

Ein praxisorientierter Leitfaden zur Implementierung von Patientenschulungsprogrammen in rheumatologischen Rehabilitationskliniken

Angelika Bönisch¹ und Inge Ehlebracht-König

Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Der vorliegende Leitfaden wurde im Rahmen des Umsetzungsprojektes ‚Evaluation der modellhaften Einführung von Patientenschulungsprogrammen für die rheumatologische Rehabilitation‘ des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften² erstellt. Bezug genommen wird auf die Schulungsprogramme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für erwachsene Patientinnen und Patienten, die sowohl in der stationären medizinischen Rehabilitation als auch ambulant einsetzbar sind. Dieser Leitfaden kann auch als Orientierungshilfe für die Implementierung anderer ähnlich aufgebauter Schulungsprogramme dienen.

Die bestehenden strukturierten, standardisierten und indikationsspezifischen Patientenschulungsprogramme in der Rheumatologie sind interdisziplinär angelegt und bestehen aus 5-7 Modulen, wobei die Dauer eines Moduls im Regelfall 90 Minuten beträgt. Eine Übersicht über die Programme ist im Anhang dargestellt. Die Inhalte, Lernziele, Folien und allgemeinen Trainerhinweise jedes Schulungsprogramms sind in einem Schulungsordner zusammengestellt (siehe Literatur). Dieser wird jedem zukünftigen Trainer und jeder zukünftigen Trainerin beim Besuch eines Trainerseminars ausgehändigt.

Der vorliegende Leitfaden soll Hilfestellungen zur Implementierung von Patientenschulungsprogrammen bieten. Vor Einführung eines Schulungsprogramms sind einige strukturelle Aspekte zu klären, diese sind in Kapitel 1 ‚Vorbereitende Maßnahmen‘ erörtert. In Kapitel 2 werden die Aspekte dargestellt, die hinsichtlich der Organisation und Durchführung der Schulung bei jedem Seminardurchlauf zu beachten sind. In Kapitel 3 erfolgen schließlich einige Trainerhinweise zur Durchführung der einzelnen Module.

¹ Kontakt: Brunnenpromenade 2, 31707 Bad Eilsen, Tel 05722/887-3007,
angelika.boenisch@rehazentrum-bad-eilsen.de

² Förderkennzeichen 03301a, gefördert durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), jetzt Deutsche Rentenversicherung Bund

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORBEREITENDE MAßNAHMEN VOR DER IMPLEMENTIERUNG	3
1.1 Personal	3
1.1.1 Welche Personalressourcen werden für die einzelnen Schulungsprogramme benötigt?	3
1.1.2 Welche Qualifikation sollen die Trainer haben?.....	4
1.1.3 Schulungsleiter und Fachtrainer	4
1.1.4 Trainerseminare	5
1.2 Verantwortlicher Mitarbeiter für die Implementierung	5
1.3 Bildung von Schulungsteams.....	5
1.4 Welche Räumlichkeiten und Medien sind erforderlich?	5
1.5 Wie groß ist die Patientenzahl mit der entsprechenden Diagnose in der Klinik?	6
1.6 Prästationäre Steuerung: Blockweise/gebündelte Einbestellung	6
1.7 Inhaltliche Überschneidungen mit anderen Therapien	7
1.8 Einbau der Schulung in den Therapieplan	7
1.9 Planung der Schulungstermine - Schulungsfrequenz.....	8
1.10 Beteiligung von erfahrenen Patienten (Selbsthilfegruppe).....	8
1.11 Klinikphilosophie - Informationspolitik innerhalb der Klinik.....	8
2. ORGANISATION UND REGELMÄßIGE DURCHFÜHRUNG DES SCHULUNGSPROGRAMMS	9
2.1 Bei blockweiser/gebündelter Einbestellung: Sichtung und Markierung der Akten.....	9
2.2 Indikation zur Schulung - Anmeldung.....	9
2.3 Geschlossene Gruppe und Gruppengröße	10
2.4 Terminüberschneidungen mit anderen Anwendungen	10
2.5 Begleitung des Schulungsleiters durch alle Module	10
2.6 Vor der Schulung: Vorgespräch	11
2.7 Ist eine spätere Aufnahme in die Gruppe sinnvoll?	12
2.8 Beteiligung von erfahrenen Patienten aus der Selbsthilfegruppe	12
2.9 Organisation der fortlaufenden Schulungen	12
2.10 Teambesprechungen	13
3. HINWEISE FÜR DIE TRAINER WÄHREND DER SCHULUNG	13
3.1 Vorbereitung des Raumes.....	13
3.2 Teilnehmerorientierte und themenzentrierte Vorgehensweise	13
3.3 Sprache.....	13
3.4 Kleidung der Trainer.....	13
3.5 Pausen innerhalb eines Moduls	14
3.6 Schriftliche Teilnehmerinformationen	14
4. LITERATUR	14
5. ANHANG: Übersicht über die Schulungsprogramme	15

1. VORBEREITENDE MAßNAHMEN VOR DER IMPLEMENTIERUNG

1.1 Personal

1.1.1 Welche Personalressourcen werden für die einzelnen Schulungsprogramme benötigt?

Jedes Modul dauert in der Regel 90 Minuten. In den einzelnen Schulungsprogrammen sind folgende Berufsgruppen³ beteiligt:

Chronische Polyarthritis⁴ und Morbus Bechterew

- Arzt: 2 Module
- Psychologe: 2 Module
- Ergotherapeut: 1 Modul
- Physiotherapeut: 1 Modul

Fibromyalgie

- Arzt: 3 Module
- Psychologe: 3 Module
- Bewegungstherapeut
(Physio-oder Sporttherapeut): 2 Module

Lupus erythematoses

- Arzt: 3 Module
- Psychologe: 2 Module

Osteoporose

- Arzt: 2 Module
- Ergotherapeut: 1 Modul
- Physiotherapeut: 1 Module
- Ernährungsberater: 1 Modul
- Psychologe 1 oder 2 Module
(je nachdem, von welcher Berufsgruppe Modul 7 durchgeführt wird)
- ggf. Sozialarbeiter: 1 Modul (Modul 7)

³ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit für Therapeuten und Patienten die männliche Schreibweise als Synonym für die männliche und weibliche Form vereinfacht verwendet. Es wird betont, dass alle männlichen und weiblichen Personen gleichberechtigt angesprochen werden.

⁴ Entspricht in der neuen Terminologie der Rheumatoiden Arthritis (RA). Da in den Curricula bzw. Schulungsordnern noch der alte Terminus *Chronische Polyarthritis* Verwendung findet, wird im Folgenden der bisherige Terminus verwendet.

Die Schulungsprogramme für Sklerodermie, Vaskulitis und Arthrose sind in Vorbereitung und stehen kurz vor der Fertigstellung.

Wird ein Gruppenvorgespräch durchgeführt (siehe Kapitel 2.6), erhöht sich der zeitliche Aufwand um ca. 60-90 Minuten.

1.1.2 Welche Qualifikation sollen die Trainer haben?

Die Trainer sollten über folgende Qualifikationen verfügen:

- Berufliche Grundqualifikation (z.B. Dipl.-Psych., Physiotherapeut)
- mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Umgang mit Betroffenen der entsprechenden Erkrankung
- Kenntnisse der Inhalte des gesamten Schulungsprogramms
- Train-the-Trainer-Seminare: Teilnahme an einem Grundlagenseminar (2,5 Tage) sowie an einem krankheitsspezifischen Seminar (1 Tag).

Das **Grundlagenseminar** ist indikationsübergreifend und dient dem Erwerb von Kompetenzen zur Durchführung von Patientenschulung in Gruppen durch das Kennenlernen theoretischer Grundlagen der Erwachsenenbildung und die Einübung des methodischen Vorgehens in Gruppen.

Im kombinierten **krankheitsspezifischen Seminar** werden krankheitsspezifische Besonderheiten vermittelt und die einzelnen Schulungsprogramme für chronische Polyarthritiden, Morbus Bechterew und das Fibromyalgie-Syndrom vergleichend vorgestellt. Für die Schulungsprogramme für Osteoporose und Lupus erythematodes werden zur Zeit separate Trainerseminare angeboten. Nach Fertigstellung bzw. Verabschiedung der Programme Sklerodermie, Vaskulitis und Arthrose werden voraussichtlich ein bis zwei neue kombinierte krankheitsspezifische Trainer-Seminare angeboten.

- Hospitationen bei der Durchführung von Schulungsprogrammen.

1.1.3 Schulungsleiter und Fachtrainer

Nach den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh; Langer et al., 2000) wird zwischen Fachtrainern und Schulungsleitern unterschieden. Demnach ist der **Schulungsleiter** für die gesamte Organisation und die Qualitätssicherung eines Schulungsprogramms verantwortlich und begleitet während der Durchführung einer Schulung die Schulungsgruppe kontinuierlich in allen Modulen. (siehe auch Kapitel 2.5). Als Schulungsleiter kommt in der Regel ein Psychologe in Frage oder ein Arzt mit psychotherapeutischen Kenntnissen bzw. Erfahrung in der Leitung von Gruppen. In Einzelfällen kann diese Aufgabe auch ein Pädagoge mit gleicher Qualifikation übernehmen.

Die **Fachtrainer** sind als Angehörige der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) für die Durchführung der einzelnen Module zuständig.

Für die Zertifizierung als Schulungsleiter bzw. Fachtrainer durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Diese werden von der Kommission Patientenschulung der DGRh festgelegt und sind in der Geschäftsstelle der DGRh zu erhalten („Sekretariat Patientenschulung“, Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Luisenstr. 41, 10117 Berlin, Tel 030/24048470, Fax 030/24048479, info@rhak.de)

1.1.4 Trainerseminare

Die Organisation der Trainerseminare erfolgt über das *Kontaktbüro Patientenschulung in der Rheumatologie*, c/o PCM Pharmedico Consulting (Wormser Straße 81, 55276 Oppenheim, Tel 06133/2021, Fax 06133/2024, pcm@pharmedico.de). Über das Kontaktbüro sind die Seminartermine zu erfragen sowie die Anmeldungen zu tätigen.

1.2 Verantwortlicher Mitarbeiter für die Implementierung

Es ist von Vorteil, einen kompetenten und mit den notwendigen Kompetenzen ausgestatteten Mitarbeiter als verantwortlichen Projektleiter für die Implementierung zu benennen. Seine Aufgaben bestehen z.B. in der Raum-, Zeit- und eventuell Personalplanung. Er fungiert als Ansprechpartner für alle involvierten Mitarbeiter. Hierfür müssen dem Mitarbeiter die erforderlichen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

1.3 Bildung von Schulungsteams

Es empfiehlt sich, von Anfang an je Berufsgruppe mindestens zwei Trainer fortzubilden, um bei Urlaub oder Krankheit von Mitarbeitern bzw. Personalfluktuations eine Kontinuität gewährleisten zu können und einem Ausfall einzelner Module oder der ganzen Schulung vorzubeugen.

Als Trainer sollten Mitarbeiter ausgewählt werden, die regelmäßig zu festen Zeiten verfügbar sind. Besondere Beachtung sollte dieser Aspekt bei den ärztlichen Trainern finden; leitende Ärzte (z.B. Chefärzte) sind häufig durch andere konkurrierende Aufgaben in Anspruch genommen, wodurch die Terminplanung erschwert wird. Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine effiziente Schulung ist, dass Mitarbeiter ausgewählt werden, die Interesse bzw. Freude an der Schulung von Patienten haben. Erfahrungen im Umgang mit Gruppen sind hilfreich.

1.4 Welche Räumlichkeiten und Medien sind erforderlich?

Der Seminarraum sollte ausreichend groß für eine Gruppenveranstaltung sein. Die Bestuhlung der Räume sollte dialogorientiert sein, d.h. die Stühle sollten im Halbkreis und nicht in Reihen aufgestellt sein, da dies die Interaktion zwischen den Patienten erheblich fördert und verbessert. Als Medien sind ein Overheadprojektor und eine Metaplanwand bzw. Flipchart notwendig.

1.5 Wie groß ist die Patientenzahl mit der entsprechenden Diagnose in der Klinik?

Zunächst muss im Vorfeld geprüft werden, wie viele Patienten mit der entsprechenden Diagnose regelmäßig anreisen. In Abhängigkeit der Patientenzahl je Diagnose ist zu entscheiden, a) in welchem Turnus das Schulungsprogramm durchgeführt werden soll und b) ob eine gebündelte Einbestellung der entsprechenden Patienten zu einem bestimmten Termin notwendig ist:

- Reisen pro Woche etwa 8-12 Patienten an, könnte jede Woche ein neues Seminar beginnen.
- Reisen pro Woche regelmäßig etwa 3-6 Patienten an, könnte alle 2 Wochen ein Seminar beginnen. Ein Teil der Patienten (Anreise in der ersten Woche) müsste dann eine Verlängerung der Rehabilitation erhalten, um an allen Modulen teilnehmen zu können.
- Reisen pro Woche weniger als 4 Patienten mit der entsprechenden Diagnose an, empfiehlt sich eine *blockweise/gebündelte Einbestellung* der betreffenden Patienten zu einer bestimmten vorher festgelegten Anreiseweche.

Die hier genannten Zahlen sind als Orientierung zu verstehen, da es klinikabhängig variiert, wie viele Patienten wegen Kontraindikationen nicht an der Schulung teilnehmen können.

1.6 Prästationäre Steuerung: Blockweise/gebündelte Einbestellung

Für die gebündelte Einbestellung ist es notwendig, die Patientenakten *vor der Einbestellung* zu sichten und Patienten mit der entsprechenden sicheren oder wahrscheinlichen Diagnose zu markieren (siehe auch Kapitel 2.1). Die Sichtung sollte durch einen Arzt erfolgen, da hierdurch auch Patienten mit noch ungesicherter Diagnose erfasst werden können. Problematisch hierbei sind drei Aspekte:

a) **Diagnoseunsicherheit** (falsch Negative und falsch Positive). Aus der Akte geht häufig keine eindeutige Diagnose hervor. Das führt zu falsch positiven und falsch negativen Ergebnissen. Falsch positiv heißt, dass nach Aktenlage eine entsprechende Diagnose vermutet wird und die Einbestellung zur entsprechenden Anreiseweche vorgenommen wird. Die Konsequenzen dieser Entscheidung sind zu vernachlässigen, da bei Aufnahme eine Korrektur erfolgen kann und entsprechend der nicht vorliegenden Diagnose keine Anmeldung zum Schulungsprogramm erfolgt. Die Konsequenzen der falsch negativen Einbestellungen sind schwerwiegender, denn hier ist Patientenschulung indiziert, die Indikation ging aber aus der Akte nicht hervor, so dass die Einbestellung mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem anderen als dem für die Patientenschulung vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt. Um möglichst wenige falsch negative Einbestellungen zu erzielen, sollten deshalb auch die Patienten, bei denen die Diagnose unsicher ist, zu dem für die Patientenschulung geplanten Termin einbestellt werden.

b) **Eilt-Fälle** (nach §51 Sozialgesetzbuch V). Die Eilt-Fälle nach §51 müssen lt. Vereinbarungen mit den Krankenkassen innerhalb kurzer Zeit eingeladen werden. Eine blockweise Einbestellung zu einem später definierten Zeitpunkt wird deshalb in den meisten dieser Fälle nicht möglich sein. D.h. diese Patienten reisen größtenteils außerhalb der geplanten Termine an, so dass eine Teilnahme am Patientenschulungsprogramm nur teilweise möglich sein wird. Durch telefonische Abklärung mit der entsprechenden Krankenkasse kann versucht werden, das Anreisedatum im Einzelfall an den geplanten Schulungsbeginn anzupassen.

c) **Patientenwünsche**. Die von der Klinik vorgesehenen Anreisetermine entsprechen nicht immer den Wünschen der Patienten. Wichtig ist es hierbei, dass die Abteilung Patientenaufnahme hinreichend über die Gründe der gebündelten Einbestellung informiert ist, um Patienten den Sachverhalt erklären und für Verständnis werben zu können.

1.7 Inhaltliche Überschneidungen mit anderen Therapien

Vor Einführung der Schulung sollte geprüft werden, ob es inhaltliche Überschneidungen der Seminarinhalte mit anderen Behandlungsangeboten gibt. Werden beispielsweise von der Erkrankung Betroffene bislang im Rahmen eines Vortrages über die Erkrankung informiert, so kann dieser Vortrag aus dem Behandlungsprogramm gestrichen werden, da die Inhalte jetzt in der Schulung abgedeckt werden.

1.8 Einbau der Schulung in den Therapieplan

Als Beispiel sei hier die Implementierung der CP-Schulung genannt. Die Reihenfolge des ersten und letzten Schulungsmoduls (M1 und M6) muss aus inhaltlichen Gründen beibehalten werden, die Reihenfolge der dazwischen liegenden Module kann variiert werden. Für die Umsetzung in einer Rehabilitationsklinik hat sich in der Praxis die Durchführung der Schulung im Verlauf von 2 aufeinander folgenden Wochen mit je 3 Modulen bewährt:

Anreiseweche:	Verordnung
1. volle Woche:	Gruppenvorgespräch (ca. 60-90 Min.) + 3 Module (jeweils 90 Min.)
2. volle Woche:	3 Module (jeweils 90 Min.):
Abreiseweche	--

Es empfiehlt sich, die 3 Module der zweiten Woche an den Wochenanfang bis zur Wochenmitte zu terminieren. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass alle Module auch von jenen Patienten besucht werden können, die bereits eine Woche früher angereist sind und in der zweiten Schulungswoche bereits abreisen.

Die Module sollten zu den üblichen Therapiezeiten stattfinden. Eine Durchführung außerhalb der regulären Therapiezeiten (z.B. am späten Nachmittag oder in den Abendstunden) ist nicht zu empfehlen, da die Veranstaltung dadurch an Wertigkeit verliert und den Charakter eines Freizeitangebots bekommen könnte.

Bei der Terminierung der Behandlungen über EDV sollte das Schulungsprogramm mit hoher Priorität eingegeben werden, da es sonst unweigerlich zu Überschneidungen mit anderen Behandlungen und dadurch zum Ausfall einzelner Module kommt.

1.9 Planung der Schulungstermine - Schulungsfrequenz

Die Schulungstermine sollten langfristig geplant werden und nach einem festen Turnus in den Therapieplan integriert werden, z.B. Turnus alle 2, 3 oder 4 Wochen etc. Dies erleichtert die Raum- und Personalplanung sowie den Übergang in die Routine erheblich. Je seltener die Schulung stattfindet, desto aufwendiger sind die organisatorischen Prozesse und umso größer damit die Reibungsverluste.

Sollten zu einzelnen Schulungsterminen nicht genügend Patienten mit der entsprechenden Diagnose vorhanden sein, ist es leichter, zunächst geplante Schulungstermine ausfallen zu lassen und die Mitarbeiter anderweitig, z.B. für Einzelbehandlungen, einzusetzen. Die umgekehrte Vorgehensweise, d.h. die Schulungstermine dann zu organisieren, wenn genügend Patienten da sind, ist erheblich aufwendiger.

1.10 Beteiligung von erfahrenen Patienten (Selbsthilfegruppe)

Bei zwei Programmen (SPA, Osteoporose), wird für das Modul 6 „Alltags- und Krankheitsbewältigung“ bzw. Modul 7 „Selbsthilfe und soziale Unterstützung“ unterstützend der Einbezug eines erfahrenen Vertreters aus der Selbsthilfegruppe vorgeschlagen (Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. oder Deutsche Rheuma-Liga bzw. Osteoporose-Selbsthilfe). Hier ist es sinnvoll, Kontakt zu der örtlichen Selbsthilfegruppe bzw. dem Landesverband herzustellen und die Möglichkeiten zur regelmäßigen Zusammenarbeit zu erörtern. Die Mitwirkung von Betroffenen aus der Selbsthilfegruppe hat sich in der Praxis auch bei der Schulung für Chronische Polyarthritiden bewährt.

1.11 Klinikphilosophie - Informationspolitik innerhalb der Klinik

Bei der Einführung einer Schulung ist es unbedingt erforderlich, dass die Schulung von der Klinikleitung (sowohl von der Verwaltungsleitung als auch der ärztlichen Leitung) getragen wird und zwar nicht nur auf der verbalen Ebene sondern auch auf der Handlungsebene. Dies impliziert einerseits, dass die Bedeutung der Schulung für das therapeutische Gesamtkonzept der Klinik immer wieder deutlich gemacht wird in Fortbildungsveranstaltungen, Teambesprechungen usw. Einen noch größeren Stellenwert hat hier vermutlich die Handlungsebene. Dadurch, dass die Kosten für den Besuch von Trainerseminaren übernommen werden, zeitliche Ressourcen für die Organisation der Schulung, Teamgespräche etc. zur Verfügung gestellt werden, notwendige Medien angeschafft werden, wird die Bedeutung der Patientenschulung betont. Durch regelmäßige Nachfragen der ärztlichen Leitung in den Visiten, ob ein potentieller Schulungsteilnehmer für die Schulung vorgesehen ist, wird auch im Routinebetrieb der hohe Stellenwert der Patientenschulung signalisiert.

Die Mitarbeiter des therapeutischen und ärztlichen Bereichs sollten vor Einführung der Patientenschulung zudem über das neue Angebot informiert werden. Dies kann z.B. in einer Fortbildungsveranstaltung für alle Mitarbeiter geschehen und ist aus verschiedenen Gründen empfehlenswert:

- a) Durch die Informationsveranstaltung werden die Mitarbeiter auf das neue Behandlungsangebot eingestimmt. Eventuell auf Seiten der Mitarbeiter bestehende Vorbehalte können dadurch reduziert bzw. ausgeräumt werden.
- b) Die Therapeuten einer Klinik werden von Patienten hin und wieder auf Inhalte oder Vorgehensweise in anderen Therapien angesprochen. Wichtig ist es, wenn der Therapeut weiß, wovon die Rede ist. Außerdem können Patienten, die entsprechende inhaltliche Fragen zur Erkrankung stellen, darauf hingewiesen werden, dass die Informationen hierzu im stattfindenden Schulungsseminar ausführlich vermittelt werden.

Inhalte der Informationsveranstaltung können sein:

- Ziele und Bedeutung von Patientenschulung in der Rehabilitation
- Was zeichnet Patientenschulung aus? Abgrenzung von Patientenschulung zu anderen psychoedukativen Angeboten
- In der Patientenschulung eingesetzte Methoden (z.B. Gruppengespräch, Brainstorming, Erfahrungsaustausch, Modelllernen)
- Vorstellung der Inhalte des geplanten Schulungsprogramms und der Rahmenbedingungen
- Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen
- Nutzen für die Klinik.

2. ORGANISATION UND REGELMÄßIGE DURCHFÜHRUNG DES SCHULUNGSPROGRAMMS

2.1 Bei blockweiser/gebündelter Einbestellung: Sichtung und Markierung der Akten

Falls aufgrund zu geringer regelmäßig anreisender Patientenzahlen eine blockweise Einbestellung notwendig ist, müssen die Patientenakten regelmäßig vor der Einbestellung von einem Arzt gesichtet werden und bei entsprechender sicherer Diagnose oder Verdachtsdiagnose für die Einbestellung zu einer bestimmten Anreiseweche markiert werden. Die Patienten werden dann zu diesem Termin eingeladen.

2.2 Indikation zur Schulung - Anmeldung

Der die Aufnahmeuntersuchung durchführende Stationsarzt bestätigt oder stellt die Diagnose und prüft in einem ersten Schritt, ob die weiteren Kriterien für die Patientenschulung erfüllt sind: Gruppenfähigkeit, Motivation, ausreichend deutsche Sprachkenntnisse. Die Anmeldung zur Schulung erfolgt im Regelfall über den Verordnungsbogen. Hier ist

vor allem bei neu erfolgter Implementierung wichtig, in Teambesprechungen, Frühbesprechungen usw. die Stationsärzte immer wieder daran zu erinnern, dass und wann der nächste Schulungsdurchlauf stattfindet. Dies ist umso wichtiger, je größer die Fluktuation bei den Stationsärzten ist. Auch die Visiten durch Chef-/bzw. Oberarzt sollten genutzt werden, um potentielle Schulungsteilnehmer zu identifizieren und zur Schulung nachzumelden. Bei Diagnoseunsicherheit bzw. Unsicherheit bezüglich der Schulungsindikation sollte der Stationsarzt rechtzeitig Rücksprache mit einem supervidierenden Arzt nehmen können.

Kontraindikation: Es sollte streng beachtet werden, dass nur Patienten mit den entsprechenden gesicherten Diagnosen an einem indikationsspezifischen Schulungsprogramm teilnehmen. Auch wenn bei anderen rheumatischen Erkrankungen beispielsweise große Übereinstimmungen hinsichtlich der Medikation bestehen und das ärztliche Modul zur medikamentösen Behandlung passend erscheinen mag, ist die Teilnahme anderer Patientengruppen aus gruppenspezifischen Gründen nicht zu empfehlen. Patienten mit anderen Diagnosen (z.B. Kollagenose in der CP-Schulung) finden sich nicht in der beschriebenen Symptomatik wieder und können sich deplaziert fühlen.

Besondere Beachtung sollte die Diagnosedauer finden: die Teilnahme von Patienten mit kürzlich gestellter Diagnose sollte im Einzelfall genau geprüft werden, da dies auch eine Überforderung des Patienten bedeuten könnte. Weitere Kontraindikationen sind ungenügende Sprachkenntnisse, nicht vorhandene Gruppenfähigkeit sowie stark eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit (siehe auch Kapitel 2.6).

2.3 Geschlossene Gruppe und Gruppengröße

Die Schulung ist für eine geschlossene Kleingruppe mit etwa 6-10 Teilnehmern konzipiert, das heißt alle Teilnehmer einer Gruppe durchlaufen alle Seminarbausteine gemeinsam. Die maximale Teilnehmerzahl sollte 10 nicht übersteigen, da sonst ein interaktives Erarbeiten der Inhalte erschwert wird und bei steigender Gruppengröße die Bereitschaft der Teilnehmer üblicherweise sinkt, sich zu äußern. Die Programme können ab 3 Teilnehmern durchgeführt werden; allerdings fehlt bei sehr kleinen Gruppen die Vielfalt der Anregungen und des Austausches.

2.4 Terminüberschneidungen mit anderen Anwendungen

Es sollte dafür Sorge getragen werden, dass es für den einzelnen Patienten keine Terminüberschneidungen mit anderen Behandlungen gibt. Keinesfalls darf es vorkommen, dass sich der Patient zwischen der Schulung und anderen gleichzeitig stattfindenden Behandlungen entscheiden muss.

2.5 Begleitung des Schulungsleiters durch alle Module

Nach den Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) werden Fachtrainer und Schulungsleiter unterschieden (siehe auch Kapitel 1, Personalressourcen).

Vorgesehen ist folgende Verfahrensweise: Die Fachtrainer führen die einzelnen Module durch. Der Schulungsleiter organisiert die Schulung und begleitet das Seminar durchgehend zu allen Modulen. Primäre Aufgabe des Schulungsleiters ist es, Ansprechpartner für die Gruppenteilnehmer und verbindendes Element des Seminars zu sein.

Für die Phase der Implementierung ist diese Vorgehensweise auf jeden Fall notwendig, um schwierige gruppensdynamische Situationen zusammen mit dem Fachtrainer zu erkennen und den Intentionen der Schulung gemäß zu steuern. Auch für die ambulante Durchführung von Schulungsprogrammen, z.B. in einem Wochenendseminar, ist die durchgehende Teilnahme des Schulungsleiters wichtig und notwendig, da im Regelfall vor dem Seminar keine Informationen über die Teilnehmer vorliegen und auch eine Nachbetreuung nicht vorgesehen ist. Auch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder zur Unterstützung unerfahrener Fachtrainer ist die Begleitung des Schulungsleiters durch alle Module sinnvoll.

Im stationären Bereich ist eine dauerhafte durchgängige Teilnahme des Schulungsleiters an allen Modulen nach der Phase der Implementierung und einiger Erfahrung in der Regel nicht mehr notwendig. Auch aus Personalkapazitätsgründen wird in der Regel eine durchgängige Teilnahme nicht möglich sein.

2.6 Vor der Schulung: Vorgespräch

Vor Beginn der Schulung sollte vom Schulungsleiter mit den Teilnehmern ein Vorgespräch geführt werden, welches als Gruppen- oder Einzelgespräch möglich ist. Im Falle eines Gruppengesprächs bietet sich eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer an, z.B. mit Name, Wohnort, Beruf, Krankheitsdauer. Ziele des Gesprächs sind folgende:

a) **Information der Teilnehmer** über Ziele und die groben Inhalte (die Module) der Schulung

b) Es kann genauer geprüft werden, ob ggf. **Kontraindikationen** vorliegen, da in der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt hierzu die Zeit nicht immer ausreichend ist. Unter die Kontraindikationen fallen:

- Nicht korrigierte stark eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit
- Sehr schlechte deutsche Sprachkenntnisse
- Psychische Störungen mit einer ausgeprägten Symptomatik, z.B. starke Depression, starke Ängste, so dass Gruppenfähigkeit nicht gegeben ist
- Vorsicht ist bei Patienten mit kürzlich gestellter Diagnose gegeben, weil die Teilnahme auch zu einer Überforderung des Betroffenen führen könnte (s. Kapitel 2.2)
- Fehlende Motivation.

c) **Motivierung der Teilnehmer:** Teilweise können bei potentiellen Schulungsteilnehmern durch den Begriff „Schulung“ negative Konnotationen hervorgerufen werden. Im Vorgespräch können durch die Informationen über die Inhalte sowie das Kennenlernen in der Gruppe auch häufig jene Patienten zur Teilnahme am Seminar motiviert werden, bei denen zunächst keine Motivation bzw. Vorbehalte vorlagen. Ohne vorherige Information besteht die Gefahr, dass Patienten gar nicht wissen (können), auf welche Informati-

onen sie verzichten würden. Zeigt jemand auch nach dem Gruppengespräch keinerlei Motivation, sollte der Patient von der Teilnahme freigestellt werden.

d) Das Vorgespräch dient weiterhin dazu

- von den Teilnehmern vorab Informationen darüber zu erhalten, welche Themen besonders im Vordergrund stehen und
- Besonderheiten der einzelnen Gruppenteilnehmer zu erfahren (z.B. Komorbiditäten, aktuelle Belastungen z.B. im Beruf)
- die Teilnehmer auf ein Seminar – im Gegensatz zu frontalen Methoden – einzustimmen und eine Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen anzuregen.

Das Vorgespräch erleichtert den Gruppenstart und trägt zu einem positiven Verlauf der Schulung bei. Das Vorgespräch kann auch einzeln geführt werden, das Gruppenvorgespräch ist jedoch ökonomischer und bietet den Vorteil, dass sich die Gruppe kennen lernen kann. Idealerweise wird im Vorgespräch an die Teilnehmer zusätzlich eine schriftliche Einladung verteilt, in der eine Übersicht über die Module und die durchführenden Trainer gegeben wird. Dadurch können sich die Teilnehmer noch besser auf die Schulung einstellen. Der Zeitbedarf für das Gruppenvorgespräch beträgt ca. 60-90 Minuten.

2.7 Ist eine spätere Aufnahme in die Gruppe, z.B. wegen späterer Anreise oder späterer Diagnosestellung, sinnvoll?

Eine spätere Aufnahme eines Teilnehmers in die Gruppe (z.B. erst zu Modul 2 oder 3) sollte vermieden werden, da die Inhalte der Schulung aufeinander aufbauen. Dem später hinzu gestoßenen Teilnehmer würden die Inhalte aus Modul 1 bzw. Modul 1 und 2 fehlen und er wird mit großer Wahrscheinlichkeit in den späteren Modulen Fragen zu den medizinischen Grundlagen stellen, die der entsprechende Fachtrainer der anderen Berufsgruppe nicht beantworten kann. Die Situation ist höchstwahrscheinlich für alle Beteiligten unbefriedigend. Auch unter gruppendynamischen Aspekten ist ein verspäteter Einstieg wenig sinnvoll: die Gruppenfindungsphase ist dann schon abgeschlossen, was dem neuen Teilnehmer eine Integration in die Gruppe erschwert.

2.8 Beteiligung von erfahrenen Patienten aus der Selbsthilfegruppe

Sind Mitglieder einer Selbsthilfegruppe an der Durchführung der Schulung beteiligt, müssen sie regelmäßig über die entsprechenden Schulungstermine informiert werden.

2.9 Organisation der fortlaufenden Schulungen

Der Schulungsleiter übernimmt organisatorische Aufgaben und kümmert sich z.B. um die Fortschreibung der festgelegten Termine bzw. klärt mit den Trainern der anderen Berufsgruppen, wer wann an der Schulung beteiligt ist.

2.10 Teambesprechungen

Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, wenn sich alle an einem Schulungsprogramm beteiligten Trainer in regelmäßigen Abständen treffen. Optimal wäre ein Team-Treffen im Anschluss an das Vorgespräch vor dem ersten Modul. Hier können dann Informationen aus dem Vorgespräch und spezifische Fragestellungen an alle Trainer weitergegeben werden. Hierfür sollten etwa 30 Minuten kalkuliert werden. Vor allem zu Beginn der Implementierung der Patientenschulung ist es darüber hinaus erforderlich, auch im Anschluss an ein durchgeführtes Seminar eine kurze Teambesprechung zur Nachbereitung durchzuführen.

3. HINWEISE FÜR DIE TRAINER WÄHREND DER SCHULUNG

Die in diesem Kapitel genannten Aspekte werden ausführlich in den einführenden Erläuterungen der entsprechenden Schulungen (Modul 0) sowie den Trainerseminaren dargestellt und sollen hier deshalb nur kurz angerissen werden.

3.1 Vorbereitung des Raumes

Direkt vor der Schulung sollte der Seminarraum hinsichtlich folgender Inhalte geprüft werden: Stimmt die Sitzordnung? Funktionieren die Geräte? Sind Stifte und die Teilnehmerunterlagen vorhanden?

3.2 Teilnehmerorientierte und themenzentrierte Vorgehensweise

Grundlegend ist eine themenzentrierte Vorgehensweise, d.h. die Trainer referieren nicht, sondern stellen neben den zu vermittelnden Inhalten auch die Bedürfnisse der Gruppenmitglieder in den Mittelpunkt des Gesprächs. Die ausgewählten Inhalte sollten den aktuellen Bedürfnissen der Gruppe angepasst werden, d.h. die Folien sollten patientenorientiert ausgewählt werden. Nicht jede im Schulungsordner verwendete Folie muss aufgelegt und besprochen werden.

3.3 Sprache

Hinsichtlich der verwendeten Sprache sollte darauf geachtet werden, dass medizinische Fachausdrücke sparsam verwendet und erklärt werden.

3.4 Kleidung der Trainer

Um die Distanz zwischen Therapeuten und Teilnehmern zu verringern und damit die Bereitschaft der Teilnehmer, Fragen zu stellen, zu verbessern, hat es sich bewährt, den „weißen Kittel“ auszuziehen.

3.5 Pausen innerhalb eines Moduls

Zu langes Sitzen wird von den meisten Patienten als unangenehm empfunden. Um einseitige Belastungen zu vermeiden sowie zur Verbesserung der Konzentration sollte nach ca. 45 Minuten eine kurze Pause (5-10 Minuten) eingelegt werden.

3.6 Schriftliche Teilnehmerinformationen

Am Ende jedes Schulungsmoduls erhalten die Teilnehmer die entsprechenden schriftlichen Teilnehmerinformationen. Die gedruckten Teilnehmerinformationen sind über die Firma PCM (siehe Kapitel 1.1.4) zu beziehen.

4. LITERATUR

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (1992, Überarbeitung 2000). *Chronische Polyarthritiden - Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen*. Oppenheim: Verlag Patients' Care.

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (1998). *Morbus Bechterew und andere Spondylarthropathien - Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen*. Oppenheim: Verlag Patients' Care.

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (1998, Überarbeitung 2006). *Fibromyalgie - Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen*. Oppenheim: Verlag Patients' Care.

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (1998). *Lupus erythematodes. - Ein Schulungsprogramm in 5 Modulen*. Oppenheim: Verlag Patients' Care.

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (2005). *Osteoporose - Ein Schulungsprogramm in 7 Modulen*. Oppenheim: Verlag Patients' Care.

Langer, H.-E., Ehlebracht-König, I., Mattussek, S. (2000). Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die rheumatologische Patientenschulung, - vorläufiges Arbeitspapier, verabschiedet durch Vorstand und Beirat der Dt. Gesellschaft für Rheumatologie im September 1999. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 59, 272-290.

Eine Übersicht über die Schulungsprogramme ist auch auf der homepage der DGRh veröffentlicht: <http://www.dgrh.de/pssschulungsprogramme.html> (11.01.2008).

5. Anhang: Die Schulungsprogramme

Modul	MORBUS BECHTEREW		Fachtrainer
1	Krankheitsbild, Ursachen, Verlauf, Diagnostik		A
2	Krankengymnastik		P
3	Hilfen zur Bewältigung chronischer Schmerzen		PS
4	Medikamentöse und operative Behandlungsmöglichkeiten		A
5	Wirbelsäulengerechtes Verhalten im Alltag		E
6	Alltags- und Krankheitsbewältigung		PS

Modul	CHRONISCHE POLYARTHRITIS		Fachtrainer
1	Krankheitsbild, Ursachen, Verlauf, Diagnostik		A
2	Medikamentöse und operative Therapie		A
3	Krankengymnastik und physikalische Therapie		P
4	Psychologische Schmerzbewältigung		PS
5	Ergotherapie		E
6	Alltagsbewältigung - mit der Krankheit leben lernen		PS

Modul	FIBROMYALGIE		Fachtrainer
1	Krankheitsbild, Ursachen, Verlauf, Diagnostik		A
2	Behandlungsmöglichkeiten		A
3	Bewegungstherapie		B
4	Psychologische Schmerzbewältigung		PS
5	Umgang mit Stress und Krankheit		PS
6	Umsetzung in den Alltag		A, B, PS

Modul	LUPUS ERYTHEMATODES		Fachtrainer
1	Krankheitsbild, Krankheitsursachen, Diagnostik, Krankheitsverlauf“		A
2/Teil 1	Verwandte Erkrankungen		A
2/Teil 2	Schwangerschaft, Empfängnisverhütung, Hormonbehandlung, Klimakterium		A
3	Therapie		A
4	Krankheitsbewältigung		PS
5	Stressverarbeitung und Lebensqualität		PS

Modul	OSTEOPOROSE		Fachtrainer
1	Das Krankheitsbild		A
2	Diagnostik, Vorbeugung und Therapie		A
3	Krankengymnastik und Sporttherapie		PT
4	Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung		PS
5	Ernährungskonzept		EB
6	Wirbelsäulengerechtes Verhalten		E
7	Selbsthilfe und soziale Unterstützung		SP oder PS

Anmerkungen:

A = Arzt/Ärztin

B = BewegungstherapeutIn

EB = ErnährungsberaterIn

E = ErgotherapeutIn

P = PhysiotherapeutIn

PS = Psychologe/Psychologin

SP = SozialpädagogIn/Sozialpädagogin