



## 7. Reha-Symposium

# Das Reha-Team – mehr als die Summe seiner Teile?

09.-10. November 2012

Erlangen

Institut für Sportwissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität

## ◆ Abstracts zu den Vorträgen ◆

<b>Titel des Vortrages</b>	<b>Referent/in</b>	<b>Seite</b>
Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation?	<i>Jürgen Höder</i>	1
Interdisziplinarität und Patientenorientierung im Reha-Team	<i>Mirjam Körner</i>	2
Interprofessionelle Teamstrukturen: Strukturelle Konsequenzen für die Reha	<i>Michael Zellner</i>	3
Transdisziplinarität im Reha-Team	<i>Marion Kalwa</i>	4
Die Bedeutung multiprofessioneller Teamarbeit in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation	<i>Betje Schwarz</i>	5
Interprofessionelle Zusammenarbeit bei chronischen Rückenschmerzen – Erfahrungen aus PASTOR	<i>Klaus Pfeifer</i>	6
Transfer interprofessioneller Rehakonzepte – Anfragen aus Public Health-Perspektive	<i>Alfred Rütten</i>	7

## Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation?

Jürgen Höder

Vom Paternalismus zum Empowerment, von der Behandlung zur Befähigung, vom Kurzeiteffekt zur Nachhaltigkeit: Die Rehabilitationskonzepte haben sich gewandelt. Die Organisationsstruktur der Einrichtungen jedoch hinkt hinterher. Sie gleicht eher der eines Krankenhauses. Immer noch steht der Arzt im Mittelpunkt. Die (wachsenden) Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe werden nicht ausreichend genutzt. Dass die moderne Reha nicht nur eine medizinische, sondern in gleichem Maße eine Bildungsveranstaltung ist, spiegelt sich in der traditionellen Aufgaben- und Rollenverteilung nicht wider.

Der Sachverständigenrat (2007) beklagt eine „nicht immer effektive Arztzentriertheit“ im Gesundheitssystem. Der Gesetzgeber ermöglicht Modellvorhaben mit erweiterten Rechten für Physiotherapeuten und Krankenschwestern. Gesundheitsberufe befinden sich in einem Prozess der Akademisierung und verlangen entsprechend erweiterte Zuständigkeiten. In manchen Ländern scheinen Reha-Einrichtungen auch ganz ohne Arzt auszukommen. Studien zeigen, dass eine Übertragung ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Pflegekräfte zu gleichen Outcomes bei gleichzeitig höherer Patientenzufriedenheit führt. Andere Studien belegen: Physiotherapie erbringt dieselben Ergebnisse – gleich, ob Patienten von einem Arzt überwiesen werden oder sich selbst direkt an den Therapeuten wenden. – Dies alles schien uns Anlass genug, sich mit diesem Thema wissenschaftlich auseinanderzusetzen.

Wie sehen Kliniker verschiedener Berufe die Aufgabenverteilung in der Reha? Wir stellten zunächst fünfzig Mitarbeitern, darunter vierzehn Ärzten, aus fünf orthopädischen Reha-Einrichtungen folgende Fragen: Welche Ihrer üblichen Aufgaben könnten ebenso gut von anderen Mitarbeitern erledigt werden? Und: Welche Aufgaben, die zurzeit von anderen Berufsgruppen bearbeitet werden, würden Sie auch Ihrer eigenen Berufsgruppe zutrauen? Hieraus kristallisierten wir fünfzehn Vorschläge für eine veränderte Aufgabenverteilung. Die Vorschläge legten wir weiteren 136 klinisch tätigen Personen zur Beurteilung vor. Fast alle wurden als „sinnvoll“ eingeschätzt. Inhaltlich waren die Vorschläge vielgestaltig. Einige Beispiele:

- Ärzte und Pflege beklagten, dass sie viele Aufgaben übernehmen müssen, für die sie überqualifiziert sind. Sie begrüßten den Vorschlag, für Aufgaben des Informationsmanagements und der Organisation einen neuen Beruf einzuführen: den/die Reha-Assistenten/-in. Dieser Vorschlag ist inzwischen in etwa fünfzehn uns bekannten Kliniken umgesetzt, teilweise mit wissenschaftlicher Begleitung und positiven Ergebnissen.
- Bewegungstherapeuten entscheiden selbst über Art und Umfang der Therapie und formulieren selbst Teile des Abschlussberichtes, die das Leistungsbild betreffen.
- Psychologen überlassen das Entspannungstraining und hilfreiche Gespräche bei einfachen psychischen Belastungen anderen geeigneten Teammitgliedern. Dafür engagieren sie sich mehr bei der Erhebung der subjektiven Sicht der Rehabilitanden auf ihre Gesundheitsprobleme und auf den Erfolg der Reha. Sie sind für den Krankheitsverlauf und die sozialmedizinische Prognose von großer Bedeutung. Außerdem moderieren sie das Rehateam.
- Für Ärzte bleibt die Durchführung klinischer Untersuchungen, die medikamentöse Therapie, die Ermittlung besonderer Risiken oder Komplikationen.

Die Vorschläge wurden ferner von 90 RehabilitandInnen beurteilt, ebenfalls überwiegend positiv. 33 % fanden eine derart gestaltete Reha „besser“ als die übliche, weitere 50 % sprachen sich für eine praktische Erprobung aus. Dasselbe befürworteten über 80 % einer kleinen Stichprobe aus führenden Vertretern von Kliniken, Fachverbänden, Wissenschaft und Rentenversicherung.

**Literatur:** Höder J (im Druck, vorauss. 2012) Neue Berufsbilder im Medizinbetrieb. In: W. v. Eiff, B. Greitemann, M. Karoff (Hrsg.) Rehabilitationsmanagement. Stuttgart: Kohlhammer.

**Korrespondenz:** Dr. Jürgen Höder, Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck. juergen.hoeder@uksh.de

## Interdisziplinarität und Patientenorientierung im Reha-Team

Mirjam Körner

Ein patientenorientierter Behandlungsansatz in der Rehabilitation erfordert sowohl eine gute Behandler-Patient-Interaktion (externe Patientenorientierung) als auch eine gute interprofessionelle Teamarbeit des Behandlungsteams (interne Patientenorientierung). Beide Aspekte werden in Anlehnung an das Modell zur integrierten Kundenorientierung von Bruhn (2002) im Modell der integrierten Patientenorientierung zusammengefasst (Körner, 2009). Die Interaktion bzw. Partizipation mit den Patienten (externe Partizipation) und der Behandler im Team (interne Partizipation) sind dabei wesentliche Einflussfaktoren auf die Patientenorientierung (Körner, 2012).

Um die interne und externe Partizipation und in Folge davon die Patientenorientierung zu verbessern, wurde in dem Forschungsprojekt „Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (PEFiT)“ ein interdisziplinäres Train-the-Trainer-Programm „Fit für PEF“ (PEF=Partizipative Entscheidungsfindung) entwickelt und evaluiert. Das Trainingsprogramm besteht aus zwei Modulen à vier Stunden und richtet sich im ersten Schritt an Multiplikatoren (Behandler in Führungspositionen), welche im zweiten Schritt ihre Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen schulen. Modul 1 basiert auf dem Trainingsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung von Bieber und Kollegen (2007) und konzentriert sich auf das Erlernen des Interaktionsverhaltens zur Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in den Behandler-Patient-Interaktionen, wohingegen Modul 2 neu entwickelt wurde und die interprofessionelle Kommunikation, Koordination und Kooperation in Teams und in der Organisation fokussiert.

Die Evaluation des Train-the-Trainer Programms in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie zeigte eine signifikante Verbesserung der externen Partizipation aus Sicht der Mitarbeiter (Körner, Ehrhardt, Steger, Bengel, 2012). Aus Patientensicht konnte dieser Effekt nicht nachgewiesen werden, so dass es notwendig erscheint, kombinierte Interventionen zu entwickeln, d.h. neben dem Training für die Behandler sollten patientenseitig Patienteninformationen, Entscheidungshilfen und/oder Patientencoaching, -trainings zur Verbesserung der externen Partizipation (PEF) eingesetzt werden. Die interne Partizipation (Teamarbeit) konnte durch das Train-the-Trainer Programm aus Patienten- als auch Mitarbeiter-sicht lediglich geringfügig verbessert werden. Demnach war die Intervention für diesen Teilaspekt nicht ausreichend, was zu der Konzeption eines umfangreicheren patientenorientierten Teamentwicklungsprogramms für Rehabilitationsteams führte. Dieses Teamentwicklungsprogramm wird in den nächsten zwei Jahren evaluiert werden.

### Literatur

- Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W. & Härter, M. (2007). *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen*. Manual zur partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making). Freiburg: Universitätsklinikum.
- Bruhn, M. (2002). *Integrierte Kundenorientierung. Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensführung*. Wiesbaden: Gabler.
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 160-165.
- Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A.-K. (2011). Entwicklung eines interprofessionellen Trainings zur Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung in Rehabilitationskliniken. *Die Rehabilitation*, 50: 331-339.
- Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Bengel, J. (2012). Interprofessional SDM Train-the-trainer program "Fit for SDM": Provider satisfaction and impact on participation. *Patient Education and Counseling*, Epub ahead: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.04.008>
- Körner, M. (2012). Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (PEFiT) – Abschlussbericht. [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_endfassung\\_juni\\_2012\\_pefit.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_endfassung_juni_2012_pefit.pdf)

**Korrespondenzadresse:** Dr. Mirjam Körner, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Hebelstr. 29, 79104 Freiburg, Tel. 0761-203 5519, Fax: 0761-203 5516, E-Mail: [mirjam.koerner@medsoz.uni-freiburg.de](mailto:mirjam.koerner@medsoz.uni-freiburg.de)

## Interprofessionelle Teamstrukturen: Strukturelle Konsequenzen für die Reha

*Michael Zellner*

Die gesetzliche Rentenversicherung hat im Rahmen der Entwicklung der von ihr durchgeführten Rehabilitation immer stärker herausgearbeitet, dass nur ein biopsychosoziales Modell die Bedürfnisse der Rehabilitanden so aufnehmen kann, dass eine umfassende Rehabilitation mit allen Komponenten erfolgreich sein kann. Dies setzt voraus, dass verschiedenste Professionen mit ihrer Fachkompetenz Sachverhalte erkennen, analysieren und bearbeiten.

Ging man ursprünglich davon aus, dass jede Profession für sich erfolgreich sein kann, so weiß man zwischenzeitlich, dass über interprofessionelle Teamstrukturen der Rehaprozess positiv befördert wird. Diese Interprofessionalität muss aber patientenorientiert gebündelt und in all ihren Facetten zusammengeführt werden. Dafür braucht die Rehabilitation zum einen die notwendigen Fachleute in vielschichtigen Bereichen (von Arzt bis Sozialdienst). Gleichzeitig muss Raum geschaffen werden, dass all diese fachlichen Erkenntnisse regelhaft zusammengeführt und in den Rehaprozess integriert werden. In einem zunehmend sich verknappenden Ressourcenmarkt muss daher durch Kostenträger und Klinikbetreiber eine Struktur vorgehalten werden, die diese Anforderungen auch in der Praxis erlebbar machen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat versucht mit den von ihr entwickelten Strukturvorgaben die Basis hierfür zu schaffen.

### **Korrespondenzadresse:**

LVD Michael Zellner  
Abteilung Kliniken  
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd  
Thomas-Dehler-Str. 3, 81737 München  
Postanschrift: 81729 München  
Telefon 089 6781-2713, Telefax 089 6781-3060  
michael.zellner@drv-bayernsued.de  
www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de

## Transdisziplinarität im Reha-Team

*Marion Kalwa*

Die Forderung nach einer verstärkten Teambildung begleitet die Rehabilitation der Rentenversicherung von Anfang an. Teamarbeit ist ein Qualitätsmerkmal, das auch in Verfahren der externen Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung bewertet wird. Von diesem Teamgedanken bis zur Transdisziplinarität ist es jedoch noch ein weiter Weg. Der Begriff Transdisziplinarität betont zwar die Sinnhaftigkeit der Disziplinenordnung im Sinne der Professionalisierung, die verschiedenen Disziplinen treten sich aber gleichberechtigt gegenüber. Aus diesem Erkenntnisgewinn bringenden Dialog kann eine Interaktion und Kooperation entstehen. Damit ein solcher Prozess erfolgreich verläuft, müssen folgende Leitfragen beantwortet sein:

- Wer übernimmt zukünftig welche Aufgaben? Welche Schwerpunkte werden gesetzt?
- Welche Aufgaben müssen abgegeben werden?
- Inwieweit sind die Teammitglieder auf die neuen Aufgaben vorbereitet?
- Welche Risiken/Konsequenzen/Barrieren müssen beachtet werden? Welche Initiativen folgen daraus?

Bereits im Vorfeld sollte die Veränderungsmotivation der unterschiedlichen Akteure geklärt und mögliche gedankliche oder organisatorische Barrieren identifiziert werden. Die ICF kann als „gemeinsame Sprache“ hilfreich sein. Die Fokussierung auf Beeinträchtigungen der Teilhabe und partielle Ablösung von der Diagnose ermöglicht einen gemeinsamen Zugang zu den Bedarfen und Bedürfnissen des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin. Die bereits jetzt schon vorhandenen Kompetenzen im Rehateam können in einem transdisziplinären Prozess besser ausgeschöpft werden. Unverzichtbar ist in jedem Fall eine offene Kommunikation aller Beteiligten. Nur so können Ängste abgebaut werden, ist die Entfaltung der professionellen Fähigkeiten möglich und können Informationsverluste vermieden werden.

Als Beispiele für ein transdisziplinäres Vorgehen werden die Rehabilitandenaufnahme, die Teambesprechungen und die Konstruktion des Entlassungsberichtes dargestellt.

### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Marion Kalwa  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Abteilung Rehabilitation Dezernat 8023/ H0401  
Hohenzollerndamm 46-47  
10704 Berlin  
Tel.: (030) 86582090  
Mail: dr.marion.kalwa@drv-bund.de

# Die Bedeutung multiprofessioneller Teamarbeit in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

*Betje Schwarz*

Schwarz B<sup>1</sup>, Bethge M<sup>1</sup>, Löffler S<sup>2</sup>, Neuderth S<sup>2</sup>, Vogel H<sup>2</sup>, Schwarze M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung; <sup>2</sup> Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, AB Rehabilitationswissenschaften

**Fragestellung:** Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) stellt eine effektive Rehabilitationsstrategie für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen dar. Erfolgreich evaluierte MBOR-Angebote zeichnen sich u. a. durch ein multimodales Behandlungsprogramm aus [1]. Da dies die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Reha-Teams erfordert, soll der Frage nachgegangen werden, wie die Zusammenarbeit im Klinikalltag realisiert und welche Bedeutung ihr für die MBOR beigemessen wird.

**Methode:** Im Rahmen der formativen Evaluation der modellhaften Umsetzung des MBOR-Anforderungsprofils der Deutschen Rentenversicherung wurden Fokusgruppen mit sieben MBOR-Teams durchgeführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Alle Teams betonten den zentralen Stellenwert enger multiprofessioneller Zusammenarbeit für die MBOR in Hinblick auf eine bedarfsadäquate Behandlung der multifaktoriell belasteten Zielgruppe. Im Klinikalltag wurde die Teamarbeit jedoch durchaus unterschiedlich realisiert. So ließen sich je nach Beteiligung am Behandlungsgeschehen, den Kommunikationspraxen und der Form der Leistungserbringung drei Typen multiprofessioneller Teamarbeit identifizieren und näher beschreiben: 1. „Konsultativer Einbezug“, 2. „Integrative Partizipation“ und 3. „Gleichberechtigte Ausführung“. Im Abgleich mit dem Forschungsstand zeigten sich große Schnittmengen zu multi-, inter- und transdisziplinären Teammodellen [2]. Als entscheidend für die Form der Teamarbeit stellten sich vor allem strukturelle Rahmenbedingungen heraus.

**Diskussion:** Ob die realisierte Form multiprofessioneller Teamarbeit einen Einfluss auf die Wirksamkeit einer MBOR hat, sollte in einer breiter angelegten Studie untersucht werden. Sollte sich eine Form als überlegen herausstellen, wären Kliniken und Träger gefordert, entsprechende Teamentwicklungsmaßnahmen einzuleiten bzw. nötige strukturelle Rahmenbedingungen sicherzustellen.

[1] Bethge, M. (2011). Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50 (3), 145-151

[2] Cartmill C., Soklaridis S., Cassidy J.D. (2001). Transdisciplinary Teamwork: The Experience of Clinicians at a Functional Restoration Program. *J Occup Rehabilitation*, 21, 1-8

## **Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Soz. Betje Schwarz  
Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung,  
Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511/532-8118  
Schwarz.Betje@mh-hannover.de

# Interprofessionelle Zusammenarbeit bei chronischen Rückenschmerzen – Erfahrungen aus PASTOR

*Klaus Pfeifer*

**Hintergrund.** Mit PASTOR<sup>a)</sup> wurde ein integratives, interprofessionelles Rehabilitationsprogramm entwickelt. Zielsetzung war es, die von den verschiedenen Mitgliedern des Reha-Teams verwendeten wissens-, verhaltens- und bewegungsbezogenen Interventionsformen zielgerichtet miteinander zu verknüpfen und kohärent aufeinander abzustimmen, um die aktiven Selbstmanagementkompetenzen von Personen mit chronischen Rückenschmerzen zu verbessern. Das Programm wurde in drei Rehabilitationskliniken erprobt und im Vergleich zur Standardrehabilitation evaluiert.

**Studiendesign.** Multizentrische quasi-experimentelle Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 12-Monats-Katamnese). Untersucht wurden 537 Rehabilitanden (275 Frauen) mit orthopädischer Hauptindikation (M54.4–M54.9, M51.2–M51.9, M53.8–M53.9 nach ICD-10) aus drei stationären Rehabilitationskliniken.

**Intervention.** Die Probanden der Kontrollgruppe (KG, n=270) durchliefen eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation („usual care“), die Probanden der Interventionsgruppe (IG, n=267) erhielten „PASTOR“, welches an zwölf Tagen in der dreiwöchigen stationären Rehabilitation durchgeführt wurde und fünf Module sowie einen Umfang von 48 Einheiten umfasste. In der Kontrollphase wurden Effekte der Standardrehabilitation erhoben. Im Anschluss wurde PASTOR in den Kliniken implementiert und in der Interventionsphase die Effekte evaluiert. Als Primäre Zielgröße diente die subjektive Funktionskapazität nach einem Jahr. Sekundäre Zielgrößen waren schmerzbezogene Kognitionen, Schmerz, Schmerzbewältigungskompetenzen, subjektive Gesundheit, körperliche Aktivität, rüchenschmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Analyse der Interventionseffekte erfolgte durch den Intergruppenvergleich zum dritten Messzeitpunkt mit Hilfe einer Kovarianzanalyse.

**Ergebnisse.** Auf der Basis von einführenden Schulungstagen jeweils in den einzelnen Kliniken und einer zentralen gemeinsamen interprofessionellen Schulung mit den therapeutischen Teams aller drei beteiligten Kliniken wurde eine hohe Akzeptanz des Programms in den therapeutischen Teams und eine gute Umsetzung in den Einrichtungen erreicht. Nach zwölf Monaten liegen Daten von 382 Personen (71%) vor. Ein Jahr nach der Rehabilitation besteht ein signifikanter Zwischengruppeneffekt in der Verbesserung der Funktionskapazität zugunsten der Interventionsgruppe ( $\eta^2=0,036$ ;  $p<0,001$ ). In sekundären Zielparametern zeigen Probanden der Interventionsgruppe langfristig geringere Schmerzen, verbesserte Schmerzbewältigungskompetenzen, eine höhere körperliche Funktionsfähigkeit, eine höhere Sportaktivität sowie geringere AU-Zeiten.

**Diskussion.** Langfristig zeigt sich eine höhere Wirksamkeit von „PASTOR“ im Vergleich zur Standardrehabilitation. Grundlage dafür sind vermutlich die konsequente Ausrichtung von Inhalten und Methoden an der vorliegenden Evidenz für den Umgang mit nicht spezifischen Rückenschmerzen sowie die konzeptuell erzeugte enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Professionen zur Vermittlung einer gemeinsamen Botschaft an Patientinnen und Patienten. Exemplarisch deutet PASTOR das Potenzial interprofessioneller Zugänge an, wie sie mit Blick auf den demografischen Wandel und veränderte Bedingungen der Gesundheitsversorgung notwendig erscheinen.

## Korrespondenz

Prof. Dr. K. Pfeifer, Institut für Sportwissenschaft und Sport, FAU Erlangen-Nürnberg, Gebbertstr. 123 b, 91058 Erlangen; klaus.pfeifer@sport.uni-erlangen.de

<sup>a)</sup> Integrative Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz

*Pfeifer K<sup>1</sup>, Vogel H<sup>2</sup>, Meng K<sup>2</sup>, Faller H<sup>2</sup>, Bork H<sup>3</sup>, Buchmann J<sup>2</sup>, Hofmann J<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Sportwissenschaft & Sport, Universität Nürnberg-Erlangen, Arbeitsbereich Rehabilitation und Gesundheitssport

<sup>2</sup> Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften

<sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)

## **Transfer interprofessioneller Rehakonzepte – Anfragen aus Public Health-Perspektive**

*Alfred Rütten*

Ausgehend von einem konkreten Interventionsbeispiel aus der Rehapraxis, werden einleitend einige grundlegende Überlegungen zur nachhaltigen Implementierung und zu den Bedingungen der Transferierbarkeit von evidenzbasierten Interventionen angestellt.

Im Hauptteil geht es um zwei unterschiedliche Konzepte aus der sozialwissenschaftlichen Forschung & Entwicklung und deren konkrete Anwendung in der Gesundheitsförderung: (1) das Assessment der „organisatorischen Bereitschaft“ unter Verwendung des ADEPT-Modells und (2) die Entwicklung organisatorischer Kapazitäten im Hinblick auf eine Übernahme und nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Interventionen mit Hilfe eines kooperativen Planungsansatzes. Zur Veranschaulichung des Einsatzes beider Konzepte in der Praxis wird auf zwei Projekte der Gesundheitsförderung Bezug genommen: das BIG-Projekt, das sich mit der Befähigung unterschiedlicher Akteure und Institutionen zur Bewegungsförderung sozial benachteiligter Frauen beschäftigt, sowie das PASEO-Projekt, das dem Aufbau politischer Kapazitäten zur Bewegungsförderung älterer Menschen dient.

Abschließend werden einige Fragen formuliert, die sich auf eine mögliche Übertragung der Erfahrungen aus dem Public Health-Bereich auf die Rehapraxis beziehen.

Prof. Dr. Alfred Rütten  
Institut für Sportwissenschaft und Sport, FAU Erlangen-Nürnberg,  
Gebbertstr. 123 b  
91058 Erlangen  
alfred.ruetten@sport.uni-erlangen.de