

Allgemeine Trainerqualifikationen zur Patientenschulung

PD Dr. Stephan Mühlig



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Arbeitstagung des Projektes Zentrum Patientenschulung, RFB,
29.-30. Juni in Würzburg

**Status Quo:
Ergebnisse
der BfA-Befragung zur (bisherigen)
Praxis von Gesundheitstrainings in
der stationären Versorgung**

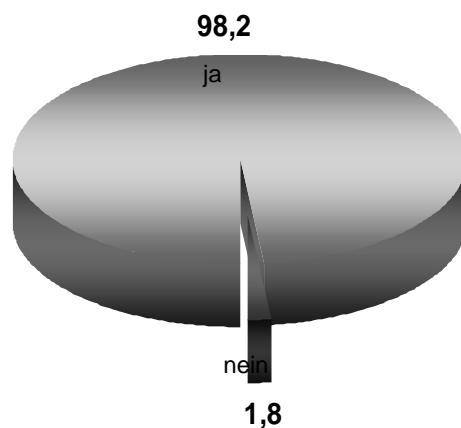
Datenerhebung

- **Totalerhebung** von Rehaabteilungen (Einschlusskriterien): Von insgesamt **1.445 BfA-beschickten Leistungsträger^{einheiten}**
 - für deren Indikation(en) **Curricula vorliegen** und in denen Gesundheitstrainings **praktisch durchgeführt werden können** (N=419):
Kliniken mit **somatischer Indikation** (z.B. Orthopädie, Kardiologie, Onkologie; **nicht:** z.B. Sucht, Psychosomatik und Neurologie)

Ausschöpfungsquote Kernstichprobe = 80,2%
(N= 336 von 419 Abteilungen)

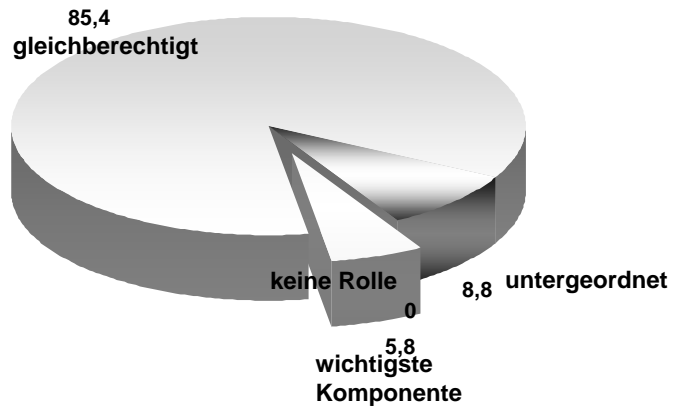
Durchführung von Patientenschulungen in Gruppen (N=336)

Fast alle Reha-Kliniken bieten heute Patiententrainings in Gruppen an!

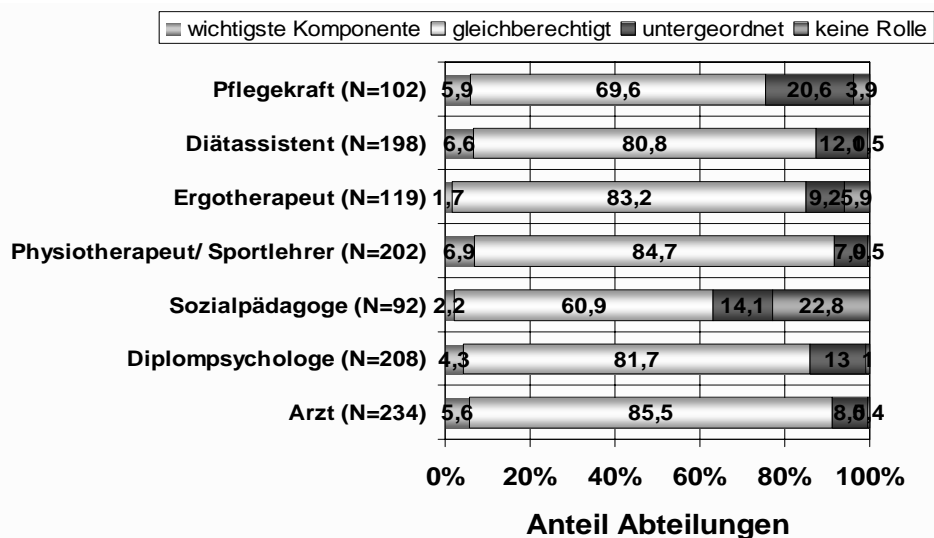


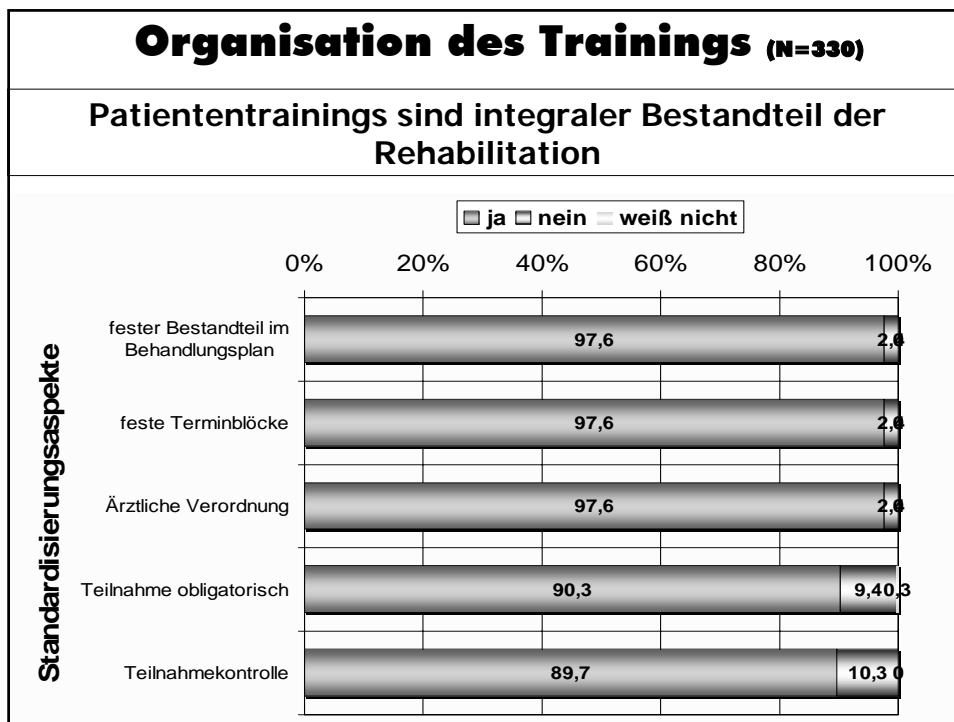
Stellenwert des Gesundheitstrainings im Gesamtkonzept (N=329)

Patiententrainings besitzen einen hohen Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan



Stellenwert des Gesundheitstrainings aus der Berufsgruppensicht

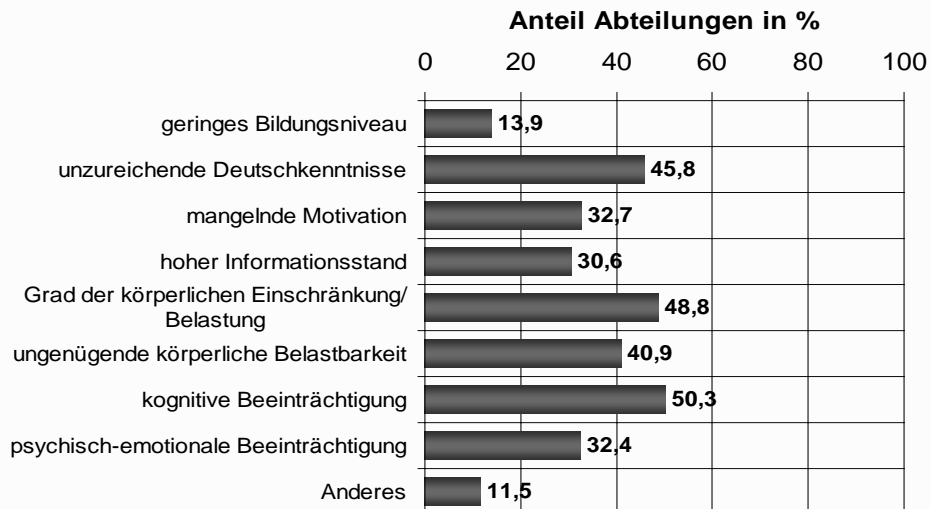




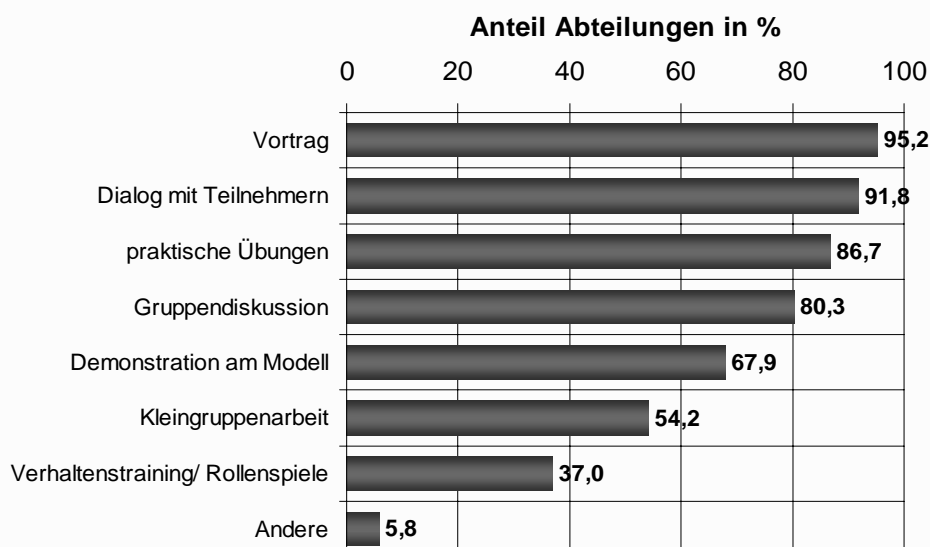
Charakteristika der Trainingsstunden

	X	S
Umfang einer Trainingssitzung (in Min.)	52,2	16,4
Anzahl Trainingseinheiten pro Rehabilitand und -maßnahme	9,4	7,4
Teilnehmer pro Sitzung	13,0	8,4
Mindestteilnehmerzahl	3,6	2,8
Maximalteilnehmerzahl	18,6	10,5

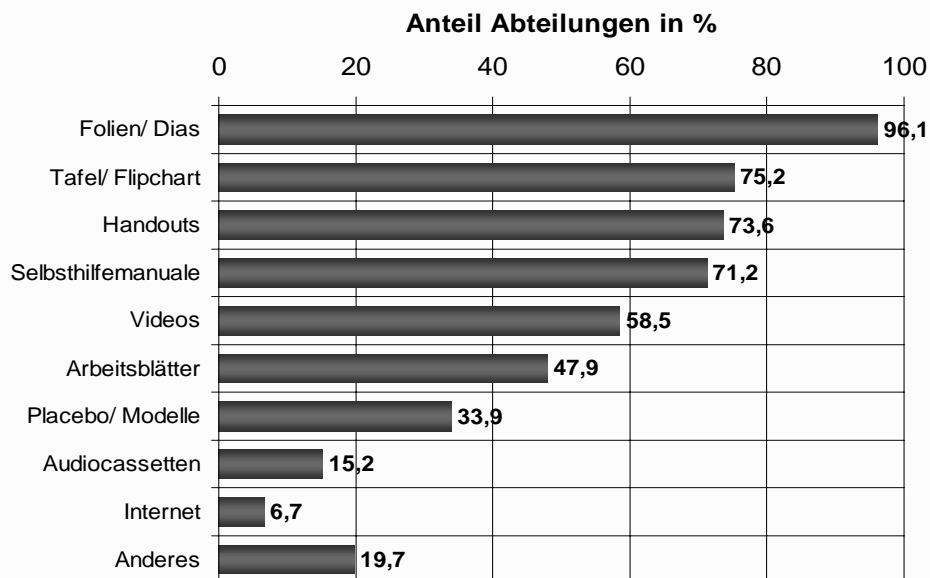
Wer erhält *keine* Patientenschulungsangebote? Ausschlusskriterien (N=330)



Nutzung methodisch-didaktischer Möglichkeiten (N=330)

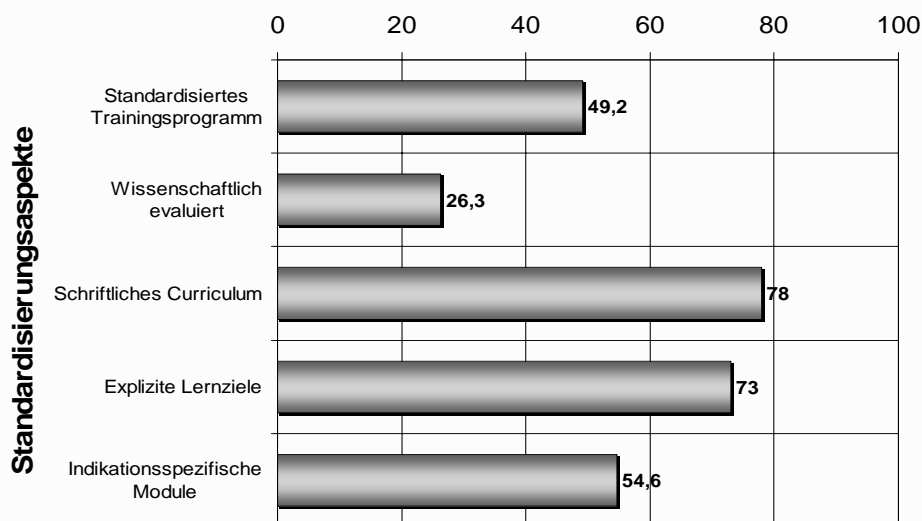


Eingesetzte Medien (N=330)

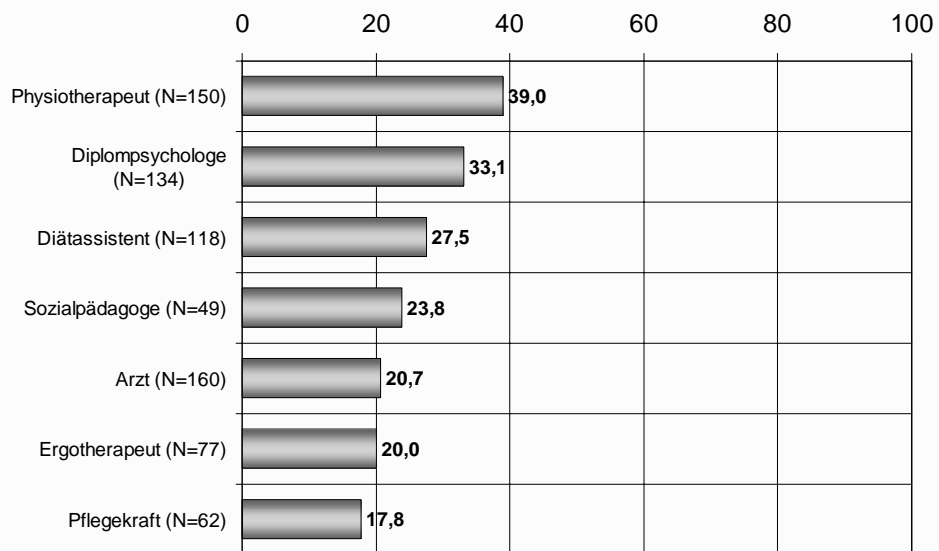


Sind die Patientenschulungsangebote evidenzbasiert?

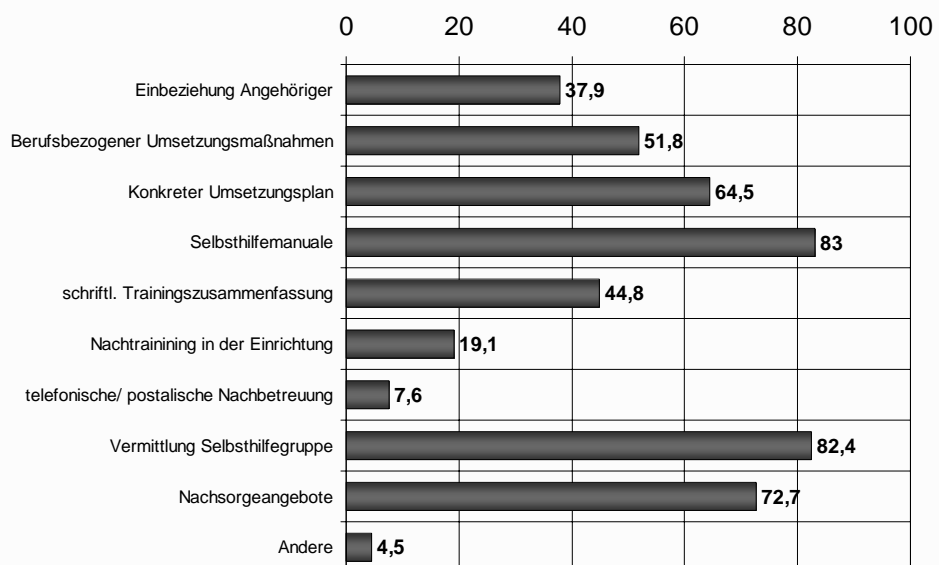
Konzept und wissenschaftliche Fundierung (N=321)



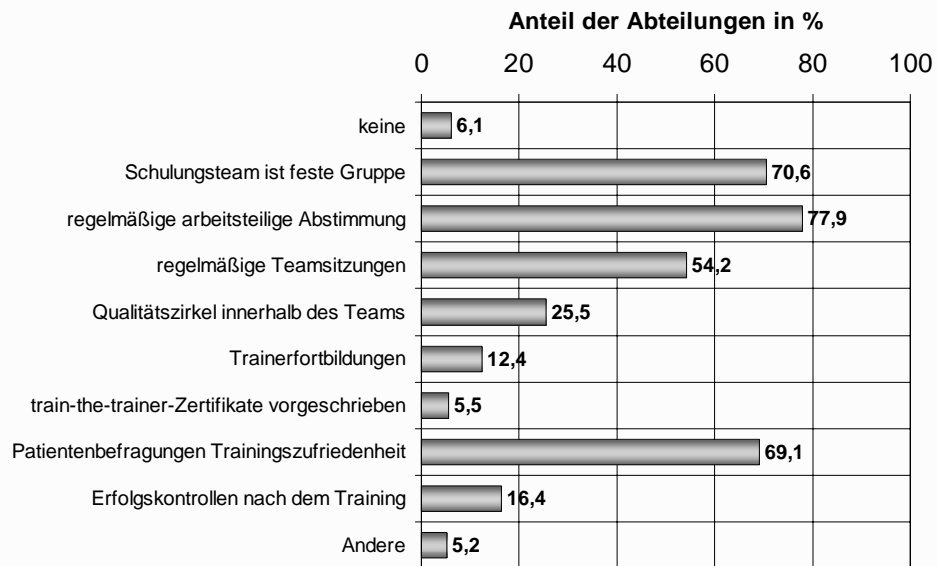
Anteil der Trainer mit Trainerausbildung



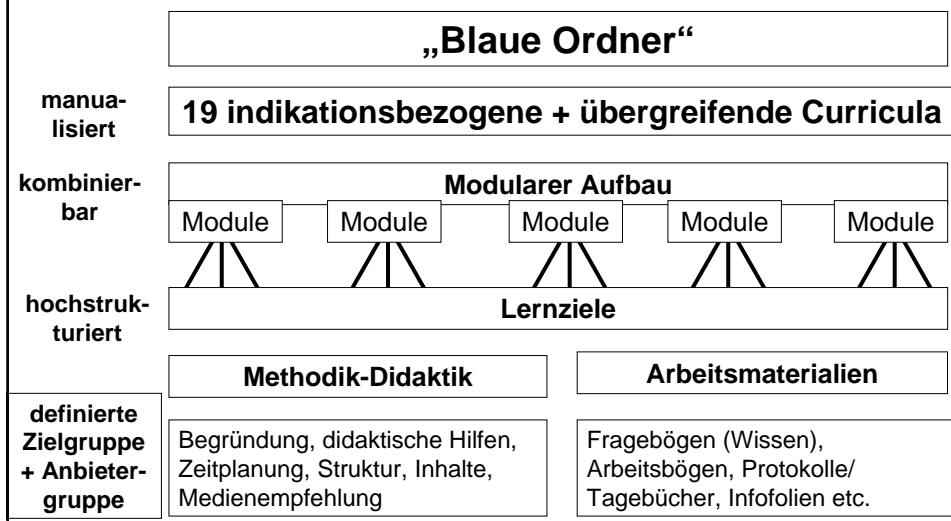
Maßnahmen zum Alltagstransfer (N=330)



Qualitätssicherungsmaßnahmen (N=330)

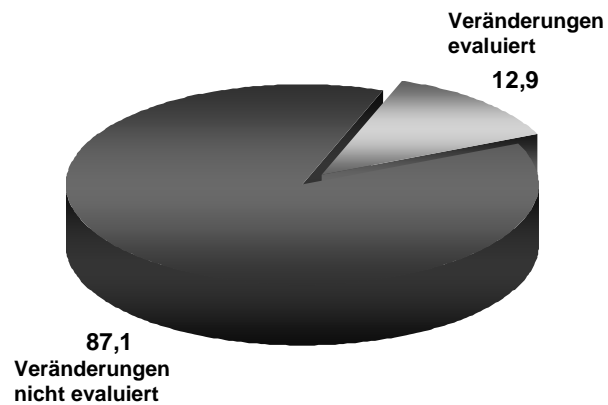


Reicht die Manualisierung? Synopsis BfA-Gesundheitstraining

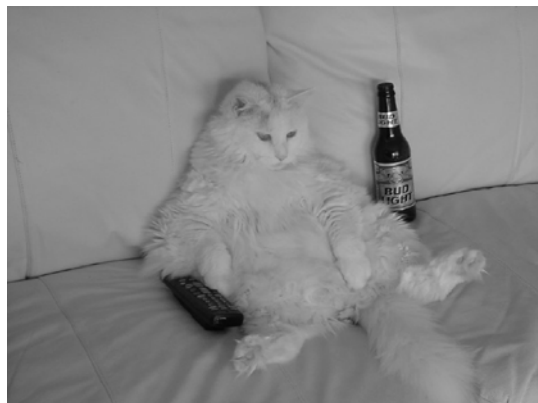


Maßnahmen zur Evaluation von Veränderungen in der Abteilung (N=124)

Das Trainingskonzept sieht explizit Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung vor (z.B. Therapiedokumentation, peer review, Ptn.-Befragung, Qualitätszirkel)



Defizite und Schwächen in der Versorgungspraxis



Defizite und Schwächen der Patientenschulungspraxis

- 1. Schulungskonzepte:** Fokus auf Informationsvermittlung statt Verhaltenstraining, biomedizinische Dominanz statt biopsychosozialer Perspektive, methodisch-didaktische Defizite
- 2. Schulungspraxis:** suboptimale Umsetzung der Programme, ungünstige Settingbedingungen
- 3. Qualitätssicherung:** z.T. ungeprüfte Schulungsprogramme, fehlende Erfolgskontrollen (Evaluation)
- 4. Qualifizierung:** mangelnde Schulerqualifikation (Train-the-Trainer, Zertifizierung)
- 5. Versorgungsstruktur:** keine flächendeckende ambulante Versorgung, mangelnde Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten, unklare Kostenübernahme

Defizite in der Schulungspraxis

- stark **abweichende Auswahl und Zusammenstellung der Schulungsinhalte** nach **persönlichen Präferenzen oder Fähigkeiten des Schulers**
- **mangelnde Indikationsgruppenspezifität** (z.B. gemischte Gruppen für Asthma, COPD, Emphysem)
- erhebliche **Unterschiede in Anzahl**, (1-8 Doppelstunden), **Dauer** (30-120 Minuten) und **Frequenz der Schulungseinheiten** (täglich bis 1 mal in zwei Wochen)
- extrem **divergierende Teilnehmerzahl** (5-50 Teilnehmer) und **Art der Teilnehmerrekrutierung** (Patientenschulung teils Pflicht, teils freiwillig)
- **Setting:** mangelnde **personelle Kapazität**, enger **Zeitraumen**, fehlende oder ungeeignete **Schulungsräumlichkeiten**, unzureichende **technische Ausstattung**

Defizite auf Schulerseite



- **uneinheitliche Anzahl der Schuler** (1-10); **willkürliche Auswahl nach Fachqualifikation** (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Physio-, Atem- und Sporttherapeuten, KrankenpflegerInnen, Arzhelferinnen etc.)
- **fehlende Interdisziplinarität** des Schulungsteams
- hohe **Fluktuation, Überlastung** oder **mangelnde Motivation** der Schuler
- häufig **ungeprüfte Schulungsqualifikation** (fachliche Berufserfahrung, Schulungserfahrung, zertifizierte 'Train-the-Trainer'-Fortbildung, kommunikative Kompetenz)
- mangelnde **arbeitsteilige und inhaltliche Abstimmung der Schuler** untereinander; **unzureichende inhaltliche Konsistenz + Verzahnung** der einzelnen Schulungseinheiten zwischen **Fachdisziplinen**
- **unsystematischer Einsatz von Medien** (Overheadprojektor, Video, Dias, PC, Flip-Chart, Medikamentenmuster, Applikationssysteme, Hilfsmittel)

Zwischenfazit

Trotz bedeutender Fortschritte besteht im Bereich d. stationären Patientenschulung besteht noch Verbesserungsbedarf bzgl.:

- dem Einsatz u. d. *korrekten* Anwendung **wissenschaftlich geprüfter Schulungsprogramme**
- **diagnosespezifischer** Schulungsangebote
- einer stärkeren Fokussierung d. **Schulungsinhalte** auf **handlungsrelevante Informationen** u. **Selbstmanagementkompetenzen**
- der **Standardisierung** d. **Schulungsdurchführung**
- **methodisch-didaktischer Vorgehensweisen** u. **Medieneinsatz**
- der **Qualifikation** u. **Kooperation** d. Schuler sowie
- Maßnahmen zur **Qualitätssicherung** u. **Verstetigung** d. Schulungseffekte

**Perspektiven:
Allgemeine
Trainerqualifikationen**

**Zielstellung:
Was soll Patientenschulung
erreichen?**

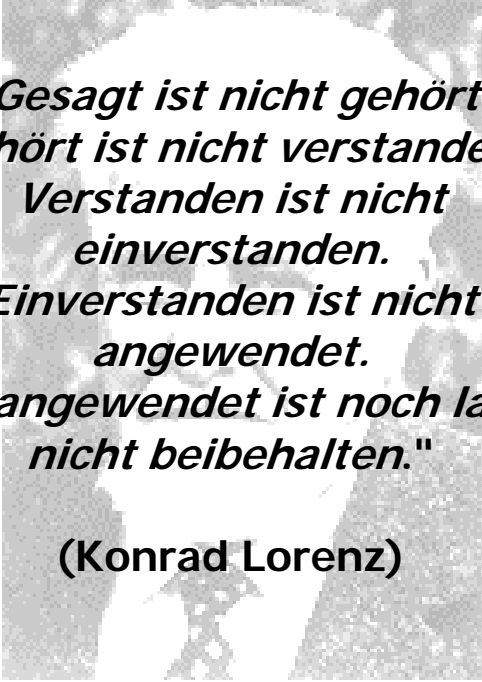
Patientenschulung

ist eine *systematische Informationsvermittlung mit definierten Zielen, spezifischen Inhalten und standardisierten Methoden*, die eine *Veränderung im Wissen, der Einstellung und im Verhalten* von Patienten(-gruppen) erzielen und ihren *eigenverantwortlichen Umgang* mit der Erkrankung stärken soll.

Aufgaben der Patientenschulung

- das **Wissen** der Patienten über die Erkrankung und Behandlung zu vertiefen,
- ihnen entsprechende **Kompetenzen** und **Fertigkeiten** bei der Arzneimittelanwendung und zum Krankheitsmanagement zu vermitteln,
- und durch **praktisches Üben** in **Verhaltensänderungen** zu transformieren,
- die **Einstellungen** der Patienten zur Erkrankung und deren Bewältigung zu verbessern,
- ihre **Therapiemotivation** und **-mitarbeit** (Compliance) zu stärken sowie
- zur Erhöhung ihrer **Lebensqualität** beizutragen.

Aber: Langfristiger Schulungserfolg oft unbefriedigend!



***"Gesagt ist nicht gehört.
Gehört ist nicht verstanden.
Verstanden ist nicht
einverstanden.
Einverstanden ist nicht
angewendet.
Und angewendet ist noch lange
nicht beibehalten."***

(Konrad Lorenz)

Zentrale Inhalte von Patientenschulungen

- **Krankheitswissen:** Anatomie und Funktion der Körperorgane, Krankheitslehre, Ätiologie und Pathophysiologie
- **Behandlungswissen:** a) medikamentöse Therapie (z.B. Basis-, Bedarfs- und Notfalltherapie, Stufenschema) und b) nicht-medikamentöse Behandlung (Physiotherapie, Sporttherapie, Entspannung)
- **Handlungswissen und Kompetenztraining:** zur Prophylaxe, Verlaufskontrolle (Funktionsmessung, Symptomerkenkung), Selbstmanagement (z.B. Therapieanpassung nach Stufenschema, Notfallplan), Rückfallprophylaxe
- **Einübung praktischer Fertigkeiten:** Handhabung von Monitoring- Instrumenten, Medikamenten und Hilfsmitteln
- **Kompetenzen zur Bewältigung und Adaptation:** Umgang mit der Erkrankung, Lebensstilanpassung, emotionale Meisterung
- **Patienten-Motivation und Compliance**

Fachqualifikation und persönliche Eignung

- **Schulung im interdisziplinären Team:** mind. Ärzte, Psychologen u. Ergo-/Physiotherapeuten; mögl. auch: Ökotrophologen/Diätassistenten, Sporttrainer, Pflegepersonal, (Sozial-)Pädagogen/Sozialarbeiter u.a.
- Vermittlung der **Fachinhalte** durch die jeweiligen **Spezialisten**
- möglichst Mitarbeiter mit **Berufserfahrung** (nicht Anfänger) und **kommunikativen Fähigkeiten**

Schulungserfolg: Wieviel wird wirklich behalten?



Der **durchschnittliche "Wirkungsgrad"** (= stabiles langfristiges Erinnern) von Beratungen liegt bei nur **30%**:

Der Mensch behält **durchschnittlich** nur (Spinola, 1988):

- **10%** von dem, was er *nur liest*,
- **20%** von dem, was er *nur hört*,
- **30%** von dem, was er *beobachtet*,
- **50%** von dem, was er *hört und sieht*,
- **70%** von dem, was er *selbst sagt*,
- **90%** von dem, was er *selbst tut*.

Agenda: Train-the-Trainer-Qualifikation

- 1. Prinzip der rezipientenorientierten Patientenschulung:** „*meet the patient where he is*“; Abstimmung auf Patientenbedürfnisse, subjektive Einstellungen, Motive und Störungstheorien
- 2. kommunikative Basiskompetenzen und spezifische Gesprächsführungstechniken:** aktives Zuhören, geleitetes Entdecken, Feedback, Zusammenfassen
- 3. motivierende Gesprächsführung:** Initialmotivierung, Empathie, Diskrepanzen entwickeln, Widerstand umlenken, Selbstwirksamkeit fördern
- 4. Gruppenleiter-/Moderatorenkompetenz:** Nutzung der Gruppendynamik und –ressourcen, Steuerung des Gruppenprozesses; Umgang mit Problempatienten und schwierigen Interaktionssituationen
- 5. spez. methodisch-didaktische Fertigkeiten:** Prinzipien der effizienten Informationsvermittlung, interaktiver Vermittlungsstil, Demonstration + Veranschaulichung (Analogien, Metaphern), Lerntransfer
- 6. Lebendiger Methodeneinsatz:** Aktivierende Mediennutzung (Flipchart, Pinwand, Beamer, Overhead, Videos)
- 7. Initiierung selbstgesteuerten Lernens:** Praktische Übungen, Gruppenarbeiten und Demos

Definierte Lernziele der Patientenschulung

Der Patient soll befähigt werden,

- **prophylaktische Maßnahmen** zu ergreifen (präventive Medikation, Vermeiden von Auslösern),
- selbständig seine **Therapie dem Krankheitsverlauf anzupassen** (Stufenschema),
- akute **Symptomverschlimmerungen** und **Komplikationen** rechtzeitig zu **erkennen** und
- angemessen **darauf zu reagieren** (Bedarfsmedikation, Notfallmaßnahmen),
- unerwünschte **AM-Nebenwirkungen** und **Risiken** zu vermeiden,
- um **Exazerbationen** und notfallmedizinischen **Hospitalisierungen** vorzubeugen sowie
- die **Krankheit** zu **akzeptieren** und sein **Leben darauf einzustellen**.

Schulungsprinzipien: kommunikative Grundbedürfnisse von PatientInnen

1. Bedürfnis nach Sicherheit

- **Vertraulichkeit, Akzeptanz + Respekt** (ohne Blamierungsrisiko, Peinlichkeit, Moralisierung, Vorwürfe o. Druck)

2. Bedürfnis nach *bedarfsgerechter* Information

- Wunsch nach **klaren, korrekten u. konsistenten Informationen**; Suche nach **Entscheidungshilfen, Feedback** etc.

3. Bedürfnis nach Selbstbestimmung

- Gewährleistung der **Meinungs- u. Entscheidungsfreiheit** (keine Bevormundung, Besserwisseri, Wahlmöglichkeiten lassen!)

4. Bedürfnis nach Anerkennung

- Wunsch nach **Anerkennung der Person**, ihrer Erfahrung o. ihres Status' (nicht abwerten o. in Konkurrenzposition treten)

5. Bedürfnis nach Kontakt

- Wunsch nach **Mitteilung u. Austausch**

n. Mühlig, 2004

6. Bedürfnis nach Selbstdarstellung

- **als Patient** (möchte sein Problem erklären, mit diesem ernst genommen werden) u. **als Person** (möchte als Individuum mit seinen Stärken u. Vorzügen positiv wahrgenommen u. respektiert werden) → **individuelle Abstimmung!!**



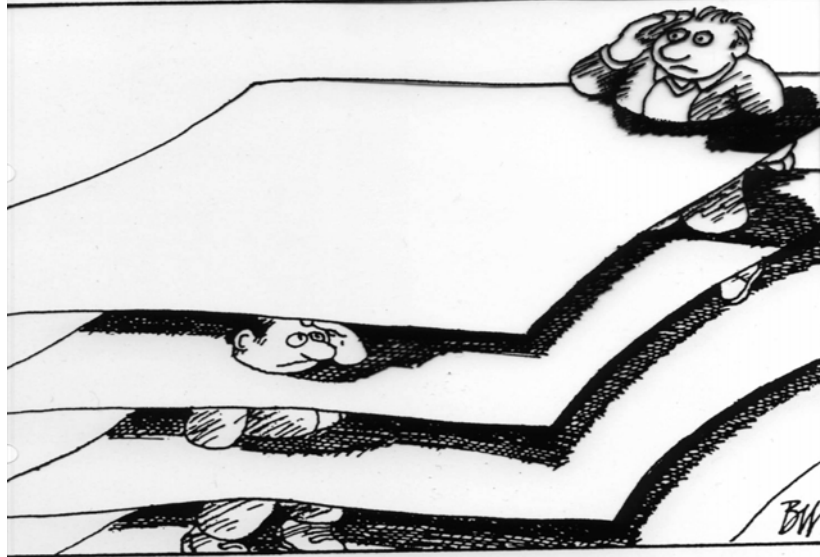
Streiter Alleswischer Schüchterne großes Tier Ausfrager
Positive Redselige Ablehnende Uninteressierte

7. Bedürfnis nach Bestätigung subjektiver Modelle u. Vorannahmen

- **seiner naiven Störungstheorie**: Ptn. sucht nach Bestätigung für seine subjektiven Annahmen über Art, Ursachen, Verlauf, Prognose u. Beeinflussungsmöglichkeiten seiner Probleme

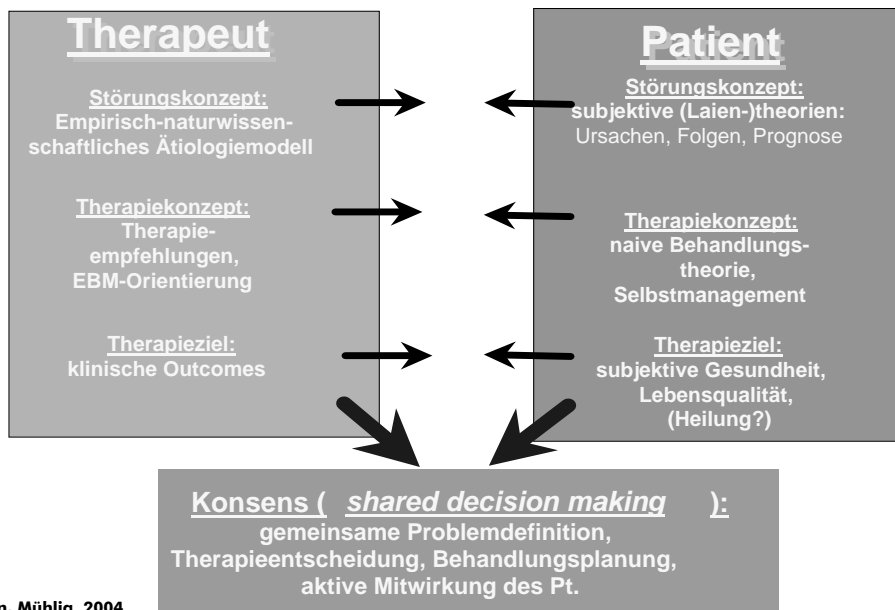
n. Margraf, 2003

Ebenen Schuler - Patient



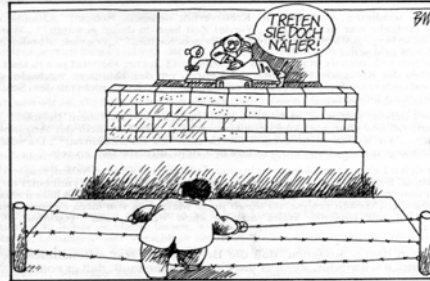
Aus: Bachmair et al., 1996

„Concordance“



n. Mühlig, 2004

Typische Trainer-Fehler: Besserwissen, Drängen und Bevormunden



Aus: Bachmair
et al., 1996

1. **Expertenrolle einnehmen + Definitionsmacht beanspruchen:**
T. hat alle Antworten und weiß, was das Beste für den Pt. ist
2. **Besserwissen, Kritisieren, beschämen oder Schuld zuweisen:**
Neg. Emotionen bzgl. Status Quo erzeugen
3. **Bevormunden + Etikettieren:** Pt. soll medizinische Diagnose oder psychologische Hypothese, die Verhalten erklärt, akzeptieren („Krankheitseinsicht“)
4. **für Veränderung argumentieren**
5. **„Pushen“:** T. Versucht, Prozess zu beschleunigen

Basiskompetenzen: Regeln für professionelle Kommunikation

1. **Grundhaltung (Rogers-Variablen):** Empathie, Akzeptanz + Wertschätzung, Selbstkongruenz
2. **Motivieren:** Zweck + Ziele von PS, persönlichen benefit; Überblick + Transparenz; Eigenverantwortlichkeit + Selbstbestimmung, Ambivalenzkonflikte (pro-contra)
3. **Aktives Zuhören + Exploration:** Rückfragen, Informationssuche, geleitetes Entdecken
4. **Paraphrasieren + Zusammenfassen**
5. **Gefühle thematisieren**
6. **Feedback + Verstärkung einsetzen:** Loben, bestärken, Gruppenfeedback
7. **Konfliktmanagement:** (Gruppen-)Konflikte besprechen, Kompromiss suchen u. Lösungen herausarbeiten

„Vertrauensfördernde Maßnahmen“



- Ptn. häufig **mit Namen ansprechen**
- volle **Zuwendung** u. **Aufmerksamkeit** für des Kl. (Blickkontakt)
- **keinen Zeitdruck** o. **Abgelenktheit** vermitteln!
- **Konversation** in der Begrüßungsphase (*Small-talk*)
- **verstärken, loben, Freude** zeigen
- **„Spiegeln“**: *„Pacing and leading“* (ähnliche Sitz- u. Körperhaltung einnehmen, in Lautstärke, Tonfall, Redetempo annähern)
- **Gelegenheit für Rückfragen** an Therapeuten geben
- ggfs. **mitschreiben**, dokumentieren (ohne den Rapport zu verlieren!)
- **nicht zu defensiv** verhalten, d.h. nicht entschuldigen, rechtfertigen o. übermäßig bedanken

n. Mühlig, 2004

Ängste abbauen



Vermeiden Sie

- **Erwartungen**, die der Pt. evtl. **nicht erfüllen** kann
- **wertend** o. **vorwurfsvoll** klingende Formulierungen u. **abwertende Stereotype**
- die **direkte Konfrontation** des Ptn. mit Widersprüchen in seinen Aussagen o. seinem eigenen Verhalten
- Fragen zu **Fremdbeurteilungen** über seine Person o. Fragen, die mit einem **Negativ-Image** verbunden sein könnten
- allzu **direktes** u. **insistierendes** Fragen (zu unangenehmen Themen) oder Fragen, die **Scham-** o. **Schuldgefühle** auslösen könnten (z.B. das unvermittelte Ansprechen von **Tabu-Themen**)
- Aufschaukeln von **emotionalen Zuständen** (lieber Themenwechsel, wenn der Pt. sich emotional sehr erregt o. zunehmend in Stress gerät)

n. Mühlig, 2004

Was ist Empathie?

= die spezifisch persönlichen Bedeutungen der sprachlichen Mitteilungen und des Interaktionsverhaltens zu verstehen, zu erfassen oder zu erschließen

Klärungsorientiertes Vorgehen:

- Erschließen von möglicherweise **impliziten Motiven** und **Zielen des Patienten**
- **Vermeiden „inkompetenter“ Äußerungen** (weitschweifige, unklare und zu komplizierte Äußerungen laufen dem empathischen Verstehen des Patienten direkt zuwider)
- **Vermeiden von Wertungen, Bagatellisierungen, Intellektualisieren, Moralisieren, Interpretationen und Ausfragen**

Aktives Zuhören



- **Non-verbal:** Volle aufmerksame Zuwendung (Körperhaltung, Blickkontakt, Mimik)
- **paraverbal:** aufmunternde Lautäußerungen ("Hmhm", "Ja", "Aha", "So", "o.k.") in das Gespräch einstreuen
- **verbal:** kurze Fragen ("Und dann?", "Und weiter?", "Ich verstehe." "Ja, das kann ich gut verstehen.") oder direkte Aufforderungen ("Bitte erläutern Sie doch näher ..."; "Erzählen Sie doch weiter.")
- **gesprächstaktisch:** Ausreden lassen, nicht unterbrechen, Einsatz gezielter Fragestrukturen (positive Verstärkung, gezieltes Nachfragen, Zusammenfassen d. Gesprächsverlaufes)
- **Paraphrasieren:** Wiederholungen, Umschreibung u. Zusammenfassung d. Gesagten mit eigenen Worten ("Sie meinen: ...?", "Wenn Sie sagen: ...")

n. Mühlig, 2004

Geleitetes Entdecken

1. Pt. wird durch **gezielte Fragen** oder **Beispiele angeregt**, wichtige neue **Informationen selbst zu generieren**
2. **Wichtig:**
 - **Suggestivfragen vermeiden**
 - Ableitung von **klaren und individuellen Erklärungsmodellen** (Nützlichkeit vor Stimmigkeit!)
3. **Ziele:**
 - **Wissen wird aktiv konstruiert**
 - **Bezug zum Erfahrungssystem des Pt.** ist gesichert
 - **Trainer steht nicht als allwissend da**
 - psychologischer **Reaktanz** wird **vorgebeugt**

Konkretisieren, Präzisieren und Spezifizieren

- Aufforderung zur **Klärung des eigenen Verhaltens**: Pt. wird aufgefordert, **möglichst konkret und präzise** seine Situation, Krankheitsverhaltensweisen, Beschwerden, Auslöser, damit verbundene Gedanken und Gefühle sowie den bisherigen Umgang damit zu beschreiben
- **was genau** ist problematisch **wann genau** tritt es auf?
- typische **Fehler**:
 - **Doppel- oder Mehrfachfragen**
 - **Pseudoverständnis** (nicht konkret genug nachfragen)
- Konkretisieren hat auch **konfrontative Effekte!**
- **Vermeidung unangenehmer Gedankenspiele** (=negative Verstärkung)

Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung

1. **Empathie ausdrücken:** Akzeptanz fördert Veränderung (Gefühle verstehen, ohne zu bewerten, zu kritisieren oder Schuld zuzuweisen)
2. **Diskrepanzen entwickeln:** Pt. anregen, Argumente für Veränderung selbst zu liefern (geleitetes Entdecken) → Wahrgenommene Diskrepanz zw. Ist- und Sollzustand (**„kognitive Dissonanz“**) → **„Verhaltenslücke“** → bewirkt Veränderung
3. **Widerstand umlenken:** Widerstand nicht direkt begegnen, sondern zu neuen Perspektiven *einladen* → **„psychologisches Aikido“** → Widerstand geringfügig umlenken
4. **Selbstwirksamkeit fördern:** Glaube an Veränderung = wichtiger Motivator → **Selffulfilling Prophecy**

Spezifische Methodisch-didaktische Prinzipien

1. **tailoring:** Wissensvermittlung zugeschnitten auf die Interessen und Bedürfnisse, das kognitive Niveau und den Erfahrungshintergrund der Teilnehmer
2. **relevance:** restriktive Auswahl (weniger = mehr!) und prägnante Aufbereitung der Inhalte unter Berücksichtigung der subjektiven Vorstellungen und Ziele der Teilnehmer
3. **Verständlichkeit:** einfache Sätze, Fachjargon o. abstrakte Begriffe vermeiden, lebendige Intonation, Mimik und Gestik
4. **motivation:** kontinuierliche gezielte Motivation der Teilnehmer
5. **Transparenz:** übersichtliche **Gliederung** u. **Strukturierung** d. Informationen: „roter Faden“, durchnummerierte Aufzählungen
6. **feedback:** Rückmeldung über Erfolg und weiteren Schulungsbedarf; Verstärkung für aktive Teilnahme
7. **wechselnde Interaktionsformen:** Vortragsstil, dialogisch-interaktive Vermittlungsform, Diskussionen, Verhaltensübungen und Rollenspiele
8. **Lernzielkontrollen:** Überprüfung der Schulungseffekte am Ende der Schulungsmaßnahme (kontrollierte Praxis)

Methodisch-didaktische Beispiele

- **Einsatz von Veranschaulichungen:** Beispiele, Analogien, Metaphern, „Eselsbrücken“, Visualisierungen, multimodale Darstellungsformen (Multimedia!)
- **konkrete Handlungsanweisungen:** statt abstrakter Ziele wie „Nehmen Sie 5 Kg ab“ (zusätzlich schriftlichen Aktionsplan mitgeben)
- **praktisches Demonstrieren u. Übenlassen** von AM-Fertigkeiten (z.B. Inhalationstechnik)
- **Motivierung:** Lernerfoge verstärken (Loben, Ermuntern)
- **gruppendynamische Aspekte:** Einbeziehung der Gruppe als Medium, Bewusstmachung günstiger vs. ungünstiger Verhaltensweisen des Gruppenleiters, Strategien für schwierige Kommunikationssituationen
- **Bilanzierung:** zu Beginn u. Ende d. Schulung d. Wichtigste zusammenfassen
- **Feedback:** zum Abschluss durch **Nachfragen** vergewissern, was angekommen ist

Tell me,
and I will forget
show me,
and I will remember
INVOLVE me, and I will
understand

(Laotse)



Fazit + Ausblick

- Es existiert eine **Vielzahl von höchst heterogenen TTS-Angeboten** für unterschiedliche Diagnosegruppen
- Allerdings
 - sind diese i.d.R. **ad hoc** und **wenig evidenzbasiert** von den jeweiligen Schulungsprogrammentwicklern **konzipiert** worden und werden **von diesen selbst angeboten**
 - besteht **kein Konsens** über die zentralen **Inhalte, Formen und Qualitätskriterien** von TTS (→ „wildwüchsiges“ Sammelsurium von methodisch-didaktischen Konzepten)
 - werden TTS-Qualifikationen **völlig unkontrolliert** und nach **ungeprüften Kriterien** von **selbst ernannten TTS-Anbietern zertifiziert** (keine anerkannte Clearing- oder **Zertifizierungsinstanz** oder QS = Zertifizierung der Zertifizier!!)
 - → **erfüllen TTS-Angebote nur mehr oder weniger ungenau** die skizzierten **Ansprüche an die Trainerqualifikation**



***Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!***

muehlig@psychologie.tu-dresden.de