



# Abstracts

- **Fachtagung Patientenschulung  
der Deutschen Rentenversicherung Bund**
- 21. - 22. Oktober 2011  
in Erkner



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund





## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort.....</b>	<b>3</b>
<b>Plenumsvorträge.....</b>	<b>4</b>
1. Patientenschulung - Welche Anforderungen stellt die Deutsche Rentenversicherung Bund? .....	5
2. Patientenschulung – was sagen uns Forschung und Qualitätssicherung? .....	6
3. Was bietet das Zentrum Patientenschulung e.V. den Reha-Einrichtungen?.....	7
4. Was brauchen Rehabilitationseinrichtungen zur Umsetzung von standardisierten Schulungen? .....	8
5. Wie setzen wir standardisierte Schulungsprogramme im Reha-Zentrum um? ....	9
6. Was ist gute Didaktik in der Patientenschulung? .....	11
7. Was ist ein Manual und warum brauchen wir ein Manual in der Patientenschulung? .....	12
<b>Workshop 1: Kardiologische Schulungen.....</b>	<b>17</b>
1. Kardiologische Schulungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art .....	18
2. Kardiologische Schulungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV .....	19
3. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Koronare Herzkrankheit der DRV Bund .....	21
4. Patientenschulung bei Herzinsuffizienz in der kardiologischen Rehabilitation Entwicklung und formative Evaluation eines Curriculums.....	22
5. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Herzinsuffizienz der DGPR – Teil I .....	25
6. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculum Herzinsuffizienz der DGPR – Teil II .....	27
<b>Workshop 2: Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen.....</b>	<b>31</b>
1. Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation: Stellenwert (in) der Bewegungstherapie .....	32
2. Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV .....	33
3. Curricula der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.....	35
4. Curricula der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie .....	36
5. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Rückenschule der DRV Bund .....	38



<b>Workshop 3: Onkologische Schulung .....</b>	<b>40</b>
1. Onkologische Schulungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art .....	41
2. Onkologische Schulungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV .....	42
3. Konzept und Manual: Curriculum Tumorerkrankungen der DRV Bund.....	44
4. Anpassung des Curriculums Tumorerkrankung der DRV Bund an die Indikation Mamma-Ca .....	45
5. Entwicklung und Evaluation eines Schulungskonzeptes mit der ARGE. Was bleibt in der Praxis? .....	46
<b>Workshop 4: Schulungen bei Atemwegserkrankungen.....</b>	<b>48</b>
1. Schulungen bei Atemwegserkrankungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art .....	49
2. Schulungen bei Atemwegserkrankungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV .....	51
3. Schulungskonzept, Trainerfortbildung und Durchführungspraxis: Das Bad Reichenhaller Modell der Patientenschulung bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen .....	53
4. Schulungskonzept und Durchführungspraxis: Das Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund .....	55
5. Schulungen in der Reha-Leitlinie Asthma bronchiale.....	56
<b>Workshop 5: Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten.....</b>	<b>57</b>
1. Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten in der medizinischen Rehabilitation: State of the art“ .....	58
2. Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV .....	60
3. Konzept und Durchführungspraxis der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund.....	62
4. Schulungsprogramme in der Diabetologie .....	63
5. Entwicklung eines Schulungsprogramms für CED-Patient/inn/en.....	64
<b>Workshop 6: Manuallerstellung und Durchführungspraxis in der Patientenschulung.....</b>	<b>66</b>
Manuallerstellung und Durchführungspraxis in der Patientenschulung .....	67

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch Maßnahmen des Gesundheitstrainings soll die Kompetenz der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen im Umgang mit Funktions- und Teilhabestörungen sowie Umweltfaktoren gefördert werden. Wesentliche Inhalte des Gesundheitstrainings sind die Vermittlung von Krankheits- und Behandlungswissen, Einübung von Selbstbehandlungsmethoden, die Anleitung zu einem krankheitsangepasstem Lebensstil sowie die Unterstützung angemessener Therapien. Gesundheitstraining kann im Rahmen von Vorträgen, indikationsübergreifenden Seminaren und indikationsbezogenen Patientenschulungen erfolgen. Bei den Patientenschulungen wird zwischen standardisierten und nicht standardisierten Patientenschulungen unterschieden.

Standardisierte Patientenschulungen sind Gruppenprogramme im Gesundheitstraining, die sich durch ein geplantes, strukturiertes Vorgehen auszeichnen. Sie sind curricular aufgebaut, durch ein Manual hinterlegt und werden in der Regel interdisziplinär durchgeführt. Methodisch werden jeweils frontale (Vortrag) und interaktive Vorgehensweisen (zum Beispiel Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel) kombiniert. Veranstaltungen mit ausschließlich frontaler Vermittlungsmethode stellen keine standardisierte Patientenschulung dar. Durchführende Therapeuten und Therapeutinnen sollen nicht nur inhaltlich kompetent sein, sondern auch methodisch-didaktisch und kommunikationsbezogen geschult sein (Moderatorenkurse, Train-the-Trainer-Seminare). Die Gruppengröße von standardisierten Patientenschulungen umfasst maximal fünfzehn Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Die Schulung soll möglichst in geschlossenen Gruppen stattfinden. Inhaltlich orientieren sich Patientenschulungen an den aktuell gültigen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften und unterliegen daher einer ständigen Weiterentwicklung.

In den letzten zwölf Jahren sind zahlreiche indikationsbezogene Patientenschulungsprogramme entwickelt und evaluiert worden. Mit dem Ziel der Umsetzung dieser Forschungsergebnisse in die rehabilitative Praxis fördert die Deutsche Rentenversicherung Bund das Zentrum Patientenschulung an der Universität Würzburg. Dieses bietet umfassende Informationen zum Thema Patientenschulung. Im Internet finden Sie die Datenbank des Zentrums Patientenschulung mit allen öffentlich zugänglichen Patientenschulungsprogrammen und Fortbildungsangeboten.

Eine Aufgabe der Fachtagung Patientenschulung ist, über neuste Forschungsergebnisse und Qualitätsstandards zu informieren und ihre Umsetzbarkeit in der rehabilitativen Praxis zu diskutieren. Die Tagung wird in Kooperation mit dem Zentrum Patientenschulung ausgerichtet.

Der vorliegende Tagungsband und die Präsentationen werden nach der Fachtagung im Internet unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de> zum Herunterladen eingestellt.

Dr. Ulrike Worringen

Programmleitung



## Plenumsvorträge

### **Moderation:**

**Dr. Thomas Hansmeier**, Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Brigitte Gross**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, 10704 Berlin

E-Mail: [brigitte.gross@drv-bund.de](mailto:brigitte.gross@drv-bund.de)

#### **Dr. Christiane Korsukéwitz**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, 10704 Berlin

E-Mail: [christiane.korsukewitz@drv-bund.de](mailto:christiane.korsukewitz@drv-bund.de)

#### **Prof. Dr. Dr. Hermann Faller**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Klinikstraße 3, 97070 Würzburg

E-Mail: [h.faller@uni-wuerzburg.de](mailto:h.faller@uni-wuerzburg.de)

#### **Dr. Petra Becker**

Dr. Becker Klinikgesellschaft, Parkstraße 10, 50968 Köln

E-Mail: [info@dbkg.de](mailto:info@dbkg.de)

#### **Dr. Inge Ehlebracht-König**

Reha-Zentrum Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover, Brunnenpromenade 2, 31707 Bad Eilsen

E-Mail: [inge.ehlebracht-koenig@rehazentrum-bad-eilsen.de](mailto:inge.ehlebracht-koenig@rehazentrum-bad-eilsen.de)

#### **Prof. Dr. Dorothee Heckhausen**

Evangelische Hochschule Berlin, Teltower Damm 118–122, 14167 Berlin

E-Mail: [heckhausen@eh-berlin.de](mailto:heckhausen@eh-berlin.de)

#### **Roland Küffner**

Zentrum Patientenschulung e.V., Universität Würzburg, Markusstraße 9-11, 97070 Würzburg

E-Mail: [roland.kueffner@uni-wuerzburg.de](mailto:roland.kueffner@uni-wuerzburg.de)



# 1. Patientenschulung - Welche Anforderungen stellt die Deutsche Rentenversicherung Bund?

Brigitte Gross

Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund

Patientenschulungen stellen in der medizinischen Rehabilitation einen zentralen Behandlungsbaustein dar. Sie sind in ihrer grundsätzlichen Wirksamkeit wissenschaftlich belegt und weisen einen hohen Grad an Patientenorientierung auf. In dem Rahmenkonzept des Gesundheitstrainingsprogramms hat die Deutsche Rentenversicherung Bund 1996 Qualitätskriterien für gute Patientenschulung festgelegt.

Der Klassifikation therapeutischer Leistungen folgend unterscheiden wir im Gesundheitstraining zwischen Vorträgen, die primär der Wissensvermittlung dienen, Veranstaltungen zur Motivationsförderung, in denen zum Beispiel nachhaltiges Gesundheitsverhalten systematisch geplant wird, indikationsübergreifenden Seminaren, die das Gesundheitsverhalten krankheitsübergreifend in Kleingruppen fördern und den Patientenschulungen, die in standardisierter und nicht-standardisierter Form krankheitsbezogen durchgeführt werden können.

Mit dem Ziel Forschungsergebnisse in die Versorgungspraxis umzusetzen strebt die Deutsche Rentenversicherung Bund einen möglichst hohen Anteil an standardisierten und ggf. erfolgreich evaluierten Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation an.

Standardisierte Patientenschulungen zeichnen sich durch einen curricularen Aufbau, eine interdisziplinäre Durchführung, interaktive Vermittlungsmethoden und eine maximale Gruppengröße von 15 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus. Die schulungsdurchführenden Therapeuten und Ärzte sollten didaktisch fortgebildet sein. Das Schulungskonzept liegt in manualisierter Form vor. Empfohlen wird – soweit vorhanden - der Einsatz von erfolgreich evaluierten Schulungsprogrammen.

Vor Ort in den Rehabilitationseinrichtungen spielen die Einbindung von Patientenschulungen in das Klinikgesamtkonzept, die Ausgestaltung des jeweiligen Schulungskonzepts, die Rahmenbedingungen zur Schulungsdurchführung, die Ausgestaltung des Schulungsteams und die Integration der Schulung in die interne Qualitätssicherung eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Schulung.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund unterstützt die Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung von guter Patientenschulung durch das Gesundheitstrainingsprogramm der Deutsche Rentenversicherung Bund, welches mittlerweile 25 Curricula umfasst, das Angebot der didaktischen Schulung (jährliche train-the-trainer-Seminare), die Rückmeldung zur Qualität des Schulungsangebotes in den Visitationen und im Qualitätsbericht der Deutsche Rentenversicherung Bund, die persönliche Beratung der Rehabilitationseinrichtungen während der Visitationen und im Hause der Rentenversicherung sowie durch das Serviceangebot des Zentrums Patientenschulung, welches u.a. eine Datenbank mit allen öffentlich zugänglichen Schulungsprogramme in der medizinische Rehabilitation, fachliche Beratung und Fortbildungen anbietet.



## 2. Patientenschulung – was sagen uns Forschung und Qualitätssicherung?

Dr. Christiane Korsukéwitz

Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ (1998-2005) der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) hat wichtige Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Patientenschulungen erbracht. So wirken sich Schulungen durch nachhaltige Verhaltensänderungen günstig auf den Krankheitsverlauf aus (z. B. bei Nierenerkrankung), verbessern die Lebensqualität und die soziale Integration (z. B. bei COPD) und sparen Kosten durch Verringerung von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung (z. B. bei chronischer Polyarthrit).

Mit dem aktuellen Förderschwerpunkt „Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung“ (2007-2013) wird die erfolgreiche Arbeit mit dem BMBF diesmal gemeinsam mit den Krankenversicherungen fortgesetzt. Ein thematischer Schwerpunkt fokussiert auf die Entwicklung und Evaluierung von effizienten Schulungsprogrammen für chronisch kranke Menschen. Erste Ergebnisse liegen beispielsweise zur nachhaltigen Wirksamkeit einer interdisziplinär aufeinander abgestimmten Patientenschulung für chronischen Rückenschmerz (PASTOR) vor.

Eine herausfordernde Aufgabe ist die Umsetzung von positiv evaluierten Schulungsprogrammen aus den Förderschwerpunkten in die Routineversorgung. Die Rentenversicherung hat die modellhafte Einführung von evaluierten Schulungskonzepten für unterschiedliche Indikationen maßgeblich unterstützt und sich aktiv an dem Umsetzungsprojekt „Zentrum für Patientenschulung“, das auf einer Internetplattform Informationen für verschiedene Zielgruppen (v. a. Behandler, Patienten, Kostenträger) bereithält, beteiligt.

Im Rahmen ihrer Reha-Qualitätssicherung stehen der Rentenversicherung mehrere Instrumente zur Verfügung, mit denen Qualitätsaspekte von Patientenschulungen beurteilt werden können. Die Reha-Therapiestandards (RTS) und die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) sind zwei wichtige Instrumente zur Ermittlung der Prozessqualität. Während mit den RTS für ausgewählte Indikationen geprüft werden kann, inwieweit die Vorgaben für spezifische, evidenzbasierte Therapiemodule (u. a. Patientenschulung, Gesundheitsbildung) von den Reha-Einrichtungen erfüllt worden sind, kann mit Hilfe der KTL abgebildet werden, welcher Anteil von Rehabilitanden welche Art von Patientenschulung in welchen zeitlichen Umfang während eines Reha-Aufenthalts erhalten hat. Als weitere Instrumente stehen die Rehabilitandenbefragung, das Peer Review und die Visitationen vor Ort zur Verfügung.

Patientenschulungen sind ein effektives und effizientes Element der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Sie befähigen die Rehabilitanden zum eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung und fördern so-



mit unmittelbar deren Teilhabe am Leben in Beruf und Alltag. Die Deutsche Rentenversicherung setzt sich seit langem aktiv für die Weiterentwicklung von Patientenschulungskonzepten ein. Durch Förderung von Forschung und Umsetzung der Ergebnisse in Konzepte sowie konsequente Qualitätssicherung hat die Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung einen hohen Standard erreicht.

### 3. Was bietet das Zentrum Patientenschulung e.V. den Reha-Einrichtungen?

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller  
Universität Würzburg

Das Zentrum Patientenschulung (ZP) wurde im Rahmen des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften etabliert, nach dessen Ende von der Deutschen Rentenversicherung weiter unterstützt und wird derzeit als gemeinnütziger Verein fortgeführt. Das ZP verfolgt den Zweck der Optimierung von Schulungsangeboten in der Rehabilitation. Gezielt sollen dabei die Lücken zwischen best practice der Patientenschulung und den aktuellen Standards geschlossen werden. Das Zentrum versteht sich als Anlaufstelle für Schulungsanbieter, Forscher und Träger zur Unterstützung in allen Bereichen der Qualifizierung von Schulungsprozessen. Hierzu zählen Entwicklung von Schulungskonzepten, Erstellung von Schulungsmanualen, Planung und Durchführung von Evaluationsstudien sowie Vermittlung von Schulungsleiterkompetenzen und weiteren Strategien der Qualitätssicherung. Das ZP hat in einem Konsensusprozess unter Beteiligung von Klinikern, Trägern, Forschern und Patientenvertretern Qualitätskriterien sowohl für die Konzeptualisierung von Patientenschulungen als auch ihre Durchführung in der klinischen Praxis entwickelt. Die Kriterien können bei der Entwicklung neuer Schulungskonzepte als Orientierungshilfe verwendet werden, sie dienen der Überprüfung und Optimierung von Schulungsangeboten im Rahmen des Qualitätsmanagements bzw. können für die Entwicklung von Checklisten zur Beurteilung von Schulungen herangezogen werden.

In der Datenbank des Zentrums ([www.zentrum-patientenschulung.de](http://www.zentrum-patientenschulung.de)) werden derzeit 130 manualisierte Schulungen detailliert und systematisch beschrieben (Stand 9/2011). Neue Schulungen werden regelmäßig recherchiert. Erfüllen sie die Definitivskriterien und stehen in manualisierter Form zur Verfügung, werden sie für die Datenbank aufbereitet. Die standardisierten Einträge zu jeder Patientenschulung enthalten allgemeine Angaben zur Schulung (z. B. Bezugsquelle), Inhalte, Didaktik und Methoden, Rahmenbedingungen, Evaluation und Publikationen sowie ggf. Hinweise und links zu einem Train-the-Trainer-Seminar. Die Train-the-Trainer-Börse enthält derzeit



44 Angebote (Stand 9/11). Der hohe Anteil der Zugriffe auf die Datenbank belegt sowohl den Bedarf als auch den Nutzen dieses Serviceangebotes.

Das Zentrum Patientenschulung bietet mehrere Workshops zur Manualisierung, Qualitätssicherung und Evaluation an. Der Workshop Manuallerstellung wird seit 2005 regelmäßig erfolgreich durchgeführt. Mit jeweils etwa 12 Teilnehmern werden am Beispiel von Schulungsmanualen aus der Praxis Elemente eines Schulungsmanuals, Vor- und Nachteile der Manualisierung, Formulierung von Lernzielen und die Passung von didaktischen Methoden und Lernzielen erarbeitet und diskutiert. An eigenen Schulungen können die Teilnehmer beispielhaft Lernziele und einzelne Modulbausteine entwickeln. Auf Grund der Ergebnisse der bundesweiten Bedarfserhebungen im Sommer 2010 sowie der positiven Erfahrungen und vielfältigen Anfragen plant das Zentrum Patientenschulung eine Erweiterung des Workshopangebots. Hierbei sollen insbesondere indikationsübergreifende Workshops zu Didaktik, Moderation und Gruppenarbeit entwickelt werden, in welchen auch die Rolle des Experten diskutiert und Schulungsdozenten zum Empowerment befähigt werden können.

#### 4. Was brauchen Rehabilitationseinrichtungen zur Umsetzung von standardisierten Schulungen?

Dr. Petra Becker  
Dr. Becker Klinikgesellschaft

Patientenschulungen sind ein wichtiger Bestandteil der modernen Rehabilitation. Sie tragen maßgeblich zur Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme bei. Die Forschung zu Patientenschulungen und die daraus abgeleiteten Anforderungen der Träger der Rehabilitation zeichnen ein detailliertes Bild davon, wie Patientenschulungen im Klinikangebot ausgestaltet sein sollen.

Betrachtet man jedoch die Versorgungsrealität in den Kliniken, wie sie vom Verein Zentrum Patientenschulung in der jüngsten Befragung wieder erhoben worden ist, so muss man feststellen, dass die Situation von Patientenschulungen in den Rehabilitationseinrichtungen noch unbefriedigend ist.

Es drängt sich die Frage auf, woran das liegt. Das Wissen darüber, was eine gute Schulung und eine gute Schulungsumsetzung ausmacht, ist vorhanden und gut wissenschaftlich untermauert. Die konkrete Umsetzung dieses Wissens in den Arbeitsalltag in den Kliniken ist mit verschiedenen Hürden verbunden, wie ein Projekt zur Optimierung der Patientenschulung in allen Kliniken der Dr. Becker Klinikgesellschaft gezeigt hat. Aus der Erfahrung dieses Projektes heraus lassen sich sechs Punkte ableiten, die eine Rehabilitationseinrichtung braucht, um standardisierte Patientenschulungen gut umzusetzen:



- Detailliertes Schulungswissen: Sowohl die Verantwortlichen in der Klinikleitung als auch die Schulenden müssen über Fachkenntnisse verfügen, wie eine gute Patientenschulung umzusetzen ist. Die ersteren, um die entsprechenden Standards zu formulieren und die letzteren, um die Schulung kompetent durchzuführen.
- Klinikspezifische Schulungsinhalte: Auch wenn eine Vielzahl von evaluierten standardisierten Schulungen inzwischen verfügbar ist, so wird keine Rehabilitationseinrichtung umhinkommen, die angebotenen Schulungen auf das bestehende Klinikkonzept und die behandelte Patientengruppe anzupassen.
- Sachgerechte Schulungsstruktur: Eine Methodenvielfalt und eine moderne Interaktion mit den Patienten erfordert Investitionen in Technik, Materialien und Räumlichkeiten. Häufig werden auch mehr Mitarbeiterkapazitäten für diesen Bereich der Therapie zur Verfügung gestellt werden müssen, da von eher kleineren Schulungsgruppen ausgegangen werden muss.
- Integrierter Schulungsprozess: Patientenschulungen sind keine solitären therapeutischen Maßnahmen im Rehaprozess. Sie müssen auf die individuellen Rehazielen der Patienten ausgerichtet und kompatibel bzw. ergänzend zu den sonstigen therapeutischen Maßnahmen sein. Dies setzt klare Prozess- und Informationsflussvorgaben innerhalb der Einrichtung voraus.
- Kontinuierliche Schulungsevaluation: Rehabilitationseinrichtungen sind einem ständigen Veränderungsprozess von außen und von innen ausgesetzt. Rehabilitationseinrichtungen brauchen daher eine kontinuierliche Bewertung und Verbesserung der Patientenschulungen im Rahmen des Qualitätsmanagements.
- Starker „Schulungswille“: Letztendlich benötigt eine Rehabilitationseinrichtung den klaren Willen dazu, all die Voraussetzungen für gute Patientenschulungen tatsächlich zu schaffen.

## 5. Wie setzen wir standardisierte Schulungsprogramme im Reha-Zentrum um?

Dr. Inge Ehlebracht-König  
Reha-Zentrum Bad Eilsen

Im Klinikkonzept des Reha-Zentrum Bad Eilsen sind standardisierte Schulungsprogramme fester Bestandteil der Therapie. Diese Programme beziehen sich zum einen auf diagnosebezogene Programme zum anderen auch auf problembezogene, diagnoseübergreifende Programme. Diese sind insbesondere in den letzten Jahren hinzugekommen. Ein typisches Beispiel für ein diagnosebezogenes Programm ist die standardisierte Schulung für Patienten mit Spondylitis ankylosans, für ein diagnoseübergreifendes Programm das Seminar „Berufliche Zukunft“ oder „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“. Bei verhaltensmedizinischer Orientierung gehört zur Durchführung jeweils eine geschlossene Gruppe und ein mehrmoduliger Aufbau nach einem standardisier-



ten Manual. Es handelt sich bei der Intervention um Kleingruppen mit durchschnittlich 10-12 Teilnehmern, die Gruppenleitung ist entweder interdisziplinär besetzt oder erfolgt durch einen Mitarbeiter aus dem entsprechenden Fachgebiet.

Eine wesentliche Voraussetzung für den routinemäßigen Einsatz ist die Bereitstellung von räumlichen, zeitlichen und personellen Ressourcen. Aufwendig ist die organisatorische Integration in den Rehabilitationsablauf. Gerade letzteres bedarf einer differenzierten Planung, da es sich um feste Gruppen handelt und diese als Zeitschiene die übrige Therapigestaltung stark beeinflussen. Auch können Überschneidungen mit anderen Therapiegruppen entstehen, so dass dies von ärztlicher Seite bei der Therapieverordnung berücksichtigt werden muss. Grundsätzlich sind die Seminartermine im Behandlungsplan integriert, die Patienten erhalten zu Beginn des Seminars trotzdem noch einmal eine genauere Übersicht über alle Seminarteile, hier werden auch die verschiedenen Themenschwerpunkte und Referenten benannt. Aufgrund unserer Vorgehensweise gibt es in den Schulungsprogrammen kaum Patienten, die diese Therapieform ablehnen oder abbrechen.

Bei interdisziplinär besetzten Seminaren sind für die Trainer zusätzlich Teamabsprachen erforderlich. Die Trainer für Schulungsprogramme absolvieren zur Qualifizierung eine speziellen Schulung, diese sind Bestandteil des Fortbildungssetats. Im Rahmen dieser Ausbildung werden kommunikative und interaktive Kompetenzen vermittelt. Die Trainer haben die Möglichkeit in den Seminarräumen verschiedene Medien und Methoden einzusetzen. Neueinsteiger werden durch den psychologischen Dienst supervidiert.

Durchgeführt werden Schulungsprogramme, die in wissenschaftlichen Studien evaluiert wurden. Eine kontinuierlich Akzeptanzbewertung erfolgt über die Patientenbefragung im Rahmen der internen Qualitätssicherung. Einmal pro Jahr findet ein Workshop für alle Schulungsteams statt. Hier findet ein Erfahrungsaustausch statt, außerdem werden Stärken und Schwächen herausgearbeitet.

Aufgrund einer stärkeren ICF-Orientierung und der Intensivierung des Berufsbezuges sind in den letzten Jahren zunehmend diagnoseübergreifende Schulungsprogramme in das Therapiekonzept integriert worden. Im Rahmen dieser Angebotserweiterung müssen mit den Patienten Behandlungsprioritäten abgestimmt werden, da mehrere Schulungsprogramme parallel bei gleichbleibender Rehabilitationsdauer oft nicht umsetzbar sind.



## 6. Was ist gute Didaktik in der Patientenschulung?

Prof. Dr. Dorothee Heckhausen

Im Mittelpunkt von Patientenschulungen steht neben der Vermittlung von Kompetenzen die Motivierung der Patienten zur Umsetzung des in der Rehabilitation Gelernten in ihren Lebensalltag. Typische didaktische Fehler torpedieren häufig dieses Ziel. So nehmen Trainer immer wieder eine quasi missionarische Grundhaltung ein. Sie setzen sich zu wenig akzeptierend mit Laientheorien der Patienten auseinander, neigen zum Monologisieren und Belehren oder machen vorschnell Lösungsvorschläge. Eine geringe Methodenvielfalt mit dem Fokus auf Information erschwert die aktive kognitive Auseinandersetzung des Patienten mit den Schulungsinhalten.

Sinnvolle Methoden im Gesundheitstraining sind Vortrag, Diskussion, Übungen inklusive Interaktionsübungen, Einzelarbeit und Kleingruppenarbeit. Trainer dehnen ihre Vortragstätigkeit zu Ungunsten von Einzelarbeit, Kleingruppenarbeit und Diskussionen häufig aus. Auch Interaktionsübungen werden selten durchgeführt. Gerade aber diese Methoden dienen zur Aktivierung von Patienten, zur Verinnerlichung des Gelernten, zur Erhöhung von Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeitsgefühlen und zur Planung konkreter Verhaltensänderungen. Deshalb ist es notwendig, Informationen auf das Notwendigste zu reduzieren und verstärkt aktive Methoden in die Gesundheitstrainings zu integrieren.

Bei Gesundheitstrainern besteht häufig die paradoxe Vorstellung, den Patienten aktivieren zu können, indem man auf ihn einredet. Dabei wird nicht bedacht, dass der Patient während dieser „Aktivierung“ kognitiv passiv bleibt und sich somit die Wahrscheinlichkeit der nachhaltigen Umsetzung des Gelernten reduziert. Fühlt sich der Patient vom Trainer argumentativ bedrängt, entsteht Widerstand, der sich in den Widerstandsreaktionen Angriff (abwehrende Haltung, Argumentieren, Infragestellen der Fachkompetenz), Flucht (Termine nicht einhalten) oder dem Totstellreflex (Passivität, nicht zuhören, „brav“ sein), äußert. Während der im Widerstand aktiv agierende Patient schnell für unmotiviert gehalten wird, ist der „brave“ Patient eher beliebt. Er kostet wenig Zeit und tut, was er soll. Nicht erkannt wird in diesem Fall, dass diese Patienten sich zwar angepasst verhalten, selten aber das Gelernte langfristig umsetzen. Widerstand ist eine normale menschliche Reaktion in Veränderungsprozessen, mit der sich der Gesundheitstrainer aktiv und akzeptierend aus einander setzen muss.

Patienten sind nur bereit, ihre Lebensgewohnheiten umzustellen, wenn sie die Veränderung für wichtig halten sowie die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Verhaltensänderung haben. Häufig bestehen Ambivalenzen zwischen diesen verschiedenen Aspekten. Der Patient hält es also z. B. für wichtig, mehr Sport zu treiben, ihm gelingt es aber nicht, sich nach der Arbeit noch dazu zu motivieren (Bereitschaft). Im Gesundheitstraining agieren Trainer und Patient leider immer wieder auf unterschiedlichen Ebenen der Veränderungsmotivation und reden so aneinander vorbei. Während z. B. der Patient darüber spricht, sich abends nicht mehr aufrufen zu können, betont der Trainer die



Wichtigkeit von mehr Bewegung. Zeitverluste sowie das Entstehen einer ungünstigen Gruppendynamik in der Gesundheitsschulung sind die Folge.

Geht der Trainer akzeptierend auf die Argumente des Patienten ein, wächst dessen Bereitschaft, sich mit der Notwendigkeit einer Verhaltensänderung auseinanderzusetzen, was eine positive Signalwirkung für die anderen Teilnehmer der Schulung mit sich bringt.

Neben der Fachkompetenz benötigen Gesundheitstrainer soziale und didaktische Kompetenzen sowie die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion. Um Gesundheitstrainer dazu zu befähigen, Patienten zu nachhaltigen Veränderungen ihrer Lebensgewohnheiten zu motivieren, sind Train-the-Trainer-Seminare unerlässlich.

## 7. Was ist ein Manual und warum brauchen wir ein Manual in der Patientenschulung?

Roland Küffner  
Zentrum Patientenschulung e.V.

Patientenschulung ist ein etablierter Bestandteil der medizinischen Rehabilitation geworden (Faller et al., 2011). Ihr Ziel ist es, die Folgen chronischer Krankheiten zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Als Grundlage für die Evidenzbasierung der Behandlung fordern Träger und Fachgesellschaften daher den Einsatz evaluierter, systematischer, curricularer Schulungskonzepte. Die methodisch-didaktische Aufbereitung in Form eines manualisierten Curriculums wird als grundlegendes Element solcher Programme gefordert (z. B. in der KTL 2007 oder im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung 2009).

Die Frage nach der Notwendigkeit eines Manuals hängt eng mit den Anforderungen und Zielsetzungen zusammen, die an eine Patientenschulung gestellt werden. Diese zielen darauf ab, die Mitarbeit (Compliance) der betroffenen Patienten in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Die Rehabilitanden sollen außerdem durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen (Empowerment) und lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Für die Gestaltung von Schulungskonzepten lassen sich daraus verschiedene Anforderungen ableiten: Der Aufbau eines Schulungsprogramms sollte systematisch sein und sich an definierten Lehrzielen orientieren. Bei der Vermittlung der Inhalte sollten verschiedene Ebenen berücksichtigt werden, um ein patientenseitiges Lernen in gleicher Weise auf der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen



nen Ebene zu bewirken und damit Einstellungs- und Verhaltensänderung wirksam zu fördern. Die Vorgehensweise sollte themenzentriert und patientenorientiert sein, d. h. es sollten interaktive Methoden genutzt werden und diese unter Einbeziehung der Erfahrungen der Betroffenen in Kleingruppen umgesetzt werden.

Um eine standardisierte Umsetzung dieser Faktoren über Einrichtungen und Personalfluktuationen hinweg gewährleisten zu können, sollte ein Schulungsmanual die Grundlage für die Durchführung einer Patientenschulung sein, in dem die skizzierten Aspekte der Schulung (z. B. Inhalte, Methoden, Rahmenbedingungen) beschrieben sind.

In der Praxis zeigt sich, dass noch längst nicht für alle Schulungen ein Manual vorhanden ist. In einer Befragung aller durch die Deutschen Rentenversicherung belegten Einrichtungen im Jahr 2010 hat der Verein Zentrum Patientenschulung e. V. unter anderem nach der Verbreitung von Manualen für die in der Praxis eingesetzten Schulungen gefragt. Demnach liegt für 43 % der eingesetzten Programme ein vollständiges Manual vor, 27 % sind teilweise manualisiert und 30 Prozent werden ohne schriftliche Fixierung durchgeführt. Drei Viertel der eingesetzten Programme wurde einrichtungsin-tern entwickelt und nur wenige (8 %) sind veröffentlicht. Ein Vergleich der somatischen und psychosomatischen Einrichtungen zeigt keinen Unterschied im Anteil der manualisierten Schulungen. In der Somatik wurden mehr Manuale intern, in der Psychosomatik mehr extern entwickelt. Verglichen mit den Daten einer vorausgegangenen Befragung im Jahr 2005 (Friedl-Huber et al., 2007) waren in der Somatik etwa gleich viele Schulungen manualisiert. Der Einsatz manualisierter Programme hat in den letzten fünf Jahren also kaum zugenommen. Knapp die Hälfte der Programme ist weder intern noch extern evaluiert (48 %) und nur wenige Studien sind publiziert (14 %). In der Psychosomatik wurden mehr Programme intern, in der Somatik dagegen mehr, gar nicht oder extern evaluiert.

Der Vortrag befasst sich mit den Hintergründen der Forderung nach Manualisierung von Schulungen: Was ist ein Manual und warum wird es in der medizinischen Rehabilitation benötigt? Vor- und Nachteile einer Manualisierung, der Aufbau und die Elemente eines Manuals sowie die notwendigen Schritte einer Manualisierung werden dargestellt.

## **Literatur**

- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011). Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54(4), 444-450.
- Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (75), 15-20.



## Podiumsdiskussion

### Moderation:

**Dr. Thomas Hillmann**, Leitender Arzt der Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund

**Dr. Ulrike Worringen**, Leitende Psychologin im Dezernat Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund

### Teilnehmer und Teilnehmerinnen:

**Prof. Dr. Dr. phil. Hermann Faller**, Mitbegründer des Zentrums Patientenschulung e. V.; Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

**PD Dr. Christoph Reichel**, Ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums Bad Brückenau der Deutsche Rentenversicherung Bund; Sprecher des Arbeitskreises Gesundheitstraining der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Reha-Klinikgruppe der Deutsche Rentenversicherung Bund

**Dr. Johannes Glatz**, Chefarzt der kardiologischen Abteilung des Reha-Zentrums Teltow der Deutsche Rentenversicherung Bund; Vertreter der Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation

**Dr. Inge Ehlebracht-König**; Ärztliche Direktorin des Reha-Zentrums Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover; Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie; Vorstandsmitglied im Zentrum Patientenschulung e. V.

**Dr. Christiane Korsukéwitz**; Leitende Ärztin der Deutsche Rentenversicherung Bund; Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutsche Rentenversicherung Bund

**Dr. Petra Becker**, Geschäftsführerin der Dr. Becker Klinikgesellschaft Köln; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation; Vorstandsmitglied im Zentrum Patientenschulung e. V.

**Dr. Marion Kalwa**, Ärztliche Hauptdezernentin, Leiterin des Dezernats Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen der Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation

**Leitfrage:**

**„Wie bewerten Sie die Qualitätsanforderungen der Deutsche Rentenversicherung Bund und deren Umsetzung in der Versorgungspraxis?“**

**Die Leitfrage kann beispielhaft vor dem Hintergrund**

- der verschiedenen Perspektiven der DiskussionsteilnehmerInnen (Klinik-, Träger-, Unternehmens-, Wissenschaftsperspektive)
- der verschiedenen Versorgungsstrukturen (ambulant, stationär, hoher Anteil AHB oder hoher Anteil Antragsverfahren; spezifischer Ausgestaltung von Nachsorge; Kostenträgerschaft, Größe der Rehabilitationseinrichtung, Zuweisung, Indikation etc.) in der medizinischen Rehabilitation
- der schulungsbezogenen Aktivitäten der Akteure der medizinischen Rehabilitation: der Fachgesellschaften, der DEGEMED, des Zentrums Patientenschulung, der Rentenversicherung, der Wissenschaft, der Rehabilitationseinrichtungen und
- der Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen (Gruppenräume, Personal, Auslastung etc.) diskutiert werden.

**Beispielfragen:**

- 1. In welchem Umfang können standardisierte Schulungen in der medizinischen Rehabilitation umgesetzt werden? Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach einen maßgeblichen Einfluss auf die Umsetzung?**

Beispielhafte Faktoren, die sich aus den Qualitätskriterien ableiten

- Gruppengröße (max. 15) – Realisierung bei großen Indikationsgruppen möglich?
- Manualerstellung, Konzepterarbeitung: regelmäßige Aktualisierung
- interne Qualitätssicherung: regelmäßige Teamsitzungen der Schulenden, regelmäßige Durchführung von Patientenbefragung, etc.
- Curricularer Aufbau, Durchführung in geschlossenen oder halboffenen Gruppen
- Interdisziplinäre Durchführung: genügend qualifizierte Ärzte?
- Interaktive Durchführung: Anforderungen an Didaktik; Fortbildung der Mitarbeiter etc.
- Klinikphilosophie; Führungsstil; Überzeugung der Klinikleitung



2. **Welchen Beitrag kann die Wissenschaft / können Fachgesellschaften / kann die DEGEMED bei der Optimierung der Schulungskonzeptionen und der Schulungsdurchführung leisten?**
3. **Welche Rolle spielt bei der Schulungskonzeption und -durchführung ein hoher AHB Anteil in der Rehabilitationseinrichtung?**
4. **Welche Rolle spielt bei der Umsetzung standardisierter Schulungen der federführende Leistungs- und Kostenträger?**
5. **Welche Berufsgruppen können aus Ihrer Sicht in die Schulungskonzeption und -durchführung integriert oder auch durch andere Berufsgruppen ersetzt werden?**  
(Thema Ärzte und neue Gesundheitsberufe)
6. **Welche spezifischen Anforderungen für Schulungen ergeben sich aus Ihrer Sicht für die ambulante Rehabilitation und die Nachsorge?**
7. **Welche Anreize zur Optimierung der Schulungen sehen Sie?** (Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit; mögliche Bewertungs- und Belohnungsmodelle)



## **Workshop 1: Kardiologische Schulungen**

### **Moderation:**

**Berthold Lindow, Dr. Ralph Jäger**, Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Dr. Karin Meng und Bettina Seekatz**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg

E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de

E-Mail: b.seekatz@uni-wuerzburg.de

#### **Berthold Lindow**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation, 10704 Berlin

E-Mail: berthold.lindow@drv-bund.de

#### **Dr. Günter Haug**

Reha-Zentrum Bayerisch Gmain der Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Fallensteiner Straße 2, 83457 Bayerisch Gmain

E-Mail: dr.guenter.haug@drv-bund.de

#### **Dr. Gabriele Mosler**

Klinik Höhenried ggmbH, DRV Bayern Süd, 82347 Bernried

E-Mail: gabriele.mosler@hoehenried.de

#### **Dr. Johannes Glatz**

Reha-Zentrum Seehof der Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow

E-Mail: dr.med.johannes.glatz@drv-bund.de

#### **Dr. Gabriele Karger**

Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl der Reha-Zentren Baden Württemberg  
Kohlhof 8, 69117 Heidelberg

E-Mail: gabriele.karger@rehaklinik-koenigstuhl.de

#### **Dr. Rainer Schubmann**

Dr. Becker Klinik Möhnesee, Schnappweg 2, 59519 Möhnesee

E-Mail: rschubmann@dbkg.de



# 1. Kardiologische Schulungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art

Dr. Karin Meng  
Universität Würzburg

Unter kardiologischen Schulungen / psychoedukative Interventionen werden im Sinne der Definition des Zentrums Patientenschulung standardisierte, multimodale, interaktive Interventionen verstanden, die ein breites Spektrum von Themen wie Krankheitsinformation, Gesundheitsverhalten, Fertigkeiten zur Selbstdiagnostik und –behandlung, Krankheitsbewältigung und Stressmanagement sowie psychosoziale Unterstützung beinhalten. „Standardisiert“ bedeutet das Vorhandensein eines Curriculums, in welchem die Lernziele definiert sind, und eines Manuals, in welchem die Lernziele konkretisiert und die didaktische Vorgehensweise festgelegt werden. „Multimodal“ bedeutet die Verwendung unterschiedlicher, insbesondere auch interaktiver, aktivierender didaktischer Methoden.

Der edukative Bereich ist fester Bestandteil von Behandlungs- und Versorgungsleitlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften zur kardialen Rehabilitation. Metaanalysen belegen die Effektivität von sekundärpräventiven Maßnahmen und psychoedukativen Schulungsprogrammen für Patienten mit koronarer Herzerkrankung im Hinblick auf die kardialen Risikofaktoren (Hypertonie, Hyperlipidämie, Körpergewicht, Nikotinabusus, körperliche Aktivität, Ernährung), Mortalität und Reinfarktrate sowie Funktionsstatus und Lebensqualität (Clark et al., 2005; Dusseldorp et al., 1999). Es können jedoch keine Aussagen darüber getroffen werden welche Programmtypen (Eduktion vs. körperliches Training vs. Kombination von beidem) erfolgreicher sind (Clark et al., 2005). Uneinheitlich sind die Aussagen eines Cochrane Reviews und einer Metaanalyse zu psychologischen Interventionen bei koronarer Herzkrankheit. Der aktuellste Cochrane-Review (Whalley et al., 2011) zu psychologischen Interventionen kann keine starke Evidenz für Effekte auf Mortalität oder Reinfarktrate, aber einen moderaten Effekt auf die kardiale Mortalität sowie kleine Effekte hinsichtlich Depression und Angst nachweisen. Eine Metaanalyse (Linden et al., 2007) stützt hingegen die Wirksamkeit von psychologischer Behandlung, wobei Gender- und Behandlungsaspekte (Zeitpunkt der Intervention) zu berücksichtigen sind. Effekte hinsichtlich der Mortalität und Morbidität zeigen sich nur für Männer. Interventionen, die frühestens zwei Monaten nach dem kardialen Ereignis erfolgen weisen bessere Ergebnisse auf, als Interventionen die unmittelbar nach dem Ereignis beginnen. In Bezug auf eine Verminderung emotionaler Belastung wurden wiederum nur kleine Effekte konstatiert.

Systematische Reviews zu Selbstmanagementinterventionen bei chronischer Herzinsuffizienz fanden positive Effekte bei Mortalität, Hospitalisierungsrate und Lebensqualität (Ditewig et al., 2010; Jovicic et al., 2006).

Der Stellenwert von Schulungen als Teil des Risikofaktorenmanagements in der medizinischen Rehabilitation ist gut begründet. Aktuell steht nur eine begrenzte Anzahl an



manualisierten und evaluierten Programmen zur Verfügung. In der Praxis besteht ein Bedarf an Interdisziplinarität, Manualisierung, ggf. Erweiterung der Schulungseinheiten und Trainerfortbildung sowie der Evaluation der Schulungsprogramme.

## 2. Kardiologische Schulungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV

Berthold Lindow  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung führt auf der Basis wissenschaftlich erprobter Instrumente und Verfahren einrichtungsbezogene Auswertungen und vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch und meldet diese routinemäßig im Rahmen von Berichten zur Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger zurück (Klosterhuis et al. 2010). Jedes QS-Instrument und -Verfahren erlaubt eine Einschätzung der edukativen Leistungen aus einer anderen Perspektive (Bitzer et al. 2009).

In den Datenanalysen der Reha-Qualitätssicherung zu edukativen Leistungen wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Patientenschulungen werden in der medizinischen Rehabilitation durchgeführt?
2. Gibt es diesbezüglich Einrichtungsunterschiede?
3. Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungssegmenten ambulant und stationär?
4. Wie bewerten die Rehabilitanden die Schulungsqualität?
5. Werden die Reha-Einrichtungen von den Peers unterschiedlich bewertet?

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL (DRV 2007) ist ein von der Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und weiteren Experten entwickeltes Klassifikations- und Dokumentationssystem für die während des Reha-Prozesses erbrachten Leistungen. Im KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung wurde eine Unterscheidung der edukativen Leistungen in standardisiert und nicht standardisiert vorgenommen, um dem Stellenwert der standardisierten Leistungen Rechnung zu tragen (Zander, Beckmann 2010). Anhand von KTL-Auswertungen wird gezeigt, wie sich die derzeitige Dokumentationspraxis der standardisierten versus nicht-standardisierten Schulungen abbildet.

Die Rentenversicherung ermöglicht mit der Einführung von evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für ausgewählte Krankheitsbilder eine Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses (Brüggemann 2011). Untersucht wird u. a., inwieweit die Therapie-



vorgaben von den Reha-Einrichtungen bezüglich der evidenzbasierten Therapiemodule zu Patientenschulungen erfüllt werden. Folgende Reha-Therapiestandards werden in den Auswertungen berücksichtigt: Koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs sowie Hüft- und Knie-TEP.

Eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitanden wird von der Rentenversicherung durchgeführt (Widera 2010). Gefragt wird der Rehabilitand u. a., ob er an Leistungen zur Gesundheitsbildung und -training während der Rehabilitation teilgenommen hat und wie er – wenn er diese Frage bejaht – diese einschätzt.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren stellt das Peer Review dar. Bei dieser Begutachtung wird die Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen durch leitende Reha-Mediziner beurteilt (Baumgarten 2007). In der Checkliste und dem Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale zur somatischen Rehabilitation wird unter dem Punkt „Rehabilitationsverlauf“ der Gutachter aufgefordert, zu bewerten, ob in der Dokumentation Mängel bezüglich der adäquaten Durchführung edukativer Leistungen vorhanden sind.

Alle Präsentationsfolien der Workshops mit den indikationsspezifischen Ergebnissen der vergleichenden Qualitätsanalysen werden den Teilnehmern auf der Internetseite des Zentrums Patientenschulung zur Verfügung gestellt.

## Literatur

- Baumgarten, E., Klosterhuis, H., (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, 5, 152-154.
- Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S., (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation - Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation, Jg. 48, 4, 202-210.
- Brüggemann, S. (2011). Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. Neurologie & Rehabilitation, Jg.17, 3, 119-123.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J., (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, 356-367.
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 57, 4, 153-159.
- Zander, J., Beckmann, U. (2010). Ausmaß und Struktur von dokumentierten Leistungen (KTL) zu Information, Motivation und Schulung während der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 88, 43-46.



### 3. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Koronare Herzkrankheit der DRV Bund

Dr. Günter Haug, Reha-Zentrum Bayerisch Gmain,  
Dr. Gabriele Mosler, Klinik Höhenried,  
Dipl. Psych. Bettina Seekatz, Dr. Karin Meng, Universität Würzburg

Im Rahmen eines laufenden Forschungsprojektes der Universität Würzburg mit dem Reha-Zentrum Bayrisch Gmain und der Klinik Höhenried wurde ein Curriculum Koronare Herzkrankheit aus dem Gesundheitstrainingsprogramm der Deutsche Rentenversicherung Bund erstellt. In einem mehrstufigen Prozess wurde das bestehende Rahmenprogramm Curriculum Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Rückgriff auf aktuelle Behandlungsevidenz bei Koronarer Herzkrankheit, Leitlinien und Behandlungsempfehlungen, Theorien des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens, Qualitätskriterien sowie klinische Expertise systematisch weiterentwickelt und manualisiert. Das Curriculum wird zurzeit in einer multizentrischen, quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie evaluiert. Aktuell liegen Ergebnisse zur formativen Evaluation vor, die die Akzeptanz des neuen Curriculums (Inhalte, Methoden, Material) durch die Rehabilitanden und Schulungsleiter sowie die Durchführbarkeit bestätigen. Ggf. können erste Ergebnisse zur kurzfristigen Effektivität berichtet werden.

Das Curriculum Koronare Herzkrankheit umfasst 5 Module à 45 Minuten und wird in einer geschlossenen Kleingruppe interdisziplinär von Ärzten, Psychologen und Bewegungstherapeuten umgesetzt. Didaktisch wird ein interaktives Vorgehen mit einer hohen Patientenbeteiligung realisiert. Mittels Vortrag, Diskussion und Einzelarbeit werden in inhaltlich aufeinander aufbauenden Modulen Informationen zur Erkrankung sowie Behandlungsempfehlungen mit den Patienten erarbeitet. In einem Patientenheft sind zentrale Schulungsinhalte zusammengefasst und erforderliche Arbeitsblätter bereitgestellt, die die Patienten teils als Hausaufgabe bearbeiten. Die eingesetzten Methoden sollen Empowerment und Selbstmanagement der Patienten stärken. Eine besondere Herausforderung stellte einerseits die Breite der abzudeckenden Inhalte bei begrenztem Schulungsumfang, andererseits die Abstimmung mit den weiteren edukativen Therapiemodulen im Rahmen der Rehabilitation dar. Es werden folgende Schulungsinhalte und -ziele umgesetzt: (Modul 1) Arbeitsweise des Herzens, koronare Herzkrankheit und begleitende Krankheitsbilder, Information über Schutz- und Risikofaktoren; (Modul 2) Interventionelle, operative und medikamentöse Behandlungsansätze, Begleiterkrankungen; (Modul 3) Umgang mit den Folgen der Herzerkrankung im Alltag, Verhaltensempfehlungen: akute Symptomatik, Einschränkungen, emotionale Belastung; (Modul 4) Verhaltensempfehlungen und Reflexion von Lebensstil- und Verhaltensänderungen; (Modul 5) Umsetzung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen: Planung, Barrieren und Handlungskontrolle.

Beispiel zu den patientenorientierten Methoden zur Umsetzung von Lebensstiländerungen in den Modulen 4 und 5: Die Patienten sollen sich individuelle Ziele in den Bereichen Bewegung und/oder Ernährung setzen und diese konkret planen. Mögliche



Barrieren werden in der Gruppe diskutiert und die Patienten werden zur Selbstbeobachtung bzw. Neuplanung angeleitet. Dadurch soll die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt und die Selbstmanagementkompetenz im Umgang mit der Erkrankung im Alltag gefördert werden.

Neben dem Konzept und der Evaluation werden aus den beiden am Projekt teilnehmenden Kliniken erste praktische Erfahrungen mit der Schulungsumsetzung dargestellt.

#### 4. Patientenschulung bei Herzinsuffizienz in der kardiologischen Rehabilitation Entwicklung und formative Evaluation eines Curriculums

Dr. Rainer Schubmann  
Dr. Becker Klinik Mönchsee

**Einleitung:** Herzinsuffizienz ist inzwischen in Deutschland eine der häufigsten kardiologischen Folgeerkrankungen, an der etwa zwei bis drei Millionen Menschen erkrankt sind. Die Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung ist altersabhängig, zwischen 65 und 75 Jahren sind etwa 2-5% der Bevölkerung betroffen. Der Anteil bei den über 80-jährigen liegt bei etwa 10% (Bauriedel, Sakowasch & Lüderitz, 2005). Aufgrund der demografischen Entwicklung und der verbesserten medizinischen Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten ist zu erwarten, dass die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz kontinuierlich zunehmen wird. Die hohe Rehospitalisierungsrate bedingt hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Aufgrund der günstigen Auswirkungen von Selbstmanagement und Lebensstiländerung auf den Krankheitsverlauf sind – neben einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie (Hoppe et al., 2005) – edukative und verhaltensbezogene Interventionen zentrale Behandlungsansätze (Spaderna & Weidner, 2006).

Patientenschulung ist ein Kernbestandteil der medizinischen Rehabilitation. Ziel dabei ist es, eben durch diese edukativen und verhaltensbezogenen Interventionen die Folgen chronischer Krankheiten durch gezielte Förderung von Compliance, Selbstmanagement und Empowerment zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Faller et al., 2005).

**Methodik:** In unserer Klinik werden pro Jahr etwa 1400 Anschlussheilbehandlungen durchgeführt, etwa 20% der Patienten weisen eine echokardiografisch dokumentierte Reduktion der linksventrikulären Funktion auf. Für diese Zielgruppen wurde in Kooperation mit dem Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein indikationsspezifisches Schulungsprogramm erarbeitet.

Dies orientiert sich an den Therapieleitlinien für Herzinsuffizienz (Hoppe et al., 2005), wesentlichen Qualitätskriterien für Patientenschulungen (DRV, 2007; Ströbl et al., 2007), dem subjektiven Schulungsbedürfnis der Patienten (Schubmann et al., 2005) sowie an der Umsetzbarkeit im Klinikalltag. Wesentlicher Bestandteil des gesamten Projektes war die wissenschaftliche Begleitung und die formative Evaluation des Schulungsprogrammes.

Die Schulungsmodulare wurden in einer Fragebogenerhebung mit zwei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende) formativ evaluiert. Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA  $\geq$  Stadium II, echokardiografisch LV 2-3: LV 2 = EF 30-39%; LV 3 = EF < 30%) wurden konsekutiv in die Stichprobe aufgenommen.

Die Schulung umfasst je ein ärztliches und ein bewegungstherapeutisches Schulungsmodul (2 x 60 Minuten), das in manualisierter Form durchgeführt wird. Es wird eine in Kooperation mit Erwachsenenpädagogen erstellte Powerpoint-Präsentation verwendet, Schulungsmaterialien werden ausgegeben. Die Schulenden (Oberärztin, Sporttherapeut) wurden in einem train-the-trainer Seminar über 4 x 8 Stunden auf die Schulungstätigkeit vorbereitet (wie auch die anderen Klinikmitarbeiter, die Patientenschulungen durchführen).

Als primäre Evaluationsparameter wurden die Bewertung der Module durch die Reha-bilitanden sowie der Wissenszuwachs relevanter Schulungsinhalte und die Verhaltensintention hinsichtlich krankheitsbezogener Verhaltensempfehlungen erhoben. Als weitere Outcome-/Moderatorvariablen wurden das Schulungsbedürfnis und -interesse, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie medizinische und soziodemografische Parameter erfasst.

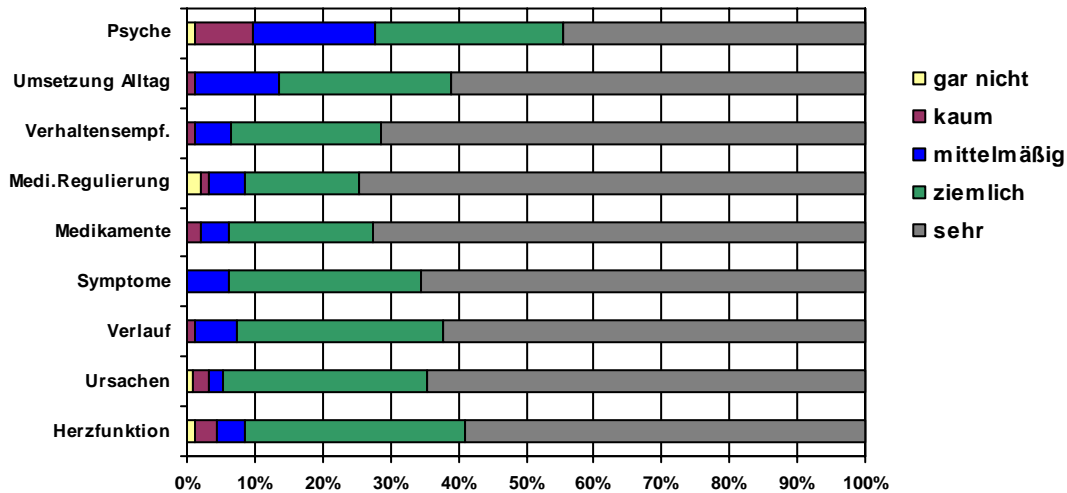
**Ergebnisse:** Die Teilnehmer (N = 106) sind zu 84% Männer und im Mittel 68,7 Jahre (SD = 9,1) alt. Die Hauptdiagnose ist meist eine KHK (92%), das Krankheitsstadium NYHA II am häufigsten (57,7%; NYHA III 26,9%); 61,2% der Teilnehmer weisen eine EF < 40% auf.

Das "Curriculum Herzinsuffizienz" mit den beiden Schulungsmodulen wurde hinsichtlich der Komponenten "Auswahl der Inhalte", "Verständlichkeit" und "Alltagsrelevanz" von den Teilnehmern im Durchschnitt als sehr gut bis gut ( $1,5 < M < 1,76$ ) bewertet. Der Wertebereich der Items liegt zwischen 1 (sehr gut) und 4 (ausreichend). Gleiches gilt für die "Vortragsweise der Referenten", die "Möglichkeit zu eigenen Beiträgen" und die "Materialgestaltung" ( $1,3 < M < 1,91$ ). Modul 1 würden 91%, Modul 2 85% der Teilnehmer mit Sicherheit weiterempfehlen.

Die Gesamtbewertung liegt im Durchschnitt bei 1,56 (SD = 0,42; Modul 1) bzw. 1,69 (SD = 0,48; Modul 2) und spricht für eine hohe Schulungszufriedenheit der Teilnehmer. Im Wissenstest lag der Durchschnittswert der Patienten zu Rehabilitationsbeginn bei M = 10,20 (SD = 3,40), zu Rehabilitationsende bei M = 13,59 (SD = 3,98) von möglichen 21 Punkten. Für den Gesamtwert zeigte sich ein signifikanter, großer Wissenszuwachs



im Rehabilitationsverlauf ( $p < .001$ ). Das subjektive Schulungsbedürfnis bei den untersuchten Patienten war zum Rehabilitationsbeginn sehr hoch (siehe Abb. 1).



**Abb. 1:** Subjektives Schulungsbedürfnis / Informationsbedürfnis zur Erkrankung Herzinsuffizienz (n=106)

**Schlussfolgerungen:** Die Schulung weist eine hohe Akzeptanz bei den Patienten und eine gute Praxistauglichkeit im Rehabilitationsalltag auf. Die Ergebnisse der formativen Evaluation werden zur Überarbeitung und Optimierung des Manuals und der Präsentation genutzt. Für Patienten mit Herzinsuffizienz in der medizinischen Rehabilitation kann das Curriculum ergänzend zu üblichen Schulungsprogrammen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ökonomisch in das Behandlungsprogramm integriert werden. Die formalen Anforderungen an eine Patientenschulung sind vollständig erfüllt (ausführlich: Meng et al, 2009).

Mit dem gleichen methodischen Vorgehen haben wir in unserer Klinik inzwischen das Schulungsseminar für Patienten nach operativem Herzklappenersatz überarbeitet und evaluiert (Seekatz et al., 2009).

## Literatur

- Bauriedel, G., Skowasch, D. & Lüderitz, B. (2005). Die chronische Herzinsuffizienz. Deutsches Ärzteblatt, 9, 592-600.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2007). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Hrsg.
- Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlenbracht-König, I. & Petermann, F. (2005). Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44, 277-286.



- Hoppe, U.C., Böhm, M., Dietz, R., Hanrath, P., Kroemer, H.K., Osterspey, A., Schmaltz, A.A. & Erdmann, E. (2005). Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Zeitschrift für Kardiologie, 94, 488-509.
- Meng, K., Schubmann, R., Hohoff, M., Vogel, H.: Schulungsbedürfnis von Patienten mit Herzinsuffizienz in der medizinischen Anschlussrehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 83, 67-77.
- Schubmann, R., Vogel, H., Placzek, Th. & Faller, H. Kardiologische Rehabilitation - Erwartungen und Einschätzungen von Patienten. (2005). Die Rehabilitation, 44, 134-143.
- Seekatz, B., Meng, K., Foltmann, C., Schubmann, R.: Wie kann man Qualität in der Schulungspraxis fördern? Entwicklung und formative Evaluation eines Herzklappen-seminars. (2009). Herzmedizin, 26, 189-193.
- Spaderna, H. & Weidner, G. (2006). Psychosoziale Aspekte und Gesundheitsverhalten bei Herzinsuffizienz. Ein Überblick. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 145-157.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20, 11-14.

## 5. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Herzinsuffizienz der DGPR – Teil I

Dr. Johannes Glatz  
Reha-Zentrum Seehof

Das Curriculum Herzinsuffizienz der DGPR beruht als Grundlage auf den Vorarbeiten, die in den Reha-Kliniken Klinik am See (Rüdersdorf), Reha-Zentrum Seehof (Teltow) und Reha-Klinik Königstuhl (Heidelberg) seit 2004 durchgeführt wurden. Über diese wird berichtet. In Heidelberg (Frau Dr. Karger) bestanden Vorerfahrungen durch ein sog. HIS-Projekt, welches in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt wurde und bei dem Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz geschult und trainiert wurden. Da dieses Projekt nicht weiter finanziert werden konnte, andererseits sich als sehr effektiv herausgestellt hatte, wurde es im Rahmen der Rehabilitation weitergeführt. Da etablierte Schulungsprogramme zur Herzinsuffizienz zum damaligen Zeitpunkt nicht vorlagen wurde die Schulung konsekutiv aufgebaut, strukturiert und manualisiert. Dabei wurden sowohl die Empfehlungen der europäischen kardiologischen Gesellschaft (ESC) als auch die des Zentrums Patientenschulungen eingearbeitet. Mit diesem Schulungsprogramm wurden seit 2004 über 1000 Patienten mit Herzinsuffizienz geschult.

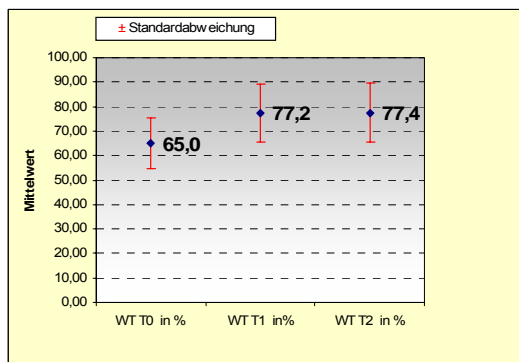


Die Schulung umfasst 6 Module, sie findet in konstanten Kleingruppen von maximal 10 Teilnehmern statt. Geschult werden Patienten mit einer Herzinsuffizienz bei einer EF von  $\leq 40\%$ , die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Grundlage bildet eine Power-Point-Präsentation und ein ausführliches Begleitbuch, das sich eng an die Schulungsstunden anlehnt. Anhand des Begleitbuches sollen die Patienten die Schulungsinhalte sowohl während der Rehabilitation als auch später regelmäßig zu Hause wiederholen. Am Anfang und Ende der Schulung absolvieren die Patienten einen Wissenstest. Durch die Schulung soll die Selbstwirksamkeit der Patienten gestärkt und die Selbstmanagementkompetenz im Umgang mit der Erkrankung im Alltag gefördert werden.

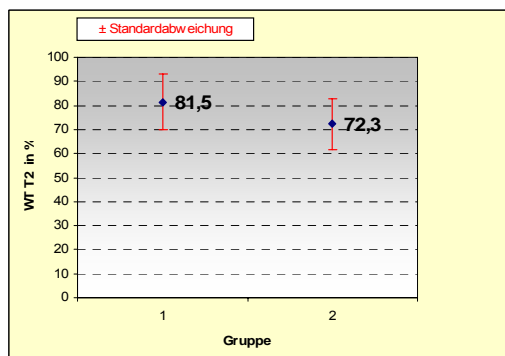
Von Juli 2007 bis Juni 2008 wurde das Programm mit Unterstützung durch das Zentrum Patientenschulung (Prof. Faller) formativ evaluiert und in der Zeitschrift Rehabilitation 2011 veröffentlicht. Im Rahmen der Schulung wurde ein verbessertes Wissen über die Erkrankung, eine Reduktion von Angst- und Depressivitätserleben und eine Verbesserung der selbst berichteten Lebensqualität dokumentiert.

Von März 2009 bis April 2010 wurde das Programm summativ evaluiert und gegen eine Kurzschulung von 1 Stunde verglichen. Das primäre Studienziel war hierbei die Verbesserung des Wissens gemessen an Hand der richtigen Antworten in einem Wissenstest. Erste Ergebnisse werden berichtet:

Es findet sich am Ende der Rehabilitation (T1) und nach 6 Monaten (T2) ein signifikanter Unterschied im Wissenszuwachs bei der Langschulung (Gruppe 1) gegenüber der Kurzschulung (Gruppe 2) (siehe Abb. 1 und 2), d.h. die Langschulung vermittelt nachhaltig mehr Wissen als die Kurzschulung.



**Abb. 1** Wissen beide Gruppen



**Abb. 2** Wissen nach 6 Monate

Weiterhin finden sich signifikante Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit und der Dosis von ACE-Hemmern nach 6 Monaten. Einen ähnlichen Trend findet man auch für die Zieldosisannäherung der Betablocker. Dieses Ergebnis könnte auf eine bessere Adhärenz der Patienten mit den verordneten Medikamenten hinweisen.

Keine signifikanten Unterschiede gibt es im Gruppenvergleich in den Scores zur Lebensqualität im Fragebogen SF36, sowie den HADS-Dimensionen Ängstlichkeit und



Depressivität, weder zu T1 noch zu T2, d.h. Schulung führt nicht zu verstärkter Ängstlichkeit bei Patienten.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt es signifikante Unterschiede in der Dimension KCCQ-6 (Selbstwirksamkeit). Hier hat Gruppe 1 höhere Werte, somit eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung als Gruppe 2.

Die gewonnenen Erfahrungen mit diesem Schulungsprogramm zusammen mit den Erfahrungen anderer Schulungszentren (Bericht von Dr. Schubmann) wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe der DGPR 2010 zusammengeführt und ein gemeinsames Curriculum in Zusammenarbeit mit dem Zentrum Patientenschulung in Würzburg erarbeitet, welches aktuell evaluiert wird. Darüber berichtet Frau Dr. Karger.

## 6. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculum Herzinsuffizienz der DGPR – Teil II

Dr. Gabriele Karger  
Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl

Hintergrund: Herzinsuffizienz ist ein mittlerweile häufiges klinisches Syndrom, besonders in höherem Lebensalter (durchschnittliches Alter der Herzinsuffizienz-Patienten im ESC-Zuständigkeitsbereich 74 Jahre) mit immer noch schlechter Prognose. Herzinsuffizienz war in Deutschland 2006 erstmals die häufigste Aufnahmediagnose im Krankenhaus. Ca. 60% der Gesamtkosten für die Betreuung der Herzinsuffizienz-Patienten in Deutschland, die 2006 2,9 Milliarden Euro ausmachten, entstanden durch stationäre und teilstationäre Behandlungen. Dabei entfielen 1,3 Milliarden Euro auf Akut-Krankenhaus-Aufenthalte - diese vor allem als Folge kardialer Dekompensationen – und nur weniger als 1% davon (11 Millionen Euro) auf Rehabilitationsmaßnahmen (Neumann, 2009).

Kardiale Dekompensationen sind zur Hälfte Folge von Non-Compliance der Patienten mit den medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen (Michalsen 1998). Entsprechend konnte durch multidisziplinäre Interventionsprogramme mit Patientenschulung als wichtigem Teilaspekt (Übersicht Gonseth 2004 und Yu 2005), aber auch durch eine isolierte einstündige Patienten-Schulung (Koelling 2005), die Zahl der stationären Aufenthalte und damit häufig auch die Gesamtkosten deutlich reduziert werden. Auch zeigte sich teilweise eine bessere Lebensqualität und ein Trend zur Abnahme der Mortalität.

Dies wird einerseits einer besseren Medikamenten-Einstellung und Compliance mit der Medikamenten-Einnahme zugeschrieben, es konnte aber auch gezeigt werden, dass eine Non-Compliance mit den nicht-medikamentösen Maßnahmen (wobei insbesondere das tägliche Wiegen und ein regelmäßiges körperliches Training eine wichtige Rolle



zu spielen scheinen) zu einer erhöhten Mortalität und vermehrten Krankenhaus-Aufnahmen führen (van der Wal 2009).

In den Leitlinien der European Society of Cardiology zur Herzinsuffizienz wird Patientenschulung deshalb als wichtige Maßnahme empfohlen, und es werden dezidiert empfohlene Schulungsinhalte aufgelistet (ESC-Guidelines 2008). Besonders in Ländern wie Schweden und den Niederlanden, aber auch zunehmend in vielen weiteren Ländern sind Patientenschulungen bei Herzinsuffizienz (häufig im Rahmen von multidisziplinären Programmen) bereits mit Erfolg weit verbreitet. In Deutschland sind sie dem gegenüber leider immer noch wenig umgesetzt und auch in der aktuellen DGK-Leitlinie (Hoppe 2005 und Kommentar 2008) zumindest nicht explizit empfohlen worden (nur indirekt über eine Auflistung der nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen und Verhaltensempfehlungen). Erstmals wurde in der Nationalen Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz 2009 für Deutschland explizit Patientenschulung und auch Rehabilitation für Patienten mit Herzinsuffizienz empfohlen. Dennoch ist Rehabilitation in den meisten Behandlungskonzepten bei Herzinsuffizienz der letzten Jahre nicht berücksichtigt worden.

Dies ist insofern bedauerlich, als im Rahmen einer Reha-Maßnahme neben Patientenschulung die die Prognose verbessernden Medikamente gesteigert werden können, es kann ein Trainingsprogramm initiiert werden und die Patienten können auch psychologisch betreut und sozialmedizinisch beraten werden.

International sind sehr viele verschiedene Schulungskonzepte bei Herzinsuffizienz angewandt worden, die sich nach zeitlichem Aufwand und Art der Intervention (einzeln oder in Gruppen, in der Akutklinik oder nach Entlassung zu Hause, mit schriftlichen Materialien (Buch, Briefe, E-Mails) oder mündlich (im Gespräch, per Telefon oder als Video)) stark unterscheiden und oft auch nicht genau beschrieben sind. Überwiegend handelt es sich dabei um Einzelschulungen durch eine Heart-failure-Nurse bei vor allem älteren multimorbiden Patienten und eher seltener um Gruppenschulungen eines nicht Hochrisiko-Kollektivs (Bocchi 2008). Es konnte gezeigt werden, dass ein gutes Wissen über die Erkrankung und ein Verständnis für die Behandlungsmaßnahmen wichtige Voraussetzungen für eine gute Patienten-Compliance sind (Strömberg 2005). In vielen Studien zeigte sich aber auch, dass Wissen allein nicht ausreichend ist, sondern dass Patienten-Einstellungen und -Vorstellungen sowie diverse Barrieren (z. B. Depressionen oder kognitive Einschränkungen, mangelnde Mobilität, soziale Isolation), aber auch Unterstützungen (z. B. durch Partner(innen)) beachtet und genutzt werden müssen, damit es gelingt, eine gute Compliance und ein stabiles Selbst-Management der Patienten zu erreichen.

Inwiefern Herzinsuffizienz-Patienten in Deutschland Interesse an Schulungsmaßnahmen haben, wurde für den ambulanten / akutstationären Bereich (Neuderth 2005) und den Reha-Bereich (Meng 2009) untersucht und es zeigte ein nur mäßiges Schulungsinteresse im ambulanten / akutstationären Bereich (52% der Betroffenen), aber dem gegenüber ein deutlich höheres Interesse (74%) bei den Herzinsuffizienz-Patienten in der Rehabilitation.



Das neue Schulungsprogramm Herzinsuffizienz: Aktuell wurde von der Arbeitsgruppe „Patientenschulungen“ der DGPR in Kooperation mit Mitarbeiterinnen des Bereichs „Patientenschulung“ der Uni Würzburg (Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie) basierend auf den bisher für die Rehabilitation existierenden Herzinsuffizienzschulungen in Deutschland (der Klinik Möneseesee, Möneseesee/Körbecke, der Kirchberg-Klinik, Bad Lauterburg und in wesentlichen Teilen basierend auf dem Schulungsprogramm von Glatz / Karger der Klinik Seehof Teltow bzw. der Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl) ein neues Schulungsprogramm mit 5 Modulen entwickelt.

Das Programm besteht aus einem Curriculum in manualisierter Form, einem Foliensatz (Overhead / Powerpoint), einem Patientenbuch und diversen Arbeitsblättern für die Patienten. Insbesondere durch die umfangreichen Vorerfahrungen der Mitarbeiterinnen der Uni Würzburg mit anderen Schulungsprogrammen verfügt das neue Herzinsuffizienz-Schulungsprogramm über alle erforderlichen Elemente, um die Teilnehmer auf verschiedenen Ebenen anzusprechen (z. B. rational / emotional) und es enthält neben Informations-Einheiten Elemente mit Gruppen- / Partner- / Einzelarbeit sowie Selbsteinschätzung / Gruppenbild.

Die einzelnen Module:

- Modul 1: Herzinsuffizienz – was ist das und wie kann es behandelt werden?
- Modul 2: Herzinsuffizienz – was kann ich selbst tun?
- Modul 3: Herzinsuffizienz – wie kann Bewegung mir helfen?
- Modul 4: Herzinsuffizienz – was ändert sich im Alltag?
- Modul 5: Herzinsuffizienz – wie können mir Medikamente helfen?

Das Programm wird von Ärzten, Bewegungstherapeuten, Psychologen und ggf. auch von speziell geschultem Pflegepersonal interdisziplinär durchgeführt.

Aktuell wird das Programm mit finanzieller Unterstützung der Deutsche Rentenversicherung Bund an 4 Kliniken evaluiert und befindet sich derzeit in der Phase der Erprobung (Formative Evaluation)

### **Literatur**

Neumann, T, Herzinsuffizienz: Häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte Dtsch Ärztebl Int 2009; 106(16):269-275

Michalsen, A , Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure, Heart 1998;80:437 – 441

Gonseth, J, The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports, European Heart Journal (2004) 25,1570–95



- Yu, DSF, Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes, *European Heart Journal* (2006) 27, 596-612
- Koelling, TM., Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure, *Circulation* 2005;111:179-185
- Van der Wal, MHL, Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients, *European Heart Journal* (2010) 31, 1486-1493
- Dickstein, K., Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008, *European Heart Journal* (2008);29:2388-2442
- Hoppe UC, Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz, *Z Kardiologie* 94;488-509 (2005)
- Hoppe UC, Kommentar zu den ESC-Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008, *Kardiologie* 2009. 3:16-23
- NVL Chronische Herzinsuffizienz, Langfassung, Dezember 2009, Version 1.0
- Bocchi, EA, Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients The REMADHE Trial, *Circ Heart Fail.* 2008;1:115-124
- Strömberg, A., The crucial role of patient education in heart failure, *European Journal of Heart Failure* 7 (2005) 363 –369
- Neuderth, S, Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, *Z Med Psychol* 14 (2005), 1-9
- Meng, K, Schulungsbedürfnis von Patienten mit Herzinsuffizienz in der medizinischen Anschlussrehabilitation, *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2009, 83, 67-77



## **Workshop 2: Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen**

### **Moderation:**

**Dr. Silke Brüggemann, Dr. Marco Streibelt**, Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Prof. Dr. Klaus Pfeifer**

Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg, Gebbertstr. 123b, 91058 Erlangen  
E-Mail: klaus.pfeifer@sport.uni-erlangen.de

#### **Dr. Silke Brüggemann**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation, 10704 Berlin  
E-Mail: Silke.Brueggemann@drv-bund.de

#### **Dr. Hartmut Bork**

Rehabilitationsabteilung für Orthopädie/Unfallchirurgie, Asklepios Klinik Schaufling  
Hausstein 2, 94571 Schaufling  
E-Mail: h.bork@asklepios.com

#### **Dr. Gudrun Lind-Albrecht**

RHIO, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Fürstenwall 99, 40217 Düsseldorf  
E-Mail: lind@lbrecht.net

#### **Dr. Mathias Hillebrand**

Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf der Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Berliner Straße 3, 37242 Bad Sooden-Allendorf  
E-Mail: dr.med.mathias.juergen.hillebrand@drv-bund.de

#### **Dr. Karin Meng**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de



# 1. Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation: Stellenwert (in) der Bewegungstherapie

Prof. Dr. Klaus Pfeifer  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Patientenschulungen spielen eine wichtige Rolle in der medizinischen Rehabilitation muskuloskeletaler Erkrankungen. Die Bewegungstherapie ist dabei ein bedeutsamer Bestandteil und bedient sich nach modernem Verständnis wiederum ihrerseits den pädagogischen Elementen der Patientenschulung.

Der Umfang der Bewegungstherapie ist beträchtlich, lassen sich ihr doch in der Orthopädie nach zeitlichen Gesichtspunkten ca. 70% der therapeutischen Leistungen zurechnen (Brüggemann & Sewöster 2010). Eine Bewegungstherapie nach modernem Verständnis ist auf stärkere Partizipation der Rehabilitanden ausgerichtet. Das klassische „Vormachen-Nachmachen“ wird durch eine sukzessive Selbststeuerung der Bewegungseinheiten durch die Teilnehmer ersetzt. Dieser Wandel hin zu einer interaktiven Vermittlungsmethodik spiegelt sich auch in den Wissensseinheiten wider, wo Gruppendiskussionen und Kleingruppenarbeit eingesetzt werden (vgl. z. B. Meng et al., 2009).

Für physische Wirkungen der Bewegungstherapie bei den häufigsten muskuloskeletalen Erkrankungen besteht eine stichhaltige Evidenz (z. B. Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose), zumindest für kurzzeitige Effekte. Dabei spielt die Art der Bewegungsintervention scheinbar eine untergeordnete Rolle. Langfristige Effekte sind vielfach nicht belegt, was einer fehlenden Bindung an körperliche Aktivität zugeschrieben wird. Die Bindung an körperliche Aktivität im Allgemeinen ist somit ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie (Jordan et al., 2010; Pfeifer et al., 2010).

In der multimodalen Therapie bei muskuloskeletalen Erkrankungen werden vielschichtige Ziele angestrebt, weshalb ein interdisziplinäres Vorgehen sinnvoll erscheint. Allerdings existieren nur wenige Schulungskonzepte, bei denen bewegungs-, verhaltens- und wissensbezogene Therapiebausteine integrativ verknüpft werden. Eine solche Verknüpfung wurde im Projekt „PASTOR“ (Integrative Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz) konsequent umgesetzt und in einer prospektiven, multizentrischen Kontrollgruppenstudie evaluiert.

Im primären Endpunkt Funktionsbeeinträchtigung (FFbH-R) konnte zu Reha-Ende ein kleiner Effekt zu Gunsten von PASTOR aufgedeckt werden ( $\eta^2 = 0,010$ ;  $p < .05$ ), welcher sich auch in der 12-Monats-Katamnese bestätigt hat ( $\eta^2 = 0,036$ ;  $p < .001$ ). Bei sekundären Endpunkten wie sportlicher Aktivität, Schmerzen, Schmerzbewältigung, schmerzbezogenen Kognitionen, wurden zumeist kleinere bis mittlere Effekte zu Reha-Ende und/oder in der 12-Monats-Katamnese zu Gunsten von PASTOR festgestellt.

## Literatur

- Brüggemann, S., Sewöster, D. (2010). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Bewegungstherapie & Gesundheitssport*, 26, 266-269.
- Jordan, J. L., Holden, M. A., Mason, E. E. J., Foster, N. E. (2010). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.:CD005956. DOI: 10.1002/14651858. CD005956.pub2.
- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringen, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 335-344.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Rehabilitation*, 49, 224-236.

## 2. Schulungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV

Dr. Silke Brüggemann  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung führt auf der Basis wissenschaftlich erprobter Instrumente und Verfahren einrichtungsbezogene Auswertungen und vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch und meldet diese routinemäßig im Rahmen von Berichten zur Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger zurück (Klosterhuis et al. 2010). Jedes QS-Instrument und -Verfahren erlaubt eine Einschätzung der edukativen Leistungen aus einer anderen Perspektive (Bitzer et al. 2009).

In den Datenanalysen der Reha-Qualitätssicherung zu edukativen Leistungen wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Patientenschulungen werden in der medizinischen Rehabilitation durchgeführt?
2. Gibt es diesbezüglich Einrichtungsunterschiede?
3. Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungssegmenten ambulant und stationär?
4. Wie bewerten die Rehabilitanden die Schulungsqualität?
5. Werden die Reha-Einrichtungen von den Peers unterschiedlich bewertet?

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL (DRV 2007) ist ein von der Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und weiteren Experten



entwickeltes Klassifikations- und Dokumentationssystem für die während des Reha-Prozesses erbrachten Leistungen. Im KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung wurde eine Unterscheidung der edukativen Leistungen in standardisiert und nicht standardisiert vorgenommen, um dem Stellenwert der standardisierten Leistungen Rechnung zu tragen (Zander, Beckmann 2010). Anhand von KTL-Auswertungen wird gezeigt, wie sich die derzeitige Dokumentationspraxis der standardisierten versus nicht-standardisierten Schulungen abbildet.

Die Rentenversicherung ermöglicht mit der Einführung von evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für ausgewählte Krankheitsbilder eine Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses (Brüggemann 2011). Untersucht wird u. a., inwieweit die Therapievorgaben von den Reha-Einrichtungen bezüglich der evidenzbasierten Therapiemodule zu Patientenschulungen erfüllt werden. Folgende Reha-Therapiestandards werden in den Auswertungen berücksichtigt: Koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs sowie Hüft- und Knie-TEP.

Eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitanden wird von der Rentenversicherung durchgeführt (Widera 2010). Gefragt wird der Rehabilitand u. a., ob er an Leistungen zur Gesundheitsbildung und -training während der Rehabilitation teilgenommen hat und wie er – wenn er diese Frage bejaht – diese einschätzt.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren stellt das Peer Review dar. Bei dieser Begutachtung wird die Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen durch leitende Reha-Mediziner beurteilt (Baumgarten 2007). In der Checkliste und dem Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale zur somatischen Rehabilitation wird unter dem Punkt „Rehabilitationsverlauf“ der Gutachter aufgefordert, zu bewerten, ob in der Dokumentation Mängel bezüglich der adäquaten Durchführung edukativer Leistungen vorhanden sind.

Alle Präsentationsfolien der Workshops mit den indikationsspezifischen Ergebnissen der vergleichenden Qualitätsanalysen werden den Teilnehmern auf der Internetseite des Zentrums Patientenschulung zur Verfügung gestellt.

## Literatur

- Baumgarten, E., Klosterhuis, H. (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. *RVaktuell*, Jg. 54, 5, 152-154.
- Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S., (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation - Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, Jg. 48, 4, 202-210.
- Brüggemann, S. (2011). Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. *Neurologie & Rehabilitation*, Jg.17, 3, 119-123.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage.



- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, Jg. 49, 356-367.
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*, Jg. 57, 4, 153-159.
- Zander, J., Beckmann, U. (2010). Ausmaß und Struktur von dokumentierten Leistungen (KTL) zu Information, Motivation und Schulung während der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Band 88, 43-46.

### 3. Curricula der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Dr. Hartmut Bork  
Asklepios Klinik Schaufling

Patientenschulungen haben sich in den vergangenen Jahren indikationsübergreifend in vielen Fachdisziplinen als wichtiger Bestandteil der Behandlung von chronischen Erkrankungen etabliert. In Bezug auf medizinische, psychosoziale und sozioökonomische Outcome-Parameter konnten teilweise mittlere bis größere Effekte nachgewiesen werden, so dass Patientenschulungen in einigen nationalen und internationalen Leitlinien sowie Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Kostenträger mittlerweile als unverzichtbarer Therapiebaustein im Behandlungskonzept chronischer Erkrankungen angesehen werden. Ziel der Schulungen ist es dabei, über die Wissensvermittlung hinaus, praktische Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung auf Patientenseite zu erhöhen, die Einstellung des Patienten zu einem mehr eigenverantwortlichen und aktiven Umgang im Sinne eines Empowerment zu verändern und so nachteilige Folgen für den Betroffenen zu reduzieren.

Da muskuloskeletale Erkrankungen wie die Arthrose, Osteoporose und chronische Rückenschmerzen im Verlauf oftmals zu zunehmenden Funktionseinschränkungen und einer chronischen Behinderung führen und nicht unerhebliche sozioökonomische Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben, wurde - ausgehend von den positiven Erfahrungen mit Schulungsprogrammen bei anderen Indikationen - von der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC 2001 ein Arbeitskreis gegründet, der interdisziplinäre und interaktive Schulungsprogramme bei den erwähnten Erkrankungen in modularer Form entwickelte. An der Entwicklung des *Gesundheitstrainings* waren alle im Rehabilitationsbereich in die Behandlung dieser Erkrankungen primär involvierten Berufsgruppen beteiligt.



Die Programme sollen die oftmals noch üblichen ärztlichen Fachvorträge in der orthopädischen Rehabilitation ersetzen und die Gesundheitserziehung für diese Indikationen methodisch und inhaltlich standardisieren. Das Gesundheitstraining findet in geschlossenen Kleingruppen statt. Die Gruppengröße sollte zwischen 8 - 12 Teilnehmern liegen, um gruppendynamische und interaktive Prozesse zu fördern. Um eine bessere Umsetzung der Schulungsinhalte in den klinischen Alltag zu erreichen, werden für alle Schulungen mittlerweile Train-the-Trainer-Seminare angeboten.

Im Folgenden werden Module und Dauer der Schulung kurz beschrieben:

1. Gesundheitstraining „*Degenerative Gelenkerkrankungen*“:  
3 Module (Arzt/Ärztin, Sport-/Physiotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in).  
Zeitraumen ca. 3 Std.
2. Gesundheitstraining nach „*endoprothetischem Gelenkersatz*“:  
3 Module (Arzt/Ärztin, Sport-/Physiotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in).  
Zeitraumen 3 Std.
3. Gesundheitstraining „*Osteoporose*“:  
6 Module (Arzt/Ärztin, Ernährungsberater/-in, Sport/Physiotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, Psychologe/in, Sozialberater/-in). Zeitraumen 12 Std.
4. Gesundheitstraining „*Chronischer Rückenschmerz*“:  
7 Module (Arzt/Ärztin, Sport/Physiotherapeut/-in, Psychologe/in, Sozialberater/-in). Zeitraumen 16,5 Std.

#### 4. Curricula der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

Dr. Gudrun Lind-Albrecht  
RHIO Düsseldorf

Als erstes rheumatologische Patientenschulungsprogramm der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie entstand 1989 das Programm „Chronische Polyarthritiden“. Seither sind – in multizentrischen und multiprofessionellen Teams unter Beteiligung von Selbsthilfegruppen-Vertretern – für folgende weiteren Diagnosen / Diagnosegruppen standardisierte jeweils eigenständige Programme entstanden: M. Bechterew und verwandte Spondyloarthritiden, das rheumakranke Kind, SLE, Sklerodermie, Vasculitis, Fibromyalgie-Syndrom, Osteoporose, Arthrosen. Darüber hinaus wurde ein diagnoseübergreifendes Patientenschulungsprogramm zur Alltagsbewältigung entwickelt.

Für jedes der genannten Programme, die jeweils aus 6-7 Modulen aufgebaut sind, existiert ein eigenständiges Manual mit allgemeinen strukturellen und methodischen Hinweisen zur Gruppengröße, zur zielgruppengerechten Didaktik, mit spezifischer Auflistung von Lernzielen zu jedem Modul, mit Arbeitsvorlagen (Folien) und Hinweisen für die Trainer zur Erarbeitung der Lernziele, mit Handouts für die Teilnehmer und mit Feedback-Bögen. Die zuständigen Autorenteam führen regelmäßige Updates der Programme durch.

Die rheumatologische Patientenschulung geht nach der modernen Erwachsenenpädagogik mit interaktiver Arbeit in geschlossenen Kleingruppen vor, mit Erläuterung und Erarbeitung von Grundlagen, Erfahrungsaustausch, praktischen Übungen und Erarbeitung von persönlichen Umsetzungsplänen. Sie strebt über den reinen Erwerb von Wissen und Fertigkeiten hinaus die Veränderung im Bereich der Einstellungen und Wahrnehmungen, der Coping-Strategien, des Selbst-Managements und der Krankheitsbewältigung an. Mehrere der Programme sind evaluiert; es wurden über die Verbesserung der Selbstwirksamkeit und des Krankheitswissens hinaus beachtliche sozioökonomische Einsparungen aufgezeigt.

Die Curricula bestehen immer aus 2 ärztlich geleiteten Modulen zu Entstehung, Verlauf und Diagnostik sowie zur medikamentösen Therapie der jeweiligen Erkrankung, im weiteren aus mindestens 2 von Psychologen geleiteten Modulen zum Schmerzmanagement und zur Krankheitsbewältigung, aus einem ergotherapeutischen Modul (Gelenk- und Wirbelsäulenschutz) und/oder einem physiotherapeutischen Modul zu Bewegung und Sport. Im Modul „Schmerzmanagement“ und in den ergo- und physiotherapeutischen Modulen wird auch praktisch geübt. Einige Programme enthalten ein Modul zu Ernährung und Lebensstil. In mehreren Programmen arbeitet im Abschlussmodul zur Alltagsbewältigung ein geschultes Selbsthilfegruppenmitglied als Trainer mit.

Das Trainerteam ist immer interdisziplinär, jeder einzelne muss die standardisierten und manualisierten Train the Trainer Kurse (TTT) absolviert haben, in denen – bei selbstverständlich vorausgesetzter fachlicher rheumatologischer Erfahrung - die spezifisch erforderlichen didaktischen Fähigkeiten aktiv geschult werden (Grundlagen-TTT, mehrere diagnosespezifische Aufbau-TTT). Nach einer dann folgenden definierten Anzahl von supervisierten selbst durchgeführten Patientenschulungen wird ein Trainer-Zertifikat der DGRh vergeben. Für die Koordinierung des Trainerteams und den Gesamtablauf der Schulung ist ein - zusätzlich als solcher zertifizierter - Schulungsleiter erforderlich (Psychologe oder Arzt).

Die Programme sind bisher vorwiegend im stationären Bereich (Reha-Kliniken, Rheumakrankenhäuser) implementiert und eingebettet in ein umfangreiches diagnosespezifisches therapeutisches Gesamtkonzept. Im ambulanten Bereich gibt es noch Umsetzungsprobleme. Derzeit erstellt der Arbeitskreis Patientenschulung der DGRh ein an die ambulante Situation adaptiertes, aktualisiertes und diagnoseübergreifendes Programm auf der Grundlage der bestehenden Manuale.



## 5. Konzept, Durchführungspraxis und Evaluation des Curriculums Rückenschule der DRV Bund

Dr. Heiko Roßband, Dr. Mathias Hillebrand, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf  
Dr. Karin Meng, Universität Würzburg

Die aktuelle Version des Curriculum Rückenschule aus dem Gesundheitstrainingsprogramm der Deutsche Rentenversicherung Bund (Version 2010) wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts durch Mitarbeiter der Universität Würzburg und der Klinik Werra erarbeitet. In einem mehrstufigen Prozess wurde das bestehende Rahmenprogramm unter Rückgriff auf aktuelle Behandlungsevidenz bei Rückenschmerz, Leitlinien, Theorien des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens, Qualitätskriterien sowie klinische und sportwissenschaftliche Expertise systematisch überarbeitet. In einer randomisierten kontrollierten Studie hat sich die neue Rückenschulung für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen im Vergleich zu einer traditionellen, nicht-standardisierten Rückenschule in der stationären medizinischen Rehabilitation als überlegen erwiesen (Meng et al., 2009; 2011). Auch konnte die Akzeptanz des neuen Curriculums (Inhalte, Methoden, Material) durch die Rehabilitanden bestätigt werden.

Das Curriculum Rückenschule umfasst 7 Module à 55 Minuten und wird interdisziplinär durch Bewegungstherapeut/in, Arzt/Ärztin und Psychologe/in in einer geschlossenen Gruppe umgesetzt. Die Schulungsinhalte und -ziele entsprechen mit dem bio-psycho-sozialen, verhaltens- und bewegungsbezogenen Ansatz dem Paradigmenwechsel in der Behandlung von Rückenschmerz und wurden theoriegeleitet umgesetzt. Zentrales Ziel ist die Förderung eines adäquaten Bewegungsverhaltens im Alltag. Dabei werden Wissensinhalte zum Rückenschmerz und ein positives Funktionsbild des Rückens vermittelt, Rückenübungen durchgeführt, psychische Schmerzverarbeitungskomponenten reflektiert sowie der Alltagstransfer von körperlicher Aktivität durch motivationale und volitionale Elemente gefördert. Didaktisch wird ein interaktives Vorgehen mit einer hohen Patientenbeteiligung realisiert. Als Methoden werden Vortrag, Diskussion, Übung, Kleingruppenarbeit und Einzelarbeit eingesetzt. Inhaltlich abgestimmte Module sollen die Vermittlung eines einheitlichen Behandlungskonzeptes über die Professionen hinweg gewährleisten. In einem Patientenheft sind zentrale Schulungsinhalte zusammengefasst und erforderliche Arbeitsblätter bereitgestellt. Die eingesetzten Methoden sollen Empowerment und Selbstmanagement der Patienten stärken.

Beispiel zu den patientenorientierten Methoden zur Förderung von rückengerechtem Verhalten im Alltag in Modul 5: Günstige Körperhaltungen/-bewegungen werden nicht frontal durch den Schulungsleiter vermittelt. Aufbauend auf den bestehenden Kenntnissen und Erfahrungen der Patienten erarbeiten diese in Kleingruppen günstige Bewegungsformen an eigenen relevanten Bewegungsabläufen. Anschließend berichten die Kleingruppen ihre Ergebnisse. Der/die Trainer/Trainerin unterstützt die Kleingruppen bei Fragen und ergänzt wichtige Inhalte. Die Patienten werden somit zu Experten für das eigene Verhalten, mit dem Ziel, ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken



und die Selbstmanagementkompetenz im flexiblen Einsatz von Bewegungsformen im Alltag zu fördern.

Neben dem Konzept und der Evaluation wird die praktische Schulungsumsetzung in der Klinik Werra vorgestellt. Des weiteren Ansätze zur Einführung des Programms in die Routineversorgung weiterer Rehabilitationskliniken.

### **Literatur**

Meng K, Seekatz B, Roßband H, Worringer U, Vogel H, Faller H (2011). Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness-knowledge and self-management behaviors. A randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Faller, H., Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 335-344.



## **Workshop 3: Onkologische Schulung**

### **Moderation:**

**Dr. Ulrike Worringen, Janett Zander**, Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Prof. Dr. Dr. Hermann Faller**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
E-Mail: h.faller@uni-wuerzburg.de

#### **Janett Zander**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation, 10704 Berlin  
E-Mail: janett.zander@drv-bund.de

#### **Dr. Claus Derra**

Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim  
E-Mail: dr.claus.derra@drv-bund.de

#### **Dr. Hansjörg Schäfer**

Reha-Zentrum Todtmoos der Deutsche Rentenversicherung Bund  
Schwarzenbacher Straße 4, 79682 Todtmoos  
E-Mail: dr.med.hansjoerg.schaefer@drv-bund.de

#### **Dr. Matthias Richard**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
E-Mail: richard@mail.uni-wuerzburg.de

#### **Dr. Holger Hass**

Paracelsus Klinik Scheidegg, Kurstraße 5, 88175 Scheidegg  
E-Mail: dr.holger.hass@pk-mx.de

#### **Dr. Jürgen Stepien**

Paracelsus Klinik Scheidegg, Kurstraße 5, 88175 Scheidegg  
E-Mail: stepien@t-online.de



# 1. Onkologische Schulungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller  
Universität Würzburg

Unter onkologischen Schulungen/psychoedukativen Interventionen werden im Sinne der Definition des Zentrums Patientenschulung standardisierte, multimodale, interaktive Interventionen verstanden, die ein breites Spektrum von Themen wie Krankheitsinformation, Gesundheitsverhalten, Stressmanagement, Krankheitsbewältigung und psychosoziale Unterstützung beinhalten. „Standardisiert“ bedeutet das Vorhandensein eines Curriculums, in welchem die Lernziele definiert sind, und eines Manuals, in welchem die Lernziele konkretisiert und die didaktische Vorgehensweise festgelegt werden. „Multimodal“ bedeutet die Verwendung unterschiedlicher, insbesondere auch interaktiver, aktivierender didaktischer Methoden.

Im Rahmen eines systematischen Reviews mit Metaanalyse zur Effektivität psychoonkologischer Interventionen (insgesamt 198 Studien, in denen 218 Therapievergleiche vorgenommen wurden, n=22.238) konnten wir 19 Studien (n=3.857 Patienten) identifizieren, in denen eine psychoedukative Intervention evaluiert wurde. Hinsichtlich einer Verringerung von psychischen Belastung, Angst und Depressivität sowie einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ließen sich signifikante, wenn auch kleine Effekte nachweisen, die teilweise auch mittel- und langfristig (>6 Monate) aufrechterhalten wurden. Für psychoedukativen Interventionen konnte damit eine nachhaltige Wirksamkeit zur Verbesserung des psychischen Befindens und der Lebensqualität dokumentiert werden.

Mediatoranalysen zeigten, dass die günstigen Effekte auf psychisches Befinden und Lebensqualität durch weniger intrusive Gedanken, weniger Sorgen über Rezidiv und Sterben, besseres Selbstkonzept/Selbstwertgefühl und Körperbild, mehr Selbstwirksamkeit und mehr Gespräche mit der Familie über die Krankheit vermittelt wurden. In diesen Wirkfaktoren kommt zum Ausdruck, dass die Krebserkrankung nicht mehr völlig das Denken und Fühlen bestimmt, sondern die durch die Erkrankung ausgelöste Identitätskrise bewältigt wird; dass die Betroffenen sich nicht mehr so ausgeliefert, sondern besser in der Lage fühlen, selbst etwas für ihr Wohlbefinden zu tun; schließlich dass die Krankheit nicht mehr tabuisiert, sondern in den kommunikativen Austausch mit der Umwelt integriert wird. Damit werden die Auswirkungen des Einbruchs der Krebserkrankung in das Leben der Betroffenen abgemildert und die Wiedergewinnung eines „normalen Lebens“ jenseits der Krebserkrankung gefördert.

Es gibt also gute Gründe, den Stellenwert von Patientenschulungen in der onkologischen Rehabilitation zu stärken und moderne, effektive Programme noch mehr als bisher in die Routineversorgung einzuführen.



## 2. Onkologische Schulungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV

Janett Zander

Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung führt auf der Basis wissenschaftlich erprobter Instrumente und Verfahren einrichtungsbezogene Auswertungen und vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch und meldet diese routinemäßig im Rahmen von Berichten zur Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger zurück (Klosterhuis et al. 2010). Jedes QS-Instrument und -Verfahren erlaubt eine Einschätzung der edukativen Leistungen aus einer anderen Perspektive (Bitzer et al. 2009).

In den Datenanalysen der Reha-Qualitätssicherung zu edukativen Leistungen wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Patientenschulungen werden in der medizinischen Rehabilitation durchgeführt?
2. Gibt es diesbezüglich Einrichtungsunterschiede?
3. Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungssegmenten ambulant und stationär?
4. Wie bewerten die Rehabilitanden die Schulungsqualität?
5. Werden die Reha-Einrichtungen von den Peers unterschiedlich bewertet?

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL (DRV 2007) ist ein von der Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und weiteren Experten entwickeltes Klassifikations- und Dokumentationssystem für die während des Reha-Prozesses erbrachten Leistungen. Im KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung wurde eine Unterscheidung der edukativen Leistungen in standardisiert und nicht standardisiert vorgenommen, um dem Stellenwert der standardisierten Leistungen Rechnung zu tragen (Zander, Beckmann 2010). Anhand von KTL-Auswertungen wird gezeigt, wie sich die derzeitige Dokumentationspraxis der standardisierten versus nicht-standardisierten Schulungen abbildet.

Die Rentenversicherung ermöglicht mit der Einführung von evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für ausgewählte Krankheitsbilder eine Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses (Brüggemann 2011). Untersucht wird u. a., inwieweit die Therapievorgaben von den Reha-Einrichtungen bezüglich der evidenzbasierten Therapiemodule zu Patientenschulungen erfüllt werden. Folgende Reha-Therapiestandards werden in den Auswertungen berücksichtigt: Koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs sowie Hüft- und Knie-TEP.

Eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitanden wird von der Rentenversicherung durchgeführt (Widera 2010). Gefragt wird der Rehabilitand u. a., ob er



an Leistungen zur Gesundheitsbildung und -training während der Rehabilitation teilgenommen hat und wie er – wenn er diese Frage bejaht – diese einschätzt.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren stellt das Peer Review dar. Bei dieser Begutachtung wird die Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen durch leitende Reha-Mediziner beurteilt (Baumgarten 2007). In der Checkliste und dem Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale zur somatischen Rehabilitation wird unter dem Punkt „Rehabilitationsverlauf“ der Gutachter aufgefordert, zu bewerten, ob in der Dokumentation Mängel bezüglich der adäquaten Durchführung edukativer Leistungen vorhanden sind.

Alle Präsentationsfolien der Workshops mit den indikationsspezifischen Ergebnissen der vergleichenden Qualitätsanalysen werden den Teilnehmern auf der Internetseite des Zentrums Patientenschulung zur Verfügung gestellt.

## Literatur

- Baumgarten, E., Klosterhuis, H. (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. *RVaktuell*, Jg. 54, 5, 152-154.
- Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S., (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation - Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, Jg. 48, 4, 202-210.
- Brüggemann, S. (2011). Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. *Neurologie & Rehabilitation*, J.17, 3, 119-123.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. 5. Auflage.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, Jg. 49, 356-367.
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*, Jg. 57, 4, 153-159.
- Zander, J., Beckmann, U., (2010). Ausmaß und Struktur von dokumentierten Leistungen (KTL) zu Information, Motivation und Schulung während der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Band 88, 43-46.



### 3. Konzept und Manual: Curriculum Tumorerkrankungen der DRV Bund

Dr. Claus Derra, Reha-Zentrum Bad Mergentheim,  
Dr. Hansjörg Schäfer, Reha-Zentrum Todtmoos

Das „Curriculum Tumorerkrankungen“ ist die Fortentwicklung der erstmals 2003 vorgelegten Version im Rahmen des „Gesundheitstrainings in der medizinischen Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Wie schon in der ursprünglichen Fassung, sind auch jetzt die beiden Hauptschwerpunkte einerseits die kognitive Wissensvermittlung (im Sinne eines informationsfokussierten Copings) und andererseits die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung im Sinne eines problem- und emotionsfokussierten Copings.

Im Rahmen der hier vorliegenden Neufassung wurden die Module von 8 auf 6 reduziert und es wurde versucht, diese beiden Schwerpunkte enger miteinander zu verzahnen.

In den Modulen 1-3 des Curriculums steht die kognitive Wissensvermittlung im Vordergrund, in diesen Modulen werden folgende Schwerpunkte behandelt:

1. Wie entsteht eine Tumorerkrankung ?
2. Diagnose und Behandlung
3. Nachsorge

In den Modulen 4-6 wird die emotionale Verarbeitung gefördert und psychosoziale Folgen der Tumorerkrankung und der Bewältigung erörtert.

4. Umgang mit belastenden Gefühlen
5. Krankheit aktiv bewältigen
6. Unterstützende Kontakte pflegen

Wir gehen davon aus, dass durch den Austausch von Informationen und durch entlastende Gespräche innerhalb der Gruppenarbeit hilfreiche Anstöße zur Krankheitsbewältigung und zur weiteren Gestaltung des beruflichen und privaten Lebens im Sinne einer Teilhabeorientierung gegeben werden.

Die formative und summative Evaluation dieses Curriculums ist konkret geplant und wird voraussichtlich Ende 2011 beginnen.



## 4. Anpassung des Curriculums Tumorerkrankung der DRV Bund an die Indikation Mamma-Ca

Dr. Matthias Richard, Universität Würzburg,  
Dr. Claus Derra, Reha-Zentrum Bad Mergentheim,  
Dr. Hansjörg Schäfer, Reha-Zentrum Todtmoos

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universität Würzburg mit dem Reha-Zentrum Ückeritz, Klinik Ostseeblick, wird derzeit das Curriculum Tumorerkrankungen der Deutsche Rentenversicherung Bund (Autoren: H. Schäfer, C. Derra) weiterentwickelt und an die Indikation Mammakarzinom angepasst. Ziel ist es, eine manualisierte und standardisierte Patientenschulung zum Einsatz bei Brustkrebspatientinnen zu erstellen und zu evaluieren. Die Weiterentwicklung geschieht sowohl in inhaltlich-thematischer als auch in didaktisch-methodischer Hinsicht. Auf der inhaltlichen Ebene werden z. B. die bei Brustkrebs auftretenden körperlichen Beschwerden und Alltagsprobleme und deren Bewältigung fokussiert. Es kommen bewährte verhaltensmedizinische Elemente zur Emotionsregulation hinzu, und es werden Strategien zur Implementierung eines günstigen Gesundheitsverhaltens im Alltag vermittelt. Auf der didaktischen Ebene kommen verstärkt aktivierende Lehr- und Lernmethoden zum Einsatz. Die Grundzüge der Patientenschulung sowie die anlaufende Studie zur Evaluation dieses Curriculums werden vorgestellt.

Das „Curriculum Tumorerkrankungen: Mamma-Ca“ besteht aus 6 Modulen à 60 Minuten und wird in einer geschlossenen Kleingruppe interdisziplinär von Ärzten und Psychologen durchgeführt. Didaktisch wird ein überwiegend interaktives Vorgehen mit hoher Patientenbeteiligung realisiert, u.a. durch geleitetes Entdecken und gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Die Patienten sollen zum einen Informationen zur Erkrankung, ihrer Behandlung und Nachsorge erarbeiten, zum anderen Strategien zur aktiven Krankheitsbewältigung kennenlernen. Zu Letzterem zählen insbesondere kognitive und verhaltensorientierte Strategien zur emotionalen Entlastung, zum Aufbau von Wohlbefinden und sozialem Rückhalt. Diese werden anhand Mamma-Ca-spezifischer Themen, wie z. B. Lymphödeme, Selbstbild bei Mastektomie, erarbeitet.

Nach der Manualerstellung und Implementierung der Patientenschulung wird eine formative und summative Evaluation durchgeführt werden. Dies geschieht in einer Studie mit quasi-experimentellem Kontrollgruppen-Design, in welcher die Ergebnisse der bisherigen Patientenschulung (treatment as usual) mit den Ergebnissen des neuen „Curriculums Tumorerkrankungen: Mamma-Ca“ verglichen werden. Als primäre Ergebniskriterien hierfür dienen Selbstmanagementfähigkeiten, Progredienzangst und Schulfriedenheit sowie eine Reihe sekundärer Ergebniskriterien wie psychisches Befinden und Lebensqualität. Die Studie ist längsschnittlich angelegt mit 4 Messzeitpunkten zu Reha-Beginn, Reha-Ende sowie drei und 12 Monate nach der Rehabilitation.



## 5. Entwicklung und Evaluation eines Schulungskonzeptes mit der ARGE. Was bleibt in der Praxis?

Dr. Holger Hass, Dr. Jürgen Stepien  
Paracelsusklinik Scheidegg

**Einleitung und Problemstellung:** Patientenschulungen werden inzwischen als zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen gesehen. Neben übereinstimmenden Elementen wie Informationsvermittlung, Training sozialer Kompetenzen oder Hilfen zur Krankheits- und Stressbewältigung unterscheiden sich die Schulungsprogramme oft erheblich in der konzeptionellen Ausrichtung (edukativ, supportiv, expressiv), im Standardisierungsgrad und in den Möglichkeiten der praktischen Durchführung, z. B. geschlossene vs offene Gruppen, curricularer Aufbau, Durchführung durch unterschiedliche Berufsgruppen, freiwillige oder verordnete Teilnahme und weitere Faktoren.

Obwohl die Effekte stationärer Rehabilitation mittlerweile durch mehrere empirische Arbeiten als gut belegt gelten können, ist die „inkrementelle Validität“ der Schulungsprogramme am Gesamteffekt weitestgehend unklar, da die Evaluation der Patientenschulungen, die in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden, unzureichend oder gar nicht vorhanden ist.

Empirisch lassen sich deshalb kaum Aussagen darüber treffen, welchen Einfluss Variable wie zeitlicher und curricularer Aufbau, Frequenz und zeitlicher Aufwand der Schulungen, Gruppengröße, Profession der Gruppenleiter, Interdisziplinarität, Zuweisungsmechanismen und weitere Moderatorvariablen auf das Rehabilitationsergebnis haben sowohl in der Qualität der Ergebnisse (welche Effekte bringt die Schulung) als auch in der Zeitstabilität (wie lange halten die Effekte an).

**Ziele und Fragestellung der Untersuchung:** Zur Optimierung der Patientenschulung in der stationären onkologischen Rehabilitation wurde eine vergleichende empirische Untersuchung unterschiedlicher Schulungsansätze in zwei Rehabilitationskliniken bei Brustkrebs- und Prostatakrebs-Patienten durchgeführt.

**Durchführung der Studie:** An der Untersuchung nahmen 316 Patienten teil, bei denen zu drei Messzeitpunkten Variablen wie Reha-Status (IRES), Angst und Depression (HADS), Return to Work und direkte Bewertungen der Interventionen erhoben wurden.

Verglichen wurde das jeweilige klinikinterne Routineverfahren der Patientenschulungen mit einem neu entwickelten individualisierten Kleingruppenschulungsprogramm. Diese optimierte Kleingruppenschulung wurde strukturiert und manualisiert in kleinen geschlossenen Gruppen mit Therapeutenkonstanz zu 5 Themenbereichen (Module) durchgeführt. Sowohl das Routineverfahren als auch die optimierte Kleingruppenschulung wurden jeweils mit und ohne telefonische Nachsorge variiert.



**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Es konnte eine nachhaltige Wirksamkeit der Rehabilitation als synergetisches Ganzes auf die gemessenen Ergebnisparameter wie Rehasstatus, Lebenszufriedenheit, psychische Belastungen und Gesundheitsverhalten belegt werden. Katamnestisch zeigten sich signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Rehabeginn. Es zeigten sich allerdings keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der neu konzipierten Patientenschulung und dem Routineverfahren und den Variationen mit und ohne telefonische Nachsorge. Eine Anwendung des evaluierten Schulungskonzeptes hat nach dem derzeitigen Kenntnisstand keinen Vorteil gegenüber dem bisherigen Routineverfahren.



## **Workshop 4: Schulungen bei Atemwegserkrankungen**

### **Moderation:**

**Dr. Dieter Küch, Katharina Wirtgen**, Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Dr. Heiner Vogel**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
E-Mail: h.vogel@uni-wuerzburg.de

#### **Katharina Wirtgen**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation, 10704 Berlin  
E-Mail: katharina.wirtgen@drv-bund.de

#### **Dr. Konrad Schultz**

Klinik Bad Reichenhall der DRV Bayern Süd  
Salzburger Straße 8-11, 83435 Bad Reichenhall  
E-Mail: konrad.schultz@klinik-bad-reichenhall.de

#### **Dr. Wolfgang Scherer**

Reha-Zentrum Utersum der Deutsche Rentenversicherung Bund  
Uaster Jügem 1, 25938 Utersum  
E-Mail: dr.wolfgang.scherer@drv-bund.de

#### **Prof. Dr. Jürgen Fischer**

Institut für Rehabilitationsforschung, Abteilung Norderney an der Nordseeklinik  
Norderney der DRV-Westfalen, Kaiserstraße 26, 26548 Norderney  
E-Mail: fischer-norderney@t-online.de



# 1. Schulungen bei Atemwegserkrankungen in der medizinischen Rehabilitation: State of the art

Dr. Heiner Vogel  
Universität Würzburg

In der medizinischen Rehabilitation haben Schulungen für Patienten mit Erkrankungen der Atemwege einen hohen Stellenwert. Die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma Bronchiale (revidiert 2009) empfiehlt Patientenschulungen ebenso wie die Nationale Versorgungsleitlinie COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) von 2011 als Basis der Behandlung. Dies ist damit begründet, dass es für Patienten beider Indikationen stabile Evidenzen dafür gibt, dass Schulung eine Verbesserung der Lebensqualität und auch objektiver Outcomeparameter bewirkt (Anzahl Notfallbehandlungen, Hospitalisierungen, gesundheitsökonomische Folgekosten; vgl. Faller et al., 2011).

Der Schulungsstandard entspricht bei diesen Krankheitsbildern grundsätzlich dem Bad Reichenhaller Modell. Dieses wurde seit den 80er Jahren (u. a. von Petro, 1989) kontinuierlich optimiert. Es wurde frühzeitig in Empfehlungen zentraler Fachgesellschaften zum Patientenverhaltenstraining festgehalten (Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Deutsche Atemwegliga in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, 1995). Entsprechend der Grundsatzforderung getrennter Schulungsprogramme für Asthma und COPD wurde das Programm differenziert und evaluiert (Schultz et al., 2000; 2004; De Vries, 2004; Dhein et al., 2002; 2004), entsprechende Trainerfortbildungen sind etabliert (TTT-Seminar der Deutschen Atemwegliga zu COBRA und NASA). Im Folgenden werden exemplarisch moderne Schulungskonzepte für den stationären Bereich vorgestellt (vgl. [www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank](http://www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank)):

**Asthma:** Das Verhaltenstrainingsprogramm der Fachklinik Allgäu (Schultz et al., 2006) sieht 10 Einheiten vor, die aufeinander aufbauen und den Schwerpunkt auf Verhaltensänderung legen. Zielgruppe dieses stationären Programms sind erwachsene Patienten. Wichtige Inhalte des Programms sind: Vermittlung von Grundlagenwissen über Atemwegsfunktionen und das Krankheitsbild Asthma bronchiale, zur medikamentösen Therapie, Atem- und Hustentechniken, Selbstkontrolle mittels Peak-Flow-Meter sowie das Verhalten bei einem schweren Asthma-Anfall. Das Programm wird für eine Gruppe von 8 bis 12 Teilnehmern empfohlen. Zum Schulungsteam sollten Ärzte, Sozialpädagogen und Psychologen gehören.

**COPD-Schulung:** Das Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund zu Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (Scherer & Spiecker, 2010) richtet sich an erwachsene Teilnehmer. Schwerpunkte des Programms sind: Grundkenntnisse zum Verständnis der Krankheit und des Krankheitsverlaufs sowie Leben mit der Erkrankung, Akzeptanz und Verhalten im Notfall. Das Programm umfasst 4 COPD-spezifische Einheiten und ist für Gruppen mit maximal 15 Personen konzipiert. Im Schulungsteam sollten ein Arzt und ein Psychologe vertreten sein. Erweitert werden sollte das Programm um die 2 Module „Atemtechniken“ und „Medikamentöse Therapie“ aus dem Programm Asthma bronchiale.



3. Für *Asthma bronchiale* gibt es im Bereich *Kinder-/Jugendliche* die sehr verbreitete Schulung der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (A-GAS). Sie ist verknüpft mit einer intensiven Trainerausbildung, mit Vorbereitung und Schulung der Trainer, in denen Material zur Verfügung gestellt wird und regelmäßiger Nachschulungsverpflichtung. Diese Schulung ist in Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche ein Standard.

*Praxis der Patientenschulungen:* Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Reusch et al., 2011) ergab bei 1.473 befragten Einrichtungen (Rücklauf 61%), dass bei insgesamt 21 Einrichtungen der Diagnosebereich Hauterkrankungen, Allergologie, oder Pneumologie ist. 75 von 1.536 genannten indikationsbezogenen Patientenschulungen befassen sich mit Atemwegserkrankungen (1,7 %). Die Schulungen im Bereich Atemwegserkrankungen sind im Verhältnis zur eher geringen Zahl der betroffenen Patienten gut entwickelt. Es liegen positive Erfahrungen mit Schulungen vor. Die Schulungskonzepte unterscheiden sich demgemäß hinsichtlich der Didaktik, des Manualisierungsgrades und Evaluation leicht von den anderen Programmen.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Deutsche Atemwegsliga in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. (1995). Empfehlungen zum strukturierten Patiententraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. *Medizinische Klinik*, 90, 515-519.
- De Vries, U. (2004). Asthma-Patientenschulung im Rahmen ambulanter und stationärer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Dhein, Y., Münks-Lederer, C. & Worth, H. (2002). NASA - Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker. Bad Lippspringe: Deutsche Atemwegsliga.
- Dhein, Y., Otte, B., Münks-Lederer, C. & Worth, H. (2004). Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem. Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten. Bad Lippspringe: Deutsche Atemwegsliga.
- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (eingereicht). DGRW-Update Patientenschulung. Rehabilitation.
- Petro, W. (Hrsg.). (1989). Patientenschulung für Atemwegserkrankte. München: Dustri.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2011). Sind nach 5 Jahren mehr Patientenschulungen manualisiert und evaluiert und zeigen sich Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen? *DRV-Schriften*, 93, S. 178-179.
- Scherer, W. & Spiker, H. (2010). Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehem. BfA) - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Online Version 2010.



- Schultz, K. (2006). Asthma bronchiale - Das Verhaltenstrainingsprogramm der Fachklinik Allgäu - auf Basis des Bad Reichenhaller Modells [CD-ROM]. Pfronten: Fachklinik Allgäu.
- Schultz, K., Schwiersch, M., Petro, W., Mühlig, S. & Petermann, F. (2000). Individualisiertes, modular strukturiertes Patientenverhaltenstraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen in der stationären Rehabilitation. *Pneumologie*, 54, 296-305.
- Schultz, K., Szcepanski, R., Staab, D., Stachow, R. & Gass, S. (2004). Schulung und Rehabilitation bei Erwachsenen und Kindern mit allergischen Erkrankungen der Atemungsorgane und der Haut. Pfronten: Fachklinik Allgäu.

## 2. Schulungen bei Atemwegserkrankungen im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV

Katharina Wirtgen  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung führt auf der Basis wissenschaftlich erprobter Instrumente und Verfahren einrichtungsbezogene Auswertungen und vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch und meldet diese routinemäßig im Rahmen von Berichten zur Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger zurück (Klosterhuis et al. 2010). Jedes QS-Instrument und -Verfahren erlaubt eine Einschätzung der edukativen Leistungen aus einer anderen Perspektive (Bitzer et al. 2009).

In den Datenanalysen der Reha-Qualitätssicherung zu edukativen Leistungen wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Patientenschulungen werden in der medizinischen Rehabilitation durchgeführt?
2. Gibt es diesbezüglich Einrichtungsunterschiede?
3. Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungssegmenten ambulant und stationär?
4. Wie bewerten die Rehabilitanden die Schulungsqualität?
5. Werden die Reha-Einrichtungen von den Peers unterschiedlich bewertet?

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL (DRV 2007) ist ein von der Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und weiteren Experten entwickeltes Klassifikations- und Dokumentationssystem für die während des Reha-Prozesses erbrachten Leistungen. Im KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung wurde eine Unterscheidung der edukativen Leistungen in standardisiert und nicht standardisiert vorgenommen, um dem Stellenwert der standardisierten Leistungen Rechnung zu tragen (Zander, Beckmann 2010). Anhand von KTL-Auswertungen wird ge-



zeigt, wie sich die derzeitige Dokumentationspraxis der standardisierten versus nicht-standardisierten Schulungen abbildet.

Die Rentenversicherung ermöglicht mit der Einführung von evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für ausgewählte Krankheitsbilder eine Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses (Brüggemann 2011). Untersucht wird u. a., inwieweit die Therapievorgaben von den Reha-Einrichtungen bezüglich der evidenzbasierten Therapiemodule zu Patientenschulungen erfüllt werden. Folgende Reha-Therapiestandards werden in den Auswertungen berücksichtigt: Koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs sowie Hüft- und Knie-TEP.

Eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitanden wird von der Rentenversicherung durchgeführt (Widera 2010). Gefragt wird der Rehabilitand u. a., ob er an Leistungen zur Gesundheitsbildung und -training während der Rehabilitation teilgenommen hat und wie er – wenn er diese Frage bejaht – diese einschätzt.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren stellt das Peer Review dar. Bei dieser Begutachtung wird die Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen durch leitende Reha-Mediziner beurteilt (Baumgarten 2007). In der Checkliste und dem Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale zur somatischen Rehabilitation wird unter dem Punkt „Rehabilitationsverlauf“ der Gutachter aufgefordert, zu bewerten, ob in der Dokumentation Mängel bezüglich der adäquaten Durchführung edukativer Leistungen vorhanden sind.

Alle Präsentationsfolien der Workshops mit den indikationsspezifischen Ergebnissen der vergleichenden Qualitätsanalysen werden den Teilnehmern auf der Internetseite des Zentrums Patientenschulung zur Verfügung gestellt.

## Literatur

Baumgarten, E., Klosterhuis, H., (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, 5, 152-154.

Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S. (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation - Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation, Jg. 48, 4, 202-210.

Brüggemann, S. (2011): Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. Neurologie & Rehabilitation, Jg.17, 3, 119-123.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage.

Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, 356-367.

Widera, T., (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 57, 4, 153-159.



Zander, J., Beckmann, U., (2010). Ausmaß und Struktur von dokumentierten Leistungen (KTL) zu Information, Motivation und Schulung während der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 88, 43-46.

### 3. Schulungskonzept, Trainerfortbildung und Durchführungspraxis: Das Bad Reichenhaller Modell der Patientenschulung bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen

Dr. Konrad Schultz  
Klinik Bad Reichenhall

In den aktuellen nationalen und internationalen Therapie-Leitlinien gilt Patientenschulung (PS) als unabdingbarer Bestandteil der Therapie des Asthma bronchiale und der COPD. Zahlreiche Studien, insbesondere zur PS beim Asthma bronchiale, belegen auf höchstem Evidenzlevel (RCTs, Metaanalysen), dass hierdurch wichtige Verlaufsparemeter günstig zu beeinflussen sind, u.a. Notfallaufnahmen, Krankenhaustage, Arbeitsunfähigkeitstage, Lebensqualität und Kosten.

Das übergeordnete Ziel der PS ist die aktive Teilnahme der Patienten an der Bewältigung ihrer chronischen Krankheit durch Selbstüberwachen der Symptomatik und adäquate Selbstanpassung der Therapie an den jeweiligen Krankheitsschweregrad. Hierfür ist ein Patientenverhaltenstraining erforderlich, welches nicht nur auf Wissensvermittlung abzielt, sondern vor allem auf das Training notwendiger Fertigkeiten und auf Verhaltensänderungen. Ausgerichtet auf die Bedingungen der stationären Rehabilitation wurde in der Klinik Bad Reichenhall bereits vor über 25 Jahren ein Schulungsprogramm für die Gesamtgruppe der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen etabliert („Bad Reichenhaller Modell“). Dieses wurde in den letzten 15 Jahren zu einem modular strukturierten Schulungsprogramm weiterentwickelt bei dem verschiedene, unabhängig miteinander kombinierbare Schulungsmodule nach dem „Baukastenprinzip“ für jeden Patienten zu einem individuellen, bedarfsgerechten Curriculum kombiniert werden können (Schultz et al. 2000). Das Schulungscurriculum für Asthma- bzw. COPD-Patienten besteht i.d.R. aus dem einwöchigen Intensivtrainingskurs Asthma bzw. COPD und wird durch praktische Übungsstunden (Peak-Flow-Meter-Schulung/Sprayschulung) und verschiedene „Spezialschulungsmodule“ ergänzt (Tab.1). Dabei ist die Schulung hochgradig standardisiert, d.h. Schulungsinhalte, Schulungsmaterialien und Didaktik sind vorgegeben und werden einheitlich umgesetzt. Hierbei wird Wert darauf gelegt, die Schulungsinhalte nicht nur theoretisch zu vermitteln, sondern auch praktisch einzuüben und das Gelernte und Geübte dann im Rahmen der Rehabilitation auch praktisch umzusetzen, z. B. in der Sport- und Physiotherapie und den Patientengesprächen bei den Visiten. Dabei werden die Patienten insbesondere auf das Selbstmanagement von Exazerbationen vorbereitet, u.a. mittels Ausgabe von Notfallmedikamenten und Notfallplänen. Die Effektivität der PS nach dem Bad Reichenhaller



Modell wurde für Asthma- und COPD-Patienten in mehreren Studien belegt (Wittmann et al. 2007; de Vries et al. 2004).

**Tab. 1:** Aufbau der modular strukturierten Patientenschulung nach dem Bad Reichenhaller Modell

### **1. Intensivkurse „Asthma bronchiale“ bzw. „COPD“ :**

Separate einwöchige Intensivkurse zur Vermittlung der relevanten Kenntnisse und Fertigkeiten für ein krankheitsadäquates Verhalten. *Durchführung: Ärzte/in, Psychologe/in und Pflegedienstmitarbeiter/in*

- Intensiv-Wochenkurs: Asthma bronchiale
- Intensiv-Wochenkurs: Chronische Bronchitis/ Emphysem (COPD)

### **2. Praktische Übungskurse durch das Pflegepersonal**

*Durchführung Pflegedienstmitarbeiter/in der jeweiligen Station*

- Modul: Inhalative Medikamente bei Asthma und Bronchitis
- Modul: Krankheitsselbstkontrolle mittels Peak-Flow-Meter

### **3. Spezialtrainingsmodule: unterschiedliche individuell notwendige Schulungsthemen**

- Allergikertrainingsprogramm
- Modul: Therapie mit elektrischen Inhalierapparaten
- Modul: Sauerstoff-Langzeittherapie
- Modul: Schlafapnoe

### **4. Psychologische Module**

- Modul: Nichtraucher werden

## **Literatur**

de Vries, U. Asthma-Patientenschulung im Rahmen ambulanter und stationärer Rehabilitation. Regensburg: R. Roderer Verlag, 2004

Schultz, K., Schwiersch, M., Petro, W., Mühlig, S., Petermann, F.: Individualisiertes, modular strukturiertes Patientenverhaltenstraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen in der stationären Rehabilitation. *Pneumologie* 2000;54, 296 - 305

Wittmann, M, Spohn, S, Schultz, K, Pfeifer, M, Petro, W. COPD-Schulung im Rahmen der stationären Rehabilitation verbessert Lebensqualität und Morbidität. *Pneumologie* 2007;61:636-643



## 4. Schulungskonzept und Durchführungspraxis: Das Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund

Dr. Wolfgang Scherer  
Reha-Zentrum Utersum

Patientenschulung ist ein wesentlicher Bestandteil der stationären Rehabilitation. Durch aktive Erarbeitung wichtiger Kenntnisse über die Krankheit und intensive Einübung von Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung wird eine langfristige Verbesserung der Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens der Patienten erreicht.

Das Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde zunächst im Jahre 2003 in Form von Indikationsbezogenen Curricula veröffentlicht. Das Reha-Zentrum Utersum hat als damals rein pneumologische Reha-Klinik schon zuvor über viele Jahre Erfahrung in der Patientenschulung gesammelt und eigene Schulungsmodelle entwickelt. Diese wurden im Laufe der Zeit mit anderen Schulungsmodellen, insbesondere mit NASA und COBRA als ambulante Schulungsmodelle für Asthma und COPD der Deutschen Atemwegsliga abgeglichen.

Durch Überarbeitung, Ergänzung und Abbildung der bestehenden Schulungen haben sich dann die einzelnen Schulungsmodulare für die Krankheiten des Atemwegssystems ergeben und wurden durch das ebenfalls in Utersum bereits seit vielen Jahren etablierte Nichtrauchertraining ergänzt. Eine erneute komplette Überarbeitung erfolgte 2010.

So entstanden insgesamt 7 Curricula: Asthma bronchiale, COPD, Mukoviszidose, Bronchiektasen, chronische Sinusitis, Sauerstofflangzeittherapie, Tabakentwöhnung. Jedes Curriculum besteht aus mehreren aufeinander aufbauenden Modulen, die idealerweise in einer geschlossenen Kleingruppe im jeweiligen Krankheitsbild abgearbeitet werden. Für jedes Modul werden Einzelthema, Schulungsform, Dauer und die für die Leitung vorgesehene Berufsgruppe angegeben, zusätzlich die max. Gruppengröße, verwendete Materialien und die KTL Kodierung. Nach den allgemeinen Zielen des Moduls werden die einzelnen Lernziele dargestellt.

Die Darstellung entspricht einer Idealvorstellung, die so unter den gegebenen Bedingungen auch im Reha-Zentrum Utersum nur teilweise realisiert werden kann. Am Beispiel des Curriculum Asthma bronchiale werden die im Reha-Zentrum Utersum getroffenen Kompromisslösungen dargestellt, so findet zum Beispiel das Modul medikamentöse Therapie als Vortrag alle 14 Tage in einem Zusammenschluss von Asthma- und COPD-Patienten statt.

Die Diskrepanz zwischen Wunsch und tatsächlicher Umsetzbarkeit wird als Grundlage für die anschließende Diskussion dargestellt. Hierbei sollte auch über die Möglichkeiten der Leitung durch andere Berufsgruppen diskutiert werden.



## 5. Schulungen in der Reha-Leitlinie Asthma bronchiale

Prof. Jürgen Fischer  
Nordseeklinik Norderney

In der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale (NVL-Asthma) des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird die Patientenschulung an erster Stelle der nichtmedikamentösen Maßnahmen genannt. Sie stellt einen bedeutsamen Anteil bei der Kontrolle des Asthma bronchiale dar. In der NVL-Asthma wird vorwiegend auf die ambulante Patientenschulung eingegangen.

In der pneumologischen Rehabilitation kommt den edukativen Therapiemaßnahmen ebenfalls eine besondere Bedeutung zu. Die Entwicklung der Rehabilitationsleitlinie zum Asthma bronchiale der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) wurde als wesentliche Ergänzung zur NVL-Asthma für diesen Versorgungssektor vorgenommen. Auf der Basis der im Konsens definierten möglichen Therapieziele für Asthmatiker wurden in dieser Reha-Leitlinie therapeutische Maßnahmen zur Erreichung spezifischer Therapieziele zugeordnet. Hierbei handelt es sich um edukative, physikalische, psycho- und verhaltenstherapeutische, Sport- und Bewegungstherapeutische und sonstige Maßnahmen. Diese Zuordnung erfolgte auf der Basis der bekannten wissenschaftlichen Evidenz. Lagen keine Studien zu bestimmten Fragestellungen vor, so wurde im Rahmen von Delphi-Runden und einer abschließenden Konsensuskonferenz versucht einen Konsens herzustellen.

Für die Erreichung der somatischen Therapieziele:

1. Verbesserung der Atemnot
2. Verbesserung der nächtlichen Atemnot
3. Verbesserung von Schlafstörungen (Insomnie)
4. Verbesserung von Ventilationsstörung
5. Reduktion der Anfallshäufigkeit

weist die Leitlinie auf die Notwendigkeit der Durchführung eines strukturierten Asthma-schulungsprogramms hin. Dieses sollte sich mindestens an die Vorgaben des Katalogs therapeutischer Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (KTL) halten und möglichst ein bereits evaluiertes Schulungsprogramm verwenden. Ziel ist hierbei eine Verbesserung des Selbstmanagements, der Symptomkontrolle, Reduktion der Anzahl der Asthmaanfälle und der Notsituationen sowie der Arbeitsunfähigkeitstage, eine generelle Verbesserung der Lebensqualität und den Erhalt und die Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu erreichen.



## **Workshop 5: Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten**

### **Moderation:**

**Dr. Silke Kirchning, Dr. Ulrike Beckmann**, Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Referenten und Referentinnen:**

#### **Andrea Reusch, Dr. Romy Weiland**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg  
Marcusstr. 9 – 11, 97070 Würzburg  
E-Mail: a.reusch@uni-wuerzburg.de  
E-Mail: romy.weiland@uni-wuerzburg.de

#### **Dr. Ulrike Beckmann**

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, 10704 Berlin  
E-Mail: ulrike.beckmann@drv-bund.de

#### **PD Dr. Christoph Reichel**

Reha-Zentrum Bad Brückenau der Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Schlüchtener Straße 4, 97769 Bad Brückenau  
E-Mail: dr.med.christoph.reichel@drv-bund.de

#### **Dr. Harald Fischer**

Klinik Rosenberg, DRV-Westfalen, Hinter den Rosenberg 1, 33014 Bad Driburg  
E-Mail: harald.fischer@drv-westfalen.de

#### **Christine Witte**

Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV-e.V.  
Bundesgeschäftsstelle, Reinhardstraße 18, 10117 Berlin  
E-Mail: cwitte@dccv.de

#### **Thomas Tuschoff**

Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim  
E-Mail: thomas.tuschoff@drv-bund.de

#### **Dr. Dimitrios Mainos**

Reha-Zentrum Bad Mergentheim der Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim  
E-Mail: dr.dimitrios.mainos@drv-bund.de



# 1. Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten in der medizinischen Rehabilitation: State of the art“

Andrea Reusch, Dr. Romy Weiland  
Universität Würzburg

In der medizinischen Rehabilitation haben Patientenschulungen für Patienten mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselkrankheiten einen hohen Stellenwert. Die Gesellschaft für Rehabilitation von Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (GRVS, 1999) berücksichtigt in ihren Leitlinien für die Rehabilitation „Patientenberatung, -schulung, (und) Coping“. Im Folgenden werden 4 diagnosespezifische Indikationen vorgestellt:

1. Die Patientenschulung bei Typ 2 Diabetes mellitus gilt auf Grund ihrer umfangreichen Evidenz zur Wirksamkeit seit langem zum Therapiestandard (Deakin et al., 2005; Faller et al., 2011). Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat Richtlinien zur Anerkennung von strukturierten Schulungen definiert (Kulzer et al., 2002), für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nachzuweisen sind. Aktuell sind für Typ 1-Diabetiker zwei Programme anerkannt und mehrere Schulungen für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen bzw. die Insulin spritzen. Daneben wurden Schulungen für spezielle Problemlagen von Diabetikern vorgelegt, z. B. Hypertonie. Die Datenbank des Zentrums Patientenschulung enthält weitere Programme, die bisher nicht zertifiziert sind, u. a. für Menschen mit Diabetes und Neuropathie. Dieses hohe Maß an Spezifizierung der Programme spiegelt die jahrzehntelange Schulungstradition in der Diabetologie wieder.

2. Obwohl die gastroenterologischen onkologischen Erkrankungen innerhalb der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten in der medizinischen Rehabilitation die häufigsten Indikationen darstellen, existieren im deutschsprachigen Raum nur wenige standardisierte Patientenschulungen. Ein erkrankungsübergreifendes Gruppenprogramm zur Krebsbewältigung wurde von Weis vorgelegt (2006). Eine spezifische Schulung für Patienten nach Magenkarzinom war in einer randomisierten, prospektiven Studie einer reinen Vortragsreihe überlegen (Faller et al., 2009).

3. Zur Therapie der multifaktoriell bedingten Adipositas werden einzelne Behandlungsschritte entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (Hauner et al., 2007; Becker et al., 2008) kombiniert, Qualitätsanforderungen an Adipositasprogramme sind publiziert (Hauner et al., 2000). In der Datenbank für Patientenschulungen des Zentrums Patientenschulung finden sich aktuell 10 Schulungen für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche (z. B. das ambulante „MoVo-LIFE“, Göhner & Fuchs, 2007; für die stationäre Rehabilitation „Mit Bauch und Kopf“, Tuschhoff, 1996). Telefonische Nachsorgen können die Rehabilitationsmaßnahme bei Adipositas hinsichtlich des Bewegungsverhaltens nachhaltig steigern (Ströbl et al., 2011).

4. Der Rehabilitationsbedarf bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist hoch. Denn Patienten mit Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa leiden neben physi-

schen Belastungen häufig unter psychischen Belastungen. In der Datenbank für Patientenschulungen des Zentrums Patientenschulung findet sich aktuell eine nicht evaluierte 3-stündige Schulung für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In Zusammenarbeit mit der Reha-Klinik Taubertal und der DCCV e.V. in Berlin entwickelt die Universität Würzburg (Faller & Reusch) momentan eine 12-stündige stationäre und ambulante CED-Schulung mit medizinischen und psychologischen Modulen. Ziel ist es, die Effektivität dieser Schulung für die stationäre medizinische Rehabilitation und die ambulante Versorgung nachzuweisen, so dass sie in die Routineversorgung übernommen werden kann.

**Praxis der Patientenschulungen:** Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Reusch et al., 2011) ergab bei 4.719 beschriebenen Schulungsprogrammen einen Anteil von 4,3 % Diabetesschulungen und 4,1 % Schulungen für Adipositas. Die beiden Indikationen unterschieden sich hinsichtlich der Didaktik, Manualisierungsgrad und Evaluation nicht wesentlich von den anderen Programmen. Sie wurden lediglich überdurchschnittlich häufiger in Kleingruppen mit weniger als 8 Teilnehmern durchgeführt.

## Literatur

- Becker, S., Teufel, M., Rapps, N. & Zipfel, S. (2008). Interventionen zur Verhaltensänderung bei Adipositas - was ist evidenzbasiert? PiD, 4, 351-356.
- Deakin, T.A., McShane, C.E., Cade, J.E. & Williams, R. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.
- Faller, H., Koch, G.F., Reusch, A., Pauli, P. & Allgayer H. (2009). Effectiveness of education for gastric cancer patients: A controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs, Patient Education and Counseling, 76, 1, 91-98.
- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (eingereicht). DGRW-Update Patientenschulung. Rehabilitation.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Kapitel 4: MoVo-LIFE: Ein Gruppenprogramm zur Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, S. 77-173. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hauer, H., Hamann, A., Husemann, B. et al. (2007). Prävention und Therapie der Adipositas - Evidenzbasierte Leitlinie Adipositas der Deutschen Adipositas Gesellschaft, Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.
- Hauer, H., Wechsler, J.G., Kluthe, R., Liebermeister, H., Ebersdobler, H., Wolfram, G., Fürst, P. & Jauch, K.W. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Akt Ernähr Med; 25: 163-165.



- Kulzer, B., Frank, M., Gastes, U., Grüsser, M., Haak T., Hasche, H., Kemmer, F.W., Lang, E., Lütge-Twenhoefen, A., Mueller, U.A., Osterbrink, B., Philipp, A. & Unger, H. (2002). Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrolle von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen entsprechend den Empfehlungen der DDG. Diabetes und Stoffwechsel 11, 109-112.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2011). Sind nach 5 Jahren mehr Patientenschulungen manualisiert und evaluiert und zeigen sich Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen? DRV-Schriften, 93, S. 178-179.
- Ströbl, V., Knisel, W., Landgraf, U. & Faller, H. (2011). Effektivität einer telefonischen Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas 6 Monate nach der Rehabilitation. DRV-Schriften, 93, S. 46-47.
- Tuschhoff, T. (1996). Mit Bauch und Kopf - Therapiemanual zur gruppentherapeutischen Behandlung von Adipositas in der stationären Rehabilitation. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Weis, J., Heckl, U., Brocai, D. & Seuthe-Witz, S. (2006). Psychoedukation mit Krebspatienten: Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention. Stuttgart: Schattauer.
- Zillessen, E. (1996). Was leistet die Anschlussheilbehandlung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen? Z. Gastroenterol. 34 (Suppl. 2), 47-50.

## 2. Schulungen in der Gastroenterologie und bei Stoffwechselkrankheiten im Spiegel der Qualitätssicherung der DRV

Dr. Ulrike Beckmann  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung führt auf der Basis wissenschaftlich erprobter Instrumente und Verfahren einrichtungsbezogene Auswertungen und vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch und meldet diese routinemäßig im Rahmen von Berichten zur Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger zurück (Klosterhuis et al. 2010). Jedes QS-Instrument und -Verfahren erlaubt eine Einschätzung der edukativen Leistungen aus einer anderen Perspektive (Bitzer et al. 2009).

In den Datenanalysen der Reha-Qualitätssicherung zu edukativen Leistungen wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Patientenschulungen werden in der medizinischen Reha durchgeführt?
2. Gibt es diesbezüglich Einrichtungsunterschiede?

3. Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungssegmenten ambulant und stationär?
4. Wie bewerten die Rehabilitanden die Schulungsqualität?
5. Werden die Reha-Einrichtungen von den Peers unterschiedlich bewertet?

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL (DRV 2007) ist ein von der Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und weiteren Experten entwickeltes Klassifikations- und Dokumentationssystem für die während des Reha-Prozesses erbrachten Leistungen. Im KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung wurde eine Unterscheidung der edukativen Leistungen in standardisiert und nicht standardisiert vorgenommen, um dem Stellenwert der standardisierten Leistungen Rechnung zu tragen (Zander, Beckmann 2010). Anhand von KTL-Auswertungen wird gezeigt, wie sich die derzeitige Dokumentationspraxis der standardisierten versus nicht-standardisierten Schulungen abbildet.

Die Rentenversicherung ermöglicht mit der Einführung von evidenzbasierten Reha-Therapiestandards für ausgewählte Krankheitsbilder eine Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses (Brüggemann 2011). Untersucht wird u. a., inwieweit die Therapievorgaben von den Reha-Einrichtungen bezüglich der evidenzbasierten Therapiemodule zu Patientenschulungen erfüllt werden. Folgende Reha-Therapiestandards werden in den Auswertungen berücksichtigt: Koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs sowie Hüft- und Knie-TEP.

Eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitanden wird von der Rentenversicherung durchgeführt (Widera 2010). Gefragt wird der Rehabilitand u. a., ob er an Leistungen zur Gesundheitsbildung und -training während der Rehabilitation teilgenommen hat und wie er – wenn er diese Frage bejaht – diese einschätzt.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren stellt das Peer Review dar. Bei dieser Begutachtung wird die Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen durch leitende Reha-Mediziner beurteilt (Baumgarten 2007). In der Checkliste und dem Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale zur somatischen Rehabilitation wird unter dem Punkt „Rehabilitationsverlauf“ der Gutachter aufgefordert, zu bewerten, ob in der Dokumentation Mängel bezüglich der adäquaten Durchführung edukativer Leistungen vorhanden sind.

Alle Präsentationsfolien der Workshops mit den indikationsspezifischen Ergebnissen der vergleichenden Qualitätsanalysen werden den Teilnehmern auf der Internetseite des Zentrums Patientenschulung zur Verfügung gestellt.

## **Literatur**

Baumgarten, E., Klosterhuis, H., (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, 5, 152-154.



- Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S. (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation - Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, Jg. 48, 4, 202-210.
- Brüggemann, S., (2011). Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. *Neurologie & Rehabilitation*, J.17, 3, 119-123.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J., (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, Jg. 49, 356-367.
- Widera, T., (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*, Jg. 57, 4, 153-159.
- Zander, J., Beckmann, U., (2010). Ausmaß und Struktur von dokumentierten Leistungen (KTL) zu Information, Motivation und Schulung während der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Band 88, 43-46.

### 3. Konzept und Durchführungspraxis der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund

PD Dr. Christoph Reichel  
Reha-Zentrum Bad Brückenau

**Einleitung:** Die Curricula der Deutsche Rentenversicherung Bund stellen zurzeit die umfassendste Zusammenstellung von Anleitungen zur Erstellung von Gesundheitstrainingsprogrammen für die somatische Rehabilitation dar.

**Methodik:** Das Konzept des Gesundheitstrainingsprogrammes wird am Beispiel von Patienten mit Morbus Crohn (CED) unter dem Gesichtspunkt der ICF und der Ausrichtung auf den berufsbezogenen Rehabilitationserfolg analysiert. Zudem wird die Durchführungspraxis der Curricula am Beispiel der Implementierung des Curriculums für Chronisch entzündliche Darmerkrankungen in einem somatischen Rehabilitationszentrum beschrieben.

**Ergebnisse:** Es zeigt sich, dass die ICF Komponente "Aktivitäten und Partizipation" im Konzept des Curriculum des Gesundheitstrainingsprogramms für CED kaum berücksichtigt wird. Auch die Tatsache, dass Bio Marker für die ICF Komponenten Immun- und Gewichterhaltungsfunktionen gute Prädiktoren für den berufsbezogenen Reha-Erfolg darstellen, findet keine Berücksichtigung. Die Untersuchung der Durchführungs-

praxis zeigt, dass unter klinischen Bedingungen eine Stratifizierung der Rehabilitanden nach Diagnosen und berufsbezogenem Risiko aus Kapazitätsgründen wünschenswert wäre.

**Schlussfolgerung:** Bei einer nächsten grundlegenden Überarbeitung der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutsche Rentenversicherung Bund sollten die Konzepte deutlicher an der ICF ausgerichtet werden. Auch der Anwendbarkeit der Curricula unter den Bedingungen der klinischen Praxis sollte thematisiert werden.

## 4. Schulungsprogramme in der Diabetologie

Dr. Harald Fischer  
Klinik Rosenberg

Der Stellenwert der Diabetes-Schulung als Säule der Therapie ist unbestritten und gut etabliert.

Es existiert eine Vielzahl von unterschiedlich gut evaluierten Schulungsprogrammen (s. Vortrag Frau Reusch) zur allgemeinen Schulung sowie zu Spezialproblemen (z. B. BGAT, Hypos, LINDA, Neuros, DISKO, SGS, BARFUSS, MEDIAS, erektile Dysfunktion, Migrantenschulung) mit unterschiedlich hohem Grad an Evaluation. Die pharmazeutische Industrie stellt Schulungshilfen in unterschiedlicher Komplexität und Qualität zur Verfügung.

In der Praxis ergeben sich in der Diabetes-Schulung und –Behandlung im Rahmen der Rehabilitation folgende Probleme:

- heterogenes Patientengut von Erstmanifestation bis zu mehrfach Geschulten und Patienten mit „Spezialproblemen“ mit unterschiedlichen intellektuellen Voraussetzungen
- Erfüllung formaler Anforderungen durch DDG, KTL, Behandlungspfade der DRV (Typ 2- Diabetes)
- Notwendigkeit der Berücksichtigung von Komorbiditäten und unterschiedlichem Stellenwert der Diabetes-Schulung und
- Behandlung im Reha-Gesamtkonzept des Patienten

In der Praxis bedeutet das die Notwendigkeit eines modularen Schulungskonzeptes mit einem „Baukasten“ aus Grundschulung, Spezialschulungen und Einzelschulungen.

Im Reha-Alltag stellen sich folgende Herausforderungen:



- Richtige Erfassung des Schulungsbedarfes (Vorwissen, praktische Fähigkeiten, intellektuelle Leistungsfähigkeit, Priorität des Diabetes im Rahmen des Reha-Gesamtkonzeptes des individuellen Patienten) bei Aufnahme ist essentiell.
- Barrierenanalyse (wo liegen die Umsetzungsprobleme für den Patienten?) geht über reine Einschätzung des Wissensstandes hinaus und muss psychosoziale Faktoren erfassen und einbeziehen.
- Es müssen angemessene Therapieziele mit dem Patienten definiert werden.
- Das Schulungspersonal muss neben entsprechendem Wissen auch didaktische und pädagogische Fähigkeiten aufweisen.
- Für eine dauerhafte Verhaltensänderung reicht Wissensvermittlung nicht aus. Der „erlebnis- pädagogische“ Aspekt der Schulungen beinhaltet noch Potential für Verbesserungen.

## 5. Entwicklung eines Schulungsprogramms für CED-Patient/inn/en

Christine Witte, Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung  
Dr. Dimitros Mainos, Thomas Tuschhoff, Reha-Zentrum Bad Mergentheim

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojekts „PACED – Evaluation von ambulanten und stationären Schulungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmkrankheiten“ wurde in Zusammenarbeit zwischen der Universität Würzburg von der Klinik Taubertal ein Schulungsprogramm für die stationäre Rehabilitation sowie von der Deutschen Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.) für die ambulante Versorgung entwickelt. Für beide Schulungsprogramme liegen inzwischen Therapeutenmanuale, Präsentationen und Handouts für die Patienten vor. Die Schulungen wurden erprobt und formativ evaluiert. Sie umfassen sowohl patientenverständlich vermittelte medizinische Informationen, als auch psychologisch-psychotherapeutische Inhalte, mit denen die Krankheitsbewältigung unterstützt werden soll.

Die stationären Schulungen bestehen aus 5 medizinischen und 3 psychologischen Einheiten über je 60 bis 90 Minuten, die von einem Gastroenterologen/einer Gastroenterologin und einem Diplom-Psychologen/einer Diplom-Psychologin vermittelt werden. Während der stationären Rehabilitation werden die Schulungen in halbgeschlossenen



Gruppen innerhalb von rund 2 Wochen durchgeführt. In der ambulanten Versorgung findet die Schulung in einem Blockkurs innerhalb von eineinhalb Tagen statt.

In den medizinischen Einheiten werden Informationen über

- Aufbau und Funktion des Gastrointestinaltraktes
- Erscheinungsbild (Symptome, Befallsmuster), Epidemiologie und Ätiologie der CED
- Diagnostik und Therapie der CED
- Begleit- und Folgekrankheiten
- Schwangerschaft und Kinderwunsch vermittelt.

Die psychologischen Module befassen sich mit

- Aufbau von Gruppenkohäsion und Erfahrungsaustausch
- Umgang mit belastenden Gefühlen sowie
- Aktivierung von Ressourcen, Krankheitsakzeptanz und Verbesserung der Kommunikation.

Das didaktische Konzept strebt eine aktive Mitarbeit der Patienten in der Schulung sowie selbstständig zu bearbeitende Therapieaufgaben an und sieht deshalb interaktive Elemente vor.

Die summative Evaluation beginnt im Herbst 2011. Im stationären Setting wird die Wirksamkeit der psychologischen Elemente untersucht. Die Versuchsgruppe erhält die medizinischen Module sowie die psychologischen, die Placebo-Kontrollgruppe die medizinischen Module in Verbindung mit Informationen über Psychotherapie und Entspannungsübungen. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgt cluster-randomisiert.

Im ambulanten Setting wird die Wirksamkeit der Schulung (medizinische und psychologische Module) gegenüber einer Wartegruppe untersucht. Die Teilnehmer werden randomisiert der Interventions- und Wartegruppe zugewiesen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Schulung von den Patienten sehr gut bewertet und als nützlich beurteilt wird.



## **Workshop 6: Manuallerstellung und Durchführungspraxis in der Patientenschulung**

### **Silke Griebhammer**

Dr. Becker Klinikgruppe, Köln  
Parkstraße 10, 50968 Köln  
E-Mail: [sgriesshammer@dbbt.de](mailto:sgriesshammer@dbbt.de)

### **Roland Küffner**

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg,  
Marcusstraße 9-11, 97070 Würzburg  
E-Mail: [roland.kueffner@uni-wuerzburg.de](mailto:roland.kueffner@uni-wuerzburg.de)



## Manuallerstellung und Durchführungspraxis in der Patientenschulung

Silke Grießhammer, Dr. Becker Klinikgruppe  
Roland Küffner, Zentrum Patientenschulung e. V.

Die Qualität einer Patientenschulung ist in erster Linie über die Qualität des Schulungskonzeptes definiert, die sich formal im Manual der Schulung widerspiegelt. Darin sollen neben Zielen, Inhalten und methodischem Vorgehen auch Zielgruppe und Teilnehmerzahl der Schulung festgelegt sein. Zudem sollte das Manual die benötigten Schulungsunterlagen enthalten und dessen regelmäßige Überprüfung gesichert sein.

Zu den formalen Mindeststandards für Patientenschulungen hat das Zentrum Patientenschulung entsprechende Qualitätskriterien des Schulungskonzeptes über ein Delphi-Verfahren entwickelt und publiziert (Ströbl et al., 2007). Daneben haben die Schulungsdurchführung in der Routineanwendung sowie der Einbindung der Schulung in die gesamte Rehabilitation eine besondere Bedeutung (Vogel, 2007). Daher wurden durch das Zentrum Patientenschulung auch Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung konsentiert (Ströbl et al., 2009). Diese umfassen die Rahmenbedingungen (adäquater Schulungsraum, Verfügbarkeit von Medien und Materialien, geeignete Schulungszeit, Zugang zur Schulung), das Schulungsteam (Dimensionen: Organisation des Schulungsteams, Voraussetzungen der Schulungsdozenten/Einarbeitung, kontinuierliche Fortbildung der Schulungsdozenten), die Einbindung in das Klinikgesamtkonzept (Dimensionen: Schulungseinbindung, Engagement der Klinikleitung) und das kontinuierliche Qualitätsmanagement (Dimensionen: schulungsspezifisches Qualitätsmanagement, allgemeines Qualitätsmanagement).

Im Workshop werden die Qualitätskriterien des Schulungskonzeptes und der Schulungsumsetzung vorgestellt und mit den Teilnehmern diskutiert. Der besondere Schwerpunkt liegt dabei auf den Prozessen, die der Erstellung eines Manuals bzw. den Maßnahmen zur Erhöhung der Umsetzungsqualität in der Praxis zugrunde liegen.

Dabei kommen folgende Themen zur Sprache:

### **Teil 1: Erstellung eines Manuals**

- Rekapitulation der wichtigsten Aspekte aus dem Vortrag vom Vortag: Warum benötigen wir ein Manual?
- Wie ist ein Manual aufgebaut („Fallbeispiele“)?
- Elemente eines Manuals
- die Bedeutung von Lernzielen
- der Prozess der Manuallerstellung – wie soll man vorgehen?



- Best practices – Was funktioniert in der Praxis, was nicht? Welche Probleme tauchen auf?

## **Teil 2: Durchführungspraxis**

- Vorstellung der Aspekte, die die Qualität von Schulungen in der Umsetzung beeinflussen
- Möglichkeiten der erfolgreichen Etablierung „Qualität Patientenschulungen“ in der Praxis
- Praxisbeispiel Dr. Becker Klinikgruppe
- nach Bedarf: Erarbeitung konkreter Umsetzungsschritte in Kleingruppen
- gemeinsame Diskussion

## **Literatur**

- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20, 11-14.
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2009). Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Die Rehabilitation*, 48, 166-173.
- Vogel, H. (2007). Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Patientenschulung – ein Rahmenkonzept. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20, 5-10.



**Impressum**

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Abteilung Rehabilitation  
Dezernat 8023  
10704 Berlin  
Telefon: 030 865-82086  
Telefax: 030 865-82123  
Internet: [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)  
E-Mail: [gesundheitstraining@drv-bund.de](mailto:gesundheitstraining@drv-bund.de)

09/2011