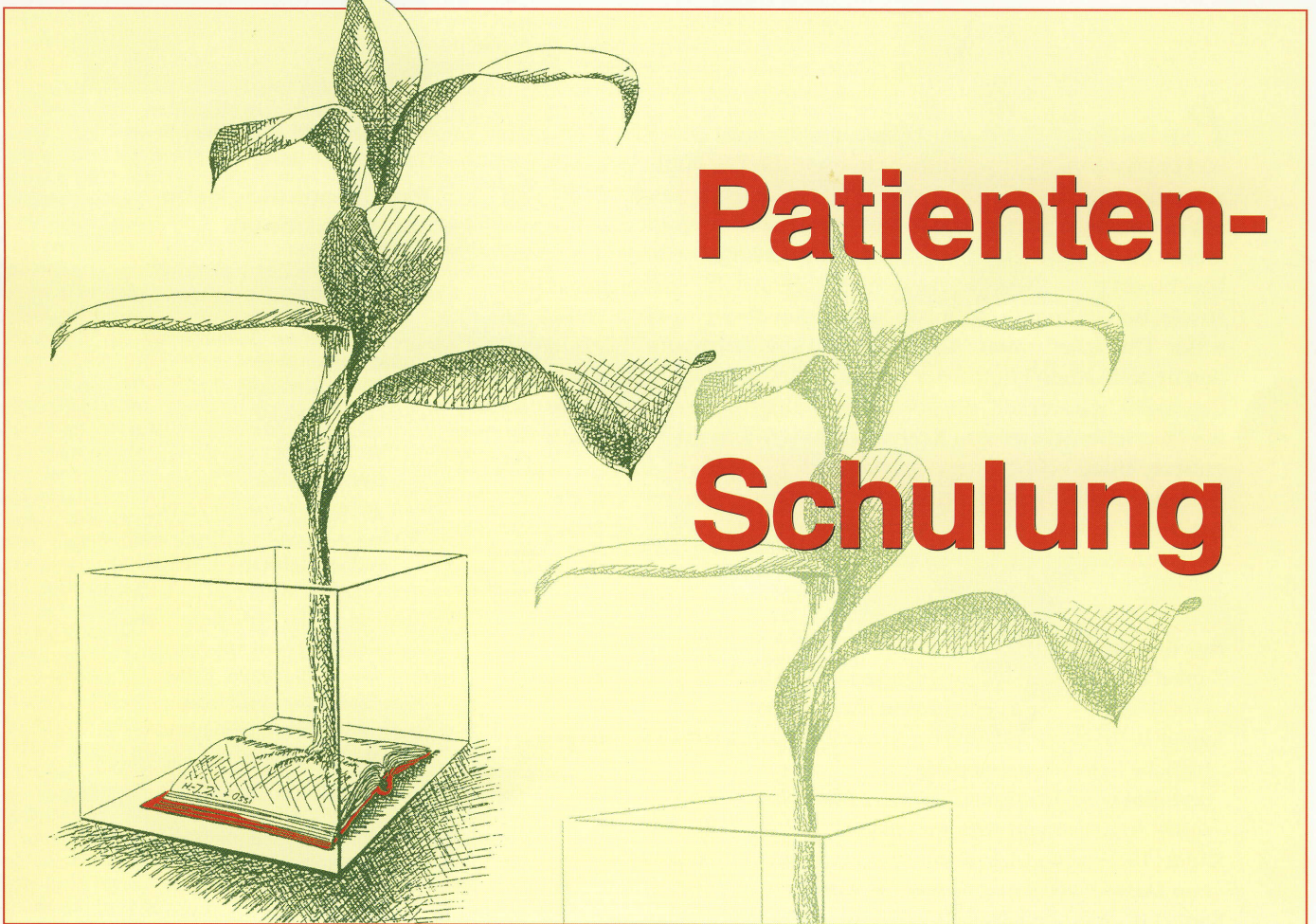


psychomed

Zeitschrift für Psychologie und Medizin

1/2001

2001 / 13. Jahrgang / Heft 1



Patienten- Schulung

Schwerpunkt

Asthma-Schulung nach familienmedizinischem Konzept

Diabetesschulung in der Pädiatrie

Neurodermitis-Patientenschulung

Schulung von Mukoviszidosekranken

Pädagogik der Patientenschulung

Fachbeitrag

Transplantation und Identität

Interview

Psychoonkologie: Entwicklung und Zukunft

Praxismanagement

Belastungsstörungen

Depression in der Hausarztpraxis

Pädagogik der Patientenschulung

Prinzipien einer personenbezogenen Patientenschulung

Rainer Paust und Angelika Meier, Essen

Der Erfolg der Behandlung von Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen wie z. B. Diabetes, Epilepsie, Asthma oder Hypertonie wird maßgeblich durch die Betroffenen selbst bestimmt (Selbst-Management). Um mit der chronischen Erkrankung zurechtzukommen, benötigen Betroffene und auch ihr Umfeld ausführliche Informationen über die Erkrankung und Möglichkeiten der Selbstbehandlung. Dazu haben sich neben dem informierenden Arzt-Patient-Gespräch strukturierte Patientenschulungen und psycho-edukative Programme als effektive und effiziente Interventionen erwiesen.

Die Schulungen haben deutlich gemacht, welche große Bedeutung psychische und soziale Aspekte im Leben der Betroffenen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung haben. Eine stärkere Einbindung der Patienten in die Gestaltung der Schulung wird dadurch sowohl von den Schulungsteams wie auch den Teilnehmern als notwendig betrachtet. Diese Einbeziehung nimmt ihrerseits Einfluss auf die Auswahl und Vermittlung (Didaktik) der Schulungsinhalte.

Im folgenden Beitrag werden Prinzipien dargestellt, die eine an persönlichen und individuellen Lern- und Veränderungswünschen orientierte Vorgehensweise in der Patientenschulung ermöglichen. Solche teilnehmerorientierten Schulungsansätze zeichnen sich gegenüber herkömmlichen Schulungen im Sinne traditioneller Pädagogik dadurch aus, dass sich die Inhalte der Schulung auf die teilnehmende(n) Person(en) mit ihren Problemen, Lern- und Veränderungswünschen in ihren Lebenskontexten beziehen. Personenbezogene Patientenschulung erkennt psychosoziale Fragen und Konflikte auf Seiten der Betroffenen an und hilft, individuelle Antworten und Lösungen zu finden, die Menschen in

ihrer konkreten Lebenssituation unterstützen können.

Wenn herkömmliche Schulung versagt

Herkömmliche Patientenschulung konzentriert sich häufig auf die Vermittlung von Informationen über die spezielle Erkrankung und deren Behandlung. Viele Teilnehmer an solchen Schulungen profitieren von diesem pädagogischen Informationsangebot. Es trägt dazu bei, dass die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen verstanden und die damit verbundenen Veränderungen des bisherigen Lebensstils von einem Teil der Patienten verwirklicht werden können. Bei einem anderen Teil der Patienten ist jedoch kein entsprechender „Erfolg“ zu verzeichnen.

Betrachtet man solche „Misserfolge“ herkömmlicher Schulung unter der Perspektive psychosozialer Einflüsse oder momentaner Lebensumstände der Teilnehmer, so wird die Notwendigkeit einer teilnehmerorientierten Vorgehensweise deutlich:

„Wenn ich doch alles über meine Behandlung weiß, warum verhalte ich mich im Alltag nicht danach?“

„Wie kann ich es erreichen, dass ich für meine Behandlung immer wieder genügend Kraft und Motivation aufbringe?“

Derartige Fragen und Konflikte von Betroffenen zeigen, dass eine nochmalige Unterweisung über die Notwendigkeit und Möglichkeit der Selbstbehandlung zu kurz greift und dem ausdrücklichen Anliegen (Auftrag) der Patienten in keiner Weise gerecht wird.

Alltagsbezogenen Lern- und Veränderungswünschen angemessen begegnen

Erfahrungen in der Diabetesschulung zeigen, dass sogenannte „Schulungswiederholer“, Menschen mit speziellen Fragen zur Umsetzung der Behandlung im Alltag, nicht noch einmal die grundlegenden Informationen einer Basis-schulung benötigen, sondern etwas anderes. Sie leben schon jahrelang mit ihrem Diabetes und suchen in Schulungen neue Motivation, um sich weiterhin auf die Selbstbehandlung einzulassen. Sie wünschen Hilfestellung bei der Umsetzung der tagtäglich geforderten Behandlung in den Alltag, und sie erwarten, dass sich das Diabetesteam mit ihren individuellen Anliegen beschäftigt und diese in der Schulung ausreichend berücksichtigt. Hinter diesen individuellen Gesprächsanliegen verbergen sich persönliche Erfahrungen und Lebenssituationen, für die es keine standardisierten Antworten geben kann. Personenbezogene Schulungskonzepte, wie z. B. die „Coping-Schulung“ (Paust et al. 2000), können auf solche individuellen Anliegen eingehen.

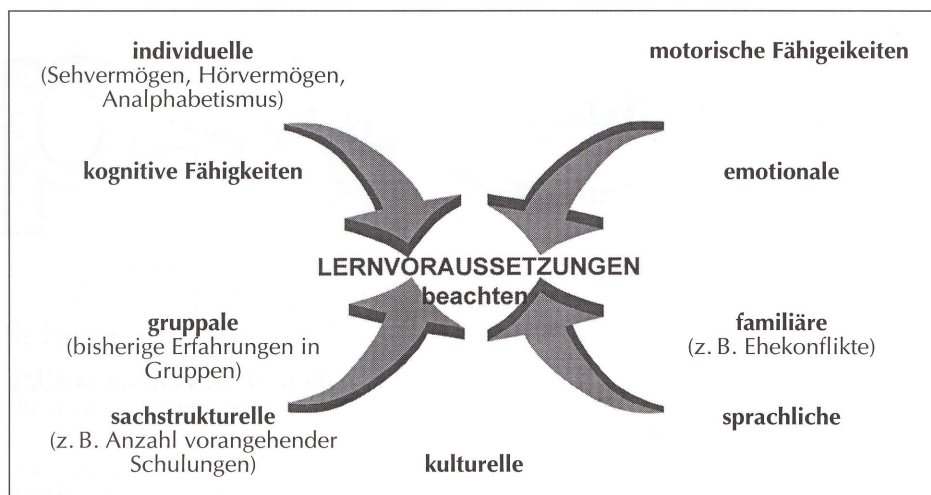


Abb.1: Lernvoraussetzungen, die im Rahmen einer personenbezogenen Schulung beachtet werden können.

Lernvoraussetzungen beachten

Bei der Gestaltung und Planung personenbezogener Schulung gilt es, die persönlichen Lernvoraussetzungen sowie Lernbegrenzungen der Teilnehmer zu beachten (vgl. Becker 1998). Abb. 1 zeigt dazu, welche Lernvoraussetzungen im Einzelnen berücksichtigt werden sollten.

Neue Fragen zur Schulung

Vor dem Hintergrund individueller Erwartungen der Patienten ergeben sich neue Fragen zum Verständnis personenbezogener Schulungsangebote:

- Welcher Lernbegriff ist hilfreich, um personenbezogene Schulungsprozesse so zu entwickeln, dass ein direkter Bezug zwischen dem Lerninhalt und der subjektiven Lebenswelt des Patienten hergestellt werden kann?
- Wie beeinflusst ein personenbezogenes Behandlungsverständnis die Didaktik und den Ablauf einer Schulung?
- Welche zusätzlichen Gestaltungsräume ergänzen die curriculumgesteuerte strukturierte Gruppenschulung, um darin persönliche Lernwünsche ausreichend zu berücksichtigen?
- Welche pädagogischen Befähigungen benötigen Behandlungsteams, um ihre Schulungsangebote personenbezogen zu realisieren?
- Welche methodischen Kenntnisse erleichtern die Umsetzung personenbezogener Schulung?

Antworten auf diese Fragen eröffnen den Blick auf handlungsleitende Prinzipien für ein personenbezogenes Schulungsverständnis und eine teilnehmerorientierte Didaktik.

Was bedeutet personenbezogene Schulung?

Bei unseren folgenden Überlegungen verwenden wir die Bezeichnung „personenbezogene Schulung“ für Vorgehensweisen, die persönliche Probleme, Lernvoraussetzungen, Lernziele und Lebensziele der Teilnehmer einbeziehen. Damit gibt „personenbezogene Schulung“ nicht vor, ein neues Konzept oder gar ein „raffinierteres“ Schulungspro-

gramm zu sein, das über die besseren Tricks verfügt, Patienten zu dem zu bewegen, was Behandler von ihnen erwarten. Wir beziehen uns vielmehr auf Überlegungen des „Empowerment“ (Rappaport 1985), des Selbst-Managements (Reinecker 1995) und der Ressourcenorientierung (Paust & Schiepek 1999). Tabelle 1 fasst 10 Prinzipien zusammen, durch die eine personenbezogene Schulung in Planung und Verlauf charakterisiert werden kann.

Prinzipien personenbezogener Patientenschulung

1. Informieren

Menschen mit chronischen Erkrankungen benötigen für eine eigenständige und bewusste Durchführung ihrer Selbstbehandlung Informationen über ihre Krankheit und bestehende Behandlungsmöglichkeiten. Deshalb begleitet die Vermittlung von Informationen die personenbezogene Schulung in jeder Phase des gemeinsamen Prozesses.

Teilnehmerorientierte Didaktik ist zu jedem Zeitpunkt eines Schulungsprozesses bemüht, auf individuelle Lerninteressen und die Autonomie des betroffenen Menschen mit seiner Erkrankung einzugehen, selbst wenn dabei vertraute Pfade einmal verlassen werden müssen.

Das Anliegen auf Seiten der Schulungsteams ist nicht so sehr darauf gerichtet, den anderen Menschen mittels eigener Belehrung zu „erziehen“, sondern diesem aufmerksam zuzuhören, seine Bedürfnisse und Motive zu verstehen, mit

Tab. 1: Prinzipien personenbezogener Patientenschulung

1. Informieren	statt	Belehren
2. Bedingungen für Lernen schaffen	statt	Lernen einzufordern
3. Lernziele vereinbaren	statt	Lernziele zu bestimmen
4. Lerninhalte vereinbaren	statt	Lerninhalte zu bestimmen
5. Ergebnisoffene Prozesse fördern	statt	Ergebnisse unbedingt erreichen zu müssen
6. Ressourcen wahrnehmen	statt	ausschließlich Defizite zu betonen
7. Lebenswelt der Teilnehmer beachten	statt	symptomzentriert zu bleiben
8. Emotionen einbeziehen	statt	Emotionen zu ignorieren oder als Störung zu bewerten
9. eigene Bewertungen ermöglichen	statt	„richtige“ Bewertung vorzuschreiben
10. Methoden variieren und anpassen	statt	„immer nur eine Methode“ beizubehalten, z. B. Vortrag

den eigenen Ansichten und Kenntnissen über die jeweilige Erkrankung zu vergleichen und Gemeinsamkeiten herzustellen sowie Unterschiede unter Berücksichtigung möglicher Machtverhältnisse fair aufzuarbeiten (vgl. Hinte 1980). Erwachsene Menschen (auch mit einer chronischen Erkrankung) brauchen nicht „belehrt“ zu werden, denn sie sind sehr wohl lernfähig, wo sich der Wunsch etwas zu lernen auf die eigenen Ziele und Aktivitäten bezieht (vgl. Siebert 1994; Siebert 1996).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der herkömmlichen Vorgehensweise und dem personenbezogenen Ansinnen ergibt sich daraus, dass nicht ein vorgegebenes Informationsangebot als *geschlossenes* Curriculum von A bis Z „durchgezogen“ wird, sondern ein *rollendes* Curriculum unter Mitwirkung der Beteiligten entsteht.

2. Bedingungen für Lernen schaffen

Bei einem personenbezogenen Vorgehen beschränkt sich das Behandlungsteam nicht darauf zu lehren, Wissen weiterzureichen, zu kontrollieren und zu steuern, sondern es schafft Bedingungen, unter denen Lernen möglich werden kann. Zu den Aufgaben des Behandlungsteams gehört die Moderation der Teilnehmererfahrungen mit ihrer Erkrankung in einer Atmosphäre, die das Entdecken und Darstellen persönlicher Betroffenheit fördert. Fragen, interessiert sein, selbst lernen wollen, zuhören, auf Teilnehmeranliegen achten, Feedback geben, all diese Optionen ergeben konkrete pädagogische Handlungen, die den Forderungen moderner Erwachsenenbildung gerecht werden. Das Behandlungsteam kann auf diese Weise helfen, dass Betroffene ihre Interessen kennen lernen, diese mitteilen und Wege entdecken, dementsprechend zu handeln (Paust & Ellebracht 2000).

a) Die Gruppe als Lernumfeld einbeziehen

Patientenschulung wird häufig als Gruppenschulung angeboten. In der Gruppe Gleichbetroffener, z. B. in einer Diabeteschulung, kann der Einzelne sich selbst und seinem Diabetes im Kontakt mit anderen so nähern, dass die Verarbeitung behandlungsrelevanter Informationen konstruktiv gefördert wird. Aller-

dings sollte darauf geachtet werden, dass zwischen den Gruppenteilnehmern hinreichend Gemeinsamkeiten vorliegen, die das Zustandekommen befriedigender Lernverläufe ermöglichen. Die Tatsache, dass beispielsweise alle Teilnehmer Diabetes haben, reicht oft noch nicht aus, um gemeinsame Lernerwartungen in der Gruppe zu entwickeln. Kriterien für Gemeinsamkeiten können sein: Diabetestyp, Art der Behandlung, Alter, bisherige Schulungserfahrungen, spezielle Probleme oder Wünsche. Um die Überzeugung bei jedem einzelnen Teilnehmer zu verankern, dass ein Erfahrungsaustausch hilfreich sein kann, wird bereits zu Beginn der Schulung besonderer Wert darauf gelegt, die jeweiligen persönlichen Erfahrungen, Fragen und Themen in der Gruppe anzusprechen. Die Gruppe nimmt so wesentlich Anteil an den Ergebnissen der Schulung für jeden Einzelnen.

b) Jeder kann von jedem lernen

Lernen geschieht oft in Situationen, die nicht ausdrücklich als Unterricht definiert sind, z. B. im Gespräch der Gruppenteilnehmer untereinander in der Kaffeepause. Jeder kann von jedem lernen. Personenbezogene Schulung schließt solche Freiräume bewusst ein, die selbstorganisiert Lernerfahrungen hervorbringen können – jedoch nicht zwangsläufig müssen.

c) Selbstbestimmtes Lernen

Lernen geschieht stets in eigener Regie des Lernenden. Wer schon mal versucht hat, jemandem etwas zu vermitteln, ohne dass dieser es lernen wollte, weil der Inhalt beispielsweise in seiner Wahrnehmung keinen oder nur einen lockeren Bezug zu seinen Aktivitäten besaß, wird gemerkt haben, wie schwierig oder gar unmöglich dieses Unterfangen ist. Dies ist eine typische Ausgangssituation, aus der heraus Patienten als schwierig oder unwillig erlebt werden. Auch die Art, wie eine einzelne Person etwas lernt, ist von ihr selbst, ihrem individuellen Lernstil und ihren Lernkanälen (z. B. Hören, Sehen, Fühlen, allein, gemeinsam usw.) abhängig.

d) Freiwilligkeit der Teilnahme

Zu den förderlichen Elementen personenbezogener Patientenschulung zählt die Freiwilligkeit der Teilnahme. Wenn

sich ein Patient selbst zu einer Schulung anmeldet, kann ihm ein *Lernbedarf* und eine *Lernabsicht* unterstellt werden. Die Einschätzung der *Lernfähigkeit* (Lernvoraussetzungen) geschieht dann auf beiden Seiten während der gemeinsamen Arbeit und abhängig von den Lerninhalten. Probleme können in der Schulungspraxis entstehen, wenn die Einschätzung des persönlichen *Lernbedarfs*, der *Lernabsicht* oder der *Lernfähigkeit* von den Beteiligten (zuweisender Arzt, Schulungsteam, Patient) zu stark voneinander abweichen.

e) „Durch Erfahrung wird man klug“

Lernen besteht nicht nur aus der bloßen Aneignung fremden Wissens. Lernen betrifft immer auch die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation als Problem und bezieht sich auf den Versuch, eine Lösung für dieses Problem zu finden. Lernen beginnt aber nicht erst mit dem Eintritt in den Schulungsraum, sondern hat bereits vorher stattgefunden und wird auch nach der Schulung fortgesetzt werden. Ein Beispiel: Ein Patient hat in der Schulung, an der er vor einem Jahr teilnahm, gelernt, wie er mit seiner Behandlung „ordnungsgemäß“ klar kommen kann, welche Medikamente in welcher Situation geeignet sind und wie diese wirken. Im Anschluss an die Schulung setzte er alle Maßnahmen mit großer Sorgfalt um. Nach etwa sechs Monaten ließ sein Bemühen um regelmäßige Medikamenteneinnahme nach und er „vergass“ wichtige Regeln seiner Behandlung. Was ist in der Zwischenzeit geschehen? Hat er wirklich „vergessen“? Oder hat er etwa in seinem Alltag Erfahrungen gemacht – sozusagen weiter gelernt? Hat er vielleicht sogar gelernt, wie er das in der Schulung Gelernte wieder neutralisieren kann, weil es in seinem Leben mehr Störungen als Hilfe verursacht hat?

Personenbezogene Schulung kalkuliert „Weiterlernen“ mit ein. Die Auswahl möglicher Lerninhalte wird durch die Einbeziehung bisheriger, aber auch möglicher zukünftiger Erfahrungen nach der Schulung bestimmt.

3. Lernziele vereinbaren

Seit jeher gehören *Lernziele* zu den wichtigsten Bezugspunkten in der pädagogischen Arbeit. Nicht immer stand

dabei aber die Frage im Vordergrund, wer bestimmt, was gelernt werden soll.

Im eher traditionellen Verständnis von Pädagogik bestimmen Experten vorab, was Betroffene lernen sollten, damit das Richtziel, z. B. Selbstständigkeit oder Verbesserung der gesundheitlichen Situation, erreicht werden kann. Die einmal festgelegten Lerninhalte bilden ein geschlossenes Curriculum. Damit ist das Ziel klar, die Lerninhalte sind definiert, es kommt nur noch darauf an, wie die ausgewählten Inhalte „an bzw. in den Menschen“ gebracht werden.

Ziel- und Auftragsklärung

Da Lernziele in einem personenbezogenen Verständnis nicht einfach vorgegeben werden können, sondern mit den Teilnehmern vereinbart werden, steht am Anfang jeder Schulung das Gespräch über die Ziele jedes einzelnen Teilnehmers. Was will er lernen? Was wären zufriedenstellende Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse am Ende der Schulung? Welche krankheitsbezogenen Ziele, welche verhaltensbezogenen Ziele, welche sozialen Ziele, welche sonstigen Lebensziele sind zu berücksichtigen?

Würden die Lernziele dagegen ausschließlich vom Behandlungsteam vorgegeben, bliebe weniger Spielraum für selbst gesetzte Lernziele der Patienten. Beschränkt sich das Behandlungsteam auf die Vorgabe der Lernziele, bleiben möglicherweise wichtige Informationen und Anstöße auf der Strecke. Personenbezogenes Vorgehen in der Schulung von Patienten bezieht sich bei dem, was in der Schulung gelernt werden soll, auf die Interessen und Anliegen *aller* am Lernprozess Beteiligten. Sowohl die Lehrinhalte und Lernziele des Behandlungsteams als auch die Lernwünsche und Lernziele der Betroffenen bestimmen die Schulung. So kann z. B. zu einem bestimmten Zeitpunkt ein ausschließlich informationszentrierter Vortrag Bestandteil der personenbezogenen Schulung sein. Lernzielvereinbarungen können sich durchaus ausschließlich auf die Wissensvermittlung über die Erkrankung beziehen, wenn diese ge-

meinsam (!) getroffen wurden. Ebenso kann das Behandlungsteam den Teilnehmern Themen vorschlagen und umgekehrt. In jedem Fall aber geht es darum, dass die Lerninhalte in Abstimmung mit den Zielen der Beteiligten und unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontexte vereinbart werden (rollendes Curriculum). Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, laufen Behandlungsteams sonst Gefahr, an den Interessen der Betroffenen vorbei zu schulen und diese zu verlieren.

Während das Behandlungsteam Lernziele abstimmt, legt es gleichzeitig seine Absichten offen, stellt eigene Fähigkeiten und Kenntnisse den Beteiligten zur Verfügung und ermöglicht so dem gemeinsamen Lernprozess (=Schulungsprozess) einen befriedigenden Fortgang.

4. Lerninhalte vereinbaren

Lerninhalte, die sich nicht auf die Aktivitäten und Ziele im Leben des Patienten beziehen, bleiben vielleicht als Information gespeichert, beeinflussen die persönlichen Handlungsweisen aber nur gering. Für die Aktivitäten und eigenen Ziele sind allein die Patienten Experten. Ob eine Information oder eine Vielzahl von Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung zu bedeutungsvollem Wissen für den einzelnen Menschen werden kann und sich möglicherweise auf sein Verhalten auswirkt, hängt vor allem von den Antworten auf die folgenden Fragen ab (vgl. Siebert 1997). Sie unterstreichen nochmals, wie bedeutsam die Absprache von Inhalten ist.

Frage 1: Ist das Thema relevant?

Das Thema muss für den an der Schulung teilnehmenden Menschen relevant sein, d. h. es muss ihn betreffen, und es muss für ihn sinnvoll sein. Er muss mit dem Thema die Hoffnung verbinden können, daraus für sich neue Verhaltensweisen ableiten zu können.

Frage 2: Ist das Thema viabel?

Viabel ist ein Thema dann, wenn es für den Schulungsteilnehmer lebensdienlich, hilfreich und passend erscheint. Man könnte auch sagen, dass die Bereitschaft zur Beschäftigung mit dem Thema durch die Zuversicht auf einen möglichst hohen Nutzen im weiteren Leben gefördert wird.

Frage 3: Ist das Thema anschlussfähig?

Das Thema muss anschlussfähig sein, d. h. an das Wissen und die bisherigen Erfahrungen des Patienten anknüpfen und sich doch von Bisherigem unterscheiden. Menschen verhalten sich so, wie es für sie einen Sinn ergibt und wie es mit ihren bisherigen Erfahrungen und persönlichen Empfindungen in Einklang zu bringen ist.

Frage 4: Hat das Thema Neuigkeitswert?

Die Inhalte müssen für den Betreffenden anschlussfähig sein und doch einen gewissen Neuigkeitswert haben.

Suche nach Betroffenheit, Motivation und Sinn

Lerninhalte in der personenbezogenen Patientenschulung werden so aufbereitet, dass man Betroffenheit, Motivation und Sinn nicht nur „lehrt“, sondern auch *nach Betroffenheit, Motivation und Sinn sucht*.

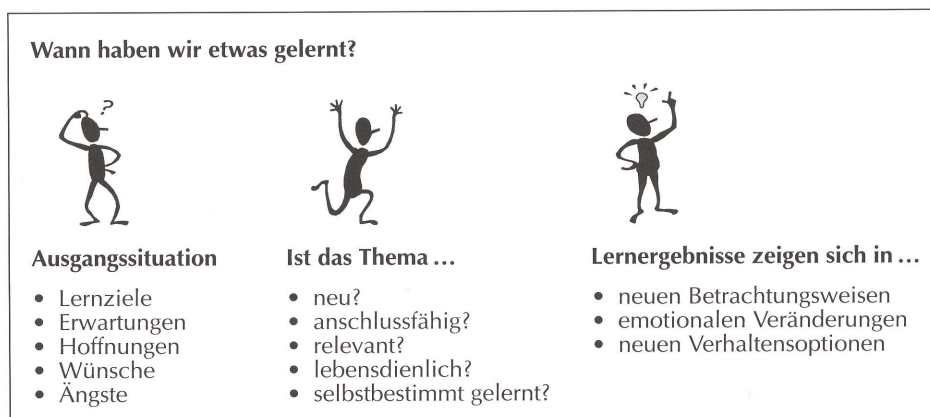


Abb. 2: Aspekte erfolgreichen Lernens

Der Patient wird dabei nicht erst am Ende der Schulung für motiviert und mündig gehalten, quasi als Ergebnis der eigenen „Informationsarbeit“, sondern beides wird zu jedem Zeitpunkt unterstellt.

Es ergibt sich dabei aber auch, dass neben den zu Beginn einer Schulung vereinbarten krankheits- und behandlungsbezogenen Inhalten neue Themen und möglicherweise neue Behandlungs- bzw. Lebensziele wichtig werden können. Plötzlich geht es der verwitweten Frau auch darum herauszufinden, wie sie neue Kontakte knüpfen kann, um einen Ausweg aus ihrer Isolation zu finden. Es geht dem jungen Mann auch darum, seine Angst vor Diskriminierung im beruflichen Umfeld zugunsten seiner Behandlung zu mindern. Oder es geht der 40-jährigen Frau auch darum, neue Wege zu entdecken, wie sie ihr Ringen um eine Gewichtsabnahme weniger belastend gestalten kann.

5. Ergebnisoffene Prozesse fördern

Das Gespräch über Lernziele ist in personenbezogenen Schulungen ausdrücklich erwünscht. Das muss nicht bedeuten, dass die angesprochenen Ergebnisse auch in jedem Fall erreicht werden können oder sogar müssen. Ziele schaffen vielmehr kommunikative und didaktische Möglichkeiten, um die Schulung auch wirklich personenbezogen zu entwickeln. Wenn nicht deutlich ist, was die Teilnehmer wünschen, kann auch keine personenbezogene Information, Beratung und Moderation stattfinden.

Ziele geben die Richtung an, in die eine wünschenswerte Veränderung gehen soll. Sie beeinflussen die Inhalte, aber die Inhalte verändern möglicherweise auch die Ziele.

Es ist uns bewusst, dass Patientenschulung in der Medizin auch mit der Erwartung verbunden ist, zur Verbesserung von Kennwerten (z. B. HbA1c, normaler Blutdruck, Gewichtsreduktion usw.) beizutragen. Dieser Schulungseffekt konnte wiederholt – aber nicht in jedem Fall – nachgewiesen werden. Dazu ist zu bedenken, dass Schulung nur eine Maßnahme im Gesamtkonzept einer Behandlung sein kann. Ihr Gelingen oder Mislingen entscheidet nicht allein darüber, welchen kurz-, mittel- und langfristigen Verlauf eine Erkrankung annimmt.



Abb. 3: Mögliche Ressourcen, die während der Schulung angesprochen werden können.

6. Ressourcen wahrnehmen

Wir sind gewohnt, Teilnehmer von Schulungsmaßnahmen vor allem in ihrem Wissens- oder Kompetenzdefizit wahrzunehmen, das sie als lernbedürftig ausweist. Dieser Aspekt darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass jeder Patient Ressourcen erschließt bzw. erschließen kann, um für seine Situation zusätzliche Handlungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen.

Was sind Ressourcen?

Ressourcen sind Kraft- und Energiequellen. Sie beinhalten diejenigen Aspekte einer Person oder im Umfeld einer Person, die für die Bewältigung einer Aufgabe zugänglich und nutzbar gemacht werden können. Alles, was einem erkrankten Menschen sinnvoll erscheint, seine Fähigkeiten, die er bewusst einsetzen kann, individuelle Möglichkeiten, neue Themen zu bearbeiten und diese im Alltag zu verwirklichen, bereits gemachte Erfahrungen und daraus abgeleitete Überzeugungen, Ziele für die Zukunft und das, was ihn beim Zurechtkommen mit seiner Behandlung unterstützt, wird im Sinne einer Ressource in der personenbezogenen Patientenschulung berücksichtigt.

7. Lebenswelt der Teilnehmer beachten

Eine personenbezogene Patientenschulung geht über ein symptom- und behandlungszentriertes Angebot hinaus. Es bezieht die von den Patienten wahrge-

nommenen Bedingungen im eigenen Umfeld auf Wunsch mit ein, z. B. Lebens- und Arbeitsbedingungen, familiäre Faktoren, andere Beziehungskonstellationen sowie weitere soziale Komponenten.

Dort, wo persönliche Anliegen einzelner Patienten die Arbeit in der Gruppe überfordern, sucht das Behandlungsteam nach Möglichkeiten, um im *individuellen Beratungsgespräch* Lösungswege zu erarbeiten.

8. Emotionen einbeziehen – mit Herz und Verstand

Betrachtet man Patientenschulungsprogramme und entsprechende Medien, so entsteht oft der Eindruck, dass Lernen und persönliche Veränderung durch rein rationale Prozesse zu erreichen sei. Gefühle erscheinen darin – wenn überhaupt – als Schwierigkeiten, die den Lernvorgang eher behindern als fördern. Personenbezogene Schulung bietet dagegen gezielt Raum für Emotionen, da gerade sie den Lernprozess maßgeblich beeinflussen können.

Eine wohlwollende Lernatmosphäre bezieht emotionales Befinden von Anfang an mit ein. Diejenigen Inhalte, die auch emotional intensiv erfahren werden, haben einen beträchtlichen Anteil daran, dass neue Informationen das zukünftige Verhalten beeinflussen. Wer personenbezogenen Lernsituationen schafft, toleriert dabei aufkommende Gefühle nicht nur, sondern ermutigt die Menschen geradezu, diese bewusst wahrzunehmen und sie durch Reflexion zu verstehen.

9. Eigene Bewertungen ermöglichen

Persönliche subjektive Bewertungen über die eigene Krankheit und deren Behandlung bestimmen zu einem beträchtlichen Anteil, mit welcher inneren Einstellung chronisch Kranke den Anforderungen ihrer Behandlung im Alltag begegnen. Bewertungen werden dabei nicht einfach von außen übernommen. Eigene Ansichten werden mit Ansichten anderer Betroffener verglichen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die sich dabei ergeben, regen zu neuen Einschätzungen an.

Dieser Prozess kann in der Patientenschulung unterstützt werden, indem das Behandlungsteam ein Gespräch über das Erleben der Krankheit initiiert. Beispielsweise kann jeder Schulungsteilnehmer in der Gruppe gebeten werden, den Satz: „*Meine Krankheit ist für mich im Grunde ...*“ zu vollenden. Auf diese Weise werden in der Gruppe unterschiedliche Bedeutungen, Bewertungen und Ansichten über die Erkrankung deutlich, die den Einzelnen anregen können, eigene evtl. belastende Bewertungen zu hinterfragen. Zu jedem Behandlungsaspekt (z. B. Medikamenteneinnahme, Ernährung, Bewegung, Gewichtsreduktion, Arztbesuch etc.) lassen sich die Ansichten und Bewertungen der Teilnehmer in der personenbezogenen Schulung einbeziehen und nutzen.

10. Unterrichtsmethoden wechseln und anpassen

Wie wirksam und attraktiv eine Patientenschulung durch die Teilnehmer erlebt wird, hängt auch davon ab, ob ansprechende und neugiererschaffende Unterrichtsmethoden zum Einsatz kommen.

„Wenn alles schweigt und einer spricht, man nennt's gewöhnlich Unterricht“

Immer nur Vorträge, einer redet und alle anderen hören zu, das ist auf Dauer langweilig und ermüdet. Deshalb sind Lernformen und Methoden zu bevorzugen, die Selbstständigkeit und Eigenarbeit fördern. Schulungsteams sollten die Methoden den Teilnehmern und deren Möglichkeiten anpassen, ohne in eine Methode verliebt zu sein, die unter Umständen überfordert. Jede Methode ist nur so gut, wie sie zu den Beteiligten und zum Thema passt.

Für den Einsatz unterschiedlicher Methoden sprechen folgende Argumente:

- Bedarfsgerechter Wechsel zwischen Konzentrations- und Entspannungsphasen;
- Unterschiedlichen Lernstilen und Lernarten kann eher entsprochen werden;
- Methodenwechsel bringt da neue Impulse, wo Eintönigkeit und Gleichförmigkeit droht;
- Teilnehmerorientierte Methoden ermöglichen eine direkte Einbindung der Patienten und vermitteln zusätzlich, dass nicht nur das Schulungsteam für das Seminar-geschehen verantwortlich ist, sondern auch die Gruppe (z. B. Partnerarbeit, Kleingruppenarbeit).

Auswahl der Unterrichtsmethoden

Voraussetzung für eine angemessene Auswahl der Methoden in der personenbezogenen Patientenschulung ist, dass das Behandlungsteam selbst eine Haltung der Offenheit, Neugier und Experimentierfreude einnimmt und vermittelt. Viele, insbesondere interaktive Unterrichtsmethoden sprechen neben kognitiven Anteilen auch emotionale Aspekte an. Ein förderlicher Umgang mit eigenen emotionalen Anteilen des Schulungsteams ist hier erforderlich, um auch mit den Emotionen anderer förderlich umgehen zu können.

Die Methodenkompetenz eines Behandlungsteams sollte daher folgende Aspekte einschließen (Gugel 1997):

- verschiedene Methoden kennen und gezielt einsetzen können;
- mit Emotionen umgehen können;
- mit gruppendynamischen Prozessen umgehen können;
- Kommunikation verstehen und gestalten können;
- das Thema im Auge behalten können.

Kriterien bei der Wahl einer Methode:

- Knüpft die Methode an Vorwissen, Einstellungen und Erwartungen an?
- Werden die Lernvoraussetzungen der Teilnehmer bei der Methodenwahl berücksichtigt?
- Trägt die Methode dazu bei, Lernbereitschaft zu wecken und zu erhalten?
- Fördert die Methode Eigeninitiative und selbstorganisierte Lernprozesse?
- Ermöglicht die Methode Selbstreflexion und eigenständiges Handeln?
- Fördert die Methode mehrdimensionale Sichtweisen eines Problems?
- Ist die Methode auf einen Dialog ausgerichtet?
- Berücksichtigt die Methode, dass Lernen mit „Kopf, Herz und Hand“ geschehen soll?
- Ermöglicht die Methode die Erfahrung eigener Kompetenz?
- Ist die Methode mit der Offenheit von Lernprozessen vereinbar?

Kritische Reflexion des Schulungsteams zum eigenen Handeln

Über sich selbst und das eigene Schulungs- und Handlungsfeld zu lernen und dies als permanente Aufgabe zu verstehen, kann Schulende davor schützen, in der Routine des Schulungsalltag aufgerieben zu werden. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Tätigkeit ist hier aber kein Selbstzweck – das Schulungsteam im Krankenhaus oder in der Praxis ist keine Selbstfindungsgruppe –, sondern notwendiger Bestandteil verantwortungsbewusster Arbeit. Die Reflexion der eigenen Arbeit sollte unter anderen folgende Aspekte berücksichtigen:

- Werden durch die Arbeit möglichst viele erreichbare Ressourcen und Hilfsmittel für die Patienten erschlossen?
- Achtet das Team auf angemessene und zeitgerechte Ermutigung der Patienten, die eigenen Ressourcen wahrzunehmen?
- Werden individuell hilfreiche Lernbedingungen angeboten?
- Wird den Patienten ein umfangreiches Know-how angeboten, über dessen Relevanz allerdings die Schulungsteilnehmer selbst entscheiden?

Das hier vorgestellte Prinzip einer personenbezogenen Patientenschulung geht damit weit über die sachliche Information und auch über strukturierte Hilfen zur Verhaltensänderung bei chronischer Krankheit hinaus. Nicht die chronische Krankheit – Asthma, Atopie, Hypertonie, Diabetes oder andere – steht im Mittelpunkt, sondern der individuelle Mensch, der dadurch in besonderer Weise gefordert ist. Seine persönlichen Bedürfnisse, Ziele und Möglichkeiten gehen ebenso in den Schulungsprozess ein wie die therapeutischen Erfordernisse. Für Schulungsteams, die dieses Prinzip in ihrer Arbeit aufgreifen möchten, kann das eine reizvolle Aufgabe sein. Es setzt jedoch bei ihnen die Bereitschaft voraus, gewohnte Strukturen der Schulung, auch Hierarchien, zu hinterfragen und partnerschaftliche Formen der Kommunikation umzusetzen.

„Wenn man nur einen Hammer als Werkzeug hat, sieht jedes Problem wie ein Nagel aus“

(Bernard Russell)

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin in der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (1998). Patientenzentrierte Diabetesbehandlung. *Diabetes Stoffw*, 7, 121–124.

Becker, G. E. (1998). Durchführung von Unterricht. Weinheim: Beltz.

Becker, G. E. (1998). Planung von Unterricht. Weinheim: Beltz.

Blättner, B. (1998). Gesundheit läßt sich nicht lehren. Bad Heilbrunn: Julius Klinhardt.

Gugel, G. (1997). Methoden Manual I, „Neues Lernen“. Weinheim: Beltz.

Herpertz, S., Paust, R. (Hrsg.) (1999). Psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus. Lengerich: Pabst.

Hinte, W. (1990). Non-direktive Pädagogik. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lamparter-Lang, R. (Hrsg.) (1997). Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern: Hans Huber.

Paust, R., Schiepek, G. (1999). Ressourcenorientierung in der Diabetes-Beratung. In: S. Herpertz, R. Paust (Hrsg.): Psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus. Lengerich: Pabst. 68–82.

Paust, R., Ellebracht, H. (2000). Fit und Selbstbewußt mit Diabetes. Berlin/München: Econ-Ullstein-List.

Paust, R., Krämer-Paust, R., Meier, A. (2000). „Coping-Schulung“. Schulungsmaterialien für die Behandlung von Menschen mit körperlichen chronischen Erkrankungen. Manuskript: Elisabeth-Krankenhaus Essen

Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 17, 257–278.

Reinecker, H. (1995). Selbstmanagement bei Diabetes mellitus. In: F. Petermann (Hrsg.): Diabetes mellitus. Göttingen: Hogrefe.

Siebert, H. (1994). Lernen als Konstruktion von Lebenswelten. Frankfurt/Main: VAS.

Siebert, H. (1996). Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Neuwied: Luchterhand.

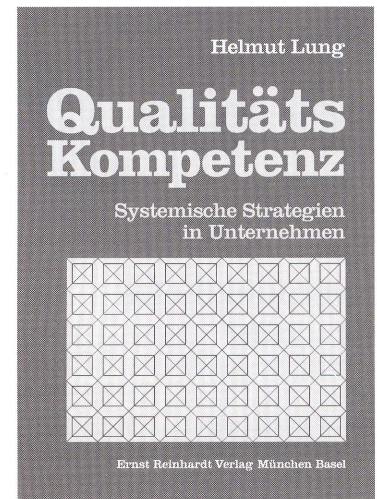
Wohlfahrt, R., Schneider, D. (1999). Psychoedukatives Training zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeiten von Menschen mit Epilepsie. Tübingen: Dgvt-Verlag.



Rainer Paust, Dipl.-Pädagoge, Familien- u. Systemtherapeut, Organisationsberater Elisabeth-Krankenhaus Essen
Moltkestraße 61
D-45138 Essen
E-Mail: rainer.paust@cityweb.de



Angelika Meier, Diabetesberaterin (DDG), Lehrerin im Gesundheitswesen, Berufsfachliche Leitung der WB zum/r Diabetesberater/in DDG (Rheine)
Elisabeth-Krankenhaus Essen
Moltkestraße 61
D-45138 Essen



222 Seiten. (3-497-01357-9) gb
DM 59,-/€ 30,17
öS 431,- SFr 53,50

Das Grundthema des Buches ist der Qualitätsanspruch, der auch die „Nullfehlerstrategie“ oder „100-Prozent-Qualität“ bzw. „Total Quality Management“ zum Ziel hat. In einer systemischen Betrachtungsweise wird gezeigt, wie die einzelnen Bestandteile des persönlichen Handelns und Erlebens in sich vernetzt sind. Wer Mitarbeiter autoritär führt, wird keine qualitative Teamarbeit fördern; wer nur Slogans propagiert und nicht persönlich vorlebt, wird nur Mitläufer provozieren und keine Mitdenker; wer eigenverantwortlich denkende und handelnde Mitarbeiter will, muß auch bereit sein, Risiken mitzutragen; wer Mitarbeiter kritisiert, muß auch selbst Kritik annehmen können. Im Praxisteil werden Schritte aufgezeigt, wie der Qualitätsanspruch im Unternehmen und im Privatleben realisiert werden kann.

**Ernst Reinhardt Verlag
München Basel**