

# Rahmenstruktur für ein Patientenschulungsprogramm zur Zertifizierung durch den DVO

## **Einleitung:**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Es ist soweit, die Arbeitsgruppe des DVO hat die Strukturvorlage für Patientenschulungen bei Osteoporose zur Zertifizierung durch den DVO erstellt. An dieser Stelle sei nochmals ausdrücklich allen Teilnehmenden, Mitarbeitenden und Unterstützenden gedankt. Die erste konstituierende Sitzung fand im Jahr 2006 auf dem Osteologie-Kongress in Köln statt. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Mitgliedern der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland zusammen. Bei intensiven Arbeitssitzungen und Diskussionen war es unser Ziel Ihnen einen Strukturrahmen an die Hand zu geben, der es Ihnen ermöglicht vorhandene und zu entwickelnde Patientenschulungen für Osteoporosepatienten zu prüfen und zertifizieren zu lassen. Es berücksichtigt moderne pädagogische Aspekte, das höhere Alter und Heterogenität der Teilnehmenden und die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schulungszentren in ambulanten und Stationären Gruppen von Selbsthilfeorganisationen, Rehabilitationskliniken, Akutkliniken und Praxen.

Es ging uns darum, einen Rahmen zu finden, der es vielen schon im Bereich der Patientenschulungen mit guter Qualität arbeitenden Gruppen ermöglicht, ihre Programme in unseren Rahmenstrukturen wieder zu finden und auf die schon geleistete Arbeit aufzubauen bei der Zertifizierung. Hierbei ist ein hoher Qualitätsstandard zu fordern, der auch von Kostenträgern aufgrund entsprechender qualitätssichernder Maßnahmen akzeptiert und somit bezahlt werden kann.

Da solche Leitlinien und Konzepte mit dem Gebrauch wachsen, sind wir natürlich für Anregungen dankbar.

Christian Hinz  
im Namen der Arbeitsgruppe

## Strukturelle Voraussetzungen

### **Präambel**

Patientenschulungen haben sich in den vergangenen Jahren in vielen Fachdisziplinen bei chronischen Erkrankungen etabliert und werden mittlerweile nicht nur stationär, sondern auch im Rahmen von Disease-Management-Programmen ambulant durchgeführt. Sie haben das Ziel, Einstellungen und Bewertungen der Betroffenen günstig zu beeinflussen, die Mitarbeit bei der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Der Patient soll durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und praktischer Kompetenzen in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt Entscheidungen bezüglich seiner durch die Krankheit beeinflussten Lebensführung zu treffen (Empowerment). Die Effektivität solcher interdisziplinären Schulungs- und Trainingsprogramme konnte mittlerweile durch einige prospektive randomisierte Kontrollgruppenstudien belegt werden. Charakteristisch für die Schulungen ist, dass anhand verbindlicher Curricula, in welchen Lernziele und Inhalte einschließlich der methodischen Zugänge niedergelegt sind, überregional die Vergleichbarkeit und Qualität der Programme garantiert und ein einheitlicher Standard festgelegt wird.

Nachfolgend werden für die Osteoporose-Schulungen strukturelle Kriterien festgelegt, die Voraussetzung für die Anerkennung einer Schulung durch den DVO sind. Die Schulung muss die Leitlinien des Dachverbandes berücksichtigen.

### **Strukturkriterien**

#### **Zielgruppe**

- Patienten mit einer Osteoporose
- Patienten mit einem hohen Risiko, an Osteoporose zu erkranken

Hervorzuheben ist an dieser Stelle die Heterogenität der Teilnehmergruppe, in der Regel von 45-85 Jahren. Sie unterscheidet sich im Aktivitätsgrad, den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie diesbezüglichen Einschränkungen. Dem muss bei der Planung, der Durchführung und den Inhalten Rechnung getragen werden, d.h. das Programm muss Gruppen- und Fähigkeitsbezogen modifiziert werden können

#### **Ausschlusskriterien:**

- Mangelndes Sprachverständnis
- Mangelnde Motivation
- Kognitive Einschränkungen

## **Schulungsform**

Interaktive und interdisziplinäre Schulungsform in geschlossenen Kleingruppen mit 8 - 12 Teilnehmern mit praktischen Übungen. Die Schulungen können stationär oder auch ambulant durchgeführt werden, sofern sie den durch den DVO vorgegebenen strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen entsprechen.

Im Rahmen der Schulung wird ein Kontakt vermittelt zu:

- einem osteologischen Zentrum
- einer Selbsthilfeorganisation für Osteoporose (wenn örtlich vorhanden),
- ggf. zu Selbsthilfekontaktstellen

## **Beteiligte Berufsgruppen**

- Arzt/Ärztin
- Physiotherapeut/-in, bedarfsweise Ergotherapeut /-in
- Ernährungsberater/-in
- Psychologe/-in
- Sonstige: ggf. sozialrechtliche Berater

## **Beteiligte Gruppen**

- Selbsthilfegruppen, wenn nicht vor Ort:
- Einbeziehen der Selbsthilfekontaktstellen oder Selbsthilfeverbände

## **Schulungsumfang**

- Anzahl der Module: 8
- Dauer: je 90 Min.
- Die zeitliche Aufteilung ist variabel, der Umfang von 12 Stunden darf aber nicht unterschritten werden.

## **Schulungsziele**

Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten im Umgang mit Osteoporose mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Dazu gehören Wissensvermittlung zur Osteoporose, Vermittlung praktischer Fähigkeiten, Steigerung der Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe.

## **Standardisierte Schulungsmaterialien**

Hier ergibt sich die Frage nach der Qualität der Schulung und Schulenden. Daher erscheint es sinnvoll, hier eine hohe Qualität zu fordern. Andererseits muss die Schulung aber auch praktikabel und durchführbar sein. Ein Trainermanual soll vorhanden sein, um die Struktur, Qualität und die Inhalte nachvollziehbar zu machen.

## **Methodisches Vorgehen**

Die Trainer sollten die einzelnen Unterrichtseinheiten nach folgenden Gesichtspunkten aufbereiten:

- Was will ich erreichen?
- Wie viel Zeit habe ich hierfür?
- Welche Materialien möchte ich einsetzen?
- Welche spezifischen Besonderheiten der Gruppe / Stolperfallen und Lernhindernisse muss ich beachten?

Bei der Schulungsgestaltung sollten in jeder Schulungsstunde die Lerninhalte so wenig wie möglich frontal (Kurzvortrag), sondern vor allem über die Methode des Gruppenlernens nach den didaktischen Regeln der modernen Erwachsenenpädagogik vermittelt werden (Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel, Kochen, Eigenübungen etc.).

## **Zertifizierung und Trainerqualifikation**

Ein Schulungsleiter organisiert den Schulungsablauf und steht den einzelnen Fachtrainern während der Schulung als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Lerninhalte der einzelnen Module werden den Teilnehmern durch berufsspezifische Fachtrainer vermittelt. Bei Schulungsbeginn müssen diese über Kenntnisse der wichtigsten Techniken moderner Erwachsenenbildung als auch die spezifische Vermittlung des Schulungsinhaltes verfügen, z.B. aus genannten Trainerseminaren.

## **Trainerseminare**

Der Schulungsleiter ist qualifiziert in modernen Schulungstechniken (z.B. zertifiziertes Train-the-Trainer-Seminar) und stellt sicher, dass die anderen Schulenden nach diesen Kriterien arbeiten und dass alle das Gesamtmanual und dessen Inhalte kennen.

## **Inhaltliche Grundlagen der Schulungsprogramme** **(mit gewichtender Kategorisierung)**

### **Kategorisierung der Lerninhalte**

Diese sind nicht mehr über Zielformulierungen gemäß dem Grad des Verständnisses des Patienten (soll informiert werden,....begreifen, .... reproduzieren können) definiert, sondern über inhaltliche Gewichtungsgrade. (Dies kann in den Wissenstests zur Lernzielkontrolle Spiegelung und Niederschlag finden).

### **Inhaltliche Gewichtungsgrade** **(Minimalanforderungen)**

A = Inhalte, die im Rahmen der Schulung so intensiv vermittelt werden, dass sie beim Teilnehmer als aktives Wissen vorhanden sind.

B = Inhalte, die im Rahmen der Schulung so intensiv vermittelt werden, dass sie beim Teilnehmer als passives Wissen vorhanden sind

### **Anatomie und Stoffwechsel des Knochens**

Knochenaufbau (Kortikalis, Spongiosa, Trabekel, Architektur)	A
Zellen, Mechanotransduktion, Wirkungsweise der Belastungen. auf die Knochenzellen,)	B
Knochenstoffwechsel (Osteoklasten, Osteoblasten, Calcium, Vitamin D)	B
Knochendichte (Knochenfestigkeit, -qualität)	B

### **Funktionelle Anatomie des Bewegungssystemes**

Zusammenspiel von Muskulatur und Knochen	A
Druck- und Zugkräfte(Modelling/Re-Modelling)	A

### **Krankheitsbild Osteoporose**

Definition von Osteoporose (als verminderte Knochendichte mit konsekutiver Störung der Mikroarchitektur und verstärkter Frakturgefährdung)	A
Folgen der Osteoporose (Biopsychosoziale)	A
Definition und Differenzierung von primärer und sekundärer Osteoporose	B
Osteoporose-Primärprävention	A
Osteoporosetypische Frakturen (Lokalisation, Häufigkeit)	B
Osteopenie, präklinische Osteoporose	B
Epidemiologie der Osteoporose (z.B. Anteil Mann/Frau; Betroffenenstatistik)	B

### ***Risikofaktoren Osteoporose***

Beeinflussbare Risikofaktoren (z.B. Bewegungsmangel, Untergewicht, Rauchen)	A
Nicht beeinflussbare Risikofaktoren (Alter, Genetik, Ersterkrankungen, Vorfrakturen)	B
Non-Compliance, medikamentös, nicht-medikamentös	A

### ***Diagnostik der Osteoporose***

Indikation zur Diagnostik (z.B. 10-Jahres-Fraktur-Risiko)	B
Ablauf der Osteoporose-Diagnostik (Anamnese, Befund, spezielle Diagnostik)	B
Messverfahren, Messorte und ihre Wertigkeit (DXA, (p)QCT, Ultraschall)	B
Messergebnisse und deren Bedeutung: T-Score, Z-Score	B

### ***Körperwahrnehmung und Bewegungstherapie***

Grundlagen der nichtmedikamentösen Therapie (Schmerztherapie, Bewegungstherapie, Trainingaufbau und Materialien) A

Die 5 motorischen Grundeigenschaften: Koordination, Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Schnelligkeit und ihre Bedeutung in der Osteoporosetherapie B

Erfahren von individuellen Mobilitätsdefiziten A

Positive Tätigkeiten für die Knochenfestigkeit und ihre Wertigkeit A

Schädliche Tätigkeiten für die Knochenfestigkeit B

Konkrete Übungen zur Verbesserung der Muskelkraft unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit A

### ***Frakturvermeidung (Sturzprophylaxe, Hilfsmittel)***

Risikofaktoren für Stürze (anamnestisch, klinisch, häusliche Umgebung) A

Individuelles Sturzrisiko und positive Einflussnahme A

Hilfsmittel zur Frakturvermeidung, ihre Indikation und Wirkprinzipien (Hüftprotector, Gehstützen, Rollator, Orthesen) B

Konkrete Übungen zur individuellen Sturzprophylaxe erlernen und ausführen A

### ***Medikamentöse Therapie (außer Schmerztherapie)***

Medikamente zur Behandlung der Osteoporose (Leitlinien/ A-Klassifizierung) B

Einnahmemodalitäten der Osteoporose-Medikamente A

Wirkprinzipien, Wechselwirkungen, Zusatz- und Nebenwirkungen der Osteoporosemedikamente B

Notwendigkeit der gleichzeitigen Einnahme von Calcium und Vitamin D B

### ***Ernährung***

Bedeutung von Calcium und Vitamin D für den Knochenstoffwechsel und die Vermeidung von Stürzen A

Wichtigste Quellen einer ausreichenden Versorgung mit Calcium und Vitamin D und Calciumräuber A

Beurteilung der persönlichen Calcium- und Vitamin-D-Zufuhr A

Risiken einer zu hohen Calcium- und Vitamin D-Zufuhr B

Risikofaktor Untergewicht: Einfluss des Körpergewichtes auf den T-Score Wert B

### ***Schmerz- und Krankheitsbewältigung***

Grundprinzipien der Schmerz-Physiologie B

Differentialdiagnosen chronischer Rückenschmerzen B

Überblick über den Schmerzverlauf mit und ohne osteoporotische Frakturen A

Erfassen des subjektiven Schmerzverlaufes B

Individuelle Schmerz- und Krankheitsbewältigung B

Medikamentöse, nichtmedikamentöse und chirurgische Möglichkeiten der Schmerztherapie (Schmerzmittel, muskelentspannende Techniken, aktive und passive Physiotherapie, physikalische Therapie, Kyphoplastie, Vertebroplastie) und deren Nebenwirkungen B

### ***Selbsthilfe und Sozialberatung***

Arbeitsweise und Angebote sowie Hilfestellungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen A

Kontaktherstellung zu lokalen Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfgruppenverbänden der Region, sofern vorhanden A

Information zu rechtlichen Möglichkeiten (z.B. durch Sozialdienste) und zu Möglichkeiten der Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltags (Pflegestufe, Schwerbehindertenstatus, Zuzahlungsbefreiung, Rehabilitationsmaßnahmen) B