

Rahmenkonzept

# Rheumatologische Patientenschulungen

der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
der Deutschen Rheuma-Liga  
des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken



## Impressum

### **Küffner, R. & Reusch, A. (2017). Rahmenkonzept Rheumatologische Patientenschulungen**

Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Deutschen Rheuma-Liga und des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken.

Entstanden unter Mitwirkung der Kommission Patientenschulung der DGRh: Prof. Dr. Jürgen Braun, Dr. Inge Ehlebracht König, Christiane Weseloh, Dr. Julia Rautenstrauch, Helga Jäniche (als Gast und Vertreterin der Deutschen Rheuma-Liga), Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek, Dr. Mechthild Lakomek (als Gäste und Vertreter des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken), Dr. Gudrun Lind-Albrecht, Dr. Frank Demtröder, Anna Voormann

Wir danken folgenden weiteren Experten für die vielen hilfreichen Hinweise und Anregungen (in alphabetischer Reihenfolge):

Karl Cattelaens, Monika Dorn, Prof. Dr. Dr. Hermann Faller, Prof. Dr. Ekkehard Genth, Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Ludwig Hammel, Helga Jäniche, Dr. Dietmar Krause, Prof. Dr. Klaus Krüger, Prof. Dr. Hanns-Martin Lorenz, Prof. Dr. Wilfried Mau, Dr. Karin Meng, Gunda Musekamp, Dr. Uwe Polnau, Prof. Dr. Matthias Schneider, Dr. Monika Schwarze, Prof. Dr. Christof Specker

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Rahmenkonzept das grammatikalische Geschlecht benutzt. Es sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

# Inhalt

<b>Hintergrund und Anforderungen</b> .....	<b>4</b>
Bisherige Schulungsprogramme .....	4
Veränderte Anforderungen .....	4
<i>Evidenzbasierte Weiterentwicklung</i> .....	4
<i>Veränderte Versorgungsstrukturen</i> .....	5
<i>Internationale Empfehlungen</i> .....	5
<i>Differenzielle Patientenbedürfnisse - Patientenorientierung</i> .....	6
<i>Berufsgruppen und Kompetenzen der Dozenten</i> .....	6
<i>Standardisierung und Flexibilität</i> .....	6
<b>Hierarchische Struktur der Rheumatologischen Patientenschulungen</b> .....	<b>7</b>
1. Ebene: Das übergreifende Rahmenkonzept .....	8
2. Ebene: Indikationsspezifische Curricula mit Methoden und Materialien .....	8
3. Ebene: Bedarfsorientierte Schulungsprogramme .....	8
<b>Das neue Rahmenkonzept</b> .....	<b>9</b>
1. Dimension: Themen .....	9
2. Dimension: Dauer der Module .....	10
Grad der Standardisierung .....	11
Zielgruppen .....	12
Dozentenqualifikation .....	12
<b>Lehrziele der Basismodule</b> .....	<b>13</b>
<b>Schulungsvarianten</b> .....	<b>18</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>20</b>

# Hintergrund und Anforderungen

## Bisherige Schulungsprogramme

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und die Deutsche Rheuma Liga (DRhL) haben bei der Konzeption und Evaluation standardisierter Schulungen Pionierarbeit geleistet (Ehlebracht-König & Bönisch, 2002; Manschwetus, 2003). Die Programme (siehe Tabelle 1) sind sowohl für den Einsatz in der stationären Rehabilitation als auch im ambulanten Bereich geeignet. Sie wurden z. T. evaluiert und werden seit vielen Jahren in verschiedenen Settings angeboten.

In den letzten Jahren wurde außerdem für die ambulante Versorgung das Gruppenprogramm StruPI (Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis) entwickelt und erprobt. StruPI ist aus einem Projekt der Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren unter Beteiligung von Mitgliedern des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen und der Deutschen Rheuma-Liga entstanden (Schwarze, 2016)<sup>1</sup>. Es soll betroffenen Patienten Erstinformationen zu ihrer Erkrankung liefern.

## Veränderte Anforderungen

### Evidenzbasierte Weiterentwicklung

Seit der Erstellung der ersten Programme sind mehr als 20 Jahre vergangen, so dass die Programme inhaltlich stellenweise nicht mehr dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. In dieser Zeit haben sich die Behandlungsmöglichkeiten rheumatologischer Erkrankungen weiter entwickelt, was sich auch in den Überarbeitungen verschiedener Leitlinien widerspiegelt. Dort finden sich verschiedene Empfehlungen zur Patientenschulung: Nach der S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen (Kiltz et al., 2013) stärkt strukturierte Patientenschulung Aktivität und Teilhabe (Empfehlungsgrad B), sie verbessert die Krankheitsbewältigung und senkt Krankheitskosten (Empfehlungsgrad B) und sie unterstützt bei einer Verhaltensänderung (Nicht-rauchen, Empfehlungsgrad B). Nach der Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis (RA) (Schneider et al., 2011), sind Patienteninformation und -schulung wesentliche

Tabelle 1: Bisherige Schulungen und Evaluationsstudien

<b>Chronische Polyarthritis</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt, 1992; Langer, 1994; Evaluationsstudien: Langer, Ehlebracht-König & Josenhans, 1998; Langer, 1996; Krauth et al., 2003
<b>Lupus erythematodes</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Lupus erythematodes-Selbsthilfegemeinschaft e.V., Merck KGaA Darmstadt, 1998
<b>Morbus Bechterew</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., Merck KGaA Darmstadt, 1998; Evaluationsstudien: Bönisch A., Ehlebracht-König, I., 2002; Bönisch A., Ehlebracht-König, I., 2002; Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A., 2002; Bönisch, Ehlebracht-König, Krauth & Rieger, 2003; Krauth et al., 2003 (Gesundheitsökonomische Analyse)
<b>Fibromyalgie</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt, 1998; Siemienik et al., 2014; Ehlebracht-König et al., 2015; Evaluationsstudie: Brückle et al., 2005
<b>Das rheumakranke Kind</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Arbeitsgruppe Kinder-Rheumatologie), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt, 2000
<b>Osteoporose</b>
Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH, 2005

Bestandteile der koordinierten Versorgung von RA-Patienten. Nach der Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms (Häuser et al., 2012) können Patientenschulung und Psychoedukation als Basismaßnahme erwogen werden (offene Empfehlung, starker Konsens). Patientenzentrierte Kommunikation und Patienteninformation wird stark empfohlen (starker Konsens). Sie kann auch zur Ermutigung zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung und zur Stärkung des Selbstmanagements (für Langzeittherapie) eingesetzt werden (starker Konsens).

<sup>1</sup>Vergl. auch: <http://dgrh.de/rheumastrupiprojekt0.html>

Nicht zuletzt existiert durch die Entwicklung der ICF-Core-Sets auch für die rheumatologischen Erkrankungen ein Klassifikationssystem (BOONEN ET AL. 2010), das den Faktoren Aktivität und Teilhabe eine höhere Bedeutung in der Behandlung zuweist.

Die Weiterentwicklung der Behandlung im Bereich Rheumatoide Arthritis spiegelt sich auch in der Formulierung europäischer Versorgungsstandards für Menschen mit RA. Diese Standards unterstreichen die Bedeutung der Themen Patienteninformation und -schulung, Symptomkontrolle, Schmerzmanagement und gesunder Lebensstil (Braun et al., 2016). Ein Schulungskonzept sollte auf inhaltlicher Ebene den Entwicklungen und dem aktuellen Stand der aktuell gültigen Behandlungsleitlinien entsprechen.

### **Veränderte Versorgungsstrukturen**

Neben den evidenzbasierten Weiterentwicklungen haben sich die Versorgungsstrukturen in der Behandlung rheumatologischer Patienten geändert (Edelmann, 2014). Durch die sektorübergreifende Versorgung von Rheumapatienten mit besonderen Krankheitsverläufen (in den § 116 b (SGB V)-Einrichtungen und in der geplanten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ASV) werden zukünftig mehr internistische Rheumatologen benötigt und neue Behandlungskapazitäten entstehen. Über 70 akutstationäre rheumatologische Einrichtungen wie auch eine Zahl an rheumatologischen Reha-Kliniken sehen zusätzlich einen großen Bedarf für eine strukturierte Patientenschulung. Obwohl noch immer ein nicht zu vernachlässigender Teil der Betroffenen deutliche Funktionseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentungen erlebt, sind die Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation rückläufig (Mau et al., 2014). Der Anteil von Rheumapatienten in der Akutversorgung (akutstationär und § 116-b-Ambulanzen) ist in den letzten Jahren angestiegen. Form und Umfang der Behandlung unterscheiden sich dabei zum Teil erheblich vom rehabilitativen Setting. In rheumatologischen Akutkliniken werden Patienten mit Krankheits- und

Schmerzschüben wie auch mit Krankheits- und Therapiekomplikationen versorgt. Sie durchlaufen zum Teil darüber hinaus Komplextherapien, die in Umfang und Dichte ihrer einzelnen Behandlungsbausteine ein anderes Behandlungsprofil ergeben.

Schließlich hat in den letzten Jahren auch die Bedeutung von Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. der Deutschen Rheuma-Liga, noch weiter zugenommen. Nicht zuletzt deren Engagement ist es zu verdanken, dass Menschen mit Rheuma heute eine aktivere Rolle in der Bewältigung ihrer Erkrankung einnehmen. Der Einbezug von betroffenen Laien in die Schulung ist zu einem Faktor geworden, der spezielle Aufmerksamkeit verdient und in einem aktuellen Projekt der Deutschen Rheuma-Liga verfolgt wird<sup>2,3</sup>.

### **Internationale Empfehlungen**

Nicht nur die medizinische Behandlung hat sich seit dem Erscheinen der ersten Schulungsmanuale verändert. Auch die Anforderungen an rheumatologische Schulungen haben sich gewandelt. Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat Empfehlungen für die Durchführung von Psychoedukation erarbeitet (Zangi et al., 2015; deutsche Übersetzung und Bewertung: Patermann et al., 2016).

Die Schulungen der DGRh und DRhL haben viele dieser Empfehlungen vorweggenommen und in ihren Programmen umgesetzt. Eine Auseinandersetzung mit den EULAR-Empfehlungen erscheint dennoch sinnvoll, weil sie einen internationalen Konsens darstellen, die Evidenz zu Patientenschulung in der Rheumatologie berücksichtigen und darüber hinaus eine sehr gute Idee davon vermitteln, was Patientenschulung idealerweise erreichen und was sie dabei berücksichtigen sollte.<sup>4</sup>

<sup>2</sup>Siehe z. B. <https://www.rheuma-liga.de/aktivitaeten/projekte/detailansicht/news/selbstmanagementkurse/>

<sup>3</sup>Siehe Forschungsprojekt „Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen für rheumakranke Menschen auf der Basis einer Analyse kommunikationsbezogener Faktoren der sozialen Teilhabe (KoKoS-Rheuma)“, Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, <https://www.uniklinik-freiburg.de/severa/projekte/versorgungsforschung/kokosrheuma.html> (aufgerufen am 16. März 2017)

<sup>4</sup>Es ist anzumerken, dass sich die EULAR-Empfehlungen etwas allgemeiner auf Psychoedukation beziehen und auch individuelle Beratungssituationen und webbasierte Unterstützungsangebote abdecken. Die Empfehlungen zielen daher auf ein breiteres Spektrum an Maßnahmen als die Patientenschulung, die sich in erster Linie im Sinne eines Gruppenangebots versteht.

### **Differenzielle Patientenbedürfnisse – Patientenorientierung**

Patientenschulung wird als ein interaktiver Lernprozess verstanden, bei dem Patienten nicht nur Wissen, sondern auch Handlungsfertigkeiten und Bewältigungsstrategien erwerben. Dem Patienten kommt dabei ein aktiver Part zu. Im Sinne von Empowerment und Selbstmanagement hat er maßgeblichen Anteil an der Gestaltung seiner Behandlung. Behandlungsentscheidungen werden partizipativ zwischen Behandler und Patient getroffen (Faller et al., 2015).

Ein gutes Schulungskonzept sollte daher auch berücksichtigen, dass sich die Patienten in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung befinden können und sie unterschiedliche Bedürfnisse und Ziele haben können. Das Konzept sollte deshalb die individuelle Situation der Teilnehmer berücksichtigen und darauf eingehen (Küffner & Reusch, 2014; Bitzer & Spörhase, 2015).

Ein wesentliches Patientenmerkmal muss dabei besonders berücksichtigt werden, die Erkrankungsdauer: Patienten, die erst vor kurzem mit der Diagnose einer rheumatischen Erkrankung konfrontiert wurden, benötigen eine andere Schulung als Patienten, die schon länger mit der Krankheit leben. Bei frisch Erkrankten haben basale Krankheits- und Therapieinformationen zunächst Vorrang. Hier stellen Aspekte der Krankheitsbewältigung und der Umgang mit dem chronischen Charakter der Erkrankung in frühen Erkrankungsstadien häufig eine Überforderung dar.

### **Berufsgruppen und Kompetenzen der Dozenten**

Die Schulungen sollten idealerweise von Ärzten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie (Standard bzw. Status), Psychologen sowie Ergo- und Bewegungstherapeuten durchgeführt werden. Diese sollten die spezifischen, für die Durchführung von Patientenseminaren nötigen Kenntnisse durch zusätzliche Train-the-Trainer-Seminare erlangen. Hierzu zählen nicht nur die inhaltliche Weiterbildung, sondern auch didaktisch-therapeutische Kompetenzen

und die Fähigkeit zur Moderation und Gruppenarbeit. Solche Fortbildungen wurden von der Rheuma-Akademie<sup>5</sup> über viele Jahre angeboten. In einem *Grundlagenseminar* werden Basiswissen und Basisfertigkeiten für Patientenschulungen vermittelt. In *krankheitsspezifischen Seminaren* stehen Inhalte und Besonderheiten der einzelnen Schulungsprogramme im Mittelpunkt (Bürckstümmer, 2007). Das Grundlagenseminar für Schulungsdozenten wurde evaluiert (Ströbl et al., 2007). Derzeit wird von der Rheuma-Akademie ein Train-the-Trainer-Seminar für die Vermittlung der Strukturierten Patienteninformation (StruPi) für die Rheumatoide Arthritis angeboten.

In der Versorgungsrealität finden sich zunehmend knappe Ressourcen, begrenzte Kapazitäten und eine hohe Aufgabenlast bei den beteiligten Berufsgruppen. Möglicherweise könnten andere, entsprechend weitergebildete Berufsgruppen oder betroffene Laien aus der organisierten Selbsthilfe in Zukunft einzelne Module übernehmen. Siehe hierzu auch den Ansatz der Selbstmanagementprogramme (Lorig et al., 1999), die auch für die Deutsche Rheuma-Liga etabliert wurden (vergl. Fußnote 2).

### **Standardisierung und Flexibilität**

Die neuen Patientenschulungen sind soweit standardisiert, dass auch bei einer Durchführung durch unterschiedliche Dozenten in unterschiedlichen Einrichtungen und Settings von einem gemeinsamen Konzept ausgegangen werden kann. Nur so kann die Qualität für die Patienten gesichert und mit einer Evaluation der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit der Programme erbracht werden.

Gleichzeitig bietet das Rahmenkonzept ausreichend Flexibilität, um unterschiedlichen Praxisanforderungen gerecht zu werden.

<sup>5</sup> <http://www.rheumaakademie.de>

# Hierarchische Struktur der Rheumatologischen Patientenschulungen

Das neue Rahmenkonzept greift die im vorherigen Abschnitt diskutierten Entwicklungen und Anforderungen auf. Die Ziele des Rahmenkonzepts lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Rheumatologische Patientenschulungen nach dem neuen Rahmenkonzept ...

- beinhalten den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis,
- entsprechen international konsentierten Empfehlungen für Psychoedukation,
- berachten Patienten als gleichberechtigte Partner im Schulungsprozess,
- berücksichtigen unterschiedliche Bedürfnisse und Ziele der Patienten,
- ermöglichen die Umsetzung in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen,
- sind standardisiert, damit in allen Patientenschulungen ein vergleichbares und evidenzbasiertes Angebot gemacht werden kann.

Um diesen Zielen gerecht zu werden, wurde über einen Expertenkonsensprozess ein standardisiertes, indikationsübergreifendes Gerüst entwickelt, aus dem indikationsspezifische Curricula abgeleitet und im Baukastenprinzip Methoden und Materialien ausgearbeitet wurden (vergl. Abbildung 1). Das neue Konzept definiert drei, hierarchisch aufeinander aufbauende Ebenen:

1. Das übergreifende Rahmenkonzept
2. Indikationsspezifische Curricula mit Methoden/Materialien
3. Bedarfsorientierte Schulungsprogramme.

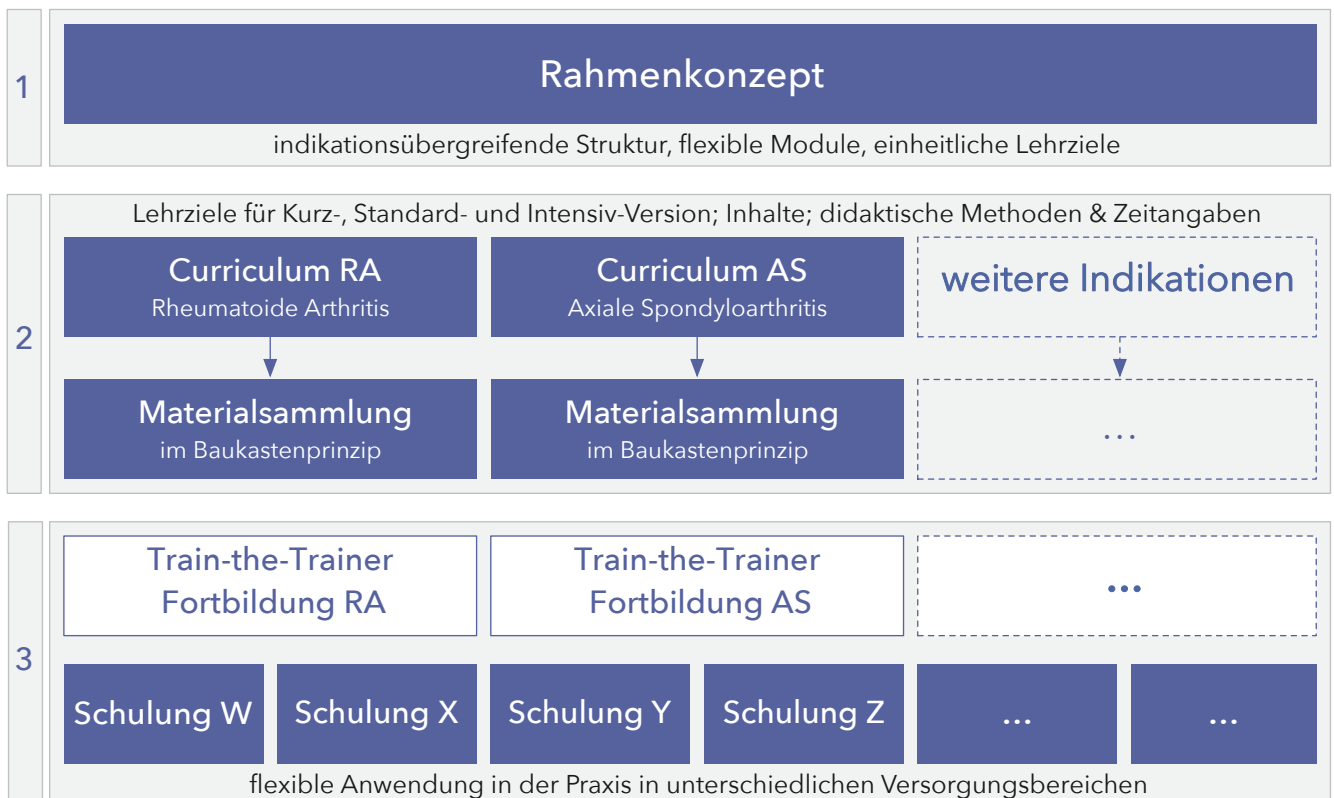


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Ebenen und Elemente der Rheumatologischen Patientenschulungen

## 1. Ebene: Das übergreifende Rahmenkonzept

Das neue Rahmenkonzept stellt das Gerüst für alle rheumatologischen Schulungen dar. Es ermöglicht erstmals eine vergleichbare Schulungsstruktur für verschiedene Indikationen und Einsatzbereiche. Damit dient es einerseits der Standardisierung der Schulungen zwischen den Indikationen und wird andererseits den komplexen und heterogenen Anforderungen unterschiedlicher Versorgungsfelder gerecht.

Im Rahmenkonzept ist über verschiedene Indikationen hinweg ein gemeinsames Raster von Themen festgelegt und zu den Themen sind jeweils übergeordnete Lehrziele definiert.

Das Gerüst legt insgesamt zwei Gestaltungsdimensionen fest, die die Ableitung von Curricula und Schulungsprogrammen ermöglicht: 1. Dimension: Themen, 2. Dimension: Dauer. Diese werden im folgenden Kapitel (ab S. 9) erläutert.

## 2. Ebene: Indikationsspezifische Curricula mit Methoden und Materialien

Das Rahmenkonzept ermöglicht die Ableitung von indikationsspezifischen Curricula für alle rheumatologischen Erkrankungen. Diese legen die indikationsspezifischen Inhalte zu den Lehrzielen fest. Außerdem werden in ihnen die zeitliche Struktur für unterschiedliche Zeitvarianten sowie Empfehlungen zur methodischen Umsetzung gegeben.

Zu jedem Curriculum gibt es eine Materialsammlung, bestehend aus Modulkarten mit didaktischen Hinweisen, Präsentationen und Arbeitsblättern, die von den Anwendern zur Umsetzung genutzt werden können. Jedes Curriculum mit seinen Materialien ist nach dem Prinzip eines Baukastens strukturiert. Einzelne Module und Modulbausteine können nach verschiedenen Kriterien ausgewählt und bedarfsorientiert zu standardisierten Schulungsprogrammen unterschiedlicher Umfänge zusammengesetzt werden.

## 3. Ebene: Bedarfsorientierte Schulungsprogramme

Aus den Curricula und dem Baukastensystem der Methoden und Materialien können spezifische Schulungsprogramme für unterschiedliche Anwendungsbereiche zusammengestellt werden. Das Manual eines konkreten Programms entsteht aus der Zusammenstellung der Lehrziele, Methoden und Materialien.

Für die Ableitung eines konkreten Schulungsprogramms aus dem Curriculum für einen spezifischen Versorgungsbereich ist ein Train-the-Trainer-Seminar obligatorisch. Die Teilnehmer lernen in diesen Fortbildungen die Struktur und Inhalte der Rheumatologischen Patientenschulungen kennen. Sie haben außerdem die Gelegenheit, ihr Schulungsmanual auf Grundlage des Rahmenkonzepts, des indikationsspezifischen Curriculums und der Materialien zusammenzustellen.



# Das neue Rahmenkonzept

## 1. Dimension: Themen

Aus der Idee eines Baukastenprinzips folgt zunächst die Beibehaltung des modularen Aufbaus der Schulungen. Das Rahmenkonzept unterteilt die Schulung in mehrere Module („Schulungseinheiten“). Diese Module können, abhängig vom Setting und der Zielgruppe, in unterschiedlicher thematischer Zusammensetzung ausgewählt und zu einer konkreten Schulung zusammengestellt werden. Durch diese variable Struktur lassen sich die Module gleichermaßen zu einer Basisschulung für die Akutversorgung wie zu einem umfassenden Programm für den Einsatz in der stationären Rehabilitation kombinieren.

In Abbildung 2 wird das Schema des Rahmenkonzepts grafisch dargestellt. Folgende Elemente und Freiheitsgrade sind darin enthalten:

**Module KRANKHEITSBILD UND DIAGNOSE und BEHANDLUNG:** Diese beiden Module stellen die Kernmodule der Schulung dar. In ihnen soll das medizinische Wissen vermittelt werden, das die Patienten zum Verständnis und zur Bewältigung ihrer Erkrankung benötigen. Explizit geht es um die Themen: Symptome der Erkrankung, Ätiologie, Krankheitsverlauf, Diagnostik, Komorbiditäten, Medikamentöse Behandlung, andere Behandlungsoptionen, Umgang mit der Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten. Diese Module sind in einem höheren Maße krankheitsspezifisch als die darauf folgenden Module. Aufgrund des hohen Anteils an medizinischen Informationen ist für die Leitung dieser beiden Module ein Arzt notwendig. Da diese Module die Grundlage für die spätere Bewältigung darstellen, erscheint es sinnvoll, sie an den Anfang zu stellen.

**Modul KRANKHEITSMANAGEMENT:** Dieses Modul soll den Patienten verhaltensorientierte Ansatzpunkte des Selbstmanagements vermitteln, wie z. B. Selbst-Monitoring oder Kommunikation mit Behandlern (Leitfrage: „Was kann ich selbst tun“). Dieses Modul wird von einem Arzt oder einem Psychologen geleitet.

**ERWEITERUNGSMODULE:** Das Thema Krankheitsmanagement umfasst viele Bereiche, die von einem einzelnen Modul nur einführend abgedeckt werden können. Das Rahmenkonzept sieht daher Erweiterungsmodule zu spezifischen Themen des Krankheitsmanagements vor. Diese können bei der Zusammenstellung einer Schulung nach Bedarf ergänzt werden. Diese Module stehen für eine Vertiefung zur Verfügung:

- Krankheitsakzeptanz und Schmerzbewältigung
- Alltagsbewältigung
- Bewegung und Sport
- Lebensstil (Stress, Ernährung, Tabakkonsum)

Die ersten beiden Module behandeln die Bewältigung der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung, während die zwei anderen den Schwerpunkt auf Alltagsaktivitäten legen. Da in diesen Modulen die medizinischen Zusammenhänge nicht im Vordergrund stehen, können sie auch von anderen Berufsgruppen angeleitet werden. Aus praktischen Erwägungen kann die Reihenfolge dieser Module auch verändert werden.

Module	Kurz	Standard	Intensiv
Krankheitsbild und Diagnose			
Behandlung			
Krankheitsmanagement			
Schmerzbewältigung und Krankheitsakzeptanz			
Alltagsbewältigung			
Bewegung und Sport			
Lebensstil (Stress, Ernährung, Tabakkonsum)			
Alltagstransfer			
Zeit	30 min	60 min	90 min

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Kombinationsmöglichkeiten der Elemente im Rahmenkonzept. Je nach Bedarf können aus dem Rahmenkonzept konkrete Programme abgeleitet werden, die zwischen 4 x 30 Minuten und 8 x 90 Minuten umfassen. Die eingerückten Module stellen Erweiterungsmodule dar, mit denen das Thema Krankheitsmanagement bei Bedarf erweitert werden kann.

**Modul ALLTAGSTRANSFER:** Dieses Modul soll die Selbstmanagementkompetenzen der Teilnehmer stärken. Aus den vorangegangenen Stunden können sich die Teilnehmer Inhalte auswählen, die sie persönlich für besonders wichtig halten und sich konkret mit deren Übertragung in den eigenen Alltag auseinandersetzen. Unabhängig von der Reihenfolge der anderen Module steht dieses Modul daher sinnvollerweise immer am Ende einer Schulung. Es ist insbesondere dann sinnvoll, wenn zuvor Erweiterungsmodule eingesetzt wurden. Da für die Unterstützung bei einer Verhaltensänderung psychologische Kompetenzen notwendig sind, sollte dieses Modul von Psychologen geleitet werden.

## 2. Dimension: Dauer der Module

Neben der inhaltlichen Aufteilung der Module sieht das Rahmenkonzept mit der Dauer eine zweite Dimension vor, um unterschiedliche Schulungen für verschiedene Einsatzbereiche zusammenstellen zu können. Das Rahmenkonzept sieht drei unterschiedliche zeitliche Umfänge vor. In Abbildung 2 werden diese zeitlichen Varianten durch die drei Spalten für die Kurz-, Standard- und Intensivversion veranschaulicht.

**Kurz:** In dieser Version dauert ein Modul 30 Minuten. Dies stellt das Minimum an Schulung dar, um die Themen des jeweiligen Moduls behandeln zu können. Aus Zeitgründen steht in dieser Variante die Informationsvermittlung im Vordergrund.

**Standard:** In der Standardversion dauert eine Einheit 60 Minuten. Hier werden die grundlegenden Informationen so vermittelt, dass die Teilnehmer sie auf sich beziehen und selbst wiedergeben können.

**Intensiv:** In der längsten Variante stehen in jedem Modul 90 Minuten zur Verfügung. In diesem Zeitrahmen ist es möglich, Einstellungen und Handlungskompetenzen zu fördern, um einen eigenverantwortlichen Umgang der Teilnehmer mit der eigenen Erkrankung zu ermöglichen. Informationsvermittlung, Einstellungen und Handlungskompetenzen sollen in dieser Variante in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

**Lehrzielebenen:** Wie in der Einleitung beschrieben, verbessert die Schulung Empowerment und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten, indem sie auf drei Ebenen ansetzt: Der Vermittlung von Wissen, dem Einüben von Fertigkeiten (Handlungskompetenz) und der Auseinandersetzung mit motivational-emotionalen Aspekten (Motivation zur Lebensstiländerung, Krankheitsbewältigung). In diesem Merkmal unterscheiden sich die drei Zeitvarianten des Konzepts am stärksten. In der Kurzversion steht die Information der Patienten im Vordergrund. In der Standardvariante wird zusätzlich Zeit darauf verwandt, das Wissen mit dem Erleben der Teilnehmer zu verbinden, also die motivational-emotionalen Aspekte stärker zu berücksichtigen. In der Intensivversion kann diese Ebene noch stärker berücksichtigt werden und zusätzlich auch Handlungskompetenz erlangt werden. Der Unterschied kann an einem Lehrzielbeispiel zur Partizipation aus dem zweiten Modul illustriert werden: In der Kurzversion bewegt sich das Ziel auf der Wissensebene: *„Die Teilnehmer können erklären, warum ihre Beteiligung an Behandlungsentscheidungen wichtig ist.“* Mit dem Lehrziel aus der Standardversion kommt die Ebene des persönlichen Bezugs hinzu: *„Die Teilnehmer können beschreiben, bei welchen Behandlungsschritten sie mitentscheiden wollen.“* In der Intensivversion geht es schließlich auch um konkrete Handlungsoptionen: *„Die Teilnehmer können erklären, auf welche Weise sie bei anstehenden Behandlungsentscheidungen mitwirken möchten.“*

**Verarbeitungstiefe:** Der Unterschied zwischen den drei Varianten spiegelt sich in vielen Lehrzielen auch auf sprachlicher Ebene durch die gleichförmige Verwendung dreier Verben wider: In der kurzen Durchführungsvariante sind die Lehrziele häufig so formuliert, dass die Teilnehmer etwas *„benennen können“*. In der Standardversion steigt der Anspruch von *„benennen“* auf *„beschreiben können“*. In der Intensivvariante wird die Formulierung *„erklären können“* verwendet, was den höchsten Anspruch symbolisiert.

Die zeitliche Dimension variiert also nicht die Inhalte der Schulungen. In allen drei Zeitvarianten bilden dieselben Themengebiete in gleicher Abfolge eine gemeinsame Seminarstruktur. Variiert wird die mögliche Verarbeitungstiefe. Das Rahmenkonzept erhebt nicht den Anspruch, die

Themen in allen drei Varianten mit der gleichen Intensität bearbeiten zu können. Die über die essentielle Vermittlung von Informationen für eine Verhaltensänderung hinaus wichtigen Aspekte der Auseinandersetzung mit motivational-emotionalen Aspekten und die Möglichkeit zum Üben hilfreicher Fertigkeiten und Handlungskompetenzen erfordern in der Umsetzung ausreichend Zeit.

Durch diese modulare Struktur des Rahmenkonzepts können, je nach Bedarf und Anspruch, unterschiedliche Programme zusammengestellt werden. In der Praxis ist also eine Basisschulung von 4 x 30 Minuten ebenso möglich wie eine 8 x 90 Minuten Intensivschulung. Beides sind Schulungen nach dem *Rahmenkonzept Rheumatologische Patientenschulungen*; sie haben eine vergleichbare Struktur, aber unterschiedliche Zielsetzungen und Einsatzzwecke.

Das Rahmenkonzept ordnet die verschiedenen Varianten nicht konkreten Versorgungssettings oder gar Einrichtungen zu. Es bietet vielmehr so viel Flexibilität, dass jeder Anbieter das für die jeweiligen Bedürfnisse und Bedingungen optimale Programm ableiten kann. Die Varianten schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können aufeinander aufbauend angeboten werden. Es ist denkbar, dass ein Patient kurz nach der Diagnosestellung eine Basisschulung besucht und im späteren Krankheitsverlauf an einer Standard- oder Intensivvariante teilnimmt. Im Kapitel „*Schulungsvarianten*“ werden einige mögliche Ableitungen skizziert (ab S. 18).

## Grad der Standardisierung

Eine Forderung an das neue Rahmenkonzept ist die Schaffung eines einheitlichen Standards über verschiedene Indikationen hinweg. Auf den ersten Blick steht dies im Widerspruch mit der angestrebten Flexibilität des Konzepts. Es wird im Folgenden daher genauer beschrieben, was im Rahmenkonzept unter Standardisierung verstanden wird. Aufgrund der oben beschriebenen Struktur kann es zwangsläufig nicht bedeuten, dass alle Schulungseinheiten über alle Settings, Dozenten und Patientengruppen hinweg exakt gleich ablaufen. Die Standardisierung ist durch die vergleichbare Struktur und Themen sowie die aufeinander abgestimmten Lehrziele und Inhalte gegeben.

### **Standardisierung über Dozenten und Einrichtungen hinweg:**

Eine Patientenschulung, die aus dem Rahmenkonzept abgeleitet wird, ist aufgrund der definierten Lehrziele, Inhalte und Methoden über die Schulungsdozenten und Einrichtungen hinweg standardisiert. Verschiedene Schulungsdozenten aus einer und aus verschiedenen Einrichtungen können diese Schulung dann in vergleichbarer Weise anbieten.

### **Flexibilität über Settings und Umfänge:**

Das Rahmenkonzept soll zwar eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen der zweistündigen Basis- und einer 4 x 90 Minuten dauernden Intensivschulung sicherstellen, indem es für beide Umsetzungsvarianten aufeinander aufbauende Lehrziele formuliert. Die Varianten unterscheiden sich in der Verarbeitungstiefe. In der Kurzversion bewegen sich die Lehrziele auf der Ebene des Wissens zu grundlegenden Krankheitsinformationen. Die Lehrziele der Standard- und Intensivvarianten umfassen auch motivationale und handlungsbezogene Aspekte. Inhalte und Methoden werden sich zwischen dem Basisseminar und der längeren Version entsprechend unterscheiden. Standardisierung bedeutet also nicht, dass die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeitvarianten vergleichbar sind.

### **Zielgruppenorientierung:**

Aus einer weiteren Perspektive soll Standardisierung auch nicht bedeuten, dass alle Patienten dasselbe Programm erhalten. Neben obligatorischen Inhalten gibt es weitere Themen, die nur dann Teil des Seminars werden, wenn der Bedarf seitens der Teilnehmer gegeben ist und ausreichend Zeit für die Umsetzung zur Verfügung steht. Ein Beispiel hierfür könnte ein Modul zur wirbelsäulengerechten Bewegung bei axialer Spondyloarthritis sein, das z. B. in der stationären Rehabilitation ergänzend angeboten werden kann.

## Zielgruppen

**Erkrankungsart:** Das Rahmenkonzept definiert die Schulungsstruktur zunächst unabhängig von einzelnen Krankheitsbildern. Der gemeinsame Nenner der Programme ist, dass sie sich an erwachsene Menschen mit rheumatischen Erkrankungen richten. In den indikationspezifischen Curricula werden Ein- und Ausschlusskriterien konkreter gefasst. Die Baukastenstruktur ermöglicht die Ableitung unterschiedlicher Programme für verschiedene Zielgruppen.

**Erkrankungsdauer:** Laut der zweiten und dritten EULAR-Empfehlung (Patermann et al., 2016) sollten nicht nur alle Menschen mit rheumatologischen Erkrankungen Zugang zu Schulungen haben, das Schulungsangebot sollte sich zudem am Erkrankungsstadium der Teilnehmer orientieren. Ein Patient, der erst vor kurzem die Diagnose einer rheumatischen Erkrankung erhalten hat, hat ein anderes Informations- und Schulungsbedürfnis als ein langjährig Erkrankter. Nach dem Baukastenprinzip kann für Ersteren z. B. eine Kurzversion geeignet sein, die grundlegende Informationen zur Krankheit vermittelt, während bei Zweiterem in einem Intensivseminar die Krankheitsbewältigung im Fokus steht. Es wird auch explizit nicht ausgeschlossen, dass ein Patient im Lauf seiner Krankheitsgeschichte mehr als eine rheumatologische Patientenschulung besucht: Auf eine Kurzversion in der Akutversorgung kann später z. B. eine Standardvariante in der Selbsthilfe oder eine Intensivschulung in der stationären Rehabilitation folgen.

## Dozentenqualifikation

**Medizinische Module 1 und 2:** Die ersten beiden Module sollten von einem Arzt vermittelt werden, da hier medizinische Informationen eine wichtige Rolle spielen und von Seiten des Dozenten die entsprechende Fachexpertise vorausgesetzt wird. Für die Durchführung der Module 1 und 2 wird daher die Qualifikation eines Arztes mit Facharztstandard (Rheumatologie) definiert.

**Module 3 und 8:** Diese Module befassen sich mit Krankheitsmanagement und Alltagstransfer. Sie können, neben Ärzten, auch von Psychologen angeleitet werden. Eine Psychotherapieausbildung kann bei der Moderation hilfreich sein, wird aber nicht vorausgesetzt.

**Erweiterungsmodule:** Die problem- und funktionsbezogenen Erweiterungsmodule sollten von den jeweils passenden Berufsgruppen (z. B. Ergo-, Physio-, Bewegungs- oder Ernährungstherapeuten, Sportwissenschaftler) geleitet werden. Auf der Ebene der einzelnen Curricula können weitere Festlegungen und Einschränkungen getroffen werden, die jeweils dort beschrieben sind.

**Kompetenzen der Dozenten:** Alle an den Schulung beteiligten Dozenten sollten über fundierte Kenntnisse über das Krankheitsbild und den Umgang mit Rheumapatienten verfügen. Erfahrung im Umgang mit Gruppen sollte vorhanden sein. Die schulungsspezifischen Kompetenzen sollen durch den Besuch von Train-the-Trainer-Seminaren gestärkt und weiterentwickelt werden.

**Multiprofessionelle Durchführung und Seminarleitung:** Bei einer multiprofessionellen Durchführung der Schulungen wird keine Beteiligung eines zusätzlichen Dozenten vorausgesetzt, der durchgängig an allen Seminareinheiten teilnimmt. Diese Konstellation wurde in den alten Programmen vorgesehen, stößt in der Umsetzung jedoch auf praktische Schwierigkeiten. Ein multiprofessionelles Team einer Einrichtung sollte aber einen leitenden Schulungsdozenten (z. B. den Facharzt) bestimmen, der die fachliche Leitung des Schulungsprogramms inne hat.

# Lehrziele der Basismodule

Im Folgenden sind die Lehrziele der vier Kernmodule aufgeführt. Diese werden hier zunächst krankheitsübergreifend formuliert. Indikationsspezifische Anpassungen finden sich in den indikationsspezifischen Curricula.

Die Lehrziele decken in der Kurz-, Standard- und Intensivversion die gleichen Themen ab; sie unterscheiden sich jedoch innerhalb der Varianten bezüglich der Verarbeitungstiefe. Für eine Basisschulung sind nur die mit „Kurz“ gekennzeichneten Lehrziele in der ersten Spalte ausschlaggebend. Für Standard- und Intensivvarianten erweitern sich diese Ziele um die Aspekte, die in der mittleren bzw. der rechten Spalte aufgeführt sind. Stellenweise gilt das gleiche Lehrziel für verschiedene Durchführungsvarianten. Dies wird in der Darstellung durch verbundene Textfelder verdeutlicht.

## *Hinweis zu den Erweiterungsmodulen*

Die Erweiterungsmodule stellen indikationsabhängige Erweiterungen des Themas Krankheitsmanagement dar und werden bei der Ausarbeitung der Curricula für die Krankheitsbilder ausführlicher dargestellt. Folgende Vertiefungsmodule sind vorgesehen:

- Alltagsbewältigung und Gelenkschutz
- Schmerzbewältigung und Krankheitsakzeptanz
- Bewegung und Sport
- Lebensstil (Stress, Ernährung, Tabakentwöhnung)

Dort sind auch die Lehrziele der jeweiligen Erweiterungsmodule ergänzt.

# Krankheitsbild und Diagnose

**MODULZIEL** Die Teilnehmer können ihr Erkrankungsbild beschreiben und diagnostische Maßnahmen nennen.

## Erkrankungsbild und Symptome

LEHRZIEL 1	<b>Kurz</b>	<b>Standard</b>	<b>Intensiv</b>
	Die Teilnehmer können ihre Erkrankung und die relevanten Symptome benennen.	Die Teilnehmer können ihre Erkrankung und die relevanten Symptome benennen und mit eigenen Erfahrungen in Bezug setzen.	

## Faktoren der Krankheitsentstehung

LEHRZIEL 2	<b>Kurz</b>	<b>Standard</b>	<b>Intensiv</b>
	Die Teilnehmer können Faktoren zur Entstehung ihrer Erkrankung benennen.	Die Teilnehmer können Faktoren beschreiben, die die Entstehung ihrer Erkrankung beeinflusst haben.	

## Krankheitsverlauf und Faktoren der Aufrechterhaltung

LEHRZIEL 3	<b>Kurz</b>	<b>Standard</b>	<b>Intensiv</b>
	Die Teilnehmer können unterschiedliche Krankheitsverläufe benennen.	Die Teilnehmer können unterschiedliche Krankheitsverläufe beschreiben.	Die Teilnehmer können unterschiedliche Krankheitsverläufe beschreiben und Erwartungen an den eigenen Krankheitsverlauf einordnen.

## Folgen und Begleiterkrankungen

LEHRZIEL 4	<b>Kurz</b>	<b>Standard</b>	<b>Intensiv</b>
	Die Teilnehmer können mögliche Folgen und Begleiterkrankungen ihrer Erkrankung benennen.	Die Teilnehmer können mögliche Folgen und Begleiterkrankungen ihrer Erkrankung beschreiben.	Die Teilnehmer können mögliche Folgen und Begleiterkrankungen ihrer Erkrankung erklären.

## Diagnostik

LEHRZIEL 5	<b>Kurz</b>	<b>Standard</b>	<b>Intensiv</b>
	Die Teilnehmer können die wesentlichen diagnostischen Maßnahmen benennen.	Die Teilnehmer können die wesentlichen diagnostischen Maßnahmen beschreiben.	Die Teilnehmer können die wesentlichen diagnostischen Maßnahmen erklären.

# Behandlung

**MODULZIEL** Die Teilnehmer können Behandlungsziele und -methoden beschreiben und auf ihre individuelle Behandlung beziehen.

## Grundlagen der Behandlung

LEHRZIEL 1

Kurz	Standard	Intensiv
Die Teilnehmer können Therapieziele und -möglichkeiten für ihre Erkrankung benennen.		Die Teilnehmer können Therapieziele und -möglichkeiten für ihre Erkrankung beschreiben.

## Medikamentöse Behandlung

LEHRZIEL 2

Kurz	Standard	Intensiv
Die Teilnehmer können die wichtigsten Medikamentengruppen zur Behandlung ihrer Erkrankung nennen.	Die Teilnehmer können die wichtigsten Medikamentengruppen benennen und Wirkungen und Nebenwirkungen beschreiben.	Die Teilnehmer können die wichtigsten Medikamentengruppen benennen, ihre eigenen Medikamente zuordnen und Wirkungen und Nebenwirkungen beschreiben.

## Physikalische und psychologische Therapie

LEHRZIEL 3

Kurz	Standard	Intensiv
Die Teilnehmer können die wichtigsten weiteren Behandlungsmöglichkeiten benennen.	Die Teilnehmer können die wichtigsten weiteren Behandlungsmöglichkeiten beschreiben.	Die Teilnehmer können die wichtigsten weiteren Behandlungsmöglichkeiten erklären.

## Ergänzende Therapien

LEHRZIEL 4

Kurz	Standard	Intensiv
<i>entfällt in der Kurzversion</i>	Die Teilnehmer können ergänzende Therapieverfahren nennen.	Die Teilnehmer können ergänzende Therapieverfahren und deren Möglichkeiten und Grenzen beschreiben.

## Partizipation an Behandlungsentscheidungen

LEHRZIEL 5

Kurz	Standard	Intensiv
Die Teilnehmer können erklären, warum ihre Beteiligung an Behandlungsentscheidungen wichtig ist.	Die Teilnehmer können beschreiben, bei welchen Behandlungsschritten sie mitentscheiden wollen.	Die Teilnehmer können erklären, auf welche Weise sie bei anstehenden Behandlungsentscheidungen mitwirken möchten.

# Krankheitsmanagement

**MODULZIEL** Die Teilnehmer können eigene Einflussmöglichkeiten auf den Erkrankungsverlauf nennen.

## Selbstmanagement

LEHRZIEL 1	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können erklären, warum bei einer chronischen Erkrankung eigenverantwortliches Handeln sinnvoll ist.		+ Sie können beschreiben, welche Aspekte des Selbstmanagements ihnen persönlich besonders wichtig sind.

## Symptomüberwachung, Nebenwirkungen und Notfallplan

LEHRZIEL 2	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können Symptome und Nebenwirkungen von Medikamenten nennen, die sie im Alltag selbst überwachen und ihren Behandlern berichten können.		+ Sie können beschreiben, welche Hilfsmittel zur Beobachtung sie einsetzen möchten.

## Schmerzbewältigung

LEHRZIEL 3	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können verschiedene Strategien benennen, um Schmerz zu bewältigen.		Die Tnr. können beschreiben, wo und wie sie ausgewählte Schmerzbewältigungsstrategien erlernen können.

## Bewegung

LEHRZIEL 4	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität auf ihre Erkrankung erklären.		Die Tnr. können den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität auf ihre Erkrankung beschreiben. Sie können Erfahrungen berichten und körperliche Aktivitäten benennen, die sie selbst im Alltag umsetzen wollen.

## Gesundheitsförderlicher Lebensstil (Ernährung, Rauchen, Stress)

LEHRZIEL 5	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können den positiven Einfluss des Lebensstils auf ihre Erkrankung erklären.		Die Tnr. können den positiven Einfluss des Lebensstils auf ihre Erkrankung beschreiben. Sie können Lebensstilfaktoren benennen, die sie im Alltag ändern wollen.

## Nutzung von Versorgungsangeboten und sozialer Unterstützung

LEHRZIEL 6	Kurz	Standard	Intensiv
	Die Teilnehmer können erklären, welche Unterstützung ihnen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung helfen kann und welche Zugangswege es hierfür gibt.		



# Alltagstransfer

**MODULZIEL** Die Teilnehmer können eine für sich passende Bewältigungsstrategie oder Lebensstiländerung aus den vorherigen Modulen (insb. Modul 3) auswählen und deren konkreten Alltagstransfer planen.

## Ziele setzen

LEHRZIEL 1	Kurz	Standard	Intensiv
	<i>entfällt in der Kurzversion</i>	Die Teilnehmer können beschreiben, welche positiven Veränderungen sie in ihrem Alltag erreichen wollen.	Die Teilnehmer können persönliche Ziele anhand von Kriterien für Veränderungsziele formulieren.

## Planen

LEHRZIEL 2	Kurz	Standard	Intensiv
	<i>entfällt in der Kurzversion</i>	Die Teilnehmer können die Schritte einer Verhaltensänderung beschreiben.	Die Teilnehmer können eine Verhaltensänderung für ihr persönliches Ziele planen.

## Hindernisse bewältigen

LEHRZIEL 3	Kurz	Standard	Intensiv
	<i>entfällt in der Kurzversion</i>	Die Teilnehmer können Gegenstrategien zur Überwindung von Hindernisse beschreiben.	Die Teilnehmer können Gegenstrategien zur Überwindung ihrer individuellen Hindernisse planen.

## Prüfen und belohnen

LEHRZIEL 4	Kurz	Standard	Intensiv
	<i>entfällt in der Kurzversion</i>	Die Teilnehmer können mögliche Strategien zur Handlungsbeobachtung und -kontrolle beschreiben.	Die Teilnehmer können Strategien für ihre persönliche Handlungsbeobachtung und -kontrolle planen.

# Schulungsvarianten

Im vorigen Abschnitt wurde das Rahmenkonzept dargestellt. Das Ziel des Rahmenkonzepts ist es, die Merkmale des Baukastens zu definieren, aus dem konkrete Curricula

für konkrete Einsatzzwecke abgeleitet werden können. Um diesen Prozess zu veranschaulichen, werden in diesem Abschnitt einige mögliche Anwendungsfälle dargestellt.

## Anwendungsfall 1: Basisschulung

Die Basisschulung stellt eine Variante dar, die als Erstinformation, z. B. in der Akutversorgung frisch Erkrankter gedacht ist. Die Gesamtdauer der Basisschulung umfasst zwei Stunden. In der Struktur des Rahmenkonzepts stellt dieser Umfang die minimale Dosis an Schulung dar, die von keiner anderen Variante unterschritten werden sollte. Der Gesamtumfang entspricht der Zeit, die in der OPS<sup>6</sup> (Ziffer 9.500) für Patientenschulung aufgeführt ist. Die ersten beiden Module werden in der Kurzversion mit jeweils 30 Minuten durchgeführt. Die Themen des Moduls Krankheitsmanagement sind so umfangreich, dass hierfür 60 Minuten veranschlagt werden (vergl. Abbildung 3). Das Schema gibt nur die inhaltliche Zuordnung der Basisschulung wieder. In der Durchführung kann die Schulung in 4 x 30 oder in 2 x 60 Minuten stattfinden. Die Basisschulung kann bei Bedarf problemlos durch zusätzliche Module erweitert werden.

Module	Kurz	Standard	Intensiv
Krankheitsbild und Diagnose	30 min		
Behandlung	30 min		
Krankheitsmanagement	60 min		
Krankheitsakzeptanz und Schmerzbewältigung			
Alltagsbewältigung			
Bewegung und Sport			
Lebensstil (Stress, Tabak, Ernährung)			
Alltagstransfer			
Zeit	30 min	60 min	90 min

Abbildung 3: Schema einer möglichen Basisschulung

## Anwendungsfall 2: Standardschulung

Ein Beispiel für die Einsatzmöglichkeit einer Standardschulung wäre z. B. ein ambulantes Wochenendseminar für Betroffene, deren Diagnose bereits einige Zeit zurück liegt. In dieser Variante steht mehr Zeit zur Verfügung und die Themen der Rheumatologischen Patientenschulung können ausführlicher behandelt werden. Der Vorschlag lautet hier, jedes Modul des Rahmenkonzepts aufzunehmen und mit jeweils einer Stunde Dauer zu veranschlagen. Daraus ergibt sich eine Gesamtdauer von acht Stunden. Abbildung 4 veranschaulicht dieses Schema.

Module	Kurz	Standard	Intensiv
Krankheitsbild und Diagnose		60 min	
Behandlung		60 min	
Krankheitsmanagement		60 min	
Krankheitsakzeptanz und Schmerzbewältigung		60 min	
Alltagsbewältigung		60 min	
Bewegung und Sport		60 min	
Lebensstil (Stress, Tabak, Ernährung)		60 min	
Alltagstransfer		60 min	
Zeit	30 min	60 min	90 min

Abbildung 4: Schema einer möglichen Standardschulung

<sup>6</sup>Operationen- und Prozedurenschlüssel, siehe <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/block-9-50...9-51.htm>

## Anwendungsfall 3: Intensivversion

Die maximale Variante der rheumatologischen Patientenschulung umfasst alle acht Module in vollem Zeitumfang von 90 Minuten, so dass die Schulung in dieser Version eine Gesamtdauer von zwölf Stunden hat (siehe Abbildung 5). Diese Variante bietet sich in Versorgungssettings an, in denen die Patienten über einen längeren Zeitraum betreut werden und genügend Zeit ist, die Schulung in vollem Umfang durchführen zu können. Diese Variante stellt auch die optimale Version dar, die den bisherigen Schulungsprogrammen (siehe S. 4) vergleichbar ist.

## Variationsmöglichkeiten

Die hier genannten Varianten sind Vorschläge, die einige typische Einsatzszenarien vorweg nehmen. Das Baukastensystem ermöglicht es, innerhalb der beschriebenen Parameter zu variieren. So ist es zum Beispiel möglich, die Basis-schulung wie beschrieben durchzuführen und zusätzlich noch das Modul Bewegung und Sport mit anzubieten. Umgekehrt könnte die vollständige Intensivschulung gekürzt werden, indem z. B. das Modul Gelenkschutz entfällt, weil das Thema von einer parallel laufenden Intervention abgedeckt wird. Ebenso sind die Umfänge der einzelnen Module variabel. Es ist z. B. durchaus denkbar, dass man eine Schulung implementiert, bei der die ersten drei Module 60 Minuten dauern und darauf zwei Erweiterungsmodule folgen, die 90 Minuten umfassen. Letztendlich bestimmen die Behandlungsziele sowie die verfügbaren Ressourcen die endgültige Form eines Programms nach dem Rahmenkonzept.

Module	Kurz	Standard	Intensiv
Krankheitsbild und Diagnose	■	■	■
Behandlung	■	■	■
Krankheitsmanagement	■	■	■
Krankheitsakzeptanz und Schmerzbewältigung	■	■	■
Alltagsbewältigung	■	■	■
Bewegung und Sport	■	■	■
Lebensstil (Stress, Tabak, Ernährung)	■	■	■
Alltagstransfer	■	■	■
Zeit	30 min	60 min	90 min

Abbildung 5: Schema einer möglichen Intensivschulung

# Literatur

- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.). (2000). Chronische Polyarthrit. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen.
- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Arbeitsgruppe Kinder-Rheumatologie), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.). (2000). Das rheumakranke Kind. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen für rheumakranke Kinder/Jugendliche und deren Eltern.
- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Lupus erythematodes-Selbsthilfegemeinschaft e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.). (1998). Lupus erythematodes. Ein Schulungsprogramm in 5 Modulen.
- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.). (1998). Morbus Bechterew. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen.
- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.). (Hrsg.): Fibromyalgie-Syndrom. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen.
- Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck Pharma GmbH (Hrsg.). (2005). Osteoporose. Ein Schulungsprogramm in 7 Modulen.
- Bitzer, E. M. & Spörhase, U. (2015). Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 58(9), 983-988. DOI: 10.1007/s00103-015-2205-7
- Bönisch, A. & Ehlebracht-König, I. (2002). Evaluation eines Schulungsprogrammes für Patienten mit Spondylitis ankylosans. Abschlussbericht im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen.
- Bönisch, A. & Ehlebracht-König, I., Krauth, C. & Rieger, J. (2003). Evaluation eines Schulungsseminars für Patienten mit Spondylitis ankylosans (SpA). In: Petermann, F. (Hrsg.): Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation, Regensburg: Roderer, 61-117.
- Boonen, A., Braun, J., van der Horst-Bruinsma, I.E., et al. (2010). ASAS/WHO ICF Core Sets for ankylosing spondylitis (AS): how to classify the impact of AS on functioning and health. Annals of the Rheumatic Diseases, 69:102-7.
- Braun, J., Krause, A., Aringer, M., Burmester, G., Bessler, F., Engel, J. M., et al. (2016). Europäische Versorgungsstandards für Menschen mit rheumatoider Arthritis : Übersetzung und Kommentierung der von der EULAR unterstützten Vorschläge des eumusc.net durch eine Task Force von DGRh und VRA mit Unterstützung der Deutschen Rheuma-Liga. Zeitschrift für Rheumatologie, 1-11. DOI: 10.1007/s00393-016-0059-5
- Brückle, W., Ehlebracht-König, I., Bornmann, M., Hinüber v., S., Riekenberg, C., Karagülle, O. & Gutenbrunner, C. (2005). Evaluation der Fibromyalgie-Schulung - Erste Ergebnisse. DRV-Schriften 59, 191-192.
- Bürkstümmer, E. (2007). Train-the-Trainer-Seminare für Patientenschulungen in der Rheumatologie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76, 80-84.
- Edelmann, E. (2014). Ambulante rheumatologische Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Rheumatologie, 73(2), 123-134. DOI: 10.1007/s00393-013-1260-4
- Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2002). Grundlagen der rheumatologischen Patientenschulung. Zeitschrift für Rheumatologie, 61, 39-47.
- Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2002). Sozialmedizinische Auswirkungen der Schulung von Patienten mit Spondylitis ankylosans. Zeitschrift für Rheumatologie, 61 (Suppl 1), 1/125.
- Ehlebracht-König, I., Siemienik, K., Dorn, M. & Reusch, A. (2015). Schulung für Fibromyalgie-Betroffene - eine partizipative Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 25(06), 310-318. DOI: 10.1055/s-0035-1565106
- Faller, H., Ehlebracht-König, I., & Reusch, A. (2015). Empowerment durch Patientenschulung in der Rheumatologie. Zeitschrift für Rheumatologie, 74(7), 603-608. DOI: 10.1007/s00393-014-1558-x
- Häuser, W., Arnold, B., Bär, J., et al. (2012). Themenheft „Fibromyalgiesyndrom - Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele - Methodenreport - Klassifikation - Pathophysiologie - Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren. Der Schmerz, 26. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/041-004k\\_S3\\_Fibromyalgiesyndrom\\_2012-04.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-004k_S3_Fibromyalgiesyndrom_2012-04.pdf) [aufgerufen am 27.03.17]
- Kiltz, U., Braun, J., Mau, W., Rudwaleit, M., Sieper, J. & Swoboda, B. (2013). Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. AWMF. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-003l\\_S3\\_Axiale\\_Spondyloarthritis\\_Morbus\\_Bechterew\\_2013-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-003l_S3_Axiale_Spondyloarthritis_Morbus_Bechterew_2013-11.pdf) [aufgerufen am 27.03.17]
- Krauth, C., Rieger, J., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I., & Schwartz, F. W. (2003). Gesundheitsökonomische Analyse der langfristigen Auswirkungen eines Schulungsprogramms für Patienten mit chronischer Polyarthrit. In: Petermann, F. (Hrsg.): Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation (S. 293-307), Regensburg: Roderer.
- Küffner, R. & Reusch, A. (2014). Schulungen patientenorientiert gestalten - Ein Handbuch des Zentrums Patientenschulung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Langer, H. E. (1994). Patientenschulung in der Rheumatologie. Der Grundkurs „chronische Polyarthrit“ des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Aktuelle Rheumatologie, 19, 3-13.
- Langer, H. E. & Koch-Prissing, K. (1996) Evaluation des Patientenurses „Chronische Polyarthrit“. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Langer, H. E., Ehlebracht-König, I. & Josenhans, J. (1998). Evaluation des Patientenschulungskurses „chronische Polyarthrit“. Deutsche Rentenversicherung, 3-4, 239-264.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown Jr., B. W., Bandura, A., Ritter, P. & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical care, 37(1), 5-14.
- Manschwetus, H. (2003). Qualitätsstandards und Zertifizierungen der Patientenschulung in der Rheumatologie. Zeitschrift für Rheumatologie, 62, Suppl 2, II/21-II/23.
- Mau, W., Beyer, W., Ehlebracht-König, I., Engel, J.-M., Genth, E., Jäckel, W. H. & Thiele, K. (2014). Leistungstrends der rehabilitativen rheumatologischen Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Rheumatologie, 73(2), 139-148. DOI: 10.1007/s00393-013-1259-x
- Patermann, J., Ehlebracht-König, I., Lind-Albrecht, G., Genth, E., Reusch, A., Müller-Ladner, U., et al. (2016). EULAR-Empfehlungen für die Schulung von Patienten mit entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen - Übersetzung und Bewertung für Deutschland, Zeitschrift für Rheumatologie, 1-12. DOI: 10.1007/s00393-015-0020-z

- Schneider, M., Lelgemann, M., Abholz, H.-H., Blumenroth, M., Flügge, C., Gerken, M., Jäniche, H., Kunz, R., Krüger, K., Mau, W., Specker C. & Zellner M. (2011). Interdisziplinäre Leitlinie - Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. AWMF. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002l\\_S3\\_Management\\_fr% C3%BChe \\_rheumatoide \\_Arthritis\\_2011-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Management_fr% C3%BChe _rheumatoide _Arthritis_2011-10.pdf) [aufgerufen am 27.03.17]
- Siemienik, K., Reusch, A., Musekamp, G. & Ehlebracht-König, I. (2014). Ein Schulungsprogramm für Patienten und Patientinnen mit Fibromyalgie-Syndrom. Verfügbar unter: [http://www.zentrum-patientenschulung.de/forschung/projekte/FimS/FimS\\_Manual.pdf](http://www.zentrum-patientenschulung.de/forschung/projekte/FimS/FimS_Manual.pdf) [aufgerufen am 27.03.17]
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I. & Faller, H. (2007). Evaluation des Train-the-Trainer-Grundlagenseminars in der Rheumatologie - Entwicklung und erste Anwendung eines Fragebogens zur Kompetenz zur Gruppenleitung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20 (76), 106-112.
- Schwarze, M, Schuch, F. & Specker, C. (2016). Evaluation der Strukturierten Patientenschulung für Rheumatoide Arthritis (StruPI-RA). *Rheumamanagement*, 5, 9-11.
- Zangi, H. A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., European League Against Rheumatism, E. U. L. A. R. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(6), 954-962. DOI: 10.1136/annrheumdis-2014-206807

# Anhang - Bisherige Schulungen

Publikation der Schulungsprogramme

Evaluationsstudien

## Chronische Polyarthrit

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.): Chronische Polyarthrit. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. 1992

überarbeitete Fassung 2000

Langer, Ehlebracht-König & Josenhans, 1998;  
Langer, 1996 (Abschlussbericht)

Krauth et al., 2003 (Gesundheitsökonomische Analyse)

## Lupus erythematodes

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Lupus erythematodes-Selbsthilfegemeinschaft e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.): Lupus erythematodes. Ein Schulungsprogramm in 5 Modulen. 1998

## Morbus Bechterew

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.): Morbus Bechterew. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. 1998

Bönisch A., Ehlebracht-König, I., 2002;  
Bönisch A., Ehlebracht-König, I., 2003;  
Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A., 2002;  
Bönisch, Ehlebracht-König, Krauth & Rieger, 2003

Krauth et al., 2003 (Gesundheitsökonomische Analyse)

## Morbus Bechterew

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.): Fibromyalgie - Syndrom. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. 1998

Siemienik, K., Reusch, A., Musekamp, G. & Ehlebracht-König, I. (2014). Ein Schulungsprogramm für Patienten und Patientinnen mit Fibromyalgie-Syndrom - Manual. Verfügbar unter: [http://www.zentrum-patientenschulung.de/forschung/projekte/FimS/FimS\\_Manual.pdf](http://www.zentrum-patientenschulung.de/forschung/projekte/FimS/FimS_Manual.pdf)

Brückle et al., 2005

## Das rheumakranke Kind

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Arbeitsgruppe Kinder-Rheumatologie), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Merck KGaA Darmstadt (Hrsg.): Das rheumakranke Kind. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen für rheumakranke Kinder/Jugendliche und deren Eltern. 2000

## Osteoporose

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