

**selbsthilfegruppenjahrbuch**  
**2001**

**DAG SHG**

## **selbsthilfegruppenjahrbuch 2001**

### *Herausgeber:*

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.  
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

### *Redaktion:*

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in  
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),

Friedhofstr. 39, D-41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567

Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,  
Friedrichstr. 33, D-35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612

Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung  
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),  
Albrecht-Achilles-Straße 65, D-10709 Berlin, Tel.: 030/ 8914019

### *Umschlag:*

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

### *Satz und Layout:*

Focus Verlag GmbH, Gießen

### *Druck:*

Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda  
ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der  
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher  
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des ›selbsthilfegruppenjahrbuchs‹  
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend, von der ›GlücksSpirale‹ und von folgenden Krankenkassen:

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten  
Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Schwäbisch Gmünder Ersatz-  
kasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine  
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der  
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

## Patientenschulung als Schnittstelle zur Selbsthilfe

### Warum Patientenschulung bei chronischer Krankheiten?

Die Bewältigung einer chronischen Krankheit ist von der Art der Erkrankung abhängig, d.h. mögliche Heilungschancen oder Behandlungsmöglichkeiten sind von Wichtigkeit. Die Erkrankung trifft auf ein Individuum in bestimmten soziodemographischen Verhältnissen, mit unterschiedlicher Persönlichkeitsstruktur und Bildung. Auf dem Boden der verschiedenen Krankheitsbilder, soziodemographischen und psychologischen Bedingungen erfolgt durch das Individuum eine Auseinandersetzung mit dem Ereignis und eine Bewertung der Erkrankung. In diese Bewertung gehen die Krankheitstheorien des Individuums ein (Laientheorien).

Im Rahmen dieser Bewertung kann die Erkrankung als Verlust bzw. Schädigung, als Bedrohung für die Persönlichkeit oder als Herausforderung verstanden werden. Es erfolgen weitere Bewertungen unter dem Gesichtspunkt: Was kann ich selber tun? Über welche Kompetenzen verfüge ich? Welche Unterstützungen stehen mir zur Verfügung? Es folgen Bewältigungsversuche, die sowohl effektiv als auch ineffektiv sein können (in Anlehnung an Lazarus, 1981). Je weniger Kompetenzen vorhanden sind, um so ineffektiver werden die Bewältigungsversuche. Betroffene erfahren so eine Unkontrollierbarkeit der Situation. Dieses kann in der Folge zu Gefühlen der Hilflosigkeit, Unsicherheit, Passivität und zunehmender Depressivität führen (Garber, Seligmann, 1980).

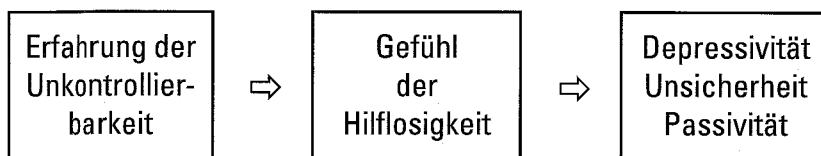


Abb. 1: Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Garber und Seligman, 1980

Patientenschulung will der Erfahrung der Unkontrollierbarkeit und dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken und einen aktiven Bewältigungsstil fördern. Als übergeordnete Ziele von Patientenschulungsmaßnahmen im Rahmen chronischer Erkrankungen werden heute allgemein drei Bereiche hervorgehoben:

- das Krankheitswissen der Betroffenen zu erhöhen,
- die praktische Kompetenz im Alltag zu erweitern,
- die Krankheitsbewältigung auf emotionaler Ebene günstig zu beeinflussen.

Um die oben aufgeführten Ziele umzusetzen, darf nicht nur der Wissensbereich angesprochen werden. Patientenschulung ist deshalb auf mehrere Dimensionen ausgerichtet (Abb. 2). Sie beinhaltet kognitive, praktische und

emotionale Elemente. Neben der Wissensvermittlung und dem praktischen Training zielt sie vor allem auf die Veränderung von krankheitsbezogenen oder therapeutisch relevanten Einstellungen (siehe auch Lorig, Visser, 1994). Unter Patientenschulung werden alle systematisch geplanten, methodisch und didaktisch aufbereitete Maßnahmen verstanden, die Einstellungen und Verhaltensweisen von Patienten im positiven Sinne beeinflussen sollen. Dazu werden psychologische und pädagogische Methoden eingesetzt. Die Vorgehensweise ist themenzentriert und patientenorientiert. Die Gestaltung der Gruppenstunden erfolgt interaktiv im Rahmen eines geplanten curricularen Vorgehens, d.h. nicht im Vortragsstil sondern unter Einbeziehung der Patientenerfahrungen. Gruppendynamische Elemente stehen dabei im Vordergrund (Langer et al. 2000).

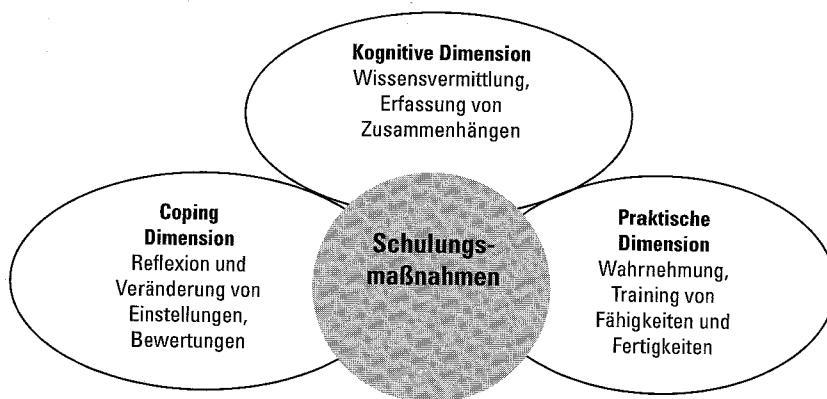


Abb. 2: Mehrdimensionalität der Patientenschulung

Schulungsprogramme waren in ihren Anfängen stark expertenorientiert. Primäres Ziel war die Wissensvermittlung. In den letzten Jahren haben sich die Ziele in der Patientenschulung auf die Stärkung der Eigenverantwortung von Betroffenen verlagert. Patientenschulung dient der »Hilfe zur Selbsthilfe« oder moderner ausgedrückt, dem *Selbstmanagement* (Petermann, 1997). Patientenschulung verfolgt damit Ziele, die eng mit den Zielen von Selbsthilfeorganisationen und –gruppen verbunden sind. Chronisch Kranke werden als Experten für ihre Lebenssituation akzeptiert, ihre Bedürfnisse, Sorgen, Ängste und Vorbehalte finden mehr und mehr Eingang in die Konzeption und Gestaltung von Schulungsprogrammen. Betroffene werden bereits als Partner in die Entwicklung von Schulungsprogrammen mit einbezogen. Ihre Partizipation wird zunehmend als Qualitätsmerkmal beschrieben (Langer et al., 2000).

## Wie soll ein Patientenschulungsprogramm aussehen?

Am Beispiel der Schulung für Patienten mit Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) und verwandten Krankheitsbildern wird der didaktische Aufbau vorgestellt.

Das Schulungsprogramm »Morbus Bechterew und andere Spondylarthropathien« wurde 1998 durch eine Projektgruppe des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Arbeitskreis Patientenschulung, 1998) fertig gestellt. Die Erarbeitung des Programms erfolgte überregional und interdisziplinär unter Einbeziehung der an der Versorgung der Patienten beteiligten Therapeuten (Ärzte, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Psychologen). Es bestand von Beginn an eine Einbindung von Betroffenen, die durch eine vorausgegangene Befragung und durch Mitglieder der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. vertreten waren. Die Schwerpunkte des Schulungsprogramms entstanden aus der langjährigen Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit dieser Erkrankung und aus der oben beschriebenen Zusammenarbeit mit Betroffenen selbst. Die aktive Mitarbeit der Vertreter der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. hat die Alltagsbezogenheit des Programms und die Partizipation im Rahmen der Schulung beeinflusst. Der letzte Teil des Schulungsprogramms sieht eine Einbeziehung von Betroffenen als Co-Trainer vor, damit beschreitet dies Schulungsprogramm im Vergleich zum Programm für Chronische Polyarthritiden einen neuen Weg.

Das erstellte Schulungsprogramm ist für eine Kleingruppe konzipiert, deren Größe zwischen 7-10 Teilnehmern anzusiedeln ist. Größere Gruppen bieten nicht mehr die Möglichkeit, persönliche Vorerfahrungen miteinander auszutauschen, Interaktionen gehen zurück oder beschränken sich auf einzelne Teilnehmer.

Es handelt sich um eine geschlossene Kleingruppe, d. h. die Gruppe durchläuft alle Teile gemeinsam. So kann eine Vertrauensbasis entstehen, in der sich die Betroffenen öffnen und ihre Vorbehalte oder Sorgen äußern mögen. Eine solche Runde kann und soll auch Spaß machen, eine positive Lernatmosphäre fördert die Akzeptanz.

Die Teilnehmer sollten im Krankheitsverlauf erfahren haben, daß es sich um eine chronische Erkrankung handelt. Dies bedeutet, daß der Beschwerdevverlauf über 3-6 Monate liegen sollte. Für die Teilnahme an der Gruppe ist zusätzlich eine Grundmotivation und Gruppeneignung wünschenswert; dies kann in einem kurzen Vorgespräch ermittelt werden. Insgesamt ist jeweils individuell über die Teilnahme an einem solchen Schulungsprogramm zu entscheiden.

Für die Durchführung wird ein Schulungsteam – bestehend aus einem rheumatologisch versierten Arzt, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen und möglichst einem Betroffenen – benötigt. Um sich in die bestehenden Probleme der Patienten einzufühlen, ist die intensive Vorerfahrung im Umgang mit Bechterew-Patienten eine Grundbedingung (siehe auch Qualitätsstandards, Langer et al, 2000). Das Schulungsprogramm setzt sich aus 6 Modulen zusammen, jedes Modul hat einen Zeitrahmen von 90 Minuten ohne eingerechnete Pausen (Abb. 3). Beim letzten Modul des Programms ist ein speziell geschulter Betroffener aus der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. als Co-Trainer integriert.

Jedes Modul weist im Curriculum zu Beginn einen Überblick über die Lernziele auf. Diese und die Inhalte sind in einem Trainer-Handbuch beschrieben.

Modul 1: Krankheitsverlauf, Ursachen und Diagnostik	Fachreferent: Arzt
Modul 2: Krankengymnastik	Fachreferent: Physiotherapeut
Modul 3: Hilfen zur Bewältigung chronischer Schmerzen	Fachreferent: Psychologe
Modul 4: Behandlungsmöglichkeiten	Fachreferent: Arzt
Modul 5: Wirbelsäulengerechtes Verhalten im Alltag	Fachreferent: Ergotherapeut (in Ausnahmefällen auch Physiotherapeut)
Modul 6: Alltags- und Krankheitsbewältigung	Fachreferent: Psychologe gemeinsam mit geschulten Betroffenen

Abb. 3: Modularer Aufbau des Schulungsprogramms für Patienten mit Morbus Bechterew und verwandte Spondylarthropatien

Gleichzeitig werden dort Methoden, Medien und auch mögliche Stolpersteine im Ablauf aufgeführt. Folienvorlagen ergänzen die Unterlagen. Für die Patienten sind schriftliche Teilnehmerinformationen für jedes Modul vorgesehen, die nach den einzelnen Seminarteilen ausgegeben werden können.

### **Welche Rolle haben die Co-Trainer?**

Während der Durchführung der Schulung kommt den Selbsthilfegruppenmitgliedern eine Doppelfunktion zu. Sie sind einerseits kompetente Ansprechpartner, um die Aufgaben und Möglichkeiten einer Selbsthilfeorganisation darzustellen, andererseits nehmen sie die Rolle eines Modell-Patienten wahr. Durch das Erleben eines engagierten, selbstbewußten und positiv denkenden Leidensgenossen erfahren die Patienten, daß sie auch mit einer chronischen Erkrankung ein ausgefülltes Leben führen können. Auf mögliche negative Erfahrungen im Krankheitsverlauf, empfundene Kränkungen durch unser Medizinsystem oder durch Mitmenschen können selber betroffene Co-Trainer anders reagieren als »gesunde« Therapeuten. Die Akzeptanz des Gesagten ist um ein vielfaches höher. Für diese wichtige Aufgabe müssen die Co-Trainer qualifiziert werden. Der Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie bietet hierfür spezielle Fortbildungsveranstaltungen an (Abb. 4). Sie haben neben der Ausbildungsfunktion die Aufgabe, Multiplikatoren für die Weiterverbreitung des Schulungsseminars zu motivieren. Sie sollen die Implementierung der Schulungsmaßnahmen in Kliniken und im ambulanten Bereich durch persönliches Engagement vor Ort vorantreiben.

Bisher konnten drei Seminare bundesweit stattfinden, an denen jeweils 10-12 Mitglieder der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. teilnahmen. Weitere Veranstaltungen sind geplant. Einige dieser ehemaligen Teilnehmer

Ziele und Themen eines Seminars für Selbsthilfegruppenmitglieder der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V.:

- Vermittlung der Ziele und des Konzeptes der Schulung sowie Kennenlernen der Inhalte inklusive Stolpersteine.
- Vermittlung einer ausgeprägten Teilnehmerorientierung in Themenwahl, Sprache und Interaktion.
- Vermittlung des notwendigen Kommunikationsverhaltens.
- Zum Beispiel:
  - Wie kann ich Wissen vermitteln?
  - Wie kommunizieren wir?
  - Eine Nachricht – viele Botschaften?!
  - Wie rede ich mit Dir?
  - Wie redest Du mit mir? Was höre ich?
  - Was vermitteln wir ohne zu reden?
  - Bin ich klar und verständlich?
- Vermittlung von Strategien zur Intervention bei gruppenspezifischen Prozessen.
- Zum Beispiel:
  - Wie gehe ich mit schwierigen Teilnehmern in der Gruppe um?
  - Wie bin ich als Gruppenleiter?
  - Wie würde ich gern sein?
  - Was kann ich tun, um mich zu verbessern?

Abb. 4: Beispiel für Themen eines Ausbildungsseminars für Co-Trainer

konnten in ihren Regionen Kontakt zu den dortigen Chefärzten in Rheumakliniken aufnehmen, um die Idee der Patientenschulung aus Sicht der Betroffenen vorzustellen. Nach den Vorgaben der Kommission »Patientenschulung« der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie erhalten die Co-Trainer nach Absolvierung des Seminars und mehrfacher Durchführung der Schulung unter Anleitung eines Schulungsleiters ein offizielles Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, vergleichbar einem Fachtrainer im Schulungsteam. In wieweit sich der Organisationsgrad von Patienten, die nach dem Schulungsseminar in der Selbsthilfe aktiv werden, erhöht, wird zur Zeit untersucht.

### **Wo liegen die Vorteile der Patientenschulung**

Die Akzeptanz der Schulungsprogramme bei den Betroffenen ist groß. Bei einer Benotung der Verständlichkeit und der Wichtigkeit für den Umgang mit der Erkrankung liegen die Einschätzungen zwischen den Schulnoten »eins« und »zwei«. Fast alle Teilnehmer würden den Schulungskurs weiter empfehlen (Bönisch, Ehlebracht-König, 1999). Betroffene fühlen sich in hohem Maße durch die Schulung ernst genommen.

In einer noch laufenden Untersuchung zum Schulungsprogramm für Bechterew-Patienten betonen die Befragten in schriftlichen Äußerungen gerade die

Teilnahme des Mitgliedes der Selbsthilfeorganisation im letzten Teil als positiv.

Auf Seiten der Professionen werden die Patientenschulungs-Seminare im Rahmen der Kliniksroutine als entlastend für die individuelle Beratung empfunden. Physiotherapeuten und Ergotherapeuten heben die bessere Zusammenarbeit in den praktischen und übenden Anteilen der therapeutischen Maßnahmen hervor. Ein Ausfall der Seminare wird als ausgesprochen hemmend für den Therapieerfolg angesehen. Durch die bestehende gute Zusammenarbeit und den regelmäßigen Kontakt mit den Vertretern der Selbsthilfe vor Ort hat sich über Jahre eine Kooperation entwickelt, die über die Tätigkeit im Schulungsprogramm hinausgeht. Dies bezieht sich z.B. auf gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Projekte und die Betreuung von Patienten in der Nachsorge.

In internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Patientenschulung konnten günstige Ergebnisse im Krankheitsverlauf und im Bereich der entstehenden Kosten nachgewiesen werden (Lorig et al. 1993). Auch in der Bundesrepublik wurden diese Ergebnisse für verschiedene chronische Erkrankungen erhoben und bestätigt (Berger, M. 1995a und 1995b; Mühlhauser et al. 1991; Münks-Lederer, C. 1996; Petro, W. 1995; Richter, B. 1998). Geschulte Patienten sind häufiger davon überzeugt, selbst Einfluß auf ihre Erkrankung nehmen zu können. Sie setzen z.B. mehr Entspannungsverfahren zur Schmerzbeflussung ein und behalten diese auch länger bei. Sie sind weniger arbeitsunfähig und scheiden später aus dem Berufsleben aus. (Langer et al. 1998, Mau et al. 2000).

### **Wo liegen die Probleme bei der Umsetzung?**

Trotz seit Jahren vorliegender Schulungsprogramme für verschiedene Krankheitsbilder, trotz der Wirksamkeitsnachweise und trotz des eindeutigen Auftrages der Rehabilitation, nämlich das Selbstmanagement der Patienten im Umgang mit der Erkrankung zu fördern, wurden nach den neusten Veröffentlichungen z. B. des Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin von 1094 Patienten, die an einer Rheumatoiden Arthritis (Chronische Polyarthritits) litten und eine Rehabilitationsmaßnahme erhielten, nur 26,4% geschult. Massagen, Bäder und Packungen wurde dagegen bei 60 % der Patienten verordnet (Huscher et al. 2000). Ein Defizit ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht im konzeptionellen Bereich der vorliegenden Schulungsprogramme zu sehen. Vielmehr ist die Umsetzung dieser Programme in die klinische Routinearbeit mit Problemen behaftet. Es bestehen nach wie vor Unklarheiten bei der Definition von Patientenschulung und Unkenntnisse bezüglich der Effekte. Selbst strukturierte Programme werden vor Ort in den Kliniken oder anderen schulenden Institutionen an die vorhandenen organisatorischen und personellen Bedingungen angepaßt und entsprechen bei genauer Betrachtung nicht mehr den Definitionen von Patientenschulung bzw. den Qualitätsstandards der Entwickler. So werden Gruppengrößen verändert, geschlossene Kleingruppen werden geöffnet und variieren in der Zusammensetzung. Statt interaktiver Vorgehens-



weise findet eine reine Informationsveranstaltung statt, so daß die Kommunikation der Patienten untereinander zurückgeht.

Die Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppenmitglieder mit entsprechenden Kliniken oder Praxen vor Ort hängt ausschließlich vom persönlichen Engagement der Partner ab. Sowohl für die Selbsthilfegruppenmitglieder als auch für Mitarbeiter von Kliniken ist die Kooperation ehrenamtlich. Anreisen der Co-Trainer zu den Schulungsseminaren, auch die Zeit ihrer Teilnahme, wird nicht vergütet. Die einzelnen Fachtrainer und auch der Schulungsleiter werden zwar für ihre Stunden bezahlt, wobei bisher für den rheumatologischen Bereich keine offizielle Regelung der Bezahlung vorliegt. Die meisten Rehabilitationskliniken haben diese Maßnahme in ihren Pflegesatz integriert, im ambulanten Bereich bestehen einzelne Kooperationsmodelle zwischen Selbsthilfeorganisation (z.B. der Rheuma-Liga in Berlin und Niedersachsen), niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Rheumazentren, um eine Finanzierung zu ermöglichen. Auch diese Kooperationen hängen vom Einsatz der beteiligten Personen ab. Zur Zeit gibt es keine festen Strukturen, die eine entsprechende Zusammenarbeit fordern und fördern.

Neben fehlender Kooperationsstrukturen ist ein weiteres Defizit in der Integration von Patientenschulungsmaßnahmen in therapeutische Strategien zu sehen. Im Rahmen der universitären und späteren fachärztlichen Ausbildung der Ärzte stehen akutmedizinische und stark technisch orientierte Aspekte der Medizin im Vordergrund. Patientenschulung als Therapiebaustein ist bisher lediglich in der Diabetologie als fester Bestandteil der Therapie integriert. Bei allen anderen chronischen Krankheitsbildern fristet dieser Ansatz besonders in der Ausbildung noch ein Schattendasein. Vielen Medizinern ist dieser therapeutische Ansatz fremd, Überzeugungsarbeit ist notwendig. Diese fehlende Integration zeigt sich auch in der unklaren Finanzierung. So ist es nicht verwunderlich, daß neben dem sowieso schon überlasteten Alltag von Ärzten die Durchführung von Patientenschulung, deren Integration in die laufende Routine einer Klinik oder Praxis und dann noch die zusätzliche Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen als zusätzliche Bürde empfunden wird. Der Nutzen dieser Maßnahmen ist darüber hinaus nicht als unmittelbarer, zeitnaher Erfolg wahrzunehmen, sondern zeigt sich – wie oben beschriebenen – in verschiedenen Dimensionen.

## **Resümee**

Patientenschulung kann die Lebensqualität von chronisch Kranken verbessern, sie beeinflusst Krankheitsentwicklung günstig und spart Folgekosten ein. Wir haben hier ein Modell, was einerseits die Qualität der Versorgung verbessert, andererseits gesundheitsökonomisch vernünftig ist. Die routinemäßige Integration scheitert bisher an traditionellen Sichtweisen, alten Strukturen und fehlenden strukturierten Implementationsprojekten. Patientenschulung ist ein sehr patientenorientiertes Therapieelement, was Partizipation braucht und auch fördert. Durch Verzahnung von medizinischen Strukturen und Selbsthilfeorganisationen, von verschiedenen Professionen und Betroffenen

ergeben sich Synergieeffekte, die über die eigentliche Schulung hinausgehen. So sollte gesundheitspolitisch angestrebt werden, inhaltliche und zielorientierte Schwerpunkte zu setzen.

### Literatur:

- Arbeitskreis Patientenschulung (1998): Das Schulungsprogramm für Patienten mit Morbus Bechterew und verwandte Spondylarthropathien. Oppenheim: Patient's care Mainz.
- Berger, M. (1995a): Grundlagen der Patientenedukation. In: M. Berger (Hrsg.): Diabetes mellitus (94-97). München: Urban & Schwarzenberg.
- Berger, M. (1995b): Therapie- und Schulungsprogramm für nicht mit Insulin behandelte Diabetiker. In: M. Berger (Hrsg.), Diabetes mellitus (423-426). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ehlebracht-König, I., Bönisch, A. (2000): Evaluation eines Patientenschulungsseminars für Patienten mit Spondylitis ankylosans – Projekt A 1: In: Fortschrittsbericht des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen, März 2000, 40-46 (unveröffentlicht).
- Garber, J., Seligmann, M.E.P. (1980): Human helplessness. New York: Academic Press.
- Huscher, D., Listing, J., Ziemer, S., Zink, A. (2000): Rheumatologische Kerndokumentation in den BMG-geförderten Rheumazentren im Jahre 1998. Epi-Report No 13. Berlin: Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin.
- Langer, H-E., Ehlebracht-König, I., Josenhans, J. (1998): Evaluation des Patientenschulungskurses »Chronische Polyarthritits«. Deutsche Rentenversicherung, 3-4/98, 239-264.
- Langer, H-E., Ehlebracht-König, I., Mattussek, S. (2000): Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die rheumatologische Patientenschulung. Z. Rheumatol 59, 272-290.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (213-259). Bern: Huber.
- Lorig, K., Mazonson, P., Holman, H. (1993): Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum. 36, 439-446.
- Lorig, K., Visser, A. (1994): Arthritis patient education standards: a model for the future. Patient Educ. Couns. 24, 3-7.
- Mau, W., Bräuer, W. (2000): Sozialmedizinische Langzeitprognose und Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation von Patienten mit Chronischer Polyarthritits. Projekt B 1. In: Fortschrittsbericht des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen, März 2000. (unveröffentlicht).
- Mühlhauser, I., Richter, B., Kraut, D., Weske, G., Worth, H., Berger, M. (1991): Evaluation of a structured treatment and teaching programme on asthma. Journal of Internal Medicine, 230, 157-164.
- Münks-Lederer, C., Richter, B., Dhein, Y., Worth, H. (1996): Evaluation eines strukturierten ambulanten Asthma-Behandlungs- und Schulungsprogrammes (AFAS). Pneumologie, 50, 122.
- Petermann, F. (1997): Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: F. Petermann (Hrsg.): Asthma und Allergie. Göttingen: Hogrefe.
- Petro, W., Holländer, P., Betz, H.P., Hammann, B., Lauber, B., Mzyk, C., Prittowitz, M. (1995): Patientenschulung in der pneumologischen Rehabilitation steigert den therapeutischen Erfolg. Atemwegs- und Lungenkrankheiten, 21, 49-58.
- Richter, B. (1998): Einfluß strukturierter Therapieprogramme auf das Selbstmanagement erwachsener Asthmatiker. In: F. Petermann (Hrsg.), Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe.

Dr. Inge Ehlebracht-König arbeitet am Rehazentrum Bad Eilsen der LVA Hannover. Sie ist Sprecherin des Arbeitskreises »Patientenschulung« der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.