

VII. Fachtagung

Sozialarbeit mit Nierenkranken

Berlin

02. – 04. April 2003

Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V.

2003

Impressum:

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V.

c/o Kurt Hoeke, Blücherplatz 2, 10961 Berlin

Tel. 030/251 12 30/FAX: 030/25 29 95 99

E-Mail: asd.ev@t-online.de

Internet: www.dialyse-online.de/asd

Verantwortlich: Manfred Möckelmann

Layout: Dr. Roland Scharf, Berlin
Carlos Griebmayer

Satz: Carlos Griebmayer

Download: Als PDF-Datei unter: www.dialyse-online.de/asd/Fachtagung

Für persönlich gekennzeichnete Beiträge übernimmt der Herausgeber keine Verantwortung.

Inhaltsverzeichnis

Programm	4
Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen.....	7
Umgang mit schwierigen Patienten.....	10
Das Ende der gesetzlichen Krankenversicherung.....	13
Sport- und Bewegungstherapie bei chronischer Niereninsuffizienz.....	17
Körperliche Leistungsfähigkeit.....	17
Flexibilität.....	18
Koordination.....	18
Kraft.....	19
Ausdauer.....	20
Entspannung.....	20
Psycho-soziale und kognitive Ziele der Sport- und Bewegungstherapie.....	20
Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation.....	22
Welche Vorteile ergeben sich durch den Schwerbehindertenausweis?.....	38
Steuerfreibeträge.....	38
Nahverkehr.....	38
Vorteile für Berufstätige.....	39
Finanzielle Hilfen an Arbeitgeber sind möglich.....	39
Rechte nach dem Schwerbehindertengesetz.....	39
Das Integrationsamt als wichtiger Ansprechpartner.....	40
Parkerleichterung.....	40
Fernverkehr.....	41
Befreiung und/ oder Ermäßigung von:.....	41
Zweistufige Erwerbsminderungsrente.....	41
Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.....	41
Erwerbsminderungsrente = Rente auf Zeit?.....	42
Gesetzliche Grundlagen:.....	44
Aufgaben der Sozialhilfe § 1 BSHG:.....	44
Grundsätze.....	44
Formen der Sozialhilfe.....	45
Welche Pflegestufen gibt es?.....	46
Leistungen der Pflegeversicherung (Auszug).....	46
Situation chronisch nierenkranker Menschen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich.....	49
Verschiedenartige Ängste bei befragten PatientInnen.....	50
Angehörigenarbeit.....	52

Programm

VII. Fachtagung Sozialarbeit mit Nierenkranken vom 02. – 04. April 2003 in Berlin

veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V. Berlin

Veranstaltungsort: Ev. Fachhochschule Berlin, Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin

Mittwoch 02.04.2003

Begrüßung der Teilnehmer/innen und Vorstellung ASD e. V.

Gabriele Reinhard und Kurt Hoeke –ASD e.V.

Vorträge:

- **Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen
(Wohnungsanpassung, Pflegehilfen, Finanzierung)**
Referentin: Uta Reiberg, Berlin

Arbeitsgruppen:

- **Umgang mit „schwierigen“ Patienten**
Referentin: Ruth Wiedemann, Berlin
- **Berufliche Rehabilitation bei Nierenersatztherapie**
Referent: Fr. Meergarten, Berlin
- **Krankheitserleben bei älteren Patienten**
Referentin: Gisela Wieder
- **Aufgaben der Hauptfürsorgestelle und der Integrationsämter
Hauptfürsorgestelle Berlin**
Referent: Volkhard Schwarz

Donnerstag 03.04.2003

Vorträge:

- **Round Table Diskussion zum Thema:
Die Rolle der Sozialarbeit mit chronisch Nierenkranken aus Sicht der
Pflege und der Medizin**
Referentin-Pflege: Marion Frei
Referent-Medizin: Frau Faust
Referent-Sozialarbeit: ASD e.V.

- **Das Ende der gesetzlichen Krankenkasse**
Referent: Ingeborg Simon
anschließend Diskussion

Arbeitsgruppen:

- **Bewegung und Sport bei chronischer Niereninsuffizienz**
Referenten: Iris Fuhrmann, Dr. Rolfdieter Krause

- **Medizinische Rehabilitation bei Nierenersatztherapie**
Referent: Emanuel Fritschka, Bad Brückenau

- **Pflegeversicherung (SGB XI)**
Referent: Cornelia Güzelce-MDK Berlin-Brandenburg

- **Therapieabbruch (Akzeptanzprobleme im Team?)**
Referent: Helmut Becker, Berlin

Abendprogramm

Geführter Stadtpaziergang und anschließend Restaurantbesuch

Freitag 04.04.2003

Vorträge:

→ Erwerbsminderungsrenten Erfahrungen mit der Rentenreform

Referent: BfA

Diskussion

Arbeitsgruppen:

→ Patientenverfügung juristische und ethische Aspekte

Referentin: Gita Neumann, Berlin

→ Materielle Hilfen BSHG, SGB V, usw.

Referent: Gabriele Metten-Haumann, Berlin

→ Nierenersatztherapie und Sexualität

Referent: Theo G.Gilbers, Berlin

→ Dialyse – Situation chronisch nierenkranker Menschen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung

Referentin: Kati Krönert, Kuchen

Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen

Uta Reiberg

Die Berliner Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen, kurz Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ bieten älteren, pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen, Bekannten, Professionellen und Interessierten Information, Beratung und Unterstützung.

Seit 1999 besteht ein flächendeckendes Netz von 12 Koordinierungsstellen, das, vom Land Berlin finanziert, in seiner Ausprägung einzigartig im Bundesgebiet ist.

Zu den Aufgaben der Koordinierungsstellen gehören:

- Information und Beratung zu Fragen im Alter, bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (Wohnen, Pflege, Versorgung, Gesundheit, Mobilität...)
- Vermittlung unterstützender Hilfen, wie z.B. ambulante Dienste, Pflege- und Therapieangebote oder Freizeitmöglichkeiten
- Beratung zu bzw. Organisation von Wohnungsanpassungsmaßnahmen
- Planung, Organisation und Koordination individueller Hilfssysteme nach der Methode „Case Management“ (von der Analyse der Ausgangssituation über die Organisation der Hilfen, der begleitenden Kontrolle bis zur Evaluation)
- Unterstützung bei der Suche nach senioren- und behindertengerechten Wohnformen
- Verbraucherberatung und Verbraucherschutz (einschließlich Unterstützung in Widerspruchsverfahren, sozialrechtliche Beratung, Beschwerdemanagement)
- Care Management/bezirkliche Vernetzungsarbeit
- Aufbau bürgerschaftlichen Engagements
- Fortbildung und Schulung.

Zur Unterstützung der Beratungsarbeit wurde von den Koordinierungsstellen eine umfassende Datenbank, der HILFE-LOTSE, aufgebaut, in der alle Daten zu Einrichtungen, Hilfeangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten aus Bereichen wie Pflege, Alltagshilfen, Wohnen, Gesundheit oder Rehabilitation abfragt werden können.

Die Koordinierungsstellen sind dem Prinzip der Neutralität verpflichtet. Sie arbeiten unabhängig und verbraucherorientiert.

Wohnungsanpassung

Definition:

„Kleinere bis mittlere bauliche und technische Maßnahmen, mit deren Hilfe bestehende Wohnungen an die Bedürfnisse des einzelnen Menschen angepasst werden.“

Zu den Maßnahmen der Wohnungsanpassung gehören neben den Hilfsmitteln bauliche Maßnahmen wie z.B. die Türschwellenentfernung, der behindertengerechte Umbau von Bad und Küche oder die Balkonerhöhung.

1. Hilfsmittel:

Hilfsmittel sind Gegenstände, die körperliche Beeinträchtigungen ausgleichen sollen. Sie können in folgende Gruppen untergliedert werden:

- Medizintechnische Hilfsmittel (z.B. Inhalationsapparate)
- Kommunikationshilfen (Seh-, Hör-, Sprechhilfen)
- orthopädische Hilfsmittel (z.B. Prothesen, Korsetts)
- Pflegehilfsmittel (z.B. Dekubitusmatratzen, Duschhocker)
- Mobilitätshilfen (technische Hilfen, z.B. Rollator, Lifter, Rampen).

Finanzierung

Bei Bedarf werden die Hilfsmittel u.a. von den Krankenkassen, Pflegekassen, Versorgungsämtern, Sozialämtern oder Hauptfürsorgestellen getragen. Hauptkostenträger sind die Kranken- und Pflegekassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Versicherungsträger unterscheiden sich folgendermaßen:

Sozialgesetzbuch V § 33

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 ausgeschlossen sind.“

Sozialgesetzbuch XI, § 40

„Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenkasse oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.“

2. Bauliche Wohnungsanpassungsmaßnahmen

Die Finanzierung erfolgt insbesondere durch

- Pflegekasse
- Sozialamt/Eingliederungshilfe für Behinderte
- Hauptfürsorgestelle (Schwerbehindertengesetz/Bundesversorgungsgesetz)
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Förderprogramme
- Vermieter
- Selbstzahler.

Sozialgesetzbuch XI, § 40 (4)

„Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen.“

Voraussetzung für die Bezuschussung durch die Pflegekasse ist das Vorliegen einer Pflegestufe. Die Zuschusshöhe beträgt bis zu 2557 Euro pro Maßnahme. Vom Pflegebedürftigen wird ein Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten verlangt, höchstens jedoch 50 % seiner monatlichen Bruttoeinnahmen.

Umgang mit schwierigen Patienten

Dipl.-Psych. Ruth Wiedemann Psychol. Psychotherapeutin

Die Arbeitsgruppe begann mit einer Vorstellungsrunde und der Angabe von Wünschen und Zielen, bei denen Interesse für das Thema sowie Wünsche nach Zugewinn von Kompetenz und dem Lernen neuer Strategien überwogen.

Dann folgte eine Übung – geleitete Imagination – für hochbeanspruchte Pflegekräfte und psychosoziale MitarbeiterInnen „Gepäck ablegen“ nach LUISE REDDEMANN.

In drei Kleingruppen wurde zu zwei Themenkomplexen gearbeitet:

1. Liste der guten Erfahrungen
2. Liste der Schwierigkeiten

Dazu gehörten unter 1.:

- Ressourcen der „schwierigen“ Person
- eigene Reaktionen auf die Ressourcen der Person
- gelungene Kommunikation – Was war dazu nötig? Wann gelang was?

zu 2. wurde gefragt:

- Beschreibung der „schwierigen“ Person
- Beschreibung der eigenen Empfindungen/ Gefühle der Person gegenüber
- Beschreibung des Kommunikationsproblems

In der großen Gruppe wurde folgendes zusammengetragen:

1. Ressourcen:

- starker Überlebenswille
- Egoismus
- Glaube
- Unterhaltungswert
- Intelligenz
- Überlebensstrategien
- Wunsch, verstanden zu werden

2. Probleme:

- Distanzlosigkeit – Aggressivität
- Distanziertheit – Depressivität
- sexistisches Verhalten
- forderndes Verhalten
- undankbares Verhalten
- Gefühl, benachteiligt zu sein
- nicht verstehen wollen oder können

3. Wichtige Erkenntnisse:

- Mal ist jemand schwierig, mal nicht.
- Es kommt auch auf meine Grenzen an – und die meines Dialysezentrums, bis wohin ich jemand als „schwierig“, ab wann ich jemand als „untragbar“ empfinde
- In Notfällen kann auch mit Polizeischutz dialysiert werden.

4. Was lösen „schwierige“ Patienten in mir aus ?

- Erschöpfung
- Ohnmacht, weil es so schlimm ist

5. Welche Strategien helfen im Umgang mit „schwierigen“ Patienten?

- Respekt
- Empathie
- Das Schwere anerkennen.
- Pausen machen
- Auftrag klären : Wer gibt mir welchen Auftrag?
 1. der Patient
 2. mein Team
 3. das Zentrum/ der Arzt
 4. ich mir selbst

- Individualität berücksichtigen
- eigene Kraftquellen beachten und aufsuchen, z.B.
 1. Supervision
 2. Fallbesprechungen
 3. eigene Erholung
 4. Teilung der schwierigen Aufgaben mit anderen Teammitgliedern

Dann wurde der Versuch unternommen, einen Fall (interkulturelle Konflikte) näher zu betrachten.

Zum Abschluß gab es eine weitere Ressourcen-Übung von LUISE REDDEMANN – „Der Baum“, eine Vorstellungsübung zum Thema : „Nahrung bekommen, auch seelische Nahrung für mich selbst“.

Leider konnten die Erfahrungen der Gruppenmitglieder mit den beiden Übungen aufgrund der knappen Zeit nicht näher besprochen werden.

Das Ende der gesetzlichen Krankenversicherung

Ingeborg Simon

Meine Prognose: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor großen einschneidenden Veränderungen. Meine Einschätzung resultiert aus meiner Betroffenheit als Gesundheitspolitikerin, als Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Berlin und als langjährig ehrenamtliche Funktionärin von ver.di bzw. ÖTV. Selbstverständlich hat es auch in den letzten 3 Jahrzehnten immer wieder deutliche - auch schmerzhaft - Veränderungen im Leistungskatalog der GKV gegeben, immer mit dem erklärten Ziel, das Gesundheitswesen zu reformieren. Mit den sich jetzt abzeichnenden Veränderungen unter Rot-Grün erfährt die gewohnte Serie von sogenannten Kostendämpfungsmaßnahmen allerdings eine tiefgreifende Zäsur. Ich behaupte, dass das gesamte Gesundheitssystem mit seinen charakteristischen historisch gewachsenen Merkmalen seiner solidarischen und paritätischen Finanzierung zur Disposition gestellt wird. Die Erklärung für meine Behauptung liefern mir die von Bundeskanzler Schröder in seiner Regierungserklärung vom 14. März 2003 vorgetragenen Ausführungen, in denen er sich unter dem Motto „Mut zur Veränderung“ zu den beabsichtigten Maßnahmen der Bundesregierung zu Reformen im Gesundheitswesen äußerte. Hier stellte er Leistungskürzungen des Staates in Aussicht in Verbindung mit der Förderung von mehr Eigenverantwortung und Forderung nach mehr Eigenleistung des Einzelnen. Schröder ließ dabei keine Zweifel aufkommen, dass seine programmatischen Äußerungen und Ziele eine „Linie“ beschreiben, bei der er bestenfalls noch Änderungen im Detail zulassen wolle. Insofern kann man davon ausgehen, dass seine Rede vom 14. März 2003 die Inhalte und Eckpunkte der angestrebten Reform weitgehend beschrieben hat. Was ist hier so bemerkenswert und anders, das mich zu meiner eingangs genannten Prognose gebracht hat?

Als Ausgangspunkt für meine Einschätzung nehme ich des Kanzlers Ankündigung, den Leistungskatalog zu überarbeiten, Leistungen zu streichen und das Leistungsspektrum insgesamt auf einen „Kernbereich“ einzugrenzen.

So will er beispielsweise das Krankengeld der „privaten Vorsorge“ überlassen. Seine Begründung dafür: „Die Kostenbelastung für den Einzelnen bleibt gering“. Krankengeld erhalten die GKV-Mitglieder, wenn sie länger als 6 Wochen krank sind. Beansprucht wird es laut Statistik vor allem von älteren Beschäftigten, von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, von Beziehern geringer Löhne. Wer soll diese Menschen, die man in der Versicherungssprache als „schlechte Risiken“ bezeichnet, zukünftig privat versichern, ohne sie kostenmäßig besonders zu belasten? Insbesondere für ältere Versicherte wäre eine solche private Zusatzversicherung unbezahlbar angesichts ihres Risikos, über mehrere Wochen zu erkranken. Die Folge einer solchen Regelung wäre mit Sicherheit, dass die meisten aus finanziellen Gründen auf eine Krankenversicherung verzichten würden und gezwungen wären, nach 6 Wochen unabhängig von ihrer gesundheitlichen Situation die

Arbeit wieder aufzunehmen oder ihr mühsam Gespartes einzusetzen. Hier soll also eine existenzsichernde Leistung, übrigens eine der ältesten und ersten überhaupt in der Geschichte der GKV, aus der solidarischen Absicherung herausgenommen werden und als privates Risiko dem Einzelnen in „Eigenverantwortung“ überlassen bleiben. Ebenso sollen zukünftig alle Leistungen in Verbindung mit Mutterschaft und Schwangerschaft(sabbruch), als sogenannte versicherungsfremde Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden und über Steuern finanziert werden. Was bedeutet es, wenn in Zukunft wirklich so verfahren wird? Das heißt doch, dass hier jährlich über 4 Milliarden € im Bundeshaushalt vorzuhalten sind. Angesichts der Haushaltsmisere fällt es schwer sich vorzustellen, dass es hier – wie vom Deutschen Gewerkschaftsbund erhofft – nicht zu deutlichen Leistungseinschnitten kommen wird. Schon heute bedeutet das Kinderkriegen für viele Familien und Frauen, vor allem, wenn sie alleinstehen, ein echtes Armutsrisiko. Ist eine Leistung erst einmal aus dem Katalog des Sozialgesetzbuches herausgenommen, ist der erste strukturpolitische Schritt getan, um deren finanzielle Absicherung absehbar gänzlich in Frage zu stellen. Zu den Leistungsstreichungen gesellen sich Schröders Ankündigungen über weitere und höhere Zuzahlungen und eine stärkere Nutzung von Instrumenten wie „differenzierte Praxisgebühren und Selbstbehalte“.

Mit seinem gleichzeitigen Versprechen, Menschen mit geringem Einkommen, Kinder und chronisch Kranke davon auszunehmen, macht er selbst schon deutlich, dass hier finanzielle Opfer erwartet werden, die für viel Menschen gar nicht verkraftbar sind. Von einer Praxisgebühr beim Arzt erhofft er sich eine steuernde Wirkung, die den Versicherten zu „kostenbewusstem Verhalten“ veranlassen soll. Hintergrund dieses Denkens ist seine Überzeugung, dass die Versicherten eine überzogene Anspruchsmentalität entwickelt hätten, die das erforderliche Maß an Eigenverantwortung verdrängt hätte. Ich halte diese Einstellung nicht nur für eine ungeheure Unterstellung. Hier offenbart sich auch ein grenzenloser Zynismus gegenüber Menschen, für die häufige ärztliche Leistungen lebensnotwendig sind. Soll ein Dialysepflichtiger zukünftig seine Behandlungstermine „streichen“? Soll der Diabetiker auf Insulinspritzen verzichten oder seine Ampullen „eigenverantwortlich“ aus der eigenen Tasche bezahlen. Was macht ein Hilfsbedürftiger, wenn ihm am Monatsende das Geld für den gewünschten Arztbesuch fehlt?

Welche Leistungen nach Schröders Vorstellungen zukünftig noch zum „Kernbereich“ gehören werden, ließ er völlig offen. Aber er hat damit schon deutlich gemacht, dass Rotgrün den bisher klar artikulierten Widerstand gegen eine Trennung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen aufgeben will.

Auch über Höhe und Umfang der angekündigten Zuzahlungen kann man im Augenblick nur spekulieren. Sicher aber ist, dass die Versicherten im Krankheitsfall noch mehr als bisher zur Kasse gebeten werden. Mit den von Schröder skizzierten Verschlechterungen werden die Privatisierung gesundheitlicher Risiken, der Leistungsabbau und die euphemistisch als praktizierte Eigenverantwortung interpretierten steigenden bzw. neuen Zuzahlungen ein Ausmaß erreichen, das die tragenden essentiellen Prinzipien der GKV – Solidarität und Parität – grundsätzlich zur Disposition stellen wird. Insofern ist es korrekt – wie Schröder

und Rürup es schon tun – von einem radikalen Systemwechsel zu sprechen. Die Unternehmerseite soll mit dem Verweis auf angeblich zu hohe sogenannte Lohnnebenkosten deutlich entlastet werden unter anderem durch ihren Rückzug aus der bisher paritätischen Finanzierung zum Beispiel beim Kranken- und Mutterschaftsgeld.

Sollte sich das von Rürup favorisierte sogenannte Kopfpauschalmodell bei der Beitragsregelung durchsetzen, würden zukünftig die Kassenbeiträge unabhängig von der Einkommenshöhe der Versicherten festgelegt, d.h. mit gleich hohen Beiträgen für arm und reich würde der Solidaritätsgedanke beerdigt. Ausgerechnet Rot-grün eröffnet mit seiner „Gesundheitsreform“ eine neue Dimension der Umverteilung des Geldes von unten nach oben. Mit den sich abzeichnenden Grausamkeiten begibt sich Rot-grün endgültig ins Fahrwasser der neoliberalen Politik, deren hervorstechende Markenzeichen Deregulierung, Privatisierung und Individualisierung sind. Die Sprache der Ökonomie, die zunehmend Einzug hält in die Bereiche des Gesundheitswesens, ist ein verräterisches Symptom dafür. Da wird der Patient zum Kunden, das Arzt-Patient-Verhältnis zu einer Geschäftsbeziehung und die Krankenkasse zum Serviceunternehmen. Die GKV, die ihre Entstehung einer selbstbewussten und eigenverantwortlich agierenden Arbeiterschaft des Jahres 1849 verdankt und über Jahrhunderte ihre Leistungsfähigkeit als sozial- und gesellschaftspolitisch bedeutsame Selbsthilfeinstitution unter Beweis stellte, ist mit ihrem Herzstück – dem Prinzip der Solidarität – zu einem Fremdkörper in einer auf neoliberale Werte orientierenden Politik geworden. Uns soll eingeredet werden, dass Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Besserverdienenden und sozial Benachteiligten obsolet ist. Ihre Verfechter und Anhänger werden als Traditionalisten, Konservative und Blockierer diffamiert.

Der Schutzraum, den eine Solidargemeinschaft jedem, der eine von ihr finanzierte und garantierte Leistung braucht, bietet, wird grundsätzlich in Frage gestellt. Wie bedeutsam und leistungsfähig praktizierte Solidarität im Sinne der GKV ist, zeigt eine Zahl: 20% der Versicherten brauchen 91% des über Beiträge gebildeten Budgets, das im letzten Jahr die Größenordnung von 142 Milliarden € erreichte. Zu diesen 20% zählen vor allem chronisch kranke Menschen, Behinderte und ältere Beschäftigte aus den unteren sozialen Schichten, die ohne den Versicherungsschutz durch die GKV keine ausreichende gesundheitliche Betreuung in Anspruch nehmen könnten.

Dass ausgerechnet die Sozialdemokraten und die Grünen die Demontage unseres sozialen Sicherungssystems wagen und damit vielen Menschen in Zukunft den bargeldlosen niedrighwelligen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen erheblich erschweren und verbauen, ist eine bittere Erfahrung. Wenn dann noch die Gewerkschaften aufgrund ihrer deutlichen Verbindung zur SPD als Gegenmacht und Organisatoren außerparlamentarischer Bündnisse versagen – und es steht zu befürchten, dass sich diese Haltung fortsetzt – steht es schlecht um den sozialen Frieden in diesem Land. Setzt sich Rot-grün durch, wird die sogenannte Gesundheitsreform verheerende Folgen für die Betroffenen haben und den Fortbestand des Sozialstaates gefährden.

Sport- und Bewegungstherapie bei chronischer Niereninsuffizienz

Dr. Iris Fuhrmann, Berlin

Dr. Rolfdieter Krause

"Therapie versteht sich als ein Prozess, der die Gesesung des Patienten und die Wiederherstellung oder Verbesserung seiner Wahrnehmungs-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit in Alltag, Beruf und Freizeit bezweckt." (NELLESSEN/FROBÖSE)

Neben den physischen und indikationsspezifischen therapeutischen Maßnahmen zur lokalen Defizitbehebung werden bei der Sport- und Bewegungstherapie psychische und psychosoziale Aspekte des Patienten berücksichtigt.

Ein Therapiekonzept muss der "Mehrdimensionalität" des Patienten Rechnung tragen um umfassende, langfristige, positive Veränderungen in Alltag, Freizeit und Beruf zu erreichen.

Es ist wichtig, nicht nur an den Funktionseinschränkungen und Fähigkeitsstörungen des Patienten anzusetzen, sondern auch an den verbliebenen Ressourcen und Möglichkeiten (um den Patienten zu motivieren und zu unterstützen).

In diesem Sinne versteht sich die Sporttherapie als bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert.

Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders pädagogische, psychologische und soziotherapeutische Verfahren ein.

Körperliche Leistungsfähigkeit

Voraussetzung für das Erbringen einer körperlichen Leistung

im Alltag, Beruf oder im Sport ist eine entsprechende Kondition.

Kondition setzt sich zusammen aus der körperlichen Leistungsfähigkeit, nämlich den motorischen Grundeigenschaften:

- Flexibilität
- Koordination
- Kraft

- Ausdauer

und beinhaltet immer psychische Komponenten, wie z. B.

- Leistungsbereitschaft
- Motivation
- Selbstvertrauen
- Freude.

Flexibilität

Flexibilität (oder Beweglichkeit) ist die Fähigkeit, Bewegungen mit einem möglichst großen Bewegungsausmaß in einem oder mehreren Gelenken ausführen zu können.

Störungen im Kalzium- und Phosphathaushalt bei chronischer Niereninsuffizienz sind verbunden mit Knochen- und Gelenkbeschwerden. Man spricht von renaler Osteopathie.

Durch Flexibilitätsübungen kommt es zur

- Optimierung der Beweglichkeit in den Gelenken
- Verbesserung der Dehnfähigkeit von Muskeln, Bändern und Sehnen
- Vorbeugung bzw. Korrektur von Fehlhaltungen und –stellungen der Gelenke und der Wirbelsäule
- Reduzierung von Schmerzen
- Verbesserung der muskulären Lockerung und Entspannung.

Damit trägt das Training der Flexibilität zur Verbesserung der Mobilität im Alltag bei und wirkt dem Alterungs- und Krankheitsprozess entgegen.

Koordination

Koordination ist das Zusammenwirken von Zentralnervensystem und Skelettmuskulatur innerhalb eines gezielten Bewegungsablaufes.

Bei chronischer Niereninsuffizienz treten Störungen in der Nervenleitung auf. Störungen der Koordinationsfähigkeit und der Feinmotorik sind die Folge. Es kommt zu Muskelschwund und motorischen Ausfällen besonders in den Beinen.

Koordinative Übungen führen zur

- Steigerung der Bewegungssicherheit und Zielgenauigkeit der Bewegungen
- Verbesserung der Geschicklichkeit bei feinmotorischen Bewegungen
- Steigerung der Kombinationsfähigkeit bei der Verbindung mehrerer Bewegungen
Erleichterung beim Lernen neuer Bewegungen und bessere Anpassungsfähigkeit an ungewohnte Aufgaben
- Verletzungsvorbeugung durch verbesserte Reaktions- und Gleichgewichtsfähigkeit. Die Verbesserung der Flexibilität und der Koordination führt über die Ökonomisierung der Bewegungsausführung dazu, dass die Bewegung mit geringerem Kraftaufwand ausgeführt wird. Dies führt zu einer Entlastung des Herzens und mehr Sicherheit im Alltag.

Kraft

Kraft ist eine Grundeigenschaft des Menschen, mit deren Hilfe er eine Masse bewegt (den eigenen Körper oder einen Gegenstand), also einen Widerstand überwindet oder ihm durch Muskeleinsatz entgegenwirkt.

Im Verlauf der chronischen Niereninsuffizienz kommt es zu Störungen im Eiweißstoffwechsel der Muskulatur sowie zu Störungen der Nervenleitung zur Muskulatur. Die Verminderung der Muskelmasse führt zu Kraftlosigkeit und ist z. T. verbunden mit Muskelschmerzen.

Bei dynamischer Arbeitsweise des Kraftausdauertrainings verkürzt sich der Muskel, es entsteht Bewegung im Gelenk. Die Durchblutung des Muskels wird gesteigert und die lokale Sauerstoffversorgung verbessert. Neben der Kräftigung kommt es gleichzeitig zu gutem Ausdauervermögen der Muskulatur sowie zur Koordinationsverbesserung. Dies leistet auch einen Beitrag zur funktionellen Entlastung des Herz-Kreislaufsystems.

Die Kraftleistungsfähigkeit kann ebenfalls effektiv durch statische Übungen verbessert werden. Bei statischer Arbeitsweise des Muskels entwickelt die Muskulatur Spannung ohne Veränderung der Länge. Die Gelenke sind fixiert, es ist keine Bewegung wahrzunehmen. Die aufrechte Körperhaltung wird z.B. durch statische Arbeitsweise gewährleistet.

Mit der Muskelkräftigung sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Schaffung einer muskulären Basis für die ungehinderte, optimal vorbereitete Ausführung von Alltags- und Freizeitbewegungen
- Stabilisierung und Verbesserung der Körperhaltung
- Vorbeugung vor Verletzungen und Überlastungen des Bewegungsapparates und damit Vermeidung von Schmerzen.

Schwerpunkte bei der Schulung der Körperhaltung sind neben der Kräftigung der Rückenmuskulatur besonders im Bereich der Brustwirbelsäule und der Kräftigung der

Bauchmuskulatur auch eine Entspannung der Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Ausdauer

Ausdauer ist die Fähigkeit, eine gegebene Leistung über einen möglichst langen Zeitraum aufrechterhalten zu können (d.h. Ermüdungswiderstandsfähigkeit), sowie sich nach einer körperlichen Belastung möglichst rasch zu erholen (schnelle Re-generation).

Während der Dialyse kann die Ausdauerleistungsfähigkeit durch das Treten des Fahrradergometers verbessert werden.

Die Herz-Kreislaufregulation, Bluthochdruck sowie der Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel werden hierdurch positiv beeinflusst. Die Muskelkraft der Beine wird gesteigert.

Entspannung

Das bewusste Wahrnehmen des Körpers während der Bewegungen, das Erleben körperbezogener Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen während der Übungen ermöglichen neue Körpererfahrungen.

Entspannungsübungen, wie z.B. das bewusste Anspannen mit folgendem Entspannen verschiedener Körperteile ermöglicht ein „In-sich-hineinhorchen“. Zur Ruhe kommen, Spannungen abgeben und Energie aufnehmen sind Aspekte der Entspannungsarbeit.

Die richtige Atmung während der Bewegungen hat harmonisierende Wirkung auf den Körper. Ruhiges, tiefes Atmen wirkt entspannend auf Muskeln und Organe, beruhigt die Nerven und führt zu Wohlbehagen und psychischer Entlastung.

Psycho-soziale und kognitive Ziele der Sport- und Bewegungstherapie

Neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Entspannungsfähigkeit sind psychosoziale Ziele von großer Bedeutung:

- Verbesserung des subjektiven seelischen und körperlichen Befindens
- Vermittlung positiver Bewegungs- und Körpererfahrungen
- Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körpergefühls
- Abbau von Ängsten hinsichtlich der eigenen Leistungsfähigkeit, Aufbau von Selbstvertrauen

- Bessere Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen.

Den Patienten werden auch Informationen über die Bewegungstherapie gegeben. Kognitive Ziele der Therapie sind:

- Erlangen von Informationen über den Therapieverlauf (Zielsetzungen, Inhalte, Methoden)
- Erlangen von Kenntnissen über funktionelle Wirkungen der Übungen
- Erlangen von Kenntnissen über Art und Intensität von Belastung und angemessener individueller Dosierung
- Reflektion der Übungen und Belastungen auf den Alltag
- Erlangen von Handlungshinweisen zur Vermeidung erneuter Beeinträchtigungen sowie zum Umgang mit verbliebenen Störungen und Funktionseinschränkungen
- Erarbeitung präventiver Strategien (Stressbewältigungsstrategien, Wahrnehmungsförderung, Entwicklung von Selbstverantwortung, Erlangen von Handlungskompetenz)

Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Prof. Dr. med. Emanuel Fritschka

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden Möglichkeiten präventiver und rehabilitativer Ansätze in der stationären Rehabilitation im Zusammenhang mit den Empfehlungen der „Clinical Practice Guidelines on chronic Kidney Diseases (K/DOQI)“ diskutiert. Maßgebliche Einflussfaktoren für die Leistungsfähigkeit von Patienten im Prädialysestadium und unter chronischer Nierenersatztherapie werden anhand eigener Befunde dargestellt. Demnach sinkt bei Männern und Frauen mit zunehmender Niereninsuffizienz die maximale spiroergometrische Belastbarkeit und maximale Sauerstoffaufnahme Hb-abhängig bereits bei Hb-Werten zwischen 14 und 10 g%. Bei Dialysepatienten sind Ernährungszustand und Leistungsfähigkeit zusätzlich vermindert. Die Rehabilitationsziele sind entsprechend Verbesserung der Malnutrition und der körperlichen und psychischen Belastbarkeit. Bei Berufstätigen soll zusätzlich die Erwerbsfähigkeit gefördert werden. Prädiktoren der Erwerbstätigkeit zu Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes werden anhand eigener Befunde diskutiert. Als maßgebliche Prädiktoren für die Erwerbstätigkeit nach einem Jahr bei Patienten unserer Klinik erwiesen sich Hb, Kreatinin-Clearance, maximale spiroergometrische Last, Depressivität und Selbsteinschätzung der Behinderung zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes. Zusammenfassend können im Rahmen eines rehabilitativen Programms anhand bekannter prädiktiver Faktoren präventive Strategien für alle Stadien der Niereninsuffizienz hinsichtlich Nierenfunktion, Leistungsfähigkeit und Erwerbstätigkeit individuell entwickelt werden.

Schlüsselwörter: Nephrologische Rehabilitation, Leistungsfähigkeit, Ernährungszustand, Prävention, berufliche Wiedereingliederung

Summary

Possible preventive and rehabilitative strategies in the setting of clinical renal rehabilitation are discussed in the context of the ‘Clinical Practice Guidelines on Chronic Renal Diseases’ (K/DOQI) recommendations. The most important impact factors for the physical fitness of pre-dialysis patients, and patients undergoing renal replacement therapy are presented along with our own findings. Maximal work load as well as maximal oxygen uptake decrease in a hemoglobin-dependent manner already at hemoglobin values as high as 10 to 14 g/dl. In pre-terminal and terminal renal failure malnutrition worsens physical abilities, and possible interventions particularly in dialysis patients are discussed. Main predictors for vocational rehabilitation of our own in-patients after one year of follow up were hemoglobin, creatinine clearance, maximal physical work load, level of mental depression, and self-rating of

impairment at beginning of a renal rehabilitation program. In summary taking into account predictive variables better preventive strategies for all levels of renal impairment with respect to preservation of renal function, physical abilities and vocational rehabilitation could be devised individually.

Keywords: renal rehabilitation, vocational rehabilitation, spiroergometry, hemoglobin, preventive strategies, nutritional status

Epidemiologie bei Prädialysepatienten

Strategien für die Prävention terminaler Dialysepflicht benötigen klare Zahlen für die Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen, Outcomes und assoziierte Risikofaktoren. Patienten mit manifester Nierenerkrankung können als „Hochrisikogruppe“, solche mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung als Risikogruppe und solche ohne Risikofaktoren oder manifeste Nierenerkrankung als Niedrigrisikogruppe definiert werden. Public Health-Maßnahmen sollten sowohl Strategien zur individuellen Vermeidung der Dialysepflicht in Hochrisikogruppen, als auch Maßnahmen zur Veränderung des Lebensstils (z. B. Gesundheitstraining) einschließen, um das Risikoprofil der Gesamtpopulation für chronische Nierenerkrankungen herabzusetzen. Bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen (Hochrisikogruppe) wird das Risiko weiter unterteilt durch den Schweregrad der Erkrankung und die Progressionsrate. Das Risiko für eine Dialysepflicht steigt daher mit der Zeit an. Entsprechende Strategien zur Stratifizierung von Nierenerkrankungen nach Risikofaktoren und Komorbidität wurden unter anderem in den im Jahre 2002 publizierten Clinical Practice Guidelines der Kidney Disease Outcomes Quality Initiative [12] vorgeschlagen. Nach NHANES III (1988-1994) werden in den USA Stadien und Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen (Stadium I –IV) wie folgt angegeben (Tabelle 1) [14].

Frühe Diagnostik und Behandlung können oft ungünstige Verläufe und Dialysepflicht vermeiden helfen. Die Diagnose einer Nierenerkrankung sollte daher frühzeitig gestellt werden und der Grad der Nierenfunktion anhand der GFR festgelegt werden. Das Stadium der Nierenerkrankung sollte unabhängig von der Diagnose anhand der GFR z. B. anhand der K/DOQI CKD Klassifikation einheitlich festgelegt werden. Eine chronische Nierenerkrankung liegt danach vor, wenn entweder ein Nierenschaden festgestellt worden ist oder die Nierenfunktion $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ für länger > 3 Monate besteht. Ein Nierenschaden liegt vor, wenn pathologische Befunde bestehen oder Marker für Nierenschaden anhand von Blut oder Urintests bzw. radiologischen Untersuchungen erhoben worden sind [15].

Die Prognose der renalen Erkrankungen ist sehr unterschiedlich, entsprechend sind rehabilitative Gesichtspunkte auch in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Progressionsrate zu betrachten.

Epidemiologie bei Dialysepatienten

Häufigkeit und zugrundeliegende Diagnosen bei Aufnahme in das chronische Nierenersatztherapieprogramm werden anhand der Daten des Quasi-Niere-Programms in den Tabellen 2 und 3 dargestellt. Die Zahl der Dialysepatienten in Deutschland nimmt von Jahr zu Jahr zu. Häufigster Grund für Dialysepflicht ist ein Diabetes mellitus. Die zunehmende Häufigkeit der diabetischen Nephropathie als Dialysegrund unterstreicht die Bedeutung von Begleiterkrankungen bei Dialysepatienten (Tabellen 2 und 3) [12].

Möglichkeiten der Prävention bei chronisch Nierenkranken

Mögliche Schwerpunkte bei der Versorgung chronisch Nierenkranker werden in Tabelle 4 angegeben.

Potentiell beeinflussbare Risikofaktoren bei chronischen Nierenerkrankungen werden in Tabelle 5 zusammengefasst. Interventionsansätze, welche die Progression herabsetzen können, finden sich in Tabelle 6. Faktoren, die dabei die Compliance der Patienten beeinflussen können, sind in Tabelle 7 zusammengestellt. Tabellen 8a und 8b zeigen Einflussfaktoren für den Ernährungsstatus und die Malnutrition bei Prädialysepatienten auf. Tabelle 9 a,b gibt einen möglichen Ansatz zur Behandlung der Malnutrition bei chronischen Hämodialysepatienten mit essentiellen Aminosäuren wieder.

Leistungsfähigkeit bei chronisch Nierenkranken im Vordialysestadium

Die Leistungsfähigkeit chronisch Nierenkranker sinkt mit dem zunehmenden Grad der Niereneistungseinschränkung. Maßgeblicher Parameter hierbei ist der Hb-Abfall bei Mangel an Erythropoietin [16, 20]. Aber auch andere Faktoren wie die Anhäufung von Urämietoxinen und resultierende muskuläre Veränderungen bestimmen das Ausmaß der Leistungsminderung. Hierbei ist die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit von der muskulären Insuffizienz zu unterscheiden. Um den Zusammenhang zwischen Nierenfunktion, Hämoglobin, spiroergometrischer Belastbarkeit und maximaler Sauerstoffaufnahme des Organismus zu verdeutlichen, werden im folgenden unsere eigenen Befunde an 270 konsekutiven Nierenkranken, die in den Jahren 1998 bis 2001 zur stationären Aufnahme in unsere LVA-Rehabilitationsklinik gekommen sind, dargestellt. Es wird ersichtlich, dass die am Fahrradergometer getretene maximale Last mit dem Grad der Nierenfunktionsverschlechterung, gemessen anhand der Kreatinin-Clearance, abnimmt und parallel die maximale Sauerstoffaufnahme sinkt (Tabelle 10a,b,c). Ferner können signifikante Korrelationen zwischen diesen Parametern berechnet werden, die ebenfalls tabellarisch kurz zusammengefasst sind. Diese Befunde können bei Männern und Frauen in gleicher Weise erhoben werden. Sie geben Anhaltspunkte für die Einschätzung der Belastbarkeit weiblicher und männlicher chronisch Nierenkranker im Beruf und Alltag (Tabelle 11a,b,c).

Es zeigt sich, dass die Leistung und maximale Sauerstoffaufnahme nichtdialysepflichtiger Patienten bereits in einem Hb-Bereich von 11 – 14 g/dl Hb-abhängig sinkt. Die Daten sprechen nicht dafür, dass bei nierenkranken Patienten die Leistungsfähigkeit erst bei Hb-Werten unter 10 g/dl absinkt, sondern belegen eine individuell variable Einschränkung in Beruf und Freizeit bereits bei Hb-Werten oberhalb von 11,0 g/dl. Bei Männern und Frauen finden sich gleiche Befunde bezüglich dieser Korrelationen.

Als einheitliche Zielgröße gilt zwar derzeit ein Hb von 11 g/dl. Es lassen sich aber nach unseren Ergebnissen Argumente finden, den Hb-Wert höher einzustellen um so berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Betätigungen individuell bestmöglich zu erhalten.

Generell zeigt das Ausmaß der körperlichen Leistungsfähigkeit deutliche Beziehungen zum Trainingszustand, Alter, Stadium der Nierenerkrankung, Art und Dauer der Nierenerkrankung sowie Schwere und Dauer der Begleiterkrankungen. Hierbei wird die Kapazität des kardiovaskulären Systems hauptsächlich durch den Grad der Anämie bestimmt. Hinzu kommt bei zunehmender Niereninsuffizienz die geringe neuromuskuläre Leistungsfähigkeit mit frühzeitiger Ermüdung besonders der Beinmuskulatur.

Mögliche Mechanismen umfassen die urämiespezifische Myopathie mit einer Atrophie des Fasertyps II der Muskelfibrillen mit resultierender Reduktion von Muskelkraft und –masse. Als ursächlich kommen u. a. urämisch-toxische Schädigungen, die reduzierte Sauerstoffversorgung bei Anämie, bzw. die kardiopulmonale Einschränkung bei Linksherzhypertrophie in Frage. Unter Belastung kommt es dann frühzeitig zu einem Anstieg des Laktatpiegels im Blut, zu Vasodilatation und Ermüdung der Skelettmuskulatur.

Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Metabolische Störungen umfassen eine urämiebedingte Insulinresistenz des Skelettmuskels und damit eine gestörte Glukoseverwertung der Myofibrillen. Metabolische Störungen führen letztlich auch zu einem vermehrten proteolytischen Abbau und zu weiterer Reduktion der Muskelmasse.

Auf der Grundlage dieser Prädispositionen führen körperliche Inaktivität und Komorbidität, wie Systemerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen zu zusätzlichem Muskelabbau. Chronische Dialysepflicht begünstigt ebenfalls eine weitere Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Dagegen kann regelmäßiges körperliches Ausdauertraining z. B. Ergometertraining während der Hämodialyse oder Rehabilitationsport in Dialyse- oder Herzsportgruppen zu einer Zunahme des aeroben Stoffwechsels, einer Verbesserung der Glukoseutilisation und einer Verhinderung kataboler Muskelabbauprozesse führen. Nach eigenen Befunden führt Herz-Kreislauftraining bei Nierenkranken im Prädialysestadium, bei Dialysepatienten und bei Nierentransplantierten bereits nach 4 Wochen zu einer signifikanten Zunahme der Belastbarkeit und maximalen Sauerstoffaufnahme (Tabelle 12a-c).

Die objektive Leistungsfähigkeit stieg jeweils nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zu den Aufnahmebefunden sowohl bei Prädialysepatienten und Dialysepatienten als auch bei Nierentransplantierten signifikant an.

Rehabilitation bei chronisch Nierenkranken

Rehabilitationsmaßnahmen werden bei chronisch Nierenkranken, Dialysepatienten und Nierentransplantierten zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der psychischen Krankheitsverarbeitung sowie zum Gesundheitstraining bezüglich Risikofaktoren, Begleit- und Folgeerkrankungen durchgeführt [4,5]. Die Rehabilitation hilft krankheitsspezifisches Wissen und Compliance zu verbessern; Eigenverantwortlichkeit und gesundheitsförderlicher Lebensstil werden trainiert (Fritschka et al. 2001a, b, c, d). Die hierbei unter Berücksichtigung der Gesundheitsdefinition der WHO (körperlich, geistiges und soziales Wohlbefinden) verfolgten nephrologischen Rehabilitationsziele zur Verminderung oder Verhütung von Behinderungen und Verbesserung der Lebensqualität chronisch Nierenkranker sind in Tabelle 13 zusammengefasst.

Im Vordergrund stehen hierbei die Vermeidung von Fähigkeitsstörungen und der Erhalt eines bestmöglichen Leistungsbildes sowie die Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität. Beim Gesundheitstraining und bei der Optimierung der konservativen Behandlungsmaßnahmen liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Beeinflussung metabolischer und kardiovaskulärer Begleiterkrankungen, da diese maßgeblich den Erwerbsstatus, Eintritt der Dialysepflicht und die Mortalität bestimmen [10].

Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung

Die Probleme der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und Erwerbsfähigkeit sind abhängig vom Grad der Nierenleistungseinschränkung, bestehender Dialysepflicht oder bereits erfolgter Nierentransplantation. Ferner sind sie abhängig von Zahl und Art bestehender Begleiterkrankungen. Unterschiede im Bildungsgrad und die Dauer einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit bestimmen ebenfalls die Chancen einer erfolgreichen Wiedereingliederung bzw. Teilhabe am sozialen - und Erwerbsleben. Bei der Berufsausbildung sollte bereits frühzeitig auf die Vereinbarkeit des Berufsbildes mit den Problemen einer fortschreitenden Niereninsuffizienz geachtet werden, um die Chancen einer erfolgreichen beruflichen und sozialen Teilhabe zu erhöhen [3].0

Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung bedeutet am Arbeitsleben bzw. an einer Beschäftigung jeder Art beteiligt zu sein. Einschränkungen in der Partizipation an diesem Bereich werden durch Merkmale der physikalischen und sozialen Umwelt verursacht, die es einer Person schwierig oder unmöglich machen, einen Arbeitsplatz zu erhalten oder in eine andere Arbeitssituation eingebunden zu sein, welche ihren Wünschen entspricht.

Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Hierzu zählen: Partizipation an Berufsvorbereitungsprogrammen, Partizipation an selbständiger Beschäftigung, Partizipation an bezahlter und unbezahlter Arbeit und Beschäftigung.

Medizinische Rehabilitation ist eine wesentliche Behandlungsform chronisch Kranker. Das neue SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ vom 01.7.2001 stellt daher das Recht der Rehabilitation dieses Personenkreises in den Mittelpunkt. Im Mittelpunkt der Rehabilitation sollen jetzt nicht mehr die Fürsorge und Versorgung behinderter Menschen stehen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung ihrer Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen. Die Förderung der Teilhabe von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen insbesondere am Arbeitsleben soll mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und auf Dauer erreicht werden.

Notwendig ist dabei die Integration der verschiedenen Behandlungsansätze, um die auf unterschiedlichen Behandlungsebenen liegenden Versorgungsziele realisieren zu können: das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern oder zu verzögern, akute Schübe zu beherrschen, Beschwerden zu lindern, Behinderungen zu kompensieren, Krankheitsbewältigung zu ermöglichen, Alltagsfähigkeiten zu gewährleisten und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen [11]. Die Leistungen zur Teilhabe umfassen auch die dauerhafte Sicherung der „Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 und § 5 Nr. 2 SGB IX). Weitere Möglichkeiten bieten die besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht, §§ 68ff, SGB IX).

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

- den Auswirkungen einer Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI)

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen.

Die gesetzliche Krankenversicherung richtet dagegen ihre Leistungen darauf aus, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Sie erbringt nachrangig zu anderen Sozialleistungsträgern auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX, §§ 11, 40, 41 SGB V) und ärztlich verordnetes

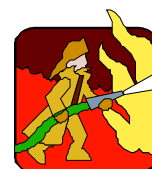
Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Funktionstraining (§ 44 SGB IX), sowie Belastungserprobungen und Arbeitstherapie und die stufenweise (berufliche) Wiedereingliederung s.u. § 28 SGB IX, § 74 SGB V).



Ungünstige Umweltbedingungen bei chronischen Nierenerkrankungen:

1. **Nässe**
2. **Kälte**
3. **Starke Temperaturschwankungen**
4. **Infektionsgefahr**



Typische gewerbliche Gifte (Nephrotoxine) für chronisch Nierenkranke:

1. **Schwermetalle z.B. Blei, Chrom, Quecksilber, Uran, Kadmium**
Lösungsmittel: Trichlorethylen, Toluole, Benzin, Aldehyde, Nitroverbindungen, Phenole, Anilin u. a.
1. **Tetrachlorkohlenstoffe (z.B. bei Feuerlöschern), Tetrachlormethan**
2. **Silikon (bei Keramikherstellung, Halbleitern, Sandstrahlen etc.)**
3. **Beryllium (bei Kupfer-, Nickel-, Aluminium-, Eisen- oder Titan-Legierungen)**
4. **Arsen (bei der Herstellung von Halbleitern, Blei- u. Kupferlegierungen)**
5. **Herbizide, Insektizide, Fungizide**

Leistungsbild bei eingeschränkter Nierenfunktion:

Kreatininwerte < 2 mg/dl

volle Arbeitsfähigkeit (bei Ausnahmefällen)



Kreatininwerte 2-5 mg/dl

leichte- bis mittelschwere Arbeit ganztags

Kreatininwerte 5-10 mg/dl

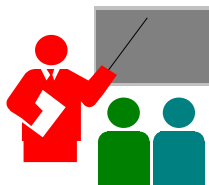
leichte Arbeit ganztags, mittelschwere halbtags



Individuelle Beurteilung je nach Begleiterkrankungen ist in jedem Fall erforderlich.

Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Nierenschäden mit Funktionseinschränkung:		GdB/MdE-Grad
Sehr leichten Grades	Kreatinin normal Kreatinin-Clearance 50 – 80 ml/min	0
leichten Grades	Kreatinin < 2 mg/dl [Kreatinin-Clearance ca 35-50 ml/min] Allgemeinbefinden nicht oder nicht wesentlich reduziert, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit	20-30
	Kreatinin andauernd 2-4 mg/dl Allgemeinbefinden wenig reduziert, Leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit	40
mittleren Grades	Kreatinin andauernd 4-8 mg/dl Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigt Mäßige Einschränkung der Leistungsfähigkeit	50-70
schweren Grades	Kreatinin andauernd > 8 mg/dl Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normalen Schulleistungen mehr	80-100
Chron. Dialyse (z.B. HD/CAPD)	Dauerbehandlung mit Blutreinigungsverfahren	100
Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere mit Funktionseinschränkung der anderen Niere		
	leichten Grades	40 - 50
	mittleren Grades	60 - 80
	schweren Grades	90 - 100
Nieren-Transplantation	Während Heilungsbewährung von 2 Jahren Danach in Abhängigkeit von Funktion	100 >50



Es ist deshalb wichtig, sich rechtzeitig zu informieren.

Eines der Hauptziele der stationären nephrologischen Rehabilitation ist die berufliche Wiedereingliederung. Die Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer nephrologischer Rehabilitation sind Gegenstand aktueller Untersuchungen.

Aus früheren Untersuchungen bei kardiologischen Patienten ist jedoch bekannt, dass signifikante Zusammenhänge zwischen der maximalen körperlichen Belastbarkeit während der AHB und der späteren beruflichen Reintegration bei körperlich arbeitenden Patienten bestehen [19, 1]. Sechs Monate nach AHB sind bei einer Belastungstoleranz von 75 Watt 28 % und bei 76-100 Watt immerhin 70% körperlich arbeitender Patienten nach einer kardiologischen Rehabilitation beruflich integriert. Alter und Ausbildung sowie patientenseitige Antizipation- am AHB-Beginn - von beruflichen Problemen nach Entlassung sind für die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit relevant [1]. Die Chancen sinken mit steigendem Lebensalter und geringerem formalen Bildungsgrad [18]. Zahl und Schweregrad der Begleiterkrankungen nephrologischer Patienten sind offensichtlich von Bedeutung. Bei orthopädischen Rehabilitanden konnten nach einem Jahr nach stationärer Rehabilitation immerhin 72% der Rehabilitanden wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden. Hierbei erlaubte die Einschätzung des Rehamediziners eine 90% richtige Vorhersage, während die Einschätzung des Hausarztes nur schwach mit den Angaben der Rehamediziner korrelierten [2].

Neben somatischen Prädiktoren scheinen auch psychische Variablen für die berufliche Wiedereingliederung von Bedeutung zu sein. Angst und Depressivität zu Beginn und am Ende einer AHB schränken nach unseren Befunden auch bei nephrologischen Patienten die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in das Erwerbsleben, gemessen nach 12 Monaten, zusätzlich ein. Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vermindern ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereingliederung. Risikopatienten bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung sollten bereits frühzeitig, d.h. zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme identifiziert werden, um zeitnah den Rentenversicherungsträger für die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kenntnis setzen zu können.

Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft ist im Sozialgesetzbuch (SGB I, §10) verankert.

Prädiktoren für den späteren Erwerbsfähigkeitsstatus bei nephrologischen Patienten

An einem Patientenkollektiv von 160 Patienten mit eingeschränkter Nierenleistung wurde von uns der Erwerbsfähigkeitsstatus zu Beginn und 12 Monate nach stationärer Rehabilitation in Abhängigkeit von körperlicher Leistungsfähigkeit und seelischen Faktoren wie Depression untersucht. Es fand sich eine signifikante Abnahme der Erwerbstätigkeit im Laufe eines Jahres bei den Patienten mit eingeschränkter Nierenleistung. Als Prädiktoren erwiesen sich die Kreatinin-Clearance zu Beginn der Reha-Maßnahme, sowie im Einklang mit den Befunden bei kardiologischen Patienten, die maximale Belastbarkeit.

Bei einem Kollektiv von 160 nichtdialysepflichtigen Nierenkranken Patienten wurden Erwerbsstatus und Ausbildungsgrad zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme sowie nach 3 und 12 Monaten erhoben (Tabelle 14,15).

Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen Kreatinin-Clearance, Maximaler Last, und Erwerbstätigkeit nach 12 Monaten. Weiter erwiesen sich Depressivität, funktionaler Status und Selbsteinschätzung der Behinderung als Prädiktoren für die Erwerbstätigkeit nach 12 Monaten (Tabelle 16).

Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sind daher sowohl medizinische als auch psychologische Untersuchungen erforderlich.

Zusammenfassend sind rechtzeitige Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit nicht nur bei drohendem Verlust des Arbeitsplatzes und langer Arbeitsunfähigkeit sinnvoll. Durch Gesundheitstraining zum Erhalt eines gesundheitsförderlichen Lebensstils kann im Einzelfall der Verlauf chronischer Nierenerkrankungen und die Teilhabe am Berufsleben langfristig erhalten bleiben.

Literatur

10. Budde H.G., M. Keck: Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. *Rehabilitation* 40, 208-216(2001).
12. Bürger W., S. Dietsche, M. Morfeld, U. Koch: Multiperspektivische Einschätzung zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten in das Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Rehabilitation* 40, 217-225 (2001).
13. Fritschka E, W. Samtleben: Rehabilitation bei nephrologischen Erkrankungen. In: Delbrück H, E. Haupt: *Rehabilitationsmedizin*. Urban und Schwarzenberg München, Wien, Baltimore, 1998.
14. Fritschka E, E. Endlein: Beratung von Patienten vor Dialyse und vor Nierentransplantation. In: Peter H.H., M. Pfreundschuh, Th. Philipp, J. Schölmerich, H.P. Schuster, G.W. Sybrecht: *Nephrologie 19.Klinik der Gegenwart*. 1998.
15. Fritschka E.: Reha-Maßnahmen bei chronischen Dialysepatienten und nach Nierentransplantation zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. In: DRV Schriften Band 20. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Rehaprozess. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main 2000.
16. Fritschka E, E. Endlein-Frank, J. Mahlmeister, R. Liebscher-Steinecke, C. Wanner, B. Birkner, JH. Ellgring: Evaluation einer neuen Schulung für nierenkranke Patienten im Rahmen der stationären Rehabilitation. In: DRV Schriften Band 20. 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Rehaprozess. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger; 2001.
17. Fritschka E, J. Mahlmeister, E. Endlein-Frank, R. Liebscher-Steinecke, C. Wanner, B. Birkner, J.H. Ellgring: Eine prospektive Studie zum Langzeiteffekt eines neuen multidisziplinären Gesundheitstrainings bei nierenkranken Patienten mit Bluthochdruck im Rahmen der stationären Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation* 13, 1,11-13 (2001).
18. Fritschka E, J. Mahlmeister: Ein multidisziplinäres Gesundheitstraining für nierenkranke Patienten im Rahmen der stationären Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 54, 157-160 (2001).
19. Fritschka E, J. Mahlmeister: A new educational program for hypertensive renal patients improves disease related long-term knowledge and compliance. *DMW* 126, 3, 180 (2001).

20. Fritschka E., J. Mahlmeister: Rehabilitation bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, Dialysepatienten und nach Nierentransplantation. Prävention und Rehabilitation 13, 2, 67-77 (2001).
21. Fritschka E., J. Mahlmeister, R. Liebscher-Steinecke, C. Wanner, B. Birkner, JH. Ellgring: Ein neues Gesundheitstrainingsprogramm für chronisch Nierenkranke verbessert langfristig Wissen und Compliance nach stationärer Rehabilitation. In: DRV Schriften Band 33: Frankfurt a. Main, 2002.
22. Frei U., H-J. Schober-Halstenberg: Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland. 2001. Quasi-Niere.gGmbH Berlin, 2002.
23. Huber W., Th. Müller: Leistungssteigerung nach Erythropoietin bei Dialysepatienten. Nieren- und Hochdruckerkrankungen 19, 340-343 (1990).
24. Jones C.A., G.M. McQuillan, J.W. Kusek, M.S. Eberhardt, W.H. Herman, J. Coresh, M. Salive, C.P. Jones, L.Y. Agodoa: Serum creatinine levels in the US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Dis 32, 992-999 (1998) (erratum 35:178,2000).
25. K/DOQI. Clinical Practice Guidelines on Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Part 1. Executive Summary. Work Group and Evidence Review Team Membership. Am J Kidney Diseases 30, 17-31 (2002).
26. Lange H, Bode JC, Janssen J, Thüroff J, Tücke M. Ergometrische Untersuchungen von Dialysepatienten bei unterschiedlicher Hämoglobinkonzentration. In: Dittrich P: Aktuelle Probleme der Dialyseverfahren und Niereninsuffizienz. Bindernagel: Friedberg; 1975.
27. Mckee D.C., G.B. Burnett, D.D. Raft, P.G. Batten, K.P. Bain: Longitudinal study of neuropsychological functioning in patients on chronic hemodialysis: A preliminary report. J Psychosom Res 26, 511-518 (1982).
28. Müller-Fahrnow W.: Sozialmedizinische Entwicklung von Herzinfarkt-Patienten fünf Jahre nach ihrer stationären Heilbehandlung – Anwendung neuer Forschungsansätze in der Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 6, 402-414 (1987).
29. Weidemann H., D. Elsässer, J. Schuon, J. Früh: Prognostische Bedeutung funktionsdiagnostischer und sozialer Parameter für die berufliche Wiedereingliederung von Herzkranken. Versicherungsmedizin 46, 129-131 (1994).
30. Wybitul K., H.D. Loeffler, S. Tilly, E. Keller: Beurteilung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit von chronisch hämodialysepflichtigen Patienten im Vergleich zu Normalpersonen. Nieren- und Hochdruckkrankheiten 16, 17-24 (1987).

**Arbeitsgruppe für „Sozialarbeit mit Nierenkranken“
Materielle Hilfen BSHG, SGB V usw.**

Gabriele Metten-Haumann, Berlin

Verlaufsbeispiel

Der berufstätige Dialysepatient

➤ **mit Krankschreibung:**

gewährter Zeitraum:	Gesetzl. Regelung – 6 Wochen
Leistungsdauer:	Krankenkassen
Öffentlicher Dienst:	Dauer der Lfz. nach Dienstjahren gestaffelt

➤ **mit Krankengeld:**

Betrag:	70% vom Bruttoverdienst
Leistungszahler:	Krankenkassen
Gewährter Zeitraum:	max. Zahlung 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren

➤ **mit Rehabilitationsantrag:**

kann „automatisch“ in einen Rantenantrag umgewandelt werden in eine
Erwerbsminderungsrente (halbe/ volle)

➤ **Berufstätigkeit:**

Stufenweise Wiedereingliederung:	will der Patient das ? (Patient)
	soll der Patient das ? (Arzt)
	kann der Patient das ? (Arbeitgeber, Krankenkasse)

➤ **Arbeitszeitreduzierung:**

Ansprechpartner:	Integrationsamt (Hauptfürsorgestelle)
------------------	--

Rechte behinderter Menschen

Sozialgesetzbuch- neuntes Buch (SGB IX)- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften wird beim zuständigen Versorgungsamt gestellt.

Dialysepatienten steht generell ein GdB von 100 zu.

Zusätzliches Vergünstigungsmerkzeichen bei weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Weitere Vorteile und Vergünstigungen werden durch die Zuerkennung von folgenden Merkzeichen gewährt:

Für wen ?		kfz- Steuer-Ermäßigung	
G	erheblich gehbehindert	-> Vergünstigung für Bus + Bahn	-> 50 %
aG	außergewöhnlich gehbehindert	-> Vergünstigung für Bus + Bahn	-> 100 %
H/BI	hilflos und/oder Blind	-> Freifahrt mit Bus + Bahn	-> 100 %
B	ständige Begleitung	-> Begleitperson fährt in Bus + Bahn kostenfrei mit	
RF		-> Rundfunk- und Fernsehgebühren frei Telefon ermäßigt	

Welche Vorteile ergeben sich durch den Schwerbehindertenausweis?

- Steuervorteile (Steuerfreibetrag)
- Sitzplatz
- Ermäßigungen
- Parkerleichterung
- Wohnberechtigungsschein / Wohngeld

Steuerfreibeträge

Stufe	Grad der Behinderung	Jahresfreibetrag
1	25 bis 34	310 €
2	35 bis 44	430 €
3	45 bis 54	570 €
4	55 bis 64	720 €
5	65 bis 74	890 €
6	75 bis 84	1.060 €
7	85 bis 90	1.230 €
8	90 bis 100	1.420 €

Bei anerkannter Hilflosigkeit (z.B. Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis) wird grundsätzlich ein Jahresfreibetrag von 3.700 € anerkannt.

Außergewöhnliche Belastungen bei der Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges durch Behinderte können bei Lohn/ Einkommenssteuer berücksichtigt werden.

Nahverkehr

Personen mit Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis und gültiger Wertmarke haben Anspruch auf Freifahrt im Umkreis von 50 km des Wohnsitzes (ein Streckenverzeichnis wird vom Versorgungsamt zu Verfügung gestellt). Zuschläge müssen entrichtet werden.

Vorteile für Berufstätige

- Kündigungsschutz
- Zusatzurlaub
- Altersruhegeld
- Steuerlicher Nachteilsausgleich
- Finanzielle Hilfen um den Arbeitsplatz zu erhalten

Finanzielle Hilfen an Arbeitgeber sind möglich

- als Investitioneshilfe für die Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen
- für behindertengerechte Einrichtung
- als Lohnkostenzuschüsse, wenn der schwerbehinderte Mitarbeiter erheblich leistungsgemindert ist

Rechte nach dem Schwerbehindertengesetz

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft sollte dem Arbeitgeber durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises bekanntgegeben werden. Jeder schwerbehinderte Arbeitnehmer unterliegt einem besonderen Kündigungsschutz. Dieser gilt allerdings nicht, wenn das Beschäftigungsverhältnis noch nicht länger als 6 Monate ununterbrochen andauert. Außerdem erhält er einen zusätzlichen Urlaub von 5 Arbeitstagen im Jahr. Verteilt sich die Wochenarbeitszeit auf mehr oder weniger als 5 Arbeitstage erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend.

Finanzielle Hilfen an schwerbehinderte Menschen sind möglich

- für technische Arbeitshilfen
- für Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes
- zur Gründung und Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz
- zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung
- Fortbildungsmaßnahmen
- in besonderen Lebenslagen
- für eine notwendige Arbeitsassistenz

Nach dem Schwerbehindertengesetz in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch stehen jedem Schwerbehinderten besondere Hilfen bei der Erlangung, Erhaltung und bei der behinderten gerechten Gestaltung eines Arbeitsplatzes zu.

Das Integrationsamt als wichtiger Ansprechpartner

Die aus dem Schwerbehindertengesetz bekannten Hauptfürsorgestellen nennen sich seit dem 1. Juli 2001 Integrationsämter.

Nach dem Schwerbehindertengesetz obliegt dem Integrationsamt Folgende Aufgaben:

- der besondere Kündigungsschutz
- die begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgaben
- Informations- und Beratungsleistungen
- Finanzielle Hilfen

Parkerleichterung

Personen mit bestimmten Gesundheitsstörungen können eine Ausnahmegenehmigung für Parkerleichterung in Anspruch nehmen. Diese Ausnahmegenehmigung ist für das jeweilige Bundesland geregelt.

Die Ausnahmegenehmigung wird erteilt für Personen mit:

- einen Grad der Behinderung von 80 allein wegen Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und der Feststellung der Merkzeichen „G“ und „B“.
- einem GdB von wenigstens 70 allein wegen der Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane mit einem GdB von wenigstens 50 sowie Feststellung der Merkzeichen „G“ und „B“.
- mit Morbus-Crohn bzw. Colitis Ulcerosa mit einem GdB von mindestens 60
- mit doppeltem Stoma
- Der Antrag ist bei der Straßenbehörde zu stellen

Fernverkehr

Die Deutsche Bundesbahn gibt einen ausführlichen „Reiseführer für unsere behinderten Fahrgäste“ heraus, der an den Bahnhöfen kostenlos zu erhalten ist.

Wenn vom Versorgungsamt die Notwendigkeit einer Begleitperson anerkannt wurde, reist diese kostenfrei bei Bahnreisen und Linienflügen (nicht generell, bitte bei Fgluglinie erfragen) innerhalb der Bundesrepublik mit.

Befreiung und/ oder Ermäßigung von:

- a) der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht
- b) der Telefongrundgebühr und auch Telefonanschlußkosten (Anschlüsse der Telekom)

Voraussetzungen dafür sind u.a. Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis oder geringes Einkommen (Einkommensgrenzen nach dem Bundessozialhilfegesetz).

Rente

Zweistufige Erwerbsminderungsrente

Bei der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit kommt es auf das zeitliche Leistungsvermögen des Versicherten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes an.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

§ 43 Abs. 1 SGB VI (3 Stunden bis 6 Stunden)

- Zuverdienstmöglichkeit:
 - Ist Individuell unterschiedlich wird vom Rentenversicherungsträger ausgerechnet und festgelegt.

- Richtet sich nach:
 - Dem Arbeitsverdienst des letzten Kalenderjahres
 - Dem jeweils geltenden aktuellen Rentenwert

Achtung:

Bei Überschreitung wird die monatliche EM- Rente um den jeweiligen Betrag gekürzt oder ganz gestrichen.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

§ 43 Abs. 2 SGB VI (unter 3 Stunden)

- Zuverdienstmöglichkeit: von €325/ Monat

Bei Überschreitung kann die monatliche EM-Rente um den jeweiligen Betrag gekürzt oder ganz gestrichen werden.

Grundsätzlich:

Leistungsvermögen auf dem allg. Arbeitsmarkt min 3 Std. – unter 6 Std.

und Arbeitslosigkeit = volle EM

Erwerbsminderungsrente = Rente auf Zeit?

- Solange die Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit [^] behoben werden kann.
- Zeitrente können nach Gesundheitsprüfung verlängert werden.(Befristung längstens drei Jahre)
- Eine Dauerrente wird daraus, wenn nach insgesamt neun Jahren Rentenbezug die Erwerbsminderung weiterhin vorliegt.
- Anspruch auf EM- Rente besteht bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Danach ist eine Regelaltersrente zu leisten

Bedarfsorientierte Grundsicherung

Gesetz ab: 01. Januar 2003

Gilt für: Altersrentner und dauerhaft erwerbsgeminderte Erwachsene

Berechnung: Errechnet wird der Anspruch durch einen festgesetzten Bedarf minus eigener Einkünfte (ähnlich wie Sozialhilfe)

Regelsatz (Haushaltsvorstand) € 293, 00

Zuschlag 15 % vom Haushaltsvorstand € 43, 95

Miete

Heizung

Mehrbedarf für

„G“ – Behindertenausweis 20% € 58, 60

gesetzl. Versicherungen

Voraussetzung: Vermögen von
Alleinstehenden € 2301, 00
Von Paaren € 2915, 00

Soll nicht überschritten werden

Unterhaltsansprüche- von Eltern oder Kindern,

Bei Überschreitung von € 100.000 / Jahr gelten.

Antrag: Grundsicherungsamt:
Gemeindeverwaltung, Bezirksamt.Rentenversicherungen

Sozialhilfe

Gesetzliche Grundlagen:

Die Grundlagen der Sozialhilfe befinden sich im Art. 20 (1) GG (sagt aus, dass die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist- (Sozialstaatsprinzip) und im SGB I §1 (soziale Gerechtigkeit, soziale Sicherheit, sozialer Fortschritt). In den §§ 7 und 9 des SGB 1 ist das Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe für ein menschenwürdiges Leben festgeschrieben.

Die direkte Grundlage ist das 1996 reformierte Bundessozialhilfegesetz vom 30. 06. 1961.

Aufgaben der Sozialhilfe § 1 BSHG:

Sozialhilfe soll Hilfe zur Selbsthilfe sein. Sie wird erbracht, um jeden Bürger die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen. Sie ist nicht an bestimmte Personenkreise gebunden. Sie tritt in einer Notlage ein, die der einzelne nicht aus eigener Kraft beheben kann.

Grundsätze

- Rechtsanspruch auf Sozialhilfe besteht für alle in Deutschland lebende Personen – Ausgenommen Asylbewerber
- Der Hilfeempfänger soll wieder in die Gemeinschaft eingegliedert werden und befähigt werden baldmöglichst von dieser Hilfe unabhängig zu werden.
- Prophylaxe- vorbeugende Leistungen um eine Notlage ganz oder teilweise abzuwenden
- Subsidiarität – d.h. der Hilfeempfänger ist verpflichtet bei seiner Wiedereingliederung in die Gemeinschaft aktiv mitzuwirken und das Sozialhilfe nachrangig gewährt wird.
- Sozialhilfe wird individuell bemessen nach den persönlichen Verhältnissen (Individualprinzip)

weitere Merkmale der Sozialhilfe:

- Bedürftigkeit- Bedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mittel, besonders aus seinem Einkommen und Vermögen, beschaffen kann.
- Finanzierung- Sozialhilfe wird von den Ländern und Gemeinden (z.T. auch vom Bund) sowie von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (z.B Caritas, DRK, Arbeiterwohlfahrt) und somit aus Steuermitteln finanziert.

Sozialhilfe ist unabhängig von:

- der Ursache der Notlage (Finalprinzip)
- Vorleistungen (z.B. Beiträgen)
- Wartezeiten
- Antragstellung
- Staatsangehörigkeit

Formen der Sozialhilfe

Sozialhilfe beinhaltet Sach-, Dienst- und Geldleistungen und besteht aus der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt sind laufende und einmalige Zahlungen.

Der Regelsatz und die Warmmiete sind laufende Zahlungen. Der Regelsatz ist die Leistungspauschale für Ernährung, pers. Bedürfnisse, Teilnahme am kulturellen Leben, Körperpflege, etc. Dazu gibt es evtl. Mehrbedarfzuschläge bei z.B. Schwangerschaft oder für über 60-jährige.

Einmalig sind Finanzierungen von größeren Anschaffungen. Sie können auch als Sachleistung erbracht werden. Es gibt z.B. Beihilfen für Kleidung, Möbel, Kinderwagen, etc.

Einen Anspruch auf Sozialhilfe hat nicht wer:

- nicht arbeitet, obwohl er könnte und Angebote abgelehnt werden
- genug Einkommen bezieht oder Ansprüche gegen Angehörige, SV-Träger oder andere Stellen hat
- so vermögend ist, dass er von seinem Eigentum leben kann (es zählt nur einzusetzendes Vermögen)

Sozialhilfe muss nicht zurück bezahlt werden !!! (Ausnahme: Betrug, Überzahlungen, Vereinbarungen über Rückzahlung)

Gründe für die Inanspruchnahme sind u.a. Tod des Ernährers, Kinderreichtum, Alleinerziehung, Arbeitslosigkeit, etc.

Die Sozialhilfe ist nicht von einem Antrag abhängig. Sie setzt mit bekannt werden der Notlage ein (Offizialprinzip).

Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit und Hilfsbedürftigkeit bei häuslichen Verrichtungen

Pflegebedürftig sind alle Menschen, die auf Dauer (mindestens 6 Monate) wegen Krankheit oder Behinderung bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.)

Welche Pflegestufen gibt es?

Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftig)

Mindestens 6 Monate wenigstens 1x täglich für 1,5 Std. Hilfe, davon mindestens 45 Min. Grundpflege.

Pflegestufe 2 (schwer pflegebedürftig)

Täglich mindestens 3 Std. Hilfe, davon wenigstens 2 Std. Grundpflege

Pflegestufe 3 (schwerstpflegebedürftig)

Versorgung rund um die Uhr (auch nachts) tägl. mind. 5 Std. davon 4 Std. Grundpflege/ Tag

Leistungen der Pflegeversicherung (Auszug)

Sachleistungen

Werden durch ambulante Pflegedienste/ Sozialstation erbracht.

Abrechnung: Dienstleister rechnen mit der Kasse direkt ab

Pflegest. 1: € 384

II: € 921

III: € 1.432

Geldleistung

Werden erbracht, wenn die Pflege von Privatpersonen geleistet wird.

Pflegest. I: € 205

II: € 410

III: € 665

!!! Es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen möglich.

Haushaltshilfen

Wenn der Haushalt nicht mehr versorgt werden kann

Antrag: über das Sozialamt

Voraussetzung: finanzielle Bedürftigkeit

Befreiungsmöglichkeiten von Zuzahlungen

Der Patient kann Geld sparen, wenn Er/Sie Quittungen sammelt von:

- Fahrtkosten
- Rezeptgebühren
- Verbandmaterial
- Gebühren für Heilmittel (Massage, Fango etc.)

Vollständige Befreiung (Sozialklausel)

Bruttoeinkommensgesetz der im Haushalt lebenden Personen

1.	Person	11.424 € Jahr
2.	Personen	15.709 € Jahr
3.	Personen	18.564 € Jahr
	jeder weitere Person	2.856 € Jahr

Oder wenn:

laufende Hilfe zum Lebensunterhalt beantragt ist (BSHG)

- Arbeitslosenhilfe nach dem Arbeitsförderungsgesetz
- Ausbildungsförderung (Bafög)
- Betroffene in einem Seniorenheim- Zuschuss vom Sozialhilfeträger gezahlt wird.

Möglichkeiten der Prävention und der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der nephrologischen Rehabilitation

Teilweise Befreiung

Im Rahmen der Überforderungsklausel kann eine teilweise Befreiung durch die Kassen ausgesprochen werden.

Zumutbare Belastungsgrenze –2% des Familien- Bruttoeinkommens bei Überschreitung- Erstattung am Jahresende.

Freibeträge für Familienangehörige

1. Angehöriger	€4.284
weitere Angehörige	€2.856

Härtefallregelung für Chronisch Kranke

Befreiung wird gewährt

Wenn mind. 1 Jahr 1% des Bruttoeinkommens aufgewendet wurden

Befreiungsantrag = auf Dauer von Zuzahlungen (Ausweis)

Ausweis hat eine Gültigkeit von 2Jahren – neuen Antrag stellen !!!

!!! Ausgenommen: Krankenhaustagegeld, Kosten für Zahnersatz

Situation chronisch nierenkranker Menschen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich

Kati Krönert

Angesichts der individuellen Situation von ambulant behandelten Dialysepatientinnen und Patienten, eingeschlossen Rehabilitation und Therapie dieser chronisch körperbehinderten Menschen, habe ich 2001 eine Befragung von DialysepatientInnen durchgeführt, um deren psychosoziale Situation darzustellen und Defizite in bestimmten Bereichen der Versorgung aufzuzeigen.

Außerdem sollte durch die Ergebnisse der Befragung deutlich gemacht werden, warum eine psychosoziale Beratung und Begleitung als Ergänzung zur medizinischen Versorgung in der ambulanten Dialysebehandlung notwendig ist.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema wurde ersichtlich, dass es zwar Wissen um die Problematik von DialysepatientInnen gibt, aber noch Handlungsbedarf besteht, dieses Wissen so umzusetzen und so zu verarbeiten, dass eine optimale und ganzheitliche Versorgung erreicht und sichergestellt werden kann.

Bei DialysepatientInnen spielt die Lebensqualität eine wichtige Rolle. Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschränkt sich nicht nur auf das Vorhandensein von Symptomen und Problemen, sondern beinhaltet auch das subjektive Erleben der Beeinträchtigung, was wichtig für einen guten Therapieansatz ist.

Hier macht sich Sozialarbeit stark für die Bedürfnisse der DialysepatientInnen. Durch effektive und effiziente Handlungsmethoden kann, unter der Voraussetzung der Mitarbeit der PatientInnen kann die Lebensqualität der PatientInnen gesichert bzw. ausgebaut werden. DialysepatientInnen können an der Verbesserung ihrer Lebensqualität mitwirken. Entscheidend dabei sind folgende Aspekte:

- die Bedeutung, die jede/r Betroffene den verschiedenen Lebensbereichen gibt,
- die Erwartungshaltung dem Leben gegenüber immer im Zusammenhang mit der chronischen Krankheit,
- die Fähigkeit und Bereitschaft zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien.

Befragung von ambulant behandelten DialysepatientInnen in Dialysezentren in Thüringen (Arnstadt, Erfurt, Jena) im Sommer 2001

- Die o.g. Befragung von 12 DialysepatientInnen zu ihrer eigenen Situation und ihrem Leben mit der Dialyse sowie zu Kenntnissen über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich hat zu Ergebnissen geführt, von denen ich einige im folgenden kurz, andere im weiteren ausführlicher darstellen möchte:
- Bezüglich ihrer Lebensqualität an der Dialyse und ihrem psychischen Befinden gaben die meisten PatientInnen an, unter verschiedenartigen Ängsten zu leiden sowie stark belastet zu sein. Als weniger intensiv wurde, wie oft in der Literatur angenommen, die objektive Abhängigkeit, z.. B von der Maschine, empfunden.
- Möglichkeiten der Verarbeitung der Situation an der Dialyse sehen die meisten PatientInnen dadurch, dass sie durch ihre Angehörigen abgelenkt werden oder sich intensiver mit anderen Dingen beschäftigen, die Freude bereiten.
- Die meisten PatientInnen fühlen sich medizinisch genügend aufgeklärt über ihre Erkrankung
- Einige PatientInnen entwickeln Strategien, um das Durstgefühl zu unterdrücken, zum Beispiel durch Eiswürfel im Getränk, Kaugummi kauen u.a. Mit Diät haben fast alle keine Probleme.

Verschiedenartige Ängste bei befragten PatientInnen

Die Ängste, welche bei DialysepatientInnen auftreten können, beziehen sich nicht nur auf medizinische Risiken und Bedrohungen, sondern treten auch als phobische Ängste auf. Die befragten PatientInnen gaben zum Thema Ängste an, dass diese zum Beispiel auftreten, wenn sie in Gesellschaft reden, sich im Straßenverkehr bewegen oder einkaufen gehen. Es wurde auch die Angst vor der Selbstaufgabe genannt bzw. die Angst, die Hoffnung zu verlieren. Antworten, die zu dem Thema Angst häufiger kamen, waren Ängste vor Shuntverschluss oder medizinischen Komplikationen.

Schlussfolgerungen auf Defizite bei der sozialen Eingliederung von DialysepatientInnen in die Gesellschaft

Innerhalb des gesamten Systems der ambulanten Versorgung und Rehabilitation von DialysepatientInnen ergaben sich durch die Interviews folgende Defizite:

- Lange Anfahrtswege zur Dialyse oder zur Akutversorgung wegen spezieller medizinischer Probleme (z. B. Shuntlage)
- Unzureichende Berufsberatung
- Frühzeitige Berentung
- Lange Entscheidungs- und Bearbeitungsprozeduren in Institutionen (z. B. Einstufung des GdB beim Versorgungsamt)
- Das Fehlen wohnortnaher Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation
- Zu wenig Berufsbildungs- bzw. Berufsförderungswerke für Dialysepflichtige
- Zu lange Wartezeit auf berufliche Wiedereingliederung, Ausbildung, Arbeitserprobung
- Ungenügende Aufklärung von PatientInnen und Angehörigen über drohende Einsparungen bei der Dialysebehandlung

Psychosoziale Beratung und Unterstützung

Dietrich (1991,2) definiert bei JANDL (1996, S. 4) Beratung als „jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater (..) versucht, bei einem belasteten Klienten (..) einen Lernprozeß (sic!) in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Steuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.“

- *mediatorische (vermittelnde)*
- *kompensatorische (ausgleichende)*
- *protektive (schützende)*
- *motivatorische (verhaltendbeeinflussende)*
- *Funktion.(LÜSSIE 1991, S.120 f.).*

Für eine längerfristige Begleitung in der Einzelfallarbeit (Case Management) ist die Erstellung einer psychosozialen Anamnese von Bedeutung.

Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit und Suche nach Bewältigungsmöglichkeiten

ermittlerfunktion kann einerseits extern zu anderen ambulanten Beratungsstellen oder verschiedenen sozialen Diensten erfolgen, andererseits z.B. bei Konflikten mit anderen PatientInnen oder dem medizinischen Personal wird der jeweilige Sachverhalt intern geregelt.

Da die Beratungsinhalte und Interventionsmöglichkeiten oft sehr vielschichtig sind, ist eine Klärung und Vereinbarung von Arbeitsschritten im Vorfeld der Beratung sinnvoll.

Bei der Wahl des Dialyseverfahrens kann es oft zum ersten Kontakt zwischen psychosozialer Fachkraft und Klientel kommen. Der Schwerpunkt anschließender Beratung liegt im sozialrechtlichen Bereich.

Hinsichtlich gesundheitspolitischer und ökonomischer Aspekte in der Dialysebehandlung ist Sozialarbeit mit der Durchsetzung ihrer beruflichen Kompetenz und Bedeutung im Gesundheitswesen gefragt, vor allem in den Bereichen Prävention und Öffentlichkeitsarbeit. Aber auch in den Bereichen Angehörigenarbeit und Selbsthilfeorganisation übernehmen SozialarbeiterInnen wichtige Funktionen.

Angehörigenarbeit

Angehörige sind auch Betroffene. In Bezug auf die Dialysesituation in der Familie bleiben Doppelbelastungen für sie häufig nicht aus: Sie müssen in vielen Fällen nicht nur sich selbst gegenüber stark sein sondern auch dem Erkrankten gegenüber.

Gründe für den Einbezug von Angehörigen in den psychosozialen Beratungsprozess können u.a. folgende sein:

- Psychosomatische Beschwerden können auftreten (Ängste, Schlaf- und Appetitlosigkeit).
- Die körperliche Leistungsfähigkeit kann durch Überforderung (Pflege von Betroffenen, Mitwirkung bei der Durchführung der Peritonealdialyse, psychische Veränderungen beim Betroffenen) eingeschränkt sein.
- Es kommt zu Rollenveränderungen innerhalb der Familie.
- Der eigene Tagesablauf muss umgestellt werden.
- Angehörige machen sich Sorgen um das erkrankte Familienmitglied.

Angehörige sind häufig die wichtigsten bzw. können für manche Betroffene auch die einzigsten Bezugspersonen sein, gerade wenn sich Betroffene durch die Krankheit zurückziehen.

Selbsthilfeorganisation

Häufig kommt es vor, dass sich DialysepatientInnen von vornherein isolieren, da sie diese „Belastung für andere“ vermeiden wollen. Sie gehen dann nicht mehr unter Menschen und versuchen erst gar nicht, Kontakte auszubauen. In vielen Fällen findet nur ein Erfahrungsaustausch mit Betroffenen während der Dialyse statt.

Es ist oft schwierig für DialysepatientInnen, selber Mitglieder für den Aufbau einer Selbsthilfegruppe zu gewinnen. Es kommt vor, dass PatientInnen aus anderen Ortschaften in der Umgebung oder von weiter her zur Dialyse kommen. Größtenteils sind es ältere PatientInnen, die z.T. körperlich in schlechterer Verfassung sind. Dazu kommen die unterschiedlichen Dialysezeiten. An freien Tagen möchten sich viele lieber mit etwas anderem beschäftigen als über ihre Krankheit zu reden.

SozialarbeiterInnen können hier „Hilfe zur Selbsthilfe“ geben, indem sie PatientInnen motivieren, zusammenbringen und Räumlichkeiten für treffen organisieren.

Der DEUTSCHE VEREIN für ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE beschreibt *„Selbsthilfe als Prinzip, eigene Probleme aus eigener Kraft bzw. mit gemeinsamer Anstrengung zu bearbeiten“*(..) *„Selbstbetroffenheit und Handeln in eigener Sache sind die entscheidenden gemeinsamen Merkmale aller Selbsthilfegruppen.“* Selbsthilfe wird nach § 29 SGB IX gefördert.

DialysepatientInnen finden sich u.a. auch zu Stammtischen zusammen, die entweder in den Dialysezentren oder auf Dialysestationen gebildet werden oder außerhalb der Dialyseeinrichtungen in den Räumlichkeiten von Interessengemeinschaften der DialysepatientInnen und Nierentransplantierten e.V. der Bundesländer.

Literatur

1. DEUTSCHER VEREIN für ÖFFENTLICHE und PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.) (1997). Fachlexikon der sozialen Arbeit. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Frankfurt a. Main
2. JANDL, ULRIKE (1996). Der Berater. Dissertationsverlag München
3. LÜSSIE, PETER (1991). Systemische Sozialarbeit: Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Bern, Stuttgart