 Präsenztage. Zwischen den Präsenzterminen finden begleitete Selbstlernphasen statt. Der Zeitaufwand für ein Zertifikatsangebot beträgt 180 Stunden, davon finden 43,5 Stunden an den Präsenzterminen statt.

Abschlussmöglichkeiten

Sie erhalten bei entsprechender Anwesenheit, Mitarbeit und bei erfolgreich abgeschlossener Prüfung ein Hochschulzertifikat.

Diese wissenschaftlichen Zertifikatsangebote befinden sich in der Erprobung. Das Zertifikat wird vorbehaltlich der späteren Implementierung des Programms an der Universität Osnabrück vergeben.

Bezüglich der Vergabe von Fortbildungspunkten sprechen Sie uns gerne an.

Anrechnung von Kompetenzen

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit Studienleistungen und beruflich bzw. in der beruflichen Weiterbildung erworbene Kompetenzen auf einzelne Module, gemäß den Bestimmungen des Niedersächsischen Hochschulgesetzes (NHG), anrechnen zu lassen.

Arbeitsweise

- o Vorträge, Präsentationen und Diskussionen
- o Praktische Übungen und Fallbesprechungen
- o Erfahrungsaustausch
- o Reflexions- und Praxisaufträge
- o Begleitete und eigenständige Selbstlernphasen
- o Lernprozessreflexion

Ihre Vorteile auf einen Blick

- o Praxisorientiertes Weiterbildungsangebot auf wissenschaftlichem Niveau
- o Berufsbegleitende Teilnahme
- o Flexible Gestaltung Ihrer Selbstlernphasen
- o Berücksichtigung eigener praxisrelevanter Fragestellungen
- o Interprofessioneller Austausch
- o Kompetenzerwerb für effektivere und effizientere Arbeitsweise

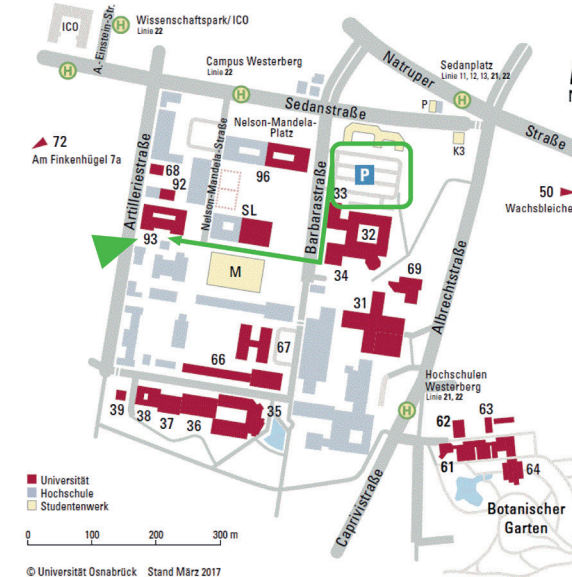
Veranstaltungsort

Universität Osnabrück
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Gebäude 93
Barbarastraße 22c
49076 Osnabrück

Anfahrt

Der Veranstaltungsort ist von der Sedanstraße (Bushaltestelle Campus Westerberg) über die Nelson-Mandela-Straße zu erreichen. Parkmöglichkeiten finden Sie in der Barbarastraße.

Campus Westerberg



Teilnahmegebühr

Im Rahmen des Forschungsprojektes ist die Teilnahme kostenfrei. Die Angebote sind Teil einer Erprobung von neuen wissenschaftlichen Zertifikatsangeboten innerhalb der Qualifizierungsinitiative »Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen« in dem vom BMBF geförderten Verbundprojekt KeGL – »Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens« (www.kegl-ostfalia.de).

Im Rahmen der Erprobung werden Befragungen zu den Zertifikatsangeboten durchgeführt.

Wissen schafft Gesundheit: Weiterbildung für Gesundheitsberufe

Berufsbegleitend weiterbilden: Entwickeln Sie Kompetenzen für Ihre Berufspraxis in der Gesundheitsversorgung – neue Zertifikatsangebote der Universität Osnabrück

