

Einführung zum Gesundheits- trainingsprogramm

→ Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen
Rehabilitation



Deutsche
Rentenversicherung

Bund





Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm

Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation

Erstellt von: Antje Hoppe, Dr. Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund

Redaktion: Antje Hoppe, Jana Oehme
Deutsche Rentenversicherung Bund



Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG	3
1 GESUNDHEITSTRAININGSPROGRAMM DER DRV BUND	4
1.1 Aufbau der Curricula	6
1.2 Methoden der Patientenschulung	8
1.3 Zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen	10
1.4 Trainerkompetenzen.....	10
1.5 Interne Qualitätssicherung	11
1.6 Material und Medien	11
2 GRÖÖE UND FORM DER GRUPPEN	12
3 WER FÜHRT PATIENTENSCHULUNGEN DURCH?	14
4 ABSTIMMUNG MIT ANDEREN THERAPIEN	16
4.1 Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien	17
5 VERKNÜPFUNG VON REHA-, THERAPIE- UND LEHRZIELEN	19
6 REHA-NACHSORGE	22
7 PATIENTENSCHULUNG IN DER REHA-QUALITÄTSSICHERUNG DER DRV	23
7.1 Dokumentation der Patientenschulung mit der KTL.....	26
7.2 ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha- Therapiestandards	29
8 WIRKSAMKEIT VON PATIENTENSCHULUNGEN	31
9 WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN FÜR DIE UMSETZUNG VON PATIENTENSCHULUNGEN	33
10 LITERATUR	34
ANHANG	37



Vorbemerkung

Der erste Entwurf der Einführung in das Gesundheitstrainingsprogramm erschien im Jahre 1996. Maßgeblich mitgewirkt an der Entwicklung des Rahmenkonzepts und der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms haben der Arbeitskreis Gesundheitstraining der leitenden Ärzte der Reha-Kliniken der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) unter Leitung von Prof. Haupt gefolgt von Dr. Dossmann und Prof. Reichel, die ehemalige leitende Ärztin der BfA, Frau Dr. Korsukéwitz und der ehemalige leitende Psychologe der BfA, Herr Kijanski. Die vorliegende Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund löst das Rahmenkonzept und die Kurzeinführung aus dem Jahr 2010 ab.

Ergänzend zur vorliegenden Einführung wurde eine Praxishilfe zur Patientenschulung, Gesundheitstraining und Gesundheitsbildung erarbeitet. Die Praxishilfe gibt in kurzer Form Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Umsetzung der Patientenschulung. Die Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm vertieft die Antworten der Praxishilfe um weitere Hintergrundinformationen und spezifische Angaben zur Nutzung der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund.

Die Einführung ist ebenso wie die Praxishilfe und alle Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms im Internet unter www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Patientenschulung & Beratung > Gesundheitstraining) einzusehen und herunterzuladen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche Rollenbezeichnungen im folgenden Text gelten grundsätzlich für alle Geschlechter.



1 Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund

Patientenschulungen sind ein wesentlicher therapeutischer Baustein in der medizinischen Rehabilitation. Sie vermitteln krankheits- und behandlungsrelevantes Wissen und Fertigkeiten, die die Rehabilitanden zu einem aktiven Krankheitsmanagement motivieren.

Mit dem Ziel, die Rehabilitationseinrichtungen zu unterstützen, ihre Patientenschulungen gut zu planen und hinsichtlich der didaktischen Durchführung zu optimieren, hat die DRV Bund Schulungsunterlagen entwickelt. Unter dem Namen „Gesundheitstrainingsprogramm“ stehen 22 krankheitsspezifische Curricula und 7 krankheitsübergreifende Curricula zur Verfügung (Überblick in Tabelle 1).

Tab. 1 Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund

Orthopädie	Pneumologie
- Rückenschule (evaluiert 2009, RCT)*	- Asthma bronchiale (evaluiert 2016, CT)*
- Chronischer Schmerz	- COPD
- Osteoporose	- Bronchiektasen
- Arthrose und Endoprothesen	- Sauerstofflangzeittherapie
Kardiologie	Gastroenterologie
- Koronare Herzkrankheit (evaluiert 2012, CT)*	- Chron. entzündliche Darmerkrankungen
- Herzinsuffizienz (evaluiert 2014, RCT)*	- Chronische Pankreatitis
- Hypertonie	- Chronische Lebererkrankungen
- Antikoagulationsmanagement	- Anus praeternaturalis
- Herzklappenerkrankungen	krankheitsübergreifende Curricula
Onkologie	- Tabakentwöhnung (evaluiert 2004, BS)
- Tumorerkrankungen	- Adipositas
- Brustkrebs (evaluiert 2014, CT)*	- Gesunde Ernährung
Dermatologie	- Einführung in das Sozialrecht
- Neurodermitis constitutionalis	- Berufswegplanung
Neurologie	- Konflikte am Arbeitsplatz
- Chronischer Kopfschmerz	- Selbstmanagementmodule (evaluiert 2016, CT)*
Stoffwechselkrankheiten	
- Typ 2 – Diabetes mellitus	

RCT = randomisierte kontrollierte Studie, CT= kontrollierte Studie, BS = Beobachtungsstudie, *umfassende Schulungsunterlagen zum Curriculum (vollständig ausgearbeitetes Manual inklusive Schulungsmaterial wie Präsentationen und Patientenunterlagen) aus Forschungsprojekten stehen frei zur Verfügung

Die Curricula wurden in Kooperation mit den Reha-Zentren der DRV Bund und verschiedenen wissenschaftlichen Instituten entwickelt und manualisiert. Inhaltlich orientieren sie sich an den aktuell gültigen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften und werden in regelmäßigen Abständen fachlich überprüft, aktualisiert und weiterentwickelt.



Abb. 1 Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund

Die Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms können von den Rehabilitationseinrichtungen genutzt werden, um aus den einzelnen Modulen und Lehrzielen der Curricula ein eigenes, einrichtungsspezifisches und leitlinienangepasstes Programm für das Gesundheitstraining, abgestimmt auf die Zielgruppen wie auch auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtung, zu erstellen. Die Inhalte der Schulungsprogramme können darüber hinaus auch als Grundlage für die Erstellung von interaktiven Vorträgen oder anderer Gruppenangebote genutzt werden.

1.1 Aufbau der Curricula

Die Curricula sind in Manualen¹ hinterlegt, die alle nach dem gleichen Prinzip aufgebaut sind. Jedes Curriculum umfasst mindestens zwei Module (Schulungseinheiten). Zu Anfang eines jeden Manuals gibt es einen kurzen Überblick über das gesamte Curriculum mit seinen Lehrzielen. Für jedes Modul werden in der Folge spezifische Anforderungen formuliert (vgl. Beispiel in Tab. 2). Die Anforderungen entsprechen den Qualitätsmerkmalen für standardisierte Schulungen in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015). Ergänzt werden diese durch die Darstellung des übergeordneten Ziels des Moduls und gegebenenfalls allgemeinen Hinweisen zur Durchführung.

Tab. 2 Übersichtsseite mit Qualitätsmerkmalen, Beispiel Curriculum Tumorerkrankungen, Modul 2

Thema	Übersicht über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei Tumorerkrankungen
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden mit einer Tumorerkrankung, die für diese Schulung genügend belastbar sind
Leitung	Arzt
Raum	ruhiger Gruppenraum, Stühle im Halbkreis
Teilnehmerinnen-/ Teilnehmerzahl	maximal 15
KTL Leistungseinheit	C77 Standardisierte Schulung bei onkologischen Krankheiten
Material	Folien / Beamer, ggf. Flip-Chart

Anschließend folgen die Lehrzielseiten. Jedes Lehrziel umfasst eine Seite (siehe Beispiel in Abb. 2). Jede Lehrzielseite ist ein Schritt in der Schulung, der in fachlicher und didaktischer Hinsicht einzeln geplant werden muss. Jedes Lehrziel hat eine Kopfzeile mit den Zielebenen Wissen, Einstellung und Handlungskompetenz. Hervorgehoben ist jeweils die Zielebene, die mit dem Lehrziel erreicht werden soll.

¹ Der Begriff des Manuals wird hier im Sinne der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2015) verwendet. Nach dieser wird eine Schulung als standardisiert bezeichnet, wenn ihre Durchführung über ein Curriculum geregelt ist und zumindest auf Einrichtungsebene ein Manual für die Schulung vorliegt.



Lehrziele mit der Zielebene **Wissen** sollen in erster Linie Informationen vermitteln. Lehrziele mit der Zielebene **Einstellung** sollen einen emotionalen und kognitiven Lernprozess (Einstellungsänderung, Motivation) anregen und Denkanstöße geben. Lehrziele mit der Zielebene **Handlungskompetenz** sollen Fertigkeiten vermitteln beziehungsweise die Handlungskompetenz stärken. Die Schulungsplanung ist in didaktischer Hinsicht der entsprechenden Zielebene anzupassen. Jedes **Lehrziel** beschreibt konkret, was der Rehabilitand nach der Durchführung dieses Schulungsschritts können, tun oder wissen sollte.

CURRICULUM HERZINSUFFIZIENZ		
Modul 1: Herzinsuffizienz – was ist das und wie kann es behandelt werden?		
Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
Lehrziel		
1.6 Der Rehabilitand kann seine eigenen Medikamente den wichtigsten Medikamentengruppen zur Behandlung der Herzinsuffizienz zuordnen		
Begründung		
Zur Behandlung der Herzinsuffizienz werden viele Medikamente verschiedener Wirkstoffgruppen eingesetzt, die lebenslang in zum Teil hohen Dosen eingenommen werden müssen. Die Vielzahl der Präparate wird häufig kritisch gesehen. Der Rehabilitand soll die Funktion seiner verschiedenen Medikamente verstehen, um seine Compliance und die richtige Anwendung zu fördern. Dazu ist es hilfreich, wenn er sich einen Überblick über seine Medikamente verschafft.		
Inhalt		
<ul style="list-style-type: none">• Ziele der Medikation<ul style="list-style-type: none">– Verbesserung der Lebenserwartung, Vermeidung von Notfällen und Krankenhausaufenthalten– Stärkung des Herzens– Verbesserung der Lebensqualität durch Linderung von Symptomen• wichtige Medikamentengruppen zur Behandlung der Herzinsuffizienz• Übersicht über die eigenen Medikamente siehe Folie „Medikamentengruppen und deren Wirkung“ (Folie 04 Modul1) siehe Arbeitsblatt „Übersicht über meine Medikamente“ (Arbeitsblatt 01 Modul 1)		
Hinweise zur Durchführung		
Vortrag, Einzelarbeit		
Die Zuordnung der eigenen Medikamente zu den erläuterten Medikamentengruppen anhand des Arbeitsblatts soll als Hausarbeit bis zum Modul 5 erfolgen.		
Zeit	circa 10 Minuten	
Anmerkung		
Bei detaillierten Fragen zu den Medikamenten sollte auf die Möglichkeit verwiesen werden, diese in Modul 5 zu besprechen.		

Abb. 2 Lehrzielseite, Beispiel Curriculum Herzinsuffizienz, Modul 1, Lehrziel 1.6

Die nachfolgende **Begründung** erläutert, warum dieses Lehrziel aus didaktischer und therapeutischer Sicht für dieses Modul ausgesucht wurde.



Es folgt eine kurze Aufzählung der **Inhalte**, die in diesem Lehrziel vermittelt werden sollten. Diese sind nur stichpunktartig aufgeführt, da davon ausgegangen wird, dass die Inhalte den durchführenden Therapeuten grundsätzlich bekannt sind. Die Inhalte erfordern das Fachwissen beziehungsweise die Fachkompetenz der durchführenden Berufsgruppe.

Hinweise zur Durchführung geben didaktische Hinweise zur Gestaltung des Schaltungsschrittes. In den meisten Lehrzielen werden immer auch Informationen vermittelt. Hier wird dann von „Vortrag“ gesprochen. Diese Informationen sollten in der Regel ebenfalls immer interaktiv mit der Gruppe erarbeitet werden (vgl. Abschn. 1.2: Methoden der Patientenschulung).

Die **Zeitangabe** soll bei der Planung der Schulungseinheit als Orientierung helfen. Sie ist in keiner Weise bindend, da sie auch von der jeweiligen Gruppensituation beeinflusst wird.

Die **Anmerkungen** zum Lehrziel geben Hinweise auf Besonderheiten bei der Durchführung des Lehrziels.

Die beigegefügt **Präsentationen, Arbeitsblätter oder Informationsblätter / Handouts** dienen lediglich der Anregung zur Erstellung entsprechender Arbeitsmaterialien. Sie müssen in der Regel entsprechend den jeweiligen einrichtungsbezogenen Anforderungen angepasst, ergänzt oder gestaltet werden. Inhalte vieler Folien können in der Gruppensitzung interaktiv auf einem Flipchart erarbeitet werden und müssen nicht als Folie dargestellt werden.

1.2 Methoden der Patientenschulung

Standardisierte Patientenschulungen sollen patientenorientiert geplant und durchgeführt werden. Unterschiedliche Schulungsmethoden werden hierzu systematisch vorbereitet und eingesetzt. Die folgende Darstellung ist kurz gefasst. Ausführlichere Darstellungen der einzelnen Methoden sind im Handbuch des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung „Schulungen patientenorientiert gestalten“ beschrieben (vgl. Abschnitt 10: Literatur). Didaktische Methoden sollten in Train-the-Trainer-Fortbildungen erlangt werden.

Vortrag

Am häufigsten dient in der Patientenschulung der Vortrag der strukturierten Informationsvermittlung. Er soll interaktiv gestaltet werden, indem auf Fragen und gegebenenfalls auch auf nonverbale Äußerungen der Teilnehmenden unmittelbar eingegangen und Zeit für die Diskussion vorgehalten wird. Zur Förderung der Verständlichkeit dienen erklärende Fallbeispiele aus der Erlebnis- und Vorstellungswelt der Teilnehmenden sowie eine klare und verständliche Sprache. Notwendige Fachbegriffe müssen erklärt werden. Durch offene Fragen, Abstimmungsfragen (z. B. Aufzeigen), Schätzfragen oder rhetorische Fragen, durch Blickkontakt mit den Zuhörerenden und durch freies Sprechen werden Aufmerksamkeit und Diskussion gefördert. Grafische Darstel-



lungen von Sachverhalten erhöhen Auffassungsgeschwindigkeit und Erinnerungsvermögen. Auch vor einer größeren Gruppe muss ein Vortrag patientenorientiert umgesetzt werden. Ein guter Vortrag spricht nicht nur die Wissensebene an, sondern beinhaltet auch die Aktivierung des Publikums und seinen aktiven Einbezug. Das Vortragskonzept muss mit entsprechenden didaktischen Methoden an eine Großgruppe angepasst werden.

Gruppengespräch und Diskussion

Das Gruppengespräch hat ergründende und überprüfende Funktion und trägt zur Lebendigkeit der Veranstaltung bei. Der Schulungsleitende und die Teilnehmenden erfahren von Wissen, Vorstellungen und Überzeugungen der Mitpatienten. Dies kann einerseits für die weitere Arbeit aufgegriffen werden, andererseits wird das Wissen jedes einzelnen aktualisiert. Darüber hinaus führt dieses interaktive Vorgehen zu sogenannten sozialen Vergleichsprozessen, die besonders günstig sind für die Reflexion von Einstellungen und Verhaltensweisen. Gruppengespräche und Diskussionen sollen vom Schulungsleitenden initiiert, strukturiert und moderiert werden. Eine Diskussion ist nicht zu streng im Sinne eines Austauschs von Argumenten pro oder contra eines Themas zu interpretieren. Auch ein „Fragen in die Runde“ oder ein einfaches Gespräch zum Sammeln und Austauschen von Erfahrungen fällt in diese Kategorie. Auch hier bietet sich die grafische Darstellung an, indem Inhalte visualisiert werden (Tafel, Flipchart). Die Diskussion wird idealerweise durch eine Zusammenfassung durch den Referierenden beendet.

Übung

In Übungen sollen spezielle Verhaltensweisen und Fertigkeiten erprobt und trainiert werden. Das können beispielsweise Techniken zur Blutdruckmessung sein, Kochen unter Anleitung in der Lehrküche, bestimmte Bewegungsformen in der Rückenschule oder Rollenspiele zum Training von interaktivem Verhalten. Durch eigenes Tun und Erleben werden Motivation, Handlungskompetenz und Selbstsicherheit bezüglich späterer Verhaltensänderungen in realer Umgebung gestärkt.

Einzelarbeit

Die Einzelarbeit in der Patientenschulung dient zumeist der persönlichen, strukturierten Reflexion (Selbstbeobachtung von Symptomen, Therapie und Verhalten) und Planung von Verhaltensänderungen für die Zeit nach der Rehabilitation. Die exemplarische Vorstellung von Einzelarbeiten in der Gruppe kann das Lernen am sozialen Modell fördern.

Kleingruppenarbeit

Kleingruppenarbeit bietet ein Höchstmaß an Interaktivität und Selbstverantwortung. Ideal sind Kleingruppen von drei bis fünf Personen, aber auch Übungen in Zweiergruppen bieten sich an. Organisatorische Voraussetzungen sind präzise Arbeitsaufträge durch den Schulungsleitenden und die Vorgabe realistischer zeitlicher Strukturen. Ergebnisse können in der Gesamtgruppe vorgetragen und diskutiert werden. Der Schulungsleitende unterstützt die Kleingruppen bei ihrer Arbeit und leitet die Diskussion in der Gesamtgruppe.



Informations-, Arbeitsblätter

Angepasst an die behandelten Inhalte sollen schulungsnaher Materialien bereitgestellt werden. Das sind Informationsblätter (Handouts) oder Arbeitsblätter, die während der Schulung oder als Aufgabe für die Teilnehmenden zur Eigenreflexion oder -übung zwischen einzelnen Modulen oder nach der Schulung ausgefüllt werden. Es bietet sich an, für die Schulungen Arbeitsmappen zur Verfügung zu stellen, damit die Kopien beziehungsweise Arbeitsblätter individuell von den Rehabilitanden gesammelt werden können. Alternativ können Schulungsunterlagen auch professionell in größerer Stückzahl gedruckt werden

1.3 Zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen

Patientenschulungen sollen zu Zeiten stattfinden, in denen die Teilnehmenden aufnahmebereit sind, also am Vormittag und späteren Nachmittag. Die Mittagszeit und frühe Nachmittagszeit ist eher geeignet für Entspannungs- oder Bewegungsangebote als für Schulungen. Die Zeiten für die Schulungen sind dabei mit anderen therapeutischen und ärztlichen Maßnahmen sinnvoll abzustimmen (vgl. Abschnitt 4: Abstimmung mit anderen Therapien).

Räumliche Voraussetzungen sind wesentlich für eine angenehme Atmosphäre. Zu kleine Räume führen schnell dazu, dass sich Menschen beengt fühlen. Umgekehrt können zu große Räume Distanz und mangelnde Teilnahme induzieren. Die Räume sollen klimatisch gut einstellbar sein (verstellbare Heizung, Fenster, die zu öffnen sind). Die Rehabilitanden sollen im Halbkreis sitzen, damit sie sich gegenseitig sehen können.

1.4 Trainerkompetenzen

Fachkompetenz bedeutet nicht automatisch auch pädagogische Kompetenz. Fachkompetenz ist die Voraussetzung für die Durchführung von Patientenschulungen. Zwingend erforderlich sind jedoch zusätzliche soziale Kompetenzen und pädagogisch-didaktisches Können bei allen durchführenden Berufsgruppen. Vor allem bei der Durchführung in größeren Gruppen stellen sich auch höhere Anforderungen an die durchführenden Trainer.

Fachwissen wird in den spezifischen Ausbildungen erworben und muss regelmäßig aktualisiert werden. Soziale und pädagogisch-didaktische Kompetenzen können in Moderationskursen und insbesondere in Train-the-Trainer-Fortbildungen erworben werden. Einrichtungsintern lassen sie sich durch kollegiale Hospitation, Supervision und Feedback prüfen und verbessern. Neben Eigenstudium, einrichtungsinterner Fortbildung und Inhouse-Fortbildungen sollte der Besuch von Fachtagungen und Seminaren unterstützt werden. Spezifische Fortbildungen (z. B. Train-the-Trainer) für die Curricula der Deutschen Rentenversicherung Bund werden in der Zusammenarbeit mit dem Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. angeboten (vgl. Abschnitt 9: Weiterführende Informationen für die Umsetzung von Patientenschulungen). Einen Überblick wie Methoden patientenorientiert auf den Ebenen der Kognitionen, Motivation und Emotionen sowie Verhalten ausgerichtet werden können, gibt das



Handbuch des Zentrums „Schulungen patientenorientiert gestalten“ (vgl. Abschnitt 10: Literatur).

Eine absolvierte (gesundheits-) pädagogische Ausbildung kann zur Anwendung von didaktischen Methoden aus der Erwachsenenbildung in Patientenschulungen befähigen. Die Patientenschulung ist aber Teil der Krankenbehandlung und damit eine therapeutische Leistung, die auch die Fachkompetenz der Therapeuten benötigt.

1.5 Interne Qualitätssicherung

Organisation

Die Hauptverantwortung für das Gesundheitstraining liegt bei der fachlichen Leitung einer Rehabilitationseinrichtung. Sie legt die Verantwortung für alle Aufgaben im Gesundheitstraining nach fachlichen Gesichtspunkten fest und definiert mit dem Team die Einzelheiten des Gesundheitstrainings.

Formale Bedingungen wie Raum und Zeit etc. werden üblicherweise in vorhandenen Besprechungen (z. B. Therapieleiterbesprechung) festgelegt. Für die Neugestaltung einer Patientenschulung, für inhaltliche Weiterentwicklungen und für die regelmäßige Prüfung von Aktualität und Durchführungsqualität bietet sich eine Arbeitsgruppe beziehungsweise ein Qualitätszirkel an. Zu dessen Aufgaben gehören auch die regelmäßige Aktualisierung von Vorträgen und schriftlichen Materialien sowie die systematische interne Evaluation der Schulungen.

Evaluation

Die Evaluation (= Bewertung) der Patientenschulungen erfolgt im Rahmen der klinikinternen Rehabilitandenbefragung, gegebenenfalls auch gezielter für einzelne Module oder ein spezifisches Curriculum der Patientenschulung, um Verbesserungspotentiale zu erkunden. Eine Wissensüberprüfung anhand der Lehrziele kann darüber hinaus beispielsweise Grundlage für das ärztliche Abschlussgespräch sein, um gezielt noch defizitäre Kompetenzen ausgleichen zu können. Eine aufschlussreiche Ergänzung zu den Informationen aus der klinikinternen Rehabilitandenbefragung sind die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (vgl. Abschnitt 7: Patientenschulung in der Reha-Qualitätssicherung der DRV).

1.6 Material und Medien

Der Lernerfolg in der Patientenschulung kann durch verschiedene Medien unterstützt werden. Hierzu zählen Arbeitsblätter, Informationsblätter zum Beispiel in Form von Patientenbroschüren und die Visualisierung der Schulungsinhalte. Die Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms beinhalten diesbezüglich Anregungen, die an die eigenen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

Alle Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms können im Internet heruntergeladen werden oder als Broschüre bestellt werden (E-Mail: gesundheitstraining@drv-bund.de) (vgl. Abschnitt 9: Weiterführende Informationen für die Umsetzung von Patientenschulungen).



Für sechs Curricula liegen ausführliche Schulungsmanuale und -unterlagen vor, die im Rahmen von Evaluationsprojekten erstellt wurden. Die Curricula Rückenschule, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, und Brustkrebs wurden vollständig manualisiert und mit Patientenbroschüren, Handouts und Folien bestückt.

Für das Thema gesunde Ernährung wurden in dem Forschungsprojekt „Entwicklung und formative Evaluation von Seminarbausteinen zur Förderung gesunder Ernährung und Fortbildungen für die Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation“ (SErFo) Seminarbausteine für die ernährungstherapeutische Patientenschulung entwickelt und formativ evaluiert. Die SErFo Schulungsmaterialien und das Rahmenkonzept stehen allen Reha-Einrichtungen zur Verfügung.

Auch das krankheitsübergreifende Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa) wurde evaluiert. Neben den bereits genannten Materialien steht hier noch ein Manual zur Umsetzung des Themas in Vortragsform zur Verfügung.

Das zusätzliche Schulungsmaterial, welches von den Universitäten und Hochschulen bereitgestellt wird, kann kostenlos im Internet heruntergeladen werden. Auf der Internetseite www.reha-einrichtungen.de unter dem Pfad Infos für Reha-Einrichtungen > Patientenschulung & Beratung > Gesundheitstraining gibt es weiterführende Links.

Einen Überblick über weitere nicht kommerzielle Anbieter von Gesundheitsmedien findet sich im Anhang.

2 Größe und Form der Gruppen

Alle Patientenschulungen und Seminare sollen mit einer maximalen Teilnehmerzahl von 15 Rehabilitanden durchgeführt werden (vgl. Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL 2015). Die Teilnehmerbegrenzung soll eine Umsetzung interaktiver didaktischer Methoden und die Einbeziehung der individuellen Situationen und Problemlagen beziehungsweise Rehabilitationsziele eines jeden Rehabilitanden sicherstellen.

Die Einhaltung der geforderten **Gruppengrößen** stellt die Rehabilitationseinrichtungen jedoch nicht selten vor eine Herausforderung, so auch die Rehabilitationseinrichtungen, die an den Evaluationsstudien für die Curricula der DRV Bund (vgl. Abschnitt 8: Wirksamkeit von Patientenschulungen) teilnahmen. Diese führten die Schulungsprogramme während der Studienphase entsprechend der Vorgaben durch. Nach Studienabschluss konnten einzelne Module der Programme jedoch ausschließlich in Großgruppen weitergeführt werden. Organisatorische oder personelle Gründe machten in der Regel diese Modifikation notwendig. Insbesondere die ärztlichen Module konnten aus Ressourcen Gründen nicht weiterhin in Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern durchgeführt werden.

Die Rahmenbedingungen in einer Rehabilitationseinrichtung haben ebenfalls Einfluss darauf, ob die Patientenschulungen in **offenen oder geschlossenen Gruppen** umgesetzt werden können. In einigen Rehabilitationseinrichtungen ist es möglich, die Patientenschulung in geschlossenen und sogar in krankheitshomogenen Patientengruppen durchzuführen. Dabei werden alle Module eines Schulungsprogramms in einer



festen Reihenfolge (curricular) von allen Rehabilitanden der Gruppe gemeinsam durchlaufen. In anderen Rehabilitationseinrichtungen müssen die Patientenschulungen als offene Gruppen konzipiert und modular zusammengestellt werden. Die einzelnen Schulungseinheiten können in diesem Fall unabhängig voneinander besucht und dadurch für die Rehabilitanden individuell zusammengestellt werden.

Bei der Konzeption der Patientenschulung muss beachtet werden, dass sich manche Schulungen gut für offene Gruppen eignen, während andere Konzepte eine geschlossene Gruppe fordern. Ein geschlossenes Gruppenkonzept empfiehlt sich besonders, wenn eine vertrauensvolle Atmosphäre innerhalb der Gruppe geschaffen werden soll, weil mit den Teilnehmenden beispielsweise über psychische Belastungen oder potentiell Scham besetzte Themen (z. B. sexuelle Funktionsstörungen) gesprochen wird. In diesen Fällen kann eine geschlossene Gruppe einen vertraulichen Rahmen gewährleisten. Auch Module, die als Training konzipiert sind (z. B. bewegungstherapeutische Module im Curriculum Rückenschule) oder inhaltlich aufeinander aufbauen sollen in kleinen, möglichst geschlossenen Gruppen durchgeführt werden.

Die Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms können neben der Konzipierung der Patientenschulungen als geschlossene Gruppe mit inhaltlich aufeinander aufbauenden Modulen auch als Grundlage für die Strukturierung von offenen Gruppen mit größerer Teilnehmerzahl genutzt werden. Die Schulungsmodul haben dabei den Charakter von interaktiven Vorträgen. Der Schulende hat einen Vortrag vorbereitet. Mit gezielten Fragen ermittelt er den Wissensstand und die Bedürfnisse der Rehabilitanden und passt die Ausführungen des Vortrags daran an. Diese interaktive Form des Vortrags ermöglicht es, sich trotz großer Gruppengröße auf die Wünsche der Rehabilitandengruppe einzustellen.

Im evaluierten Curriculum Asthma bronchiale des Gesundheitstrainingsprogramms wird ein flexibler Ansatz hinsichtlich der Gruppengröße und Modulabfolge umgesetzt. Dies ermöglicht, dass Module, deren Schwerpunkt auf der Informationsvermittlung zum Beispiel zu Krankheit und Therapie liegt, in Form eines interaktiven Vortrags auch für größere Rehabilitandengruppen angeboten und dementsprechend in der KTL koordiniert werden können. Eine solche Flexibilisierung kann die Verstetigung der Umsetzung von Patientenschulungen im Therapieangebot einer Rehabilitationseinrichtung, entsprechend der personellen Ressourcen und der Bedürfnisse der Rehabilitanden, unterstützen.

Notwendig ist immer die Integration der Patientenschulungen in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Behandlung der Rehabilitanden. Untersuchungsergebnisse belegen (Brandes 2015), dass auch bei Rehabilitationseinrichtungen mit guten Qualitätssicherungsdaten das vorgehaltene Schulungsangebot deutlich variiert, wobei die Unterschiede nicht mit indikationsspezifischen Besonderheiten zu erklären waren. Vielmehr schien die Klinikphilosophie – Wahrnehmung der Zielgruppe, deren Bedürfnisse und die Anpassung des Schulungskonzepts an die Rahmenbedingungen – ursächlich für die Unterschiede zu sein. Die hohe Rehabilitandenzufriedenheit in allen diesen Kliniken zeigte, dass die jeweiligen Konzepte den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen.

Fazit für die Praxis:

Maximal 15 Teilnehmer sind ein Qualitätsmerkmal für die Codierung einer Patientenschulung in der KTL. Verschiedene Gründe, z. B. logistische oder personelle Rahmenbedingungen, können eine solche Umsetzung erschweren. Da in der Großzahl der Rehabilitationseinrichtungen Patientenschulungen in krankheitshomogenen und gleichzeitig geschlossenen Schulungsgruppen mit maximal 15 Teilnehmern nicht zu realisieren sind, bieten die Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms auch die Möglichkeit für die Strukturierung von offenen Gruppen mit größerer Teilnehmerzahl (z. B. interaktive Vorträge in Großgruppen). Module, die als Training konzipiert sind (z. B. bewegungstherapeutische Module) oder inhaltlich aufeinander aufbauen, sollen in kleinen, möglichst geschlossenen Gruppen durchgeführt werden. Wenn im Rahmen von Patientenschulungen einzelne (zum Beispiel medizinische) Module in Form von interaktiven Vorträgen mit größeren Gruppen durchgeführt werden, sollen diese inhaltlicher Bestandteil des Schulungskonzepts sein und wechselseitige Bezüge zwischen dem Vortrag und Schulungsmodulen bestehen. Wichtig ist die Einbettung in das Gesamtklinikkonzept.

3 Wer führt Patientenschulungen durch?

Grundsätzlich können alle therapeutischen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation an der Durchführung von Patientenschulungen beteiligt werden.

Im Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund wird in jedem Curriculum für jedes Modul festgelegt, welche Berufsgruppe die Leitung und Durchführung übernimmt (vgl. Abschnitt 1.1: Aufbau der Curricula). An der Durchführung der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund sind insgesamt sieben Berufsgruppen – Ärzte, Psychologen, Bewegungs- und Ernährungstherapeuten, Sozialarbeiter / Sozialpädagogen, Arzthelfer, Pflegekräfte – beteiligt. Hinzu kommt die unspezifische Gruppe der geschulten Fachkraft. Auf die ärztlichen Module, deren Schwerpunkt die Informationsvermittlung zur Krankheit und Therapie ist, entfällt ein Drittel aller Schulungseinheiten. Circa ein Viertel der Schulungseinheiten werden von der Berufsgruppe der Psychologen durchgeführt.

Neben der **methodisch-didaktischen Kompetenz** (vgl. Abschnitt 1.4: Trainerkompetenzen) ist vor allem die **Fachkompetenz** des Schulungsleiters Voraussetzung für die Durchführung einer Patientenschulung. Es ist für die Qualität der Patientenschulung unabdingbar, dass die Durchführenden die fachliche Qualifikation für die zu vermittelnden Themen haben. So müssen zum Beispiel ernährungsspezifische Themen von Diätassistenten bzw. Ökotrophologen (zum Beispiel Curriculum Gesunde Ernährung),



bewegungstherapeutische Themen wie Körperwahrnehmung von Physiotherapeuten, Sportlehrern, Sportwissenschaftlern bzw. Gymnastiklehrern (zum Beispiel Curriculum Rückenschule), psychologische Strategien zum Leben mit einer chronischen Erkrankung von Psychologen (zum Beispiel Curriculum Chronische Schmerzen) sowie medizinisches Wissen von Ärzten (zum Beispiel Curriculum Koronare Herzkrankheit) vermittelt werden. Übergreifende Themen wie die Vermittlung von Strategien zum Selbstmanagement (zum Beispiel Curriculum Generische Selbstmanagementmodule, kurz: SelMa) können von allen Berufsgruppen durchgeführt werden. Voraussetzung ist die Kenntnis des Selbstmanagementkonzeptes (vgl. Abschnitt 4.1: Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien).

Die Hauptverantwortung für die Patientenschulung liegt bei der fachlichen Leitung einer Rehabilitationseinrichtung (vgl. Abschnitt 1.5: Interne Qualitätssicherung). Gegebenenfalls kann ein Team aus unterschiedlichen, an der Patientenschulung beteiligten Berufsgruppen, gemeinsam die Zuständigkeit für die Patientenschulung übernehmen. Eine klare Regelung der Verantwortlichkeiten wirkt sich hier positiv auf die Organisation und Durchführung von Schulungen aus.

Die Qualität der Patientenschulung wird positiv beeinflusst, wenn das Schulungsteam über umfangreiche Erfahrungen verfügt und über einen längeren Zeitraum zusammenarbeiten kann. Daher ist die Organisation einer berufsgruppenübergreifenden Vernetzung wünschenswert, aber auch mit einem hohen Organisationsaufwand, z. B. bei der Koordination von gemeinsamen Besprechungszeiten, verbunden. Des Weiteren müssen ausreichend viele Mitarbeitende mit Schulungskompetenzen beteiligt sein, um eine adäquate Vertretungsregelung gewährleisten zu können. Ein stärkerer Einbezug von anderen therapeutischen Berufsgruppen, auch für derzeitigt arztzentrierte Aufgaben (z. B. Organisation und Planung von Schulungen), ist empfehlenswert.

Fazit für die Praxis:

Grundsätzlich können alle therapeutischen und medizinischen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation an der Durchführung von Patientenschulungen beteiligt werden. Sie sollen ihre fachlichen Kompetenzen einbringen und didaktisch geschult sein. Die Hauptverantwortung für die Patientenschulung liegt bei der fachlichen Leitung einer Rehabilitationseinrichtung. Das Schulungsteam sollte die Möglichkeit erhalten über einen längeren Zeitraum zusammenzuarbeiten. Ein stärkerer Einbezug von anderen therapeutischen Berufsgruppen, auch für derzeitigt arztzentrierte Aufgaben (z. B. Organisation und Planung von Schulungen), ist empfehlenswert.



4 Abstimmung mit anderen Therapien

Ein gutes Klinikkonzept für die Behandlung der Rehabilitanden beinhaltet die inhaltliche Verknüpfung zwischen den Patientenschulungen und den anderen Therapieleistungen. Um dies zu realisieren, benötigt das Reha-Team Zeit, um die Konzepte und Leistungen aufeinander abstimmen zu können.

Nicht selten überschneiden sich die Inhalte der therapeutischen Leistungen und der Patientenschulungen bereits oder sie beziehen sich aufeinander. Auch therapeutische Gruppenangebote beinhalten die Vermittlung von Wissen und verfolgen das Ziel, gesundheitsfördernde Einstellungen und Verhaltensänderungen zu initiieren. So vermitteln die Psychologen zum Beispiel in therapeutischen Gruppen Stressbewältigungsstrategien oder Strategien zur Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz, die Ergotherapeuten im Arbeitsplatztraining berufsrelevante Kompensationsstrategien und die Sozialarbeiter Informationen und Strategien für die Sicherung der beruflichen Situation. Eine klare Trennung von Schulung und sonstiger Therapie wird dabei sowohl von den Mitarbeitern als auch von den Rehabilitanden nicht immer nachvollzogen (Brandes 2015). Gute Qualität von Patientenschulungen kann daher nicht allein über die Art und Anzahl therapeutischer Leistungen bestimmt werden. Hier sichern Teambesprechungen, auch wenn sie nicht in der KTL abbildbar sind, die inhaltliche Abstimmung der einzelnen Leistungen und sind notwendig für die Behandlungscoordination.

Ein Ziel der medizinischen Rehabilitation, welches berufsgruppenübergreifend verfolgt wird, ist, dass die Rehabilitanden **Gesundheitsverhalten** (z. B. körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Entspannung) kennenlernen und dieses nach der Rehabilitation im Alltag langfristig umsetzen. Durch den Einsatz von **Selbstregulationsstrategien** wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung kann die langfristige Umsetzung von Gesundheitsverhalten gefördert werden. Die Vermittlung dieser Strategien ist Aufgabe des gesamten Reha-Teams (vgl. Abschnitt 4.1: Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien). Wer vermittelt diese Strategien? In welchem Rahmen wird die Strategie vermittelt – in der Patientenschulung, im Vortrag, in der Bewegungstherapie, in der psychologischen Gruppe, ...? Wie und wann können die Therapeuten des Reha-Teams bei ihrer Arbeit mit den Rehabilitanden darauf zurückgreifen? Diese Fragen sind kontinuierlich vom Reha-Team zu reflektieren und auf die Rahmenbedingungen der Rehabilitationseinrichtung und auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden anzupassen.

Einer besonderen Bedeutung im Rahmen der Abstimmung der Patientenschulung mit den anderen Therapien kommt dabei auch der **Therapieplanung** zu. So ist die Therapieplanung ganz wesentlich daran beteiligt, ob Schulungen kontinuierlich und regelmäßig stattfinden können. Vor allem, wenn die Patientenschulungen in geschlossenen Gruppen curricular und aufeinander aufbauend, angeboten werden, ist eine Festlegung von festen Zeiten im Therapieplan notwendig. Hilfreich kann die Erstellung von Behandlungspfaden für bestimmte Patientengruppen wie zum Beispiel Chronische Schmerzpatienten oder Patienten mit Diabetes mellitus sein.

Fazit für die Praxis:

Die inhaltliche Verknüpfung von Patientenschulungen und therapeutischen Leistungen ist eine wesentliche Voraussetzung für ein schlüssiges Gesamtbehandlungskonzept einer Rehabilitationseinrichtung. Dies ist am leichtesten zu realisieren, wenn die Therapeuten, die die Patientenschulungen durchführen, auch die therapeutischen Leistungen umsetzen. Auch eine Verknüpfung auf der konzeptuellen Ebene, kann, wenn alle Therapeuten alle Konzepte kennen, die Umsetzung eines Klinikkonzepts ermöglichen. Ein stimmiges Gesamtkonzept zu entwickeln und kontinuierlich zu pflegen, ist eine große Herausforderung für das gesamte Reha-Team. Die Instrumente des internen Qualitätsmanagements können dabei helfen.

4.1 Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien

Innerhalb der Behandlung einer chronischen Erkrankung soll der Rehabilitand eine aktive Rolle übernehmen. Er muss sein Leben mit der Erkrankung selbst in die Hand nehmen, d. h. selbst managen. Selbstmanagement ist die individuelle Fähigkeit, die eigene Erkrankung mit ihren Folgen im Alltag zu bewältigen und dadurch eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Dies bedeutet mit den Krankheitsfolgen umgehen zu lernen, bei der Behandlung mit zu wirken und selbst Aufgaben zu übernehmen (z. B. Symptombeobachtung, Medikamenteneinnahme). Häufig sind körperliche und psychosoziale Folgen (z. B. belastende Gefühle, veränderte Lebensrollen) zu bewältigen, und es sind Lebensstiländerungen (z. B. gesündere Ernährung, mehr Bewegung, Stressbewältigung) angezeigt. Obwohl der Rehabilitand zunächst einmal selbst für all diese Aufgaben verantwortlich ist, wird er von verschiedenen Gesundheitsprofessionen (z. B. Ärzte, Therapeuten, Selbsthilfeorganisationen) unterstützt und soll das soziale Umfeld (z. B. Familie, Freunde) einbeziehen. Selbstmanagement kann man als kontinuierlichen und dynamischen Prozess sehen, bei dem der Einzelne sich Ziele setzt und sein Verhalten so steuert, dass er diesen Zielen näher kommt. Es gibt somit viele Selbstmanagementthemen, die unabhängig von einer spezifischen Erkrankung sind.

Die Förderung von Selbstmanagement bedeutet, dem Rehabilitanden die entsprechenden Kompetenzen zu vermitteln und ihn zu selbstbestimmten Handeln zu befähigen. Es bedeutet beispielsweise, den Rehabilitanden darin zu unterstützen, sich über seine persönlichen Ziele klar zu werden und sich passende Ziele zu setzen. Es bedeutet, ihm dabei zu helfen, sein Handeln so zu planen, dass er diese Ziele erreichen kann. Es geht darum, mögliche Schwierigkeiten vorwegzunehmen und Strategien zu vermitteln, wie man den eigenen Fortschritt überprüfen und somit sein Handeln und

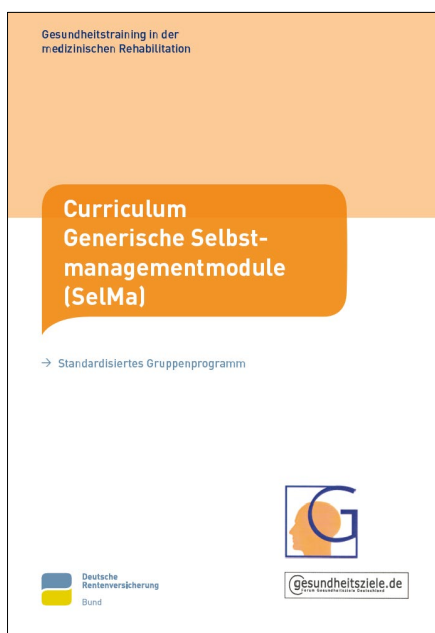


seine Ziele anpassen kann. Im Vordergrund steht also nicht die Vermittlung von Wissen, sondern das Anleiten und Einüben von Techniken zur Steuerung eigenen Handelns. Selbstmanagement bleibt dabei immer ein Prozess, der vom Rehabilitanden selbst definiert und gesteuert wird.

Ausgerichtet auf die Reha- und therapeutischen Ziele eines Rehabilitanden erfolgt in der medizinischen Rehabilitation die Förderung des Selbstmanagements des Rehabilitanden in den verschiedenen Therapien der medizinischen Rehabilitation wie zum Beispiel in ergotherapeutischen, bewegungstherapeutischen und psychologischen Leistungen. Auch im Rahmen der Lehrküche und des Einkaufstrainings durch die Ernährungstherapeuten sowie in Gruppen der Sozialen Arbeit werden die Ziele gemeinsam mit dem Rehabilitanden verfolgt. Die Ziele des Rehabilitanden werden dabei von vielen therapeutischen Berufsgruppen gleichzeitig thematisiert und kontinuierlich gemeinsam mit dem Rehabilitanden angepasst sowie die Strategien zur Umsetzung im Alltag nach der Rehabilitation erarbeitet. Dies kann gegebenenfalls zu einer Überforderung des Rehabilitanden führen (vgl. Abschnitt 5: Verknüpfung von Reha-, Therapie- und Lehrzielen).

In den letzten Jahren wurden zunehmend Konzepte zur Förderung des Selbstmanagements entwickelt, die die Rehabilitanden unterstützen, auch nach der Rehabilitation weiterhin zum Beispiel körperlich aktiv zu bleiben oder ihr Ernährungsverhalten langfristig umzustellen. Die Konzepte beruhen auf gesundheitspsychologischen Theorien der Verhaltensänderung. Allen gemein ist die Selbstmanagementstrategie der konkreten Planung der Verhaltensänderung. Wenn die Rehabilitanden zu einer Verhaltensänderung motiviert sind, können sogenannte **Handlungs- und Bewältigungspläne** einen Transfer in den Alltag unterstützen. Solche Pläne können in der Patientenschulung vermittelt und inhaltlich erarbeitet werden.

Im Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund gibt es mehrere Schulungsmodulen, die die Planung einer Verhaltensänderung (z. B. Curriculum Rückenschule, Koronare Herzerkrankung) beinhalten. Das krankheitsübergreifende **Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa)** (vergleiche Abb. 3) stellt eine Ergänzung zu den krankheitsspezifischen Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms dar. Das Ziel von SelMa ist, den Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen krankheitsunabhängig Strategien zu vermitteln, die eine erfolgreiche Umsetzung von Verhaltensänderungen im Alltag fördern. Das Angebot kann im Therapieprogramm einer Rehabilitationseinrichtung als Gruppenprogramm in drei Modulen oder als einstündiger Vortrag erfolgen (vgl. Abschnitt 1.6: Material und Medien). Es bietet die Möglichkeit, dass die therapeutischen Berufsgruppen in ihrer Arbeit mit den Rehabilitanden auf die in dieser Schulung vermittelten Strategien verweisen können.



CURRICULUM GENERISCHE SELBSTMANAGEMENTMODULE (SELMA)

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele setzen.....	1
1.1	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann die Ziele und Inhalte der Selbstmanagement-Schulung beschreiben	2
1.2	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann mögliche Ziele für zu Hause nennen	4
1.3	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann Kriterien für die Formulierung von Verhaltenszielen erklären.....	5
1.4	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann sich positive Konsequenzen von Veränderungen vorstellen und daran prüfen, welche Verhaltensziele zu ihm/ihr passen.....	6
1.5	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann entsprechend der Kriterien ein persönliches Verhaltensziel formulieren	8
2	Planen	10
2.1	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann sein/ihr ausformuliertes Ziel für zu Hause beschreiben	11
2.2	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann erklären, warum eine Handlungsplanung die Zielerreichung begünstigt.....	13
2.3	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann die Bestandteile einer Handlungsplanung beschreiben.....	14
2.4	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann eine Handlungsplanung für sein/ihr persönliches Ziel erstellen und mögliche Hindernisse beschreiben.....	17
3	Hindernisse überwinden, prüfen und belohnen.....	19
3.1	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann seinen/ihren Handlungsplan beschreiben.....	20
3.2	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann mögliche Strategien zur Überwindung von Hindernissen erklären	21
3.3	Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann Techniken zur Handlungskontrolle beschreiben und für sich eine Strategie auswählen.....	28

Abb. 3 Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa)

5 Verknüpfung von Reha-, Therapie- und Lehrzielen

Die Umsetzung der Patientenschulung in den Rehabilitationseinrichtungen sollte an den individuellen Bedürfnissen und Therapiezielen des Rehabilitanden ausgerichtet sein. Die Vereinbarung von Reha-Zielen mit jedem einzelnen Rehabilitanden ist dabei eine Voraussetzung.

Reha-Ziele umfassen die übergeordneten Ziele eines Rehabilitanden für die gesamte Rehabilitation (Zeit der Vorbereitung, während der Reha, nach der Reha bis hin zu übergeordneten gesundheitsbezogenen Lebenszielen). Dies können zum Beispiel die Rückkehr zur Arbeit, die Steigerung der psychischen oder körperlichen Belastbarkeit sowie die Steigerung der körperlichen Aktivität sein (vgl. www.reha-ziele.de).

Gespräche über die Reha-Ziele zwischen Behandler und Rehabilitand zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme sind zur ersten Abstimmung und Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wichtig. Hierbei sollten besondere Bedarfe des Rehabilitanden (z. B. geschlechtsspezifisch) geklärt und berücksichtigt werden. Auch mögliche kulturelle oder religiöse Einstellungen müssen reflektiert werden.



Die Zielarbeit kann aber auch in Gruppenprogrammen und Patientenschulungen erfolgen. Wichtig ist, dass das Reha-Team über die vereinbarten Reha-Ziele, deren Entwicklung und Erfüllung kontinuierlich informiert ist. Dies muss in den Dokumentationen und Strukturen einer Einrichtung organisiert werden. Vor dem Hintergrund der Reha-Ziele erfolgt die konkrete Formulierung der Therapieziele.

Therapieziele bezeichnen die Ziele einer therapeutischen Intervention in der medizinischen Rehabilitation (z. B. Steigerung der Beweglichkeit, Steigerung der Entspannungs- oder Konzentrationsfähigkeit). Die Therapieziele werden von den jeweiligen Therapeuten mit dem Rehabilitanden erarbeitet.

In den meisten Patientenschulungsprogrammen sind sogenannte **Lehrziele** hinterlegt. Die Lehrziele helfen bei der Planung einer Patientenschulung. Sie geben an, was die Rehabilitanden aus Sicht der Schulenden am Ende der Schulungseinheit gelernt haben sollten. Ausgehend von den Lehrzielen und den Bedürfnissen der Rehabilitanden werden die didaktischen Methoden während der Umsetzung einer Patientenschulung ausgewählt und eingesetzt. Die Lehrziele der Schulung sollten mit den Therapiezielen der Rehabilitanden verknüpft sein. Beispielsweise wäre das Therapieziel Steigerung der Beweglichkeit mit dem Schulungslehrziel Planung von Bewegungsverhalten im Alltag verknüpft. Hierzu würde aus didaktischer Perspektive in der Schulung von allen Teilnehmern ein schriftlicher Handlungsplan erstellt.

Wie viele Ziele sind sinnvoll? In der Regel wird eine Vereinbarung von maximal drei bis fünf Reha-Zielen wie zum Beispiel Gewichts- und Stressreduktion, Steigerung der Ausdauer und der Entspannungsfähigkeit oder auch die Beschränkung auf ein einzelnes, gut durchdachtes Reha-Ziel empfohlen. Dies könnte für einen übergewichtigen Rehabilitanden mit Diabetes mellitus zum Beispiel die Ernährungsumstellung sein, welche langfristig zu positiven Effekten auf das Gewicht, die Beweglichkeit und die Blutzuckerwerte führt. Für Vorsätze auf der Ebene der Verhaltensänderung sind maximal zwei bis drei Empfehlungen erfolgsversprechend. Die Auswahl der Schulungen und Therapien muss an den übergeordneten Reha-Zielen und den erwünschten Verhaltensänderungen ausgerichtet sein. Koronare Herzerkrankungen zum Beispiel können durch unterschiedliche Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stress etc. negativ beeinflusst werden. Wenn die Reha-Ziele eines Rehabilitanden vor allem die Steigerung der körperlichen Aktivität und die Umstellung auf eine gesundheitsfördernde Ernährung fokussieren, dann sollten in Therapien und Patientenschulungen entsprechende Therapieziele (z. B. Steigerung der Ausdauer, geeignete Menüs zusammenstellen können und Optimierung des Transfers der Gesundheitsverhaltensweisen in den Alltag) formuliert und bearbeitet werden.

Gemeinsam mit dem Rehabilitanden soll das Reha-Team, vornehmlich der aufnehmende Arzt, Reha-Ziele erarbeiten, die realistisch erreichbar sind, gegebenenfalls können abgestufte Zielerreichungsgrade formuliert werden. Die Festlegung der Zielschwierigkeit sollte auf einem mittleren Niveau liegen, um eine Über- aber auch Unterforderung des Rehabilitanden zu vermeiden. Eine Staffelung in kurzfristige und



längerfristige Ziele kann sinnvoll sein, um einen überschaubaren Zeithorizont für eine effektive Zielverfolgung umzusetzen (vgl. www.reha-ziele.de). Ein häufig formuliertes Reha-Ziel ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Dieses langfristige Ziel kann zum Beispiel durch das Erlernen von Strategien zur besseren Stress- oder Schmerzbewältigung erreicht werden. Zu Beginn der Rehabilitation wird mit dem Rehabilitanden besprochen, welche kurzfristigen Ziele während der zeitlich begrenzten Rehabilitation realistisch erreicht werden können. Dies können zum Beispiel das Erlernen eines Entspannungsverfahrens zur Schmerzbewältigung sowie die Verbesserung der Beweglichkeit mittels gezielter Übungen und der Erstellung eines Eigenübungsprogramms sein. Eine Anpassung der Reha-Ziele im Verlauf der Rehabilitation erfolgt kontinuierlich in den Facharztgesprächen und Visiten.

Entsprechend seiner Reha-Ziele und dem vorliegenden Krankheitsbild erhält der Rehabilitand neben den therapeutischen Angeboten Vorträge, Seminare und Schulungen, in welchen ihm Krankheits- und gesundheitsbezogene Informationen vermittelt werden. Eine solche individuelle Therapieplanung ist auch mit den Anforderungen der Reha-Therapiestandards (RTS) vereinbar, die in den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) immer einen Mindestanteil von unter 100 % der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden vorgeben (vgl. Abschnitt 7.2: ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards).

Zum Reha-Ende erfolgt in der Regel im Rahmen des Abschlussgesprächs durch den behandelnden Arzt die Überprüfung der Zielerreichung während der Rehabilitation, die Absprache der Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation und die Planung der Reha-Nachsorge (vgl. Abschnitt 6: Reha-Nachsorge).

Fazit für die Praxis:

Die Umsetzung der Patientenschulung in den Rehabilitationseinrichtungen sollte an den individuellen Bedürfnissen und Therapiezielen des Rehabilitanden ausgerichtet sein. Die Vereinbarung von Reha-Zielen mit jedem einzelnen Rehabilitanden ist dabei eine Voraussetzung. Wichtig ist, dass das Reha-Team über die vereinbarten Reha-Ziele, deren Entwicklung und Erfüllung kontinuierlich informiert ist. Vor dem Hintergrund der Reha-Ziele erfolgen die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen und die konkrete Formulierung der Therapieziele. Es ist empfehlenswert, maximal zwei bis drei Ziele auf der Ebene der Verhaltensänderung (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität und Umstellung auf eine gesundheitsfördernde Ernährung) zu verfolgen.



6 Reha-Nachsorge

Die Planung der Reha-Nachsorge erfolgt gemeinsam mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebens- und Arbeitssituation. Motivation und Nachsorgebereitschaft zu fördern, ist eine wichtige Aufgabe des gesamten Reha-Teams, die insbesondere in der Patientenschulung, aber auch in den übrigen Elementen der Rehabilitation (z. B. in der Bewegungstherapie) zu leisten ist (vgl. Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 17 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung DRV 2017). Neben vielfältigen Bemühungen im Rehabilitationsverlauf sollte spätestens gegen Ende der Rehabilitation ein gezieltes zusammenfassendes Nachsorgegespräch erfolgen. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden geht es darum, den konkreten Nachsorgebedarf zu definieren, die Möglichkeiten für die wohnortnahe Umsetzung der Nachsorge und die Bewältigung potentieller Hindernisse zu besprechen und gegebenenfalls unterstützende Maßnahmen zu planen und zu initiieren. Die Erstellung eines schriftlichen Nachsorge-Plans kann zur Stärkung der Motivation und der Verbindlichkeit der Entscheidung zur Nachsorge beitragen.

Patientenschulungen werden im Rahmen von Nachsorgeangeboten nur selten weitergeführt. Sie können gegebenenfalls Inhalt eines multimodalen Nachsorgeangebots wie zum Beispiel der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der DRV sein.

Daher ist es Aufgabe der Patientenschulung, bereits während der Rehabilitation Strategien zur Förderung der Nachhaltigkeit von Lebensstiländerungen zu vermitteln. Dies können zum Beispiel Selbstmanagementstrategien wie die Erarbeitung von Handlungs- und Bewältigungsplänen sein (vgl. Abschnitt 4.1: Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien).

Die langfristige Umsetzung von Lebensstiländerungen nach der Rehabilitation ist für viele Rehabilitanden eine große Herausforderung. Daher ist eine weiterführende Unterstützung in einer Nachsorge sinnvoll. Alternativ zur herkömmlichen face-to-face-Reha-Nachsorge können hier auch telematisch assistierte Reha-Nachsorge-Angebote zum Einsatz kommen. Die **digitale Nachsorge** wird dabei auf der Basis elektronischer Plattformen via Internet erbracht. Von der Deutschen Rentenversicherung wurden diesbezüglich bereits Anforderungen formuliert (vgl. www.reha-nachsorge-drv.de; DRV 2017).

Fazit für die Praxis:

Für einen Teil der chronisch Erkrankten ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg auch anhaltend zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, die berufliche Wiedereingliederung und den Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen, bietet die in der Regel wohnortnahe Reha-Nachsorge. Die DRV bietet ihren Versicherten bedarfsorientierte ausdifferenzierte Nachsorge an. Alternativ können zukünftig auch Angebote der digitalen Nachsorge genutzt werden.

7 Patientenschulung in der Reha-Qualitätssicherung der DRV

Die Deutsche Rentenversicherung als Träger, Federführer und Beleger von stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen hat das Ziel, die medizinische Rehabilitation bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und ihre Qualität und Wirksamkeit ständig weiter zu verbessern. Dafür setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein, in denen auch die Patientenschulung als Teil der umfassenden Behandlung von Rehabilitanden ein wichtiger Bestandteil ist.

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Anforderungen an die Qualitätsmerkmale einer Patientenschulung werden von der Deutschen Rentenversicherung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) beschrieben. Als standardisierte Patientenschulung werden curriculare Patientenschulungsprogramme bezeichnet, die in einem Schulungsmanual hinterlegt sind. Die Qualitätsmerkmale beinhalten Mindeststandards zur durchführenden Berufsgruppe, möglichen Zusatzqualifikationen, dem medizinischen Fachgebiet, in dem die therapeutische Leistung erbracht werden soll, Indikation, Therapieziel, Mindestdauer, Mindestanzahl an Leistungen im angegebenen Zeitraum (Frequenz), Maximalangabe für die Größe der Rehabilitandengruppe sowie weitere Hinweise zu Leistungsinhalten und ähnliche Leistungen (vgl. Abb. 4).

C Information, Motivation, Schulung

C65 Aktive Rückenschule

Dokumentationscodes

C651 Standardisierte aktive Rückenschule
C652 Nicht-standardisierte aktive Rückenschule

Qualitätsmerkmale

Berufsgruppe:	multiprofessionelle Leistungserbringung: alle qualifizierten Berufsgruppen
Zusatzqualifikation:	mit Zusatzqualifikation in Moderation und Gruppenarbeit
Fachgebiet:	fachgebietsübergreifend
Indikation:	(chronische) Rückenschmerzen, Zustand nach operativem Eingriff an der Wirbelsäule
Therapieziel:	Stärkung gesundheitlicher Ressourcen durch Verbesserung motorischer Fähigkeiten, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Erlernen von Entspannungstechniken, Erwerb von Stressmanagementkompetenzen, Vermittlung von Informationen zu und Einüben von rückenfreundlichen Verhaltensweisen in Beruf und Alltag, Motivation zu einer langfristigen gesundheitsorientierten Verhaltensänderung
Mindestdauer:	45 Minuten
Frequenz:	mindestens 6 mal pro Rehabilitation
Anzahl Rehabilitanden:	maximal 15 Rehabilitanden
Weitere Hinweise:	aufeinander abgestimmte Leistungserbringung unterschiedlicher Therapiebereiche z. B. Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Psychologie

Abb. 4 Qualitätsmerkmale in der KTL für das Beispiel C651 Standardisierte aktive Rückenschule



Die Erfüllung der Qualitätsmerkmale dient der Sicherstellung einer professionellen Leistungserbringung und eines positiven Effektes der Therapie. Die Dokumentation der Patientenschulung in der KTL wird in Abschnitt 7.1 dargestellt.

Mit der KTL werden ausschließlich therapeutische Leistungen mit einer Therapeuten-Patienten-Bindung dokumentiert. Teambesprechungen, die für eine multiprofessionelle Konzepterstellung, Organisation, Planung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Patientenschulung notwendig sind, sind daher nicht enthalten.

In Berichten zur Qualitätssicherung erhalten die Rehabilitationseinrichtungen, bei denen die Deutsche Rentenversicherung Federführer ist, regelmäßig Rückmeldung über die Auswertungen zu den erbrachten beziehungsweise dokumentierten therapeutischen Leistungen im Vergleich zu fachgebietsbezogenen Rehabilitationseinrichtungen. Die Daten dienen der internen Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen und der Bewertung der Rehabilitationseinrichtungen durch die Rentenversicherungsträger.

Reha-Therapiestandards (RTS)

Reha-Therapiestandards geben dem therapeutischen Team Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung von Therapien für definierte Rehabilitandengruppen (vgl. Tab. 5). Die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) in ihrer Gesamtheit bilden den Rahmen, innerhalb dessen sich eine evidenzbasierte medizinische Rehabilitation abspielen sollte. Die Auswahl der jeweiligen Leistungen aus dem ETM orientiert sich dann am individuellen Bedarf der Rehabilitanden und dem gemeinsam vereinbarten Reha-Ziel (vgl. Abschnitt 5: Verknüpfung von Reha-, Therapie- und Lehrzielen). Das Spektrum der therapeutischen Leistungen in den ETMs wird über die KTL-Codes der KTL 2015 abgebildet. Die KTL definiert hierbei auch die Qualitätsanforderungen an die EinzelLeistungen. In allen Reha-Therapiestandards sind ETMs zum Thema Patientenschulung definiert und werden im Abschnitt 7.2 näher erläutert.

Tab. 5 Reha-Therapiestandards im Überblick

Reha-Therapiestandards

Alkoholabhängigkeit

Brustkrebs

Chronischer Rückenschmerz

Depressive Störungen

Diabetes mellitus Typ 2

Hüft- und Knie-TEP

Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis

Koronare Herzkrankheit

Schlaganfall – Phase D

Im Rahmen der Berichte zur Reha-Qualitätssicherung wird den Reha-Einrichtungen regelmäßig mitgeteilt, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitanden den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt.

Rehabilitandenzufriedenheit

Durch eine kontinuierliche monatliche Stichprobenerhebung und Befragung (8 - 12 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation) wird sowohl die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot, als auch der Erfolg der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht erfasst. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit dem Gesundheitstraining während ihrer Rehabilitation wird mit Angaben zu Patientenschulungen und Vorträgen erhoben. Es wird erfragt, ob die Rehabilitanden an Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen haben und wenn ja, dann sollen diese auf einer 5-stufigen Skala sehr schlecht – schlecht – teils, teils – gut – sehr gut) beurteilt werden (vgl. Abb. 5).

Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha

**Haben Sie an folgenden Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen?
Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

Zu den Themen Ernährung, (Über-)Gewicht und Gewichtsabnahme?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, nicht teilgenommen	Ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut

Zu den Themen Stress und Stressabbau?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, nicht teilgenommen	Ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut

Abb. 5 Rehabilitandenbefragung, Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining während der Reha

Insgesamt werden folgende Themenbereiche erfragt: Ernährung, (Über-) Gewicht und Gewichtsabnahme, Stress und Stressabbau, Schmerz und Schmerzbewältigung, Bewegung, Bewegungsmangel, Sport und Herz-Kreislauf-System, krankheitsbezogene Themen wie z. B. Rheuma, Diabetes, Asthma, Rückenprobleme etc., Alltagsdrogen wie z. B. Nikotin, Alkohol, andere Drogen. Zusammenfassend wird die Kategorie „Zufriedenheit mit den Schulungen, Vorträgen“ auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) dargestellt. Eine getrennte Erfragung zu Vorträgen und Schulungen erfolgt nicht, denn es ist unklar, inwieweit Rehabilitanden diese Abgrenzung nachvollziehen können.

Visitationen

Durch ein standardisiertes Visitationsverfahren werden die Qualitätsdaten „vor Ort“ durch die Rentenversicherungsträger bewertet. Auch hier ist das Gesundheitstraining bei der Bewertung der therapeutischen Leistungen ein wichtiger Bestandteil. So werden im Bereich „Information, Motivation, Schulung“ die Organisation und die Angebote (Schulungskonzept vorhanden, indikationsspezifische Angebote angemessen, Durchführung interdisziplinär, curricular, interaktiv ausgerichtet, regelmäßige Aktualisierung) auf einer 5-stufigen Skala (Anforderungen übertroffen – Anforderungen erfüllt – leichte Mängel – deutliche Mängel – gravierende Mängel) bewertet und erläutert. Zusätzlich werden die Schulungen im Gespräch mit Rehabilitanden bewertet. Die Visitoren haben die Möglichkeit, die Einrichtung mit ihren Mitarbeitern und Angeboten unter dem Gesichtspunkt der Patientenorientierung und der Qualitätsorientierung der Funktionsabläufe zu beurteilen. Die Einrichtungen können einrichtungsbezogene Faktoren wie Besonderheiten im Konzept des Gesundheitstrainings und Zusammenarbeit im Reha-Team, die möglicherweise einen entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisqualität haben, verdeutlichen.

7.1 Dokumentation der Patientenschulung mit der KTL

Für die Dokumentation der erbrachten Therapieleistungen im Bereich Patientenschulungen werden vornehmlich die Codes aus dem Kapitel C Information, Motivation, Schulung und dem Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen der KTL (2015) genutzt (vgl. Tab. 6). Die krankheitsübergreifenden Curricula Adipositas und Tabakentwöhnung und einzelne Module in den krankheitsspezifischen Curricula Tumorerkrankungen, Brustkrebs und Neurodermitis constitutionalis sind als psychologische Gruppen konzipiert und werden daher mit den Codes des Kapitels F Klinische Psychologie, Neuropsychologie verschlüsselt.

Das Kapitel C in der KTL umfasst Leistungen, in deren Mittelpunkt die Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Befähigung der Rehabilitanden steht. Es wird unterschieden zwischen Vorträgen, Schulungen und Seminaren. Bei einem Vortrag handelt es sich um eine allein stehende therapeutische Leistung ohne Teilnehmerzahlbeschränkung, und die Informationsvermittlung steht im Vordergrund. Die Interaktion mit den Rehabilitanden spielt eine untergeordnete Rolle. Seminare und Schulungen zeichnen sich hingegen durch die aktive Beteiligung der Rehabilitanden aus. Hierzu sollte die durchführenden Berufsgruppen in Gruppenarbeit und Moderation geschult sein und mit aktivierenden Methoden arbeiten können. Seminare und Schulungen haben Gruppengrößen von maximal 15 Teilnehmern. Schulungen sind im Gegensatz zu Seminaren curricular aufgebaut und umfassen mehr als eine Einheit.

Tab. 6 Dokumentations-Codes der KTL der Kapitel C und M

Kapitel C Information, Motivation, Schulung	
Code	<i>Therapeutische Leistung</i>
C65	Aktive Rückenschule
C66	Schulung bei nicht entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates
C67	Schulung bei entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates
C68	Schulung bei chronischem Schmerz
C69	Schulung bei endokrinen Krankheiten oder Stoffwechsellkrankheiten
C70	Schulung bei Herz-Kreislauf-Krankheiten
C71	Schulung bei neurologischen Krankheiten
C72	Schulung bei Antikoagulantienmanagement
C73	Schulung bei Atemwegskrankheiten
C74	Schulung bei dermatologischen Krankheiten
C75	Schulung bei Allergosen
C76	Schulung bei gastrointestinalen Krankheiten
C77	Schulung bei onkologischen Krankheiten
C78	Schulung bei Krankheiten des Urogenitaltraktes
C79	Schulung bei Anus praeternaturalis oder Urostoma
Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen	
Code	<i>Therapeutische Leistung</i>
M60	Ernährungsberatung in der Gruppe
M62	Lehrküche
M63	Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe



Bei der Dokumentation der Schulungen wird zwischen standardisierter und nicht standardisierter Schulung unterschieden. Ziel einer Rehabilitationseinrichtung sollte die Entwicklung von **standardisierten** Patientenschulungen sein. Als standardisierte Schulungen werden curriculare Patientenschulungsprogramme bezeichnet, die in einem **Schulungsmanual** hinterlegt sind. Die Anwendung der Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms ermöglicht somit die Durchführung standardisierter Patientenschulungen. Da eine Schulung in der Praxis jedoch immer auch an den Bedürfnissen und Fragen der Rehabilitanden angepasst werden muss, wird die Schulung trotz Standardisierung ein jedes Mal etwas anders durchgeführt werden. Standardisiert bedeutet also nicht, dass immer die genau gleichen Inhalte in genau dem gleichen Ablauf vermittelt werden. Ein Manual dient hier der strukturierten Planung einer Schulung und erleichtert die Abstimmung des Gesamtkonzepts in einer Reha-Einrichtung.

Die Rahmenbedingungen in Reha-Einrichtungen können die Umsetzung der Angebote nach den von der DRV geforderten Qualitätsmerkmalen erschweren. Vor allem bei vielen Rehabilitanden und begrenzten personellen Ressourcen, z. B. im fachärztlichen Bereich, ist eine Einhaltung der Gruppengröße von maximal 15 Rehabilitanden in standardisierten Patientenschulungen nicht immer möglich. Flexibilisierung bezüglich der Gruppengrößen und der Anordnung der Schulungsmodule ermöglicht den Reha-Einrichtungen, ihr Angebot der Patientenschulungen an die individuellen Rahmenbedingungen anzupassen (vgl. Abschnitt 2: Größe und Form der Gruppen). Flexibilisierung der Anordnung bedeutet, dass die Module unabhängig voneinander und in unterschiedlicher Reihenfolge in der Therapie geplant werden können. Eine Flexibilisierung der Gruppengröße macht das Angebot von Vorträgen mit patientenorientierten interaktiven Methoden in größeren Gruppen möglich, welche schlüssig im Gesamtklinikkonzept eingebettet und an den Bedürfnissen der Rehabilitanden ausgerichtet sein müssen.

Sind die Vorträge inhaltlicher Bestandteil des Schulungskonzepts und bestehen wechselseitig Bezüge zwischen den Vorträgen und den Schulungsmodulen in Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern, so können die Module zusammenfassend als standardisierte Schulung verschlüsselt werden. Damit werden sie dem ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards (vgl. Abschnitt 7.2: ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards) zugerechnet. Gibt es in der Rehabilitationseinrichtung jedoch kein schlüssiges Gesamtkonzept für eine Patientenschulung, sollte der Beitrag in der KTL als alleinstehender Vortrag verschlüsselt (KTL-Code: C60) werden.

7.2 ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards

Die Patientenschulung ist in allen Reha-Therapiestandards Bestandteil der therapeutischen Leistungen, die für eine evidenzbasierte Versorgung der Rehabilitanden vorgegeben werden. Im evidenzbasierten Therapiemodul (ETM) Krankheitsspezifische Patientenschulung werden Anforderungen zu therapeutischen Inhalten, der formalen Ausgestaltung, der in Frage kommenden KTL-Leistungseinheiten sowie dem Mindestanteil der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden formuliert. Im Abschnitt „Weitere Hinweise“ werden gegebenenfalls ergänzende Informationen zu sonstigen Modalitäten der Leistungserbringung, zu KTL-Codes, zur Durchführung des ETMs oder zur KTL-Dokumentation gegeben.

Die formale Ausgestaltung beinhaltet Angaben zur Mindestdauer sowie gegebenenfalls zur Mindesthäufigkeit von Leistungen. Die Angaben im ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung beziehen sich auf Leistungen, die pro Rehabilitation erbracht werden müssen. Einen Überblick der geforderten Mindestdauer pro Rehabilitation, dem Mindestanteil der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden und der KTL-Leistungseinheiten für das ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards für die somatische Rehabilitation bei Erwachsenen gibt die Tabelle 7. Liegen für das Krankheitsbild einer Patientengruppe keine Reha-Therapiestandards vor, sollen sich Umfang und Inhalte der krankheitsspezifischen Schulung an den vorhandenen Therapiestandards orientieren. Eine indikationsbezogene Patientenschulung wird für jede Hauptindikation erwartet.

Tab. 7 ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung in den RTS für somatische Rehabilitation bei Erwachsenen

ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung				
Reha-Therapiestandard	ETM Nummer	Mindestdauer pro Reha	Mindestanteil Rehabilitanden	KTL-Leistungseinheiten
Brustkrebs	04	Mind. 120 Min.	Mind. 60 %	C773, C774
Chronischer Rückenschmerz	04	Mind. 270 Min.	Mind. 90 %	C651, C652
Diabetes mellitus Typ 2	03	Mind. 360 Min.	Mind. 80 %	C693, C694
Hüft- und Knie-TEP	05	Mind. 90 Min.	Mind. 70 %	C661, C662, C663, C664
Koronare Herzkrankheit	05	Mind. 120 Min.	Mind. 80 %	C703, C704
Schlaganfall Phase D	07	Mind. 90 Min.	Mind. 80 %	C711, C712



Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden liegt immer unter 100 %. So können und sollen die individuellen gesundheitlichen Problemlagen der Rehabilitanden bei der Therapieplanung einbezogen werden. Unterschiedliche Risikoprofile, eine etwaige Komorbidität, das subjektive Krankheitsverständnis oder die Mitspracherechte sind weitere beispielhafte Kriterien, die bei einer gemeinsamen Arzt-Rehabilitand-Entscheidung für ein Therapiekonzept in der Rehabilitation zu berücksichtigen sind. Der Arzt entscheidet gemeinsam mit dem Reha-Team und dem Rehabilitanden, welche therapeutischen Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind. In einzelnen Fällen können besondere psychische, psychomentale oder somatische Beeinträchtigungen eine Therapieteilnahme einschränken. Individuelle Kontraindikationen, insbesondere für einzelne therapeutische Leistungen aus den ETM, sind selbstverständlich immer zu berücksichtigen (vgl. Abschn. 5: Verknüpfung von Reha-, Therapie- und Lehrzielen). Wenn diese Entscheidungen negative Auswirkungen auf die Ergebnisqualität der Reha-Therapiestandards haben, dann können die Rehabilitationseinrichtungen einrichtungsbezogene Faktoren wie Besonderheiten im Konzept des Gesundheitstrainings und in der Zusammenarbeit im Reha-Team zum Beispiel während der Visitationen erläutern.

Fazit für die Praxis:

Patientenschulung ist Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung. Anforderungen an die Qualitätsmerkmale einer standardisierten Patientenschulung werden von der DRV in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS) beschrieben. Für die Dokumentation der erbrachten Therapieleistungen im Bereich Patientenschulungen werden vornehmlich die Codes aus dem Kapitel C Information, Motivation, Schulung und dem Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen der KTL (2015) genutzt.

Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) der Reha-Therapiestandards liegt immer unter 100 %. So können und sollen die individuellen gesundheitlichen Problemlagen der Rehabilitanden bei der Therapieplanung einbezogen werden.

Die Rahmenbedingungen in den Reha-Einrichtungen können eine Umsetzung dieser Angebote nach den von der DRV geforderten Qualitätsmerkmalen erschweren. Aufgrund von Klinikressourcen können im Rahmen von standardisierten Patientenschulungen einzelne (zum Beispiel medizinische) Module in Form von interaktiven Vorträgen in größeren Gruppen mit mehr als 15 Teilnehmern durchgeführt werden.

Sind die Vorträge inhaltlicher Bestandteil des Schulungskonzepts und bestehen wechselseitige Bezüge zwischen den Vorträgen und den Schulungsmodulen, so können die Module zusammenfassend als standardisierte Schulung verschlüsselt werden. Damit werden sie dem ETM Krankheitspezifische Patientenschulung in den Reha-Therapiestandards zu gerechnet. Gibt es in der Rehabilitationseinrichtung jedoch kein schlüssiges Gesamtkonzept für eine Patientenschulung, sollte der Beitrag in der KTL als alleinstehender Vortrag verschlüsselt (KTL-Code: C60) werden.

8 Wirksamkeit von Patientenschulungen

Um Informationen zur Wirksamkeit der Patientenschulungen zu erhalten, wurden im Anschluss an die Fertigstellung des Gesundheitstrainingsprogramms beispielhaft fünf krankheitsbezogene Curricula (Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Rückenschule, Brustkrebs, Asthma bronchiale) umfassend mit Folien, Arbeitsblättern und Patientenbegleitheften manualisiert und in (randomisierten) kontrollierten Studien evaluiert. Beispielhaft am Curriculum Rückenschule wurde zudem die Dissemination des Programms erprobt. Die Evaluation des Curriculums Asthma bronchiale fand unter besonderer Berücksichtigung pädagogischer Aspekte statt und basierte auf einer konstruktivistischen Sicht auf Lehren und Lernen. Handlungsleitend waren hier unter anderem die Qualitätsmerkmale klare Strukturierung, teilnehmerorientiertes Sozialklima und kognitive Aktivierung. Ergänzend zu den krankheitsbezogenen Curricula wurde ein krankheitsübergreifendes Schulungsprogramm sowie ein Vortrag zur Förderung der Selbstmanagementstrategien hinsichtlich der Umsetzung eigener Handlungsziele nach der Rehabilitation entwickelt, manualisiert und evaluiert.

Die Prüfung der Wirksamkeit erfolgte jeweils mittels (randomisierter) Kontrollgruppenstudie mit vier Befragungszeitpunkten (z. B. Reha-Beginn, -Ende, 3-, 6-, 12-Monats-Katamnese). Kontrollbedingung bildete das vorhandene klinikeigene Schulungsprogramm (usual care).

Für die Curricula Rückenschule, Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz konnten positive Effekte auf das Krankheits- und Behandlungswissen der Rehabilitanden nachgewiesen werden. Verhaltensbezogene Schulungsziele wie zum Beispiel die Umsetzung rückengerechten Verhaltens und Rückenübungen im Alltag (Curriculum Rückenschule) oder Symptomkontrolle, d. h. tägliches Wiegen, Gewichtskontrolle, Puls-/ Blutdruckmessung (Curriculum Herzinsuffizienz) konnten positiv beeinflusst werden. Die Rehabilitanden, die an den Patientenschulungen teilgenommen haben, sind nach der Rehabilitation körperlich aktiver und sind dies auch noch 6 Monate nach der Rehabilitation.



Für alle Curricula besteht bei den Rehabilitanden eine hohe Zufriedenheit mit der Patientenschulung. Die Rehabilitanden schätzten insbesondere die patientenorientierten Methoden und die Möglichkeit zum Austausch. Eher kritisch wurden zu viel Theorie beziehungsweise eine reine Wissensvermittlung gesehen.

Im Evaluationsprojekt zum Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa) konnte ein Vergleich der Schulungszufriedenheit zwischen einem Gruppenprogramm und einem Vortrag, die sich auf die gleichen Inhalte beziehen, erfolgen. Das Gruppenprogramm wurde hinsichtlich der vermittelten Inhalte, der Gruppen- und Interaktionsaspekte sowie dem Material signifikant besser bewertet als der Vortrag. Die Ergebnisse belegen den Wunsch der Rehabilitanden nach interaktiver Schulungsgestaltung (z. B. Nagl, Ullrich, Farin 2013) und bestätigen damit den Schulungsansatz des Gesundheitstrainingsprogramms. Eine ausführliche Darstellung und Diskussion der Evaluationsergebnisse sowie weiterführende Publikationen sind im Abschnitt 10: Literatur und auf der Internetseite der Universität Würzburg (vgl. www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de > Forschungsprojekte) veröffentlicht.

Fazit für die Praxis:

Die grundsätzliche Bedeutung von Patientenschulungen ist für viele Indikationen durch internationale Metaanalysen beziehungsweise Reviews belegt (Faller, Reusch, Meng 2011). Alle untersuchten Curricula können aufgrund der dargestellten Effekte und der hohen Rehabilitandenzufriedenheit für die Praxis grundsätzlich empfohlen werden (Worringen et al. 2017). Auch wenn in den Studien innerhalb der medizinischen Rehabilitation keine Effekte auf die gesundheitsbezogenen Outcomes nachgewiesen wurden, scheinen sie die schulungsnahen Ziele von Patientenschulungen, d. h. das krankheitsbezogene Wissen und die Selbstmanagementfertigkeiten, zu verbessern und den Bedürfnissen der Rehabilitanden nach interaktiver Schulung zu entsprechen.



9 Weiterführende Informationen für die Umsetzung von Patientenschulungen

Alle Informationen zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund sind im Internetauftritt der DRV Bund im Bereich Rehabilitation > Fachinformationen > Infos für Reha-Einrichtungen > Patientenschulung & Beratung veröffentlicht. Unter Nutzung der Internetadresse www.reha-einrichtungen.de kann direkt auf den Bereich Infos für Reha-Einrichtungen zugegriffen werden (vgl. Abb. 6).

Hier stehen die Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm, alle Curricula und die Praxishilfe zur Ansicht zur Verfügung und können als pdf-Datei heruntergeladen werden. Des Weiteren sind die ausführlichen Manuale und Patientenmaterialien der evaluierten Curricula auf die entsprechenden Internetseiten der Universitäten und Hochschulen verlinkt und können direkt eingesehen und heruntergeladen werden.

Zur didaktischen Fortbildung der am Gesundheitstraining beteiligten Berufsgruppen bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund in Kooperation mit dem Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. Fortbildungsveranstaltungen an. Die Inhalte und Termine sind ebenfalls auf o.g. Internetseite veröffentlicht und in der Rubrik Tagungen, Fort- und Weiterbildungen aufgeführt.

Die gedruckten Versionen der Curricula DRV Bund, der Praxishilfe und der Einführung können unter folgender E-Mail-Adresse bestellt werden:

→ gesundheitstraining@drv-bund.de

Auf Anfrage können die Curricula auch als Word-Datei zur Verfügung gestellt werden. Unter der Mail-Adresse stehen auch die Mitarbeiter der DRV Bund der Abteilung Rehabilitation für weitere Informationen und fachliche Fragen zur Verfügung.

Einen Überblick über verfügbare, reharelevante Schulungsprogramme, fachspezifische Publikationen sowie Hinweise auf weitere Train-the-Trainer-Seminare und Fortbildungsangebote zum Thema Patientenschulung bietet die Homepage des **Vereins Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V.** (vgl. www.zepg.de). Weiterführende Informationen zu Patientenschulungen werden themenspezifisch auch bei den entsprechenden Fachverbänden vorgehalten.



10 Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2014.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Klassifikation Therapeutischer Leistungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2015.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2015.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandards. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2016.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Planung, Umsetzung und Dokumentation von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation – Eine Praxishilfe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2021.
- Deutsche Rentenversicherung. Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung; 2015 (in der Fassung vom 24. Mai 2017).
- Deutsche Rentenversicherung. Anforderungen der DRV an Tele-Reha-Nachsorge. Berlin: Deutsche Rentenversicherung; 2017.
- Faller, H., Reusch, A., Meng, K. DGRW-Update: Patientenschulung. Rehabilitation 2011; 50: 284-291.
- Küffner, R. & Reusch, A. Schulungen patientenorientiert gestalten. Ein Handbuch des Zentrums Patientenschulung. Tübingen. Dgvt Verlag; 2014.
- Wilson, K. Senay, I., Durantini, M., Sánchez, F., Hennessy, M., Spring, B. et al. When it comes to lifestyle recommendations, more is sometimes less. A meta-analysis of theoretical assumptions underlying the effectiveness of interventions promoting multiple behavior domain change. Psychological bulletin 2015; 141 (2): 474-509.



Evaluation der Curricula

- Bäuerle, K., Feicke, J., Spörhase, U. et al. Evaluation of a standardized patient education program for inpatient asthma rehabilitation: Impact on asthma control up to one year. *Patient Education and Counseling* 2016; DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.023>
- Brandes, I. Gesundheitsökonomische Bewertung standardisierter Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der Anforderungen der Qualitätssicherungsprogramme der DRV. Unveröffentlichter Abschlussbericht; 2015.
- de Vries, U., Mühlig, S., Waldmann, HC. et al. Patient satisfaction with different asthma-training variants. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 266-275.
- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H. et al. Entwicklung eines standardisierten Rückenschulprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48: 335 – 344.
- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H. et al. 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. *Clin J Pain* 2011; 27: 248 – 257.
- Meng, K., Musekamp, G., Seekatz, B. et al. Evaluation of a standardized patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* 2013; 13: 60.
- Meng, K., Seekatz, B., Haug, G. et al. Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: Impact on illness knowledge and self-management behaviors up to one year. *Health Educ Res* 2014; 29: 235 – 246.
- Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M. et al. The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1190 – 1197.
- Meng, K., Richard, M., Strahl, A. et al. Mittel- und langfristige Effektivität einer Patientenschulung "Curriculum Brustkrebs" in der onkologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften* 2016; 109: 193 – 194.
- Meng, K., Seekatz, B., Musekamp, G. et al. Welche kurzfristigen Effekte können generische Selbstmanagement-Module (SelMa) auf die Selbstmanagementkompetenz von Rehabilitanden erzielen? *DRV-Schriften* 2016; 109: 181 – 183.
- Nagl, M., Ullrich, A., Farin, E. Verständlichkeit von Patientenschulungen in der orthopädischen Rehabilitation: Qualitative Erhebung bei Rehabilitanden und Schulungsleitern. *Rehabilitation* 2013; 52: 34-39.
- Richard, M., Meng, K., Strahl, A. et al. Kurzfristige Effektivität einer Patientenschulung "Curriculum Brustkrebs" in der onkologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften* 2015; 107: 176 – 177.



Seekatz, B., Haug, G., Mosler, G. et al. Entwicklung und kurzfristige Effektivität eines standardisierten Schulungsprogramms für die Rehabilitation bei Koronarer Herzkrankheit. *Rehabilitation* 2013; 52: 344 - 351.

Worringen, U., Meng, K., Bitzer, E.-M., Brandes, I., Faller, H.. Entwicklung und aktueller Stand des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Rehabilitation* 2017, 56, 232 - 239.

Anhang

Medien in der Patientenschulung (Stand August 2021)

Die didaktische Umsetzung der Inhalte im Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation kann neben den klassischen Medien wie Powerpoint-Präsentationen, Informationsbroschüren und Arbeitsblättern auch durch audiovisuelle Medien in Form von Filmen / Videos und Hörspielen unterstützt werden. Diese beinhalten zum Beispiel Erfahrungen und Erlebnisse von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern und deren Bewältigung, Anleitungen zur Anwendung von Behandlungs- und Therapiemethoden zur Selbsthilfe und Strategien zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Alltag. Nachfolgend werden Quellen im Internet und nicht kommerzielle Verleihzentralen geordnet nach Anbietern und Themen / Indikationen für audiovisuelle Medien dargestellt. Die Angaben haben exemplarischen Charakter und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1. geordnet nach Anbietern:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Übersicht von audiovisuellen Medien zu den Themen Ernährung, Nichtrauchen, Suchtprävention, Gesundheit etc.

Die Filme der Bundeszentrale können kostenlos bei allen Landes-, Kreis- und Stadtbildstellen, Landesfilmdiensten sowie bei den Evangelischen und Katholischen Medienzentralen und dem Deutschen Filmzentrum ausgeliehen werden.

Diese Medienübersicht ist kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, erhältlich.

Internet: <http://www.bzga-avmedien.de>

Landesfilmdienste / Landesmediendienste

Sie bieten neben Leihmedien zu verschiedensten Themen in den Bereich Gesundheit, Prävention und Rehabilitation eine individuelle Beratung. Es besteht die Möglichkeit, sich zielgruppene geeignete Medien zu einem Thema samt Alternativen und weiteren Projektideen zusammenstellen zu lassen.

Eine Übersicht über alle Landesfilmdienste und Kontaktdaten bzw. die Internetadresse für ihren Landesmediendienst finden Sie unter: <http://www.landesfilmdienste.de>

Gesundheitsmagazin „Apotheken-Umschau“

Hier finden Sie Gesundheits-Videos, Online-Übungen und –Vorträge zu gesundheitsbezogenen Themen.

Internet: <http://www.apotheken-umschau.de>



Krankenkassen

Die Krankenkassen bieten auf ihren Internetseiten neben schriftlichen Materialien zu gesundheitsbezogenen Themen auch Filmmaterial an.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Im Video- und Audiocenter stehen Präventionsfilme der Berufsgenossenschaften und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zum Download zur Verfügung. Themen sind zum Beispiel psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Rückengesundheit und Stress. Die Filme werden zum Teil auch barrierefrei angeboten.

Internet: <https://www.dguv.de/de/mediocenter/filmcenter/index.jsp>

GetOn – GesundheitsTraining.Online

An der Leuphana Universität Lüneburg werden internet-basierte Gesundheitsprogramme entwickelt und in wissenschaftlichen Studien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Informationen zu den Trainingsprogrammen werden zur Verfügung gestellt und eine Teilnahme an den Online-Programmen ermöglicht. Zum Beispiel werden Gesundheitstrainingsprogramme zu den Themen Beruf & Gesundheit, Stressbewältigung, Regeneration für besseren Schlaf, Depression & Erschöpfung, Diabetes, Panik & Agoraphobie, Alkohol und Chronische Schmerzen angeboten.

Internet: <https://www.geton-training.de>

DocCheck TV - Medizinfernsehen im Web

DocCheck TV ist ein medizinisches Videoarchiv, in dem Vorträge, Operationsmitschnitte und Lehrvideos heruntergeladen werden können.

Internet: <http://tv.doccheck.com/de/>

2. geordnet nach Themen / Indikationen:

Onkologie – Deutsche Krebshilfe

Ergänzend zu den Broschüren und Faltschlätern gibt die Deutsche Krebshilfe verschiedene Informationsfilme auf DVD heraus, hat eine eigene TV-Sendung und informiert mit TV- und Filmspots über die Möglichkeiten, das Krebsrisiko zu senken. Die Patienten-Informationenfilme können als DVD kostenlos bezogen werden. In der Mediathek stehen alle TV-Beiträge thematisch sortiert zur Verfügung. Dazu zählen Sendbeiträge mit Erfahrungsberichten von Patienten, Experteninterviews sowie weitere kurze Informationsfilme über die Arbeit und Projekte der Deutschen Krebshilfe.

Internet: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/>



Onkologie – psychoonkologische Unterstützung

Dieses Internet-Beratungsportal ist kostenlos und wendet sich direkt an die Patienten. Auf der Internetseite werden Patientengeschichten dargestellt, die Symptome und Belastungen rund um die Themen Angst, Depression, Sexualität, Partnerschaft und Fatigue exemplarisch abbilden. Die Geschichten werden von Schauspielern und Schauspielerinnen in Kurzfilmen dargestellt. Jeder Film wird von einem namhaften Psychoonkologen kommentiert, der wertvolle Anregungen zum Umgang mit den jeweiligen Belastungen gibt. Weiterhin ist dem Internetportal eine Telefonberatung angeschlossen, bei der eine geschulte Psychotherapeutin direkt erreicht werden kann. Das Internet-Beratungsportal ist ein Gemeinschaftsprojekt des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit der Hochschule Darmstadt und des Instituts für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit Rotterdam.

Internet: <http://www.psycho-onkologie.net>

Diabetologie

Die Filmbeiträge dieser Internetseite informieren rund um das Thema Diabetes und seine Begleiterkrankungen und geben Tipps zu einer gesunden Lebensweise.

Internet: <http://www.diabetes-ratgeber.net/>

Asthma

Die Deutsche Atemwegsliga e.V. veröffentlicht auf ihrer Internetseite Patienteninformationen in Form von Videos zum Beispiel zur Anwendung der Peak Flow Messung, zur Selbsthilfe bei Atembeschwerden, Spirometrie und weiteren Fragestellungen. Es stehen Anwendungsvideos zum richtigen Inhalieren für verschiedene Inhalationssysteme und in verschiedenen Sprachen zur Verfügung.

Internet: http://www.atemwegsliga.de/informationmaterial_videos.html

Chronischer Schmerz, Diabetes, Epilepsie, Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs und Chronisch entzündliche Darmerkrankungen - Krankheitserfahrungen

Auf der Internetseite "krankheitserfahrungen.de" erzählen Menschen von ihrem Leben zwischen Gesundheit und Krankheit, von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von Veränderungen in ihrem Alltag und von Unterstützung, die sie erhalten. Die Erfahrungen können Betroffene und Angehörige bei der Krankheitsverarbeitung und bei Therapieentscheidungen unterstützen. Die Erzählungen können als Videos angeschaut, angehört oder als Text gelesen werden. Die Internetseite basiert auf wissenschaftlichen Interviewstudien einer Forschergruppe der Universität Freiburg und Göttingen und wird gefördert durch den Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung".

Internet: <http://www.krankheitserfahrungen.de>

Impressum

Ansprechpartner: Dr. Ulrike Worringen
Telefon: 030 865 82087
Antje Hoppe
Telefon: 030 865 82084
E-Mail: gesundheitstraining@drv-bund.de

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation
Dezernat 8023
10704 Berlin
Internet: www.reha-einrichtungen.de

Stand: 09/2021



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund