

Modul 1: Herzinsuffizienz – was ist das und wie kann es behandelt werden?

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	
Leitung: Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulungsleiter stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Thema: Einführung in die Patientenschulung (Lernziel 1.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung der Inhalte, Ziele und Rahmenbedingungen der Patientenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 1.1	<input type="checkbox"/> Inhalte <input type="checkbox"/> Ziele <input type="checkbox"/> Aufbau <input type="checkbox"/> Leitung <input type="checkbox"/> Umsetzung: Aktive Beteiligung <input type="checkbox"/> Aufgaben zwischen den Modulen <input type="checkbox"/> Ausgabe Patientenhefte und Herztagebücher; Bitte um Mitbringen
Vorstellung der Definition der Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 1.2	Was ist Herzinsuffizienz? <input type="checkbox"/> Herzschwäche <input type="checkbox"/> Folge <input type="checkbox"/> Häufige Erkrankung
Vorstellung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anmerkungen:

Thema: Erkrankung Herzinsuffizienz (Lernziel 1.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung der Funktionsweise des Herz-Kreislauf-Systems und der Veränderungen bei Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.3 Alternativ: <input type="checkbox"/> Poster mit anatomischer Darstellung <input type="checkbox"/> Modell des Herz-Kreislauf Systems <input type="checkbox"/> Film über das Herz-Kreislauf-System	<input type="checkbox"/> Herz als Pumpmuskel <input type="checkbox"/> Ablauf <input type="checkbox"/> Herzklappen <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäße <input type="checkbox"/> Spezielle Herzmuskelzellen Was passiert bei Herzinsuffizienz? <input type="checkbox"/> Erläuterung der Folgen eines schwachen Herzmuskels <input type="checkbox"/> Verweis auf Symptome durch verminderte Durchblutung
Sammeln der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	Flipchart <input type="checkbox"/> optional: Folie 1.4	<input type="checkbox"/> Hauptsymptome genannt Sortiert: <input type="checkbox"/> Symptome durch Flüssigkeitsansammlung <input type="checkbox"/> Symptome durch verminderte Durchblutung <input type="checkbox"/> Zusammenfassung
Vorstellen der wichtigsten Untersuchungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.5	<input type="checkbox"/> Messung von Blutdruck und Puls <input type="checkbox"/> Röntgen (Thorax) <input type="checkbox"/> Echokardiogramm <input type="checkbox"/> Auswurf-/Ejektionsfraktion
Hinweis auf schlafbezogene Atemstörungen/Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Erklärung Apnoe <input type="checkbox"/> Hinweis auf diesbezügliche Untersuchung
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Ursachen der Herzinsuffizienz (Lernziel 1.3)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Übersicht über häufigste Ursachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.6	<input type="checkbox"/> Häufigste Ursache: Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Zweithäufigste Ursache: Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Weitere Ursachen
Hausaufgabe: Ursachen eintragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft („Was ist die Ursache der Herzinsuffizienz?“)	<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgeben: <input type="checkbox"/> Ggf. über eigene Ursachen informieren <input type="checkbox"/> Ursachen im Patientenheft eintragen

Anmerkungen:
Thema: Übersicht über Behandlungsmöglichkeiten (Lernziel 1.4)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammeln der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart <input type="checkbox"/> Folie 1.7	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> Apparative und operative Therapie <input type="checkbox"/> Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Gesunder Lebensstil <input type="checkbox"/> Verweis auf jeweilige Module <input type="checkbox"/> Wichtig: Kombination der Maßnahmen

Anmerkungen:
Thema: Apparative Therapie (Lernziel 1.5)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung der apparativen Therapiemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.8	<input type="checkbox"/> Implantierbarer Cardioverter Defibrillator <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Allg. Erläuterung der Geräte

Anmerkungen:

Thema: Medikamentenübersicht (Lernziel 1.6)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Ziele der Medikation und wichtigste Medikamentengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 1.9	<input type="checkbox"/> Vorteile: Verbessern Lebenserwartung etc <input type="checkbox"/> Herz stärken, entlasten <input type="checkbox"/> Linderung von Symptomen <input type="checkbox"/> Meist Kombination notwendig <input type="checkbox"/> Lebenslange Einnahme <input type="checkbox"/> Medikamentengruppen
Hausaufgabe: Übersicht über eigene Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt („Übersicht über meine Medikamente“) <input type="checkbox"/> Folie 1.10	<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgegeben <input type="checkbox"/> Eigene Medikamente mit Tabelle vergleichen und zuordnen <input type="checkbox"/> Für jedes Medikament Namen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt eintragen <input type="checkbox"/> Evtl. Schachtel mitbringen <input type="checkbox"/> Fragen zu Medikamenten notieren <input type="checkbox"/> Ausfüllen der Tabelle am Beispiel erläutern <input type="checkbox"/> Verweis auf letztes Modul
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf Nachlesen im Patientenheft
Hinweis Modul 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Nächstes Modul: Was kann ich selbst beitragen <input type="checkbox"/> Patientenheft mitbringen
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 2: Herzinsuffizienz – was kann ich selbst tun?

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Gesundheits- und Krankenpfleger, Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulungsleiter stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf vorheriges Modul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 2.1
Thema des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Allgemeine Empfehlungen zur gesunden Lebensführung (Lernziel 2.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Sammeln, was Patienten selbst tun können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anzahl der Beiträge: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Empfehlungen gesammelt <input type="checkbox"/> Zusammenfassung nach Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empfehlungen für jeden <input type="checkbox"/> Spezifische Empfehlungen <input type="checkbox"/> Hinweis auf spezielle Angebote der Klinik <input type="checkbox"/> Thematisierung der spezifischen Empfehlungen im Rahmen der Schulung
Fazit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Persönliche Auswahl, Umsetzung wichtigster Empfehlungen

Hausaufgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft (Gesunde Lebensführung)	<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgegeben: Bereiche aus allgemeinen Empfehlungen für sich prüfen <input type="checkbox"/> Hinweis auf allgemeine Empfehlungen im Patientenheft
Anmerkungen:					

Thema: Bedeutung der Symptomkontrolle (Lernziel 2.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Symptomkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Symptomen vorbeugen <input type="checkbox"/> Symptome erkennen <input type="checkbox"/> auf Symptome reagieren
Ziel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Darstellung der Ziele
Ursachen von Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 2.2-2.4	<input type="checkbox"/> Anhand Flüssigkeitswaage erläutert <input type="checkbox"/> Im gesunden Körper Gleichgewicht <input type="checkbox"/> Bei Herzschwäche Gleichgewicht verschoben
Anmerkungen:					

Thema: Flüssigkeits- und Salzmanagement (Lernziel 2.3)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Anregung zur Auseinandersetzung mit eigenem Salzkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 2.5-2.7	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Einschätzung des eigenen Salzkonsums <input type="checkbox"/> Einschätzung des empfohlenen Salzkonsums <input type="checkbox"/> Einschätzung des mittleren Salzkonsums <input type="checkbox"/> Teelöffel = 5-6g <input type="checkbox"/> Empfehlung der DGE: pro Tag nicht mehr als 6g <input type="checkbox"/> Durchschn. Konsum mind. doppelt so hoch

Empfehlungen zur Aufnahme von Salz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Folgen von Salzaufnahme <input type="checkbox"/> Schwierigkeit der Reduktion <input type="checkbox"/> Geschmacksnerven adaptieren <input type="checkbox"/> Langfristig überwiegen Vorteile
Salzgehalt von Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.8	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Salzgehalt je 100g wird eingeschätzt <input type="checkbox"/> Einteilung in Kategorien (wenig-mittel, viel)
Ideen zur Salzreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.9	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ideen zur Salzreduktion gesammelt und diskutiert <input type="checkbox"/> Zusammenfassung
Selbsteinschätzung Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft („Wie ist Ihre aktuelle Trinkmenge im Alltag?“) <input type="checkbox"/> Folie 2.10	<input type="checkbox"/> Erklärung, was eingetragen werden soll <input type="checkbox"/> Frage nach geschätzter Trinkmenge <input type="checkbox"/> Anregung zur Beobachtung am Folgetag, falls Einschätzung schwierig
Empfehlungen zur Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Entgegen häufiger Empfehlung: Nicht zu große Flüssigkeitsmenge <input type="checkbox"/> Bei Unsicherheit Arzt fragen <input type="checkbox"/> Mehr Trinken bei Durchfall etc.
Tipps zur Begrenzung der Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Kleine Tassen <input type="checkbox"/> Trinkmenge über den Tag verteilen <input type="checkbox"/> Langsam trinken <input type="checkbox"/> Möglichkeiten bei Durst, trockenem Mund
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Wassereinlagerungen – Warnzeichen und Maßnahmen (Lernziel 2.4)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Anzeichen für Wasseransammlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart <input type="checkbox"/> Folie 2.11	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Weniger Urin <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Vermehrte Atemnot <input type="checkbox"/> Husten beim Hinlegen <input type="checkbox"/> Tasten von Ödemen gezeigt
Reaktion bei Hinweisen auf Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Tägliche Kontrolle des Körpergewichts <input type="checkbox"/> Kontakt mit Hausarzt <input type="checkbox"/> Evtl. selbst Dosisanpassung <input type="checkbox"/> Ursachen überlegen
Fallbeispiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Fallbeispiele	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Fallbeispiel Hr. Müller <input type="checkbox"/> Angemessene Reaktion <input type="checkbox"/> Fallbeispiel Fr. Meier <input type="checkbox"/> Angemessene Reaktion <input type="checkbox"/> Fallbeispiel Fr. Schmidt <input type="checkbox"/> Angemessene Reaktion
Weitere Warnzeichen für Verschlechterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 2.12	<input type="checkbox"/> Warnzeichen für Verschlechterungen Besprechung mit Arzt <input type="checkbox"/> Warnzeichen für akute Verschlechterungen – Notarzt

Anmerkungen:

Thema: Kontrolle von Gewicht, Puls und Blutdruck (Lernziel 2.5)
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Anleitung zur täglichen Gewichts-, Blutdruck- und Pulskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle <input type="checkbox"/> Empfehlung zum Wiegen <input type="checkbox"/> Blutdruck und Puls regelmäßig messen <input type="checkbox"/> Richtwert für Puls und Blutdruck <input type="checkbox"/> Evtl. Verweis auf Angebote der Klinik
Arbeitsblatt „Mein Herztagebuch“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt („Mein Herztagebuch“) <input type="checkbox"/> Folie 2.13	<input type="checkbox"/> Fallbeispiel erläutert
Wiederholung der empfohlenen Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten besprochen <input type="checkbox"/> Reaktion besprochen
Tägliche Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt („Mein Herztagebuch“)	<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgeben: täglich messen und Protokoll führen <input type="checkbox"/> Protokoll zum letzten Modul mitbringen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss
Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf Nachlesen im Patientenheft
Hinweis Modul 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Beitrag von Bewegung zur Behandlung
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE
Uhrzeit: _____

Modul 3: Herzinsuffizienz – Wie kann Bewegung mir helfen

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Bewegungstherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulungsleiter stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf vorherige Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 3.1
Thema des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Verhaltensempfehlungen für körperliche Aktivität (Lernziel 3.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Hinweis auf veränderte Empfehlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bewegung statt Schonung <input type="checkbox"/> Ziel: regelmäßige körperliche Aktivität, moderates Ausdauertraining
Wirkung körperlicher Aktivität darstellen und Vorwissen erfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anzahl der Beiträge: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Verbesserung der Symptome <input type="checkbox"/> Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Steigerung Selbstwertgefühl, Lebensfreude <input type="checkbox"/> Verringerung von Klinikaufhalten <input type="checkbox"/> Hinweis 1: man kann Herzinsuffizienz nicht „wegtrainieren“ <input type="checkbox"/> Hinweis 2: Ziel ist nicht abnehmen, sondern Körper fit halten

Empfehlungen erarbeiten, Bewegungsarten sammeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart <input type="checkbox"/> Folie 3.2 Alternativ: <input type="checkbox"/> Folie 3.3	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Verweis auf Trainingsvortrag <input type="checkbox"/> Körperliche Aktivität im Alltag <input type="checkbox"/> Sportarten mit viel Bewegung & wenig Kraft <input type="checkbox"/> Ergänzendes leichtes Muskelaufbautraining <input type="checkbox"/> Kein Sport mit hoher Muskelbelastung <input type="checkbox"/> Empfohlene Dauer u. Häufigkeit <input type="checkbox"/> Individuell angepasstes Training <input type="checkbox"/> Hinweis auf ambulante Herzgruppen <input type="checkbox"/> Hinweis auf Übersicht in Patientenheft
Möglichkeiten der Belastungsdosierung besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 3.4	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Trainingspuls <input type="checkbox"/> „Laufen ohne zu schnaufen“ <input type="checkbox"/> Erklärung Borg-Skala
Anmerkungen:					

Thema: Eigene Erfahrungen und Absichten zu körperlicher Aktivität (Lernziel 3.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Reflexion u. Austausch eigener Erfahrungen u. Absichten (<i>Variante 1</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.5	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sammlung und Besprechung von Erfahrungen
Reflexion u. Austausch eigener Erfahrungen u. Absichten (<i>Variante 2</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Reflexion der eigenen Motivation mit Bezug auf Verhaltensempfehlungen
Anmerkungen:					

Thema: Planungsgrundlagen für körperliche Aktivität (Lernziel 3.3)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Nutzen von konkreten Plänen erläutern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.6 – 3.8	<input type="checkbox"/> Förderung von Vorsätzen im Alltag <input type="checkbox"/> Vorgehen <input type="checkbox"/> Bestandteile von Plänen <input type="checkbox"/> Was-Wann-Wo Pläne <input type="checkbox"/> Kriterien <input type="checkbox"/> Beispiele von Patienten
Barrieren für körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sammlung von möglichen Barrieren <input type="checkbox"/> Sortierung nach inneren und äußeren Barrieren
Besprechung von Gegenstrategien an Bsp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 3.9	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Zeitplanung <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitskontrolle <input type="checkbox"/> Stimmungsmanagement <input type="checkbox"/> Starthilfen <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung <input type="checkbox"/> Ziele vergegenwärtigen <input type="checkbox"/> Nachmotivieren <input type="checkbox"/> Abschirmen <input type="checkbox"/> Planen <input type="checkbox"/> Zusammenfassung der Strategien
Nützlichkeit von Nachsorgeangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Ambulante Herzgruppe, IRENA etc.
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Eigene Planung für körperliche Aktivität (Lernziel 3.4)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Anleitung zur eigenen Handlungs- und Bewältigungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt: „Mein persönlicher Plan für Bewegung“ <input type="checkbox"/> Folie 3.10	<input type="checkbox"/> Angeleitet
Erarbeitung eines eigenen Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgegeben: eigenen Plan erstellen <input type="checkbox"/> Hinweis: ausreichend Zeit nehmen <input type="checkbox"/> Konkret und Individuell
Pläne mit Bewegungstherapeut oder Arzt besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Hausaufgabe aufgegeben: Pläne mit Bewegungstherapeut. od. Arzt besprechen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Techniken zur Handlungskontrolle (Lernziel 3.5)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Möglichkeiten der Handlungskontrolle mittels Selbstbeobachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folien 3.11-3.14 <input type="checkbox"/> Arbeitsblatt: „Mein Protokoll für die Durchführung von Bewegung“ <input type="checkbox"/> Ersatzarbeitsblatt: „Mein persönlicher Plan für Bewegung“	<input type="checkbox"/> Trainingsprotokoll führen <input type="checkbox"/> Änderung von Plänen <input type="checkbox"/> Keine Angst vor Rückschlägen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf Nachlesen im Patientenheft
Hinweis Modul 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Was sich im Alltag durch die HI ändert
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 4: Herzinsuffizienz – was ändert sich im Alltag?

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulungsleiter stellt sich vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf vorherige Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 4.1
Thema des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Thema: Umgang mit der Herzinsuffizienz im Alltag (Lernziel 4.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Unterscheidung der Patienten nach subj. Vorwissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Unterscheidung von „alten Hasen“ und „jungen Hüpfen“ <input type="checkbox"/> „Junge Hüpfen“ stehen auf
Einschätzung erwarteter Belastung nach Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flipchart mit Belastungsthermometer <input type="checkbox"/> Bunte Klebepunkte	<input type="checkbox"/> Punkte werden aufgeklebt <input type="checkbox"/> Zusammenfassung der Belastungssituation

Reflexion möglicher Probleme im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Wichtige Bereiche gesammelt: <input type="checkbox"/> Umsetzung von Verhaltensempfehlungen <input type="checkbox"/> Einschränkungen durch die Erkrankung <input type="checkbox"/> Belastungen durch Untersuchungen <input type="checkbox"/> Angst vor Fortschreiten der Erkrankung <input type="checkbox"/> Fehlendes Verständnis <input type="checkbox"/> Finanzielle o. berufliche Probleme
Austausch von Strategien zum Umgang mit Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Austausch über Strategien
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Anzeichen emotionaler Belastung, Unterstützungsangebote (Lernziel 4.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Erläuterung emotionaler Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Erläuterung emotionaler Belastung mit Verweis auf Lernziel 4.1 <input type="checkbox"/> emot. Belast. durch veränderten Alltag <input type="checkbox"/> emot. Belast. durch körperliche Veränderungen <input type="checkbox"/> Bedeutung für Krankheitsverlauf

Anzeichen emotionaler Belastung und Abgrenzung von normalen Anpassungsprozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft (Fallvignetten) <input type="checkbox"/> Folien 4.2.-4.3	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sammeln von Zeichen emot. Belastung <input type="checkbox"/> Möglichkeit, eigene Erfahrungen einzubringen <input type="checkbox"/> Erkennen von Depression u. Angst <input type="checkbox"/> Anzeichen Depression <input type="checkbox"/> Anzeichen Angst <input type="checkbox"/> Angst bei ICD <input type="checkbox"/> Abgrenzung zu normaler Alltagsbelastung <input type="checkbox"/> Zusammenfassen der Symptome von Depression und Angst
Sammlung und Ergänzung von Strategien zum Umgang mit emotionaler Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft (Fallvignetten)	Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Austausch mit Anderen <input type="checkbox"/> Professionelle Hilfe <input type="checkbox"/> Gezielte positive Aktionen im Alltag <input type="checkbox"/> Männer suchen seltener Hilfe <input type="checkbox"/> Spezifische Angebote der Klinik
Evtl.: Entspannungsübung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Anleitung/CD	<input type="checkbox"/> Durchführen einer Entspannungsübung
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Sexuelle Aktivität (Lernziel 4.3)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Hinweis auf Möglichkeit eines normalen Sexuallebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Hinweis auf Gefährlosigkeit <input type="checkbox"/> Warnung bei sehr schwerer Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> An Fallbeispielen auf mögliche sexuelle Probleme hinweisen <input type="checkbox"/> An Fallbeispielen Ursachen besprechen: <input type="checkbox"/> Ängste, Sorgen <input type="checkbox"/> Körperliche Ursachen

Hinweis auf geschlechtsspezifische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> auf geschlechtsspezifische Probleme hingewiesen
Empfehlungen zum Umgang mit sexuellen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft	<input type="checkbox"/> Hinweis auf Übersicht im Patientenheft <input type="checkbox"/> Gespräch mit Arzt od. Psychologen <input type="checkbox"/> Verhaltensempfehlungen gegeben
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Zusammenfassung Modul 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Offene Fragen werden geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Hinweis auf Nachlesen im Patientenheft
Hinweis Modul 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Wie Medikamente helfen können
Erinnerung, „Medikamentenübersicht“ und „Gewichts-, Blutdruck- und Pulsprotokoll“ mitzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____

Modul 5: Herzinsuffizienz – wie können Medikamente mir helfen?

Datum: _____ Gruppe: _____ Teilnehmeranzahl: _____ Beobachter: _____

	ja	nein	Anmerkungen
Leitung: Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einführung

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material
Begrüßung der Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückblick auf vorherige Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folie 5.1
Themen des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Anmerkungen:</i>				

Thema: Medikamentöse Behandlung (Lernziel 5.1)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Überblick über wichtigste Medikamentengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Folien 5.2-5.7 <input type="checkbox"/> Arbeitsblatt „Übersicht über meine Medikamente“	<input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Erläuterung der Medikamentengruppen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer/AT-Blocker <input type="checkbox"/> Beta-Blocker <input type="checkbox"/> Aldosteron-Hemmer <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> ggf. weitere <input type="checkbox"/> Bedeutung regelm. & richtig dosierter Einnahme verdeutlicht
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Medikamenteneinnahmeverhalten (Lernziel 5.2)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Häufigkeit Nonadhärenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wird eingeschätzt <input type="checkbox"/> richtig: 75%
Ursachen für Nonadhärenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart <input type="checkbox"/> Folie 5.8	Anzahl der Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ursachen gesammelt <input type="checkbox"/> Verständnisprobleme <input type="checkbox"/> Unsicherheit <input type="checkbox"/> Dosierung <input type="checkbox"/> Erinnerungsprobleme <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen <input type="checkbox"/> Angst vor Nebenwirkungen <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Therapieerfolg <input type="checkbox"/> Fehlende Notwendigkeitsannahme <input type="checkbox"/> Sortierung nach intendierter und nicht-intendierter Nonadhärenz
Eigene Ursachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Flipchart <input type="checkbox"/> Klebepunkte	<input type="checkbox"/> Anbringen der Klebepunkte <input type="checkbox"/> Auswerten der häufigsten Ursachen

Strategien zur richtigen Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Folie 5.8	Anzahl der Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Erinnerungshilfen <input type="checkbox"/> Zeitplan <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung <input type="checkbox"/> Vorausplanen <input type="checkbox"/> Arztgespräch <input type="checkbox"/> Persönlichen Bedarf/Nutzen klären
Auswahl eigener nützlicher Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Patientenheft (Meine Strategien für eine richtige Medikamenteneinnahme)	<input type="checkbox"/> Hinweis: Wahl der persönlichen Strategie
Erläuterung bei vergessener Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Hinweis: Medikamente nachträglich einnehmen
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Gewichts-/Blutdruck- und Pulskontrolle (Lernziel 5.3)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Besprechung der Gewichts-/Blutdruck- und Pulskontrolle; Klärung offener Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt „Mein Herztagebuch“ <input type="checkbox"/> Folie 5.9	Anzahl der Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klärung offener Fragen: <input type="checkbox"/> zu Protokoll und Eintragungen <input type="checkbox"/> zur Messung von Gewicht, Blutdruck u. Puls <input type="checkbox"/> zu Schwierigkeiten und Hindernisse <input type="checkbox"/> Wiederholung: Reaktion auf Veränderungen, Erfahrungen während Reha
<i>Anmerkungen:</i>					

Thema: Abschluss (Lernziel 5.4)

Uhrzeit: _____

	ja	nein	Methode	Medien/Material	Inhalt
Nachfrage zum Arbeitsblatt „Mein persönlicher Bewegungsplan“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Arbeitsblatt „Mein persönlicher Bewegungsplan“	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stand der Planung <input type="checkbox"/> Besprechung der Pläne mit Bewegungstherapeuten/Arzt
Offene Fragen der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Anzahl der Beiträge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
„Take Home Messages“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		Zentrale Aussagen gesammelt
Hinweis auf Patientenheft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		
Verabschiedung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Erfolg für Umsetzung der Pläne wünschen
<i>Anmerkungen:</i>					

ENDE

Uhrzeit: _____