



10. Reha-Symposium

Nachhaltige Lebensstiländerung

Eine Aufgabe für die Reha

17.-18. November 2016
Frankenland-Klinik Bad Windsheim

◆ Abstracts zu Vorträgen ◆

Titel des Vortrages	Referent/in	Seite
Lebensstiländerung. Die Patientenperspektive	<i>Matthias Romppel</i>	3
Wie können Lebensstiländerungen in der Reha gefördert werden?	<i>Andrea Reusch</i>	4
Wirksamkeit generischer Selbstmanagementmodule (SelMa) im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten	<i>Karin Meng</i>	5
Menschen in Bewegung bringen – eine Herausforderung für die Bewegungstherapie	<i>Wolfgang Geidl</i>	6
Online-Unterstützung zur nachhaltigen Einstellungs- und Verhaltensänderung im Beruf	<i>Rüdiger Zwerenz</i>	7
Reha-Nachsorge zur Förderung von Lebensstiländerungen im Alltag	<i>Ruth Deck</i>	8
Das Adipositas-Nachsorgeprogramm der Frankenland-Klinik Bad Windsheim	<i>Christian Toellner</i>	9

Lebensstiländerung. Die Patientenperspektive

Matthias Romppel

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen sehen sich häufig mit der Herausforderung konfrontiert, Gesundheitsverhalten zu ändern bzw. ihren Lebensstil anzupassen, um den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen. Eine Umstellung des Lebensstils gelingt kurzfristig, beispielsweise im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen, meist recht gut, ist in der Praxis aber langfristig häufig nicht erfolgreich. Diese geringe Nachhaltigkeit könnte unter anderem durch die fehlende Bedarfsgerechtigkeit bisheriger Interventionsansätze bedingt sein, die möglicherweise die subjektiven Erwartungen, Konzepte und den subjektiven Bedarf der Betroffenen zu wenig berücksichtigen.

In einem eigenen Forschungsprojekt wurden KHK-Patientinnen und Patienten zu Vorstellungen und Erfahrungen zum Thema befragt. Hemmende und fördernde Faktoren einer nachhaltigen Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen sowie die subjektiven Konzepte zu bedarfsgerechten Interventionen werden herausgearbeitet und es wird versucht, diese theoretisch einzubetten. Ansatzpunkte für verbesserte Interventionsansätze werden skizziert und es wird eine Interventionsmaßnahme präsentiert, die versucht, einige dieser aus der Patientenperspektive stammenden Vorschläge umzusetzen

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Matthias Romppel

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. 2 Prävention und Gesundheitsförderung

Grazer Str. 2, 28359 Bremen

matthias.romppel@uni-bremen.de

Tel. 0421 21868832

Wie können Lebensstiländerungen in der Reha gefördert werden?

Andrea Reusch

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Fast alle Rehabilitanden werden von ihren Behandlern damit konfrontiert, ihre Ernährung zu verbessern, nicht zu rauchen, weniger Alkohol zu trinken, sich mehr zu bewegen, Stress abzubauen und sich mehr zu entspannen. In der individuellen Beratung und Patientenschulung setzen sich deshalb die meisten Rehabilitanden mit ihrem bisherigen Lebensstil auseinander. Aber: Eine Veränderung des Lebensstils ist nicht leicht. Meist automatisierte Gewohnheiten und Vorlieben werden bereits früh angelegt, von Familie, sozialem und beruflichen Umfeld geprägt. Deshalb ist auch die Veränderung des Lebensstils komplex und erfordert ein großes Maß an Motivation und Selbstmanagementkompetenz.

Die Rehabilitation vermittelt mit einem multiprofessionellen Team grundlegendes Wissen zu einer gesunden Lebensführung. Die Patienten werden motiviert und beraten, neue Verhaltensweisen werden geübt. Die unterschiedlichen Berufsgruppen haben hierbei hohe fachspezifische Kompetenzen. Die Motivierung zu einem gesunden Lebensstil und die langfristige Aufrechterhaltung von Veränderungen werden aber sowohl von den Behandlern als auch von den Rehabilitanden als besonders schwierig empfunden.

Verhaltenstheorien und gesundheitspsychologische Modelle erklären, unter welchen Bedingungen Menschen ihren Lebensstil verändern und welche Strategien besonders geeignet sind, sie dabei zu unterstützen. Die meisten Theorien unterscheiden mindestens eine motivationale Phase und eine volitionale Phase. Mit motivierenden Gesprächen können Personen in der motivationalen Phase beraten werden, die noch ambivalent hinsichtlich einer Veränderung sind (z. B. Rollnick, Miller & Butler, 2012). Offene Fragen und reflektierendes Zuhören ermöglichen, die Ambivalenz bewusst zu machen und Veränderungsaspekte zu stärken. Erst wenn die Ambivalenz überwunden und eine Änderungsabsicht konkret wird, können kognitiv-behaviorale Techniken der volitionalen Phase sinnvoll eingesetzt werden (z. B. Göhner & Fuchs, 2007): Selbstbeobachtung, konkrete Zielsetzung, Handlungsplanung, Stimuluskontrolle, Verhaltenskontrolle und Belohnung. Weitere psychotherapeutische Techniken sind kognitive Umstrukturierung, Problemlösung, Rückfallprävention, Stressmanagement und soziale Unterstützung.

Spezifische Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen der Rehabilitation vermitteln die entsprechenden Kompetenzen (siehe: www.zentrum-patientenschulung.de).

Literatur

Rollnick S., Miller, W. R. & Buttlar, C.C. (2012). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Lichtenau: Probst.

Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Korrespondenzadresse

Andrea Reusch, Dipl.-Psych.
Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
a.reusch@uni-wuerzburg.de

Wirksamkeit generischer Selbstmanagementmodule (SelMa) im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten

Karin Meng

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Patientenschulungen sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung u.a. das Selbstmanagement der Patienten positiv beeinflussen (Faller et al., 2011). In der medizinischen Rehabilitation vermitteln Vorträge und Schulungsgruppen meist krankheitsspezifisches Wissen und Fertigkeiten. Häufig enthalten diese aber keine spezifischen Elemente, um die allgemeine Selbstmanagementkompetenz (z. B. Planungsprozesse, Handlungskontrollstrategien) der Teilnehmer zu fördern.

Ziel des Projekts „Generische Selbstmanagement-Module als Ergänzung zum Gesundheitstraining“* ist daher die Entwicklung und Evaluation generischer Selbstmanagement-Module (SelMa) als Ergänzung zur indikationsspezifischen Patientenschulung. Hauptfragestellung ist die kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit der SelMa-Interventionen (Gruppenprogramm, Vortrag) jeweils im Vergleich zu einer Kontrollbedingung (usual care).

Zur Evaluation erfolgte eine multizentrische clusterrandomisierte Kontrollgruppenstudie mit 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6- und 12-Monatskatamnese). Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit koronarer Herzerkrankung, metabolischem Syndrom oder chronisch-entzündlicher Darmerkrankung in zwei Kliniken. Die Interventionsbedingung 1 (IG1) beinhaltet eine dreistündige SelMa-Gruppe, die Interventionsbedingung 2 (IG2) einen einstündigen SelMa-Vortrag, jeweils ergänzend zum indikationsspezifischen Gesundheitstraining. Beide Interventionen beinhalten Techniken der Verhaltensänderung, wie Zielsetzung, Handlungsplanung, Identifikation von Barrieren und Problemlösung, Aufforderung zur Überprüfung der Zielerreichung sowie zur Selbstbeobachtung (vgl. Michie et al., 2011). Kontrollbedingung (KG) ist das indikationsspezifische Gesundheitstraining der Kliniken (usual care). Primäre Zielkriterien sind Zielsetzung und Planungsprozesse (kurzfristig) sowie Zielerreichung und Gesundheitsverhalten (mittel- und langfristig). Sekundäre Zielkriterien sind Schulungswissen, motivationale Parameter, allgemeine Selbstmanagementkompetenz, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Schulungszufriedenheit. Zur Wirksamkeitsanalyse (intention-to-treat) erfolgt der Intergruppenvergleich zu den Post-Messzeitpunkten mittels hierarchischen linearen Modellen unter Kontrolle der Ausgangswerte.

Die Stichprobe umfasst 698 Rehabilitanden (IG1: n=243; IG2: n=225; KG: n=230) und entfällt etwa zu gleichen Teilen auf die beiden Indikationsbereiche.

Für die SelMa-Gruppe (IG1) besteht zu Reha-Ende ein signifikanter kleiner Gruppenunterschied in einem der beiden primären Zielparameter. Teilnehmer der IG1 weisen eine günstigere Zielsetzung auf, als Teilnehmer der KG. Des Weiteren zeigen sich signifikante kleine Effekte zugunsten der IG1 in einigen sekundären proximalen Zielkriterien. Für den SelMa-Vortrag (IG2) können keine signifikanten Gruppenunterschiede in den primären und sekundären Zielparametern im Vergleich zur KG nachgewiesen werden.

Im Vortrag werden die mittel- bis langfristigen Interventionseffekte präsentiert und diskutiert.

* Projektleitung: Prof. Dr. Hermann Faller, Dr. Karin Meng, Andrea Reusch. Kooperationspartner: Reha-Zentrum Bayerisch Gmain, Klinik Hochstaufen (Dr. Günter Haug, Dr. Robert Altstidl), Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp (Prof. Dr. Bettina Zietz). Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund

Internet: http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_25.html

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Karin Meng.

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

Tel: 0931 31-82074, E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de

Menschen in Bewegung bringen – eine Herausforderung für die Bewegungstherapie

Wolfgang Geidl

Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport,
Arbeitsbereich "Bewegung und Gesundheit"

Körperliche Aktivitäten besitzen für Menschen mit chronischen Erkrankungen ein hohes rehabilitatives Potenzial. Die Gesundheitswirkungen eines körperlich aktiven Lebensstils umfassen verbesserte Pathogenese, Abschwächung der Symptome, gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit, verbessertes psychosoziales Wohlbefinden sowie eine Anhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Trotz der umfassenden Gesundheitswirkungen körperlicher Aktivität ist körperliche Inaktivität unter Menschen mit chronischen Krankheiten sehr weit verbreitet. Der Anteil an Personen, die weniger körperlich aktiv sind, als es die jeweiligen indikationsspezifischen Leitlinien für gesundheitsförderliche Aktivität empfehlen, beträgt z. B. für rheumatoide Arthritis 74 %, Knie-Totalendoprothese 45 %, Osteoarthrose 50 %, koronare Herzkrankheit 60 %, Typ 2-Diabetes 65 % oder bei onkologischen Erkrankungen 78 %.

Die Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils ist ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie. Biomedizinisch-funktionell ausgerichtete Trainingsinterventionen scheitern jedoch regelmäßig an dieser Zielsetzung. Die alleinige Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels körperlichem Training führt nicht automatisch zu vermehrter körperlicher Aktivität. Das körperliche Aktivitätsverhalten von klinischen Populationen lässt sich auch nur eingeschränkt mittels individueller körperlich-funktioneller Merkmale erklären und vorhersagen.

Das Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Pfeifer et al., 2013) verdeutlicht, dass die Initiierung und Aufrechterhaltung gesundheitswirksamer Bewegung durch ein komplexes Zusammenspiel von bewegungsbezogenen Grundfähigkeiten und -fertigkeiten, körper- bzw. bewegungsbezogenem Grundwissen sowie personalen Handlungseigenschaften und Bewertungsdispositionen beeinflusst wird. Beispielsweise spielen kognitive und affektive Einstellungen zu Sport oder die bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit eine bedeutsame Rolle. Für die Optimierung von Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie stellt sich die Herausforderung 1.) ein vertieftes Verständnis der Determinanten körperlicher Aktivität bei klinischen Populationen zu erlangen und 2.) effektive bewegungsbezogene Interventionsstrategien zur gezielten Beeinflussung dieser Determinanten zu entwickeln und einzusetzen.

Literatur

Pfeifer K, Sudeck G, Geidl W et al. Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurologie Rehabilitation* 2013; 19: 7–19.

Korrespondenzadresse

Dr. Wolfgang Geidl

E-Mail: wolfgang.geidl@fau.de, Tel. 09131-8525457

Institut für Sportwissenschaft und Sport, Arbeitsbereich "Bewegung und Gesundheit", Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Gebbertstr. 123b, 1058 Erlangen

Online-Unterstützung zur nachhaltigen Einstellungs- und Verhaltensänderung im Beruf

Rüdiger Zwerenz

Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Um die Erwerbsfähigkeit nach stationärer medizinischer Rehabilitation dauerhaft wiederherzustellen ist häufig eine ambulante, wohnortnahe Nachsorge erforderlich. Lokale Nachsorgeangebote zum Transfer des Behandlungsergebnisses in den Alltag und das Berufsleben sind oft nicht zeitnah verfügbar, schwer zu erreichen oder nicht mit der beruflichen Situation vereinbar und werden deshalb nur unzureichend genutzt. Online-Nachsorgeprogramme sind dagegen zeitlich und örtlich flexibel einsetzbar.

GSA-Online wurde als indikationsübergreifende 12-wöchige Online-Nachsorge entwickelt, mit dem Ziel beruflich belastete Patienten durch eine psychotherapeutische Schreibintervention bei ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. In einer randomisiert-kontrollierten Studie sind N=664 beruflich belastete Patienten in die Studie eingeschlossen worden. Sie wurden, nachdem sie stationär das Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA) absolviert hatten, in eine Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert. Im Anschluss an den Klinikaufenthalt absolvierte die eine Hälfte der Patienten das Interventionsprogramm, das primär aus einer wöchentlichen Schreibaufgabe bestand, die von einem Onlinetherapeuten kommentiert wurde. Die Aufgaben bauten dabei auf den im GSA-Training erlernten Inhalten auf und thematisierten insbesondere Konflikte am Arbeitsplatz aber auch berufsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster. Die Kontrollgruppe hingegen hatte Zugang zu verschiedenen Informationsbroschüren zu gesundheitsrelevanten Themen. Als primäre Zielgröße fungierten der sozialmedizinische Risikoindex des SIBAR und die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit als valide Maße für das Risiko einer Frühberentung. Weiterhin wurden berufsbezogene Einstellungen über den Fragebogen zum Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) erfasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich sowohl am Ende der Intervention, als auch neun Monate später zum Zeitpunkt der Katamnese im sozialmedizinischen Risikoindex des SIBAR keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen ergeben. Bei der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit hingegen zeigt sich zum Katamnesezeitpunkt, dass die Intervention einen positiven Einfluss auf die Prognose der Patienten hat. Auch beim Erleben und Verhalten im Umgang mit beruflichen Belastungen zeigt sich, dass die Patienten der Interventionsgruppe profitieren und zur Katamnese mehr innere Ruhe und Ausgeglichenheit sowie von einer höheren Lebenszufriedenheit berichten, somit also langfristig von der Online-Nachsorge profitieren konnten.

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse wurde die Online-Plattform weiterentwickelt und um ein internetbasiertes Informationsmodul (Kurzvideos zur Motivierung) ergänzt. In einer Umsetzungsstudie werden die Implementierung, Akzeptanz und Kostenwirksamkeit von GSA-Online plus indikationsübergreifend (Psychosomatik, Kardiologie, Orthopädie, Rheumatologie) unter Praxisbedingungen untersucht.

Korrespondenzadresse

Dr. Rüdiger Zwerenz, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz
Tel. 06131-17 5981, Fax 06131-17 475981
ruediger.zwerenz@unimedizin-mainz.de

Reha-Nachsorge zur Förderung von Lebensstiländerungen im Alltag

Ruth Deck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Zur Verstetigung der Reha-Erfolge ist Reha-Nachsorge unverzichtbar. Trotz des inzwischen hohen Stellenwerts der Reha-Nachsorge existieren einige Schwachstellen. Zum einen erreichen die Reha-Empfehlungen nicht den erforderlichen Konkretisierungsgrad zum anderen setzen Rehabilitanden das in der Reha Gelernte und ihre Vorsätze im Alltag häufig nicht um. Die Gründe, warum dies nicht geschieht sind vielfältig, hängen aber damit zusammen, dass es ein schwieriger Prozess ist, Gewohnheiten dauerhaft zu verändern und den Rehabilitanden häufig das nötige Rüstzeug für eine Verhaltens- und Lebensstiländerung fehlt. Vor diesem Hintergrund wurde eine Nachsorgestrategie entwickelt, das „Neue Credo“ welches die Nachsorge von Beginn der Rehabilitation mitdenkt, somit die Nachsorgeempfehlungen stärker in den Vordergrund rückt und auf gut vorbereitete und kontrollierte Nachsorge fokussiert.

Die theoretische Fundierung des Neuen Credo lehnt sich an das HAPA-Modell an (Health Action Process Approach, Schwarzer 2004) und berücksichtigt diverse Strategien einer erfolgreichen Handlungsdurchführung. Diese werden während der Reha geübt und nach der Rehabilitation durch das Führen von Bewegungstagebüchern gefestigt.

Das Neue Credo wurde in einer prospektiven kontrollierten Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 12 Monats-Follow-up) erprobt und evaluiert. Sechs orthopädische Reha-Einrichtungen beteiligten sich an der Studie, jeweils drei als Interventions- bzw. Kontrollkliniken. Die Interventionskliniken setzten das neue Credo in ihren Kliniken um und waren jeweils mit einer Nachsorgebeauftragten ausgestattet. Die Kontrollkliniken führten eine Standardrehabilitation und Standardnachsorge durch.

Schon am Ende der Reha zeigt sich für die Rehabilitanden der Interventionskliniken eine signifikant intensivere Nutzung der Reha-Angebote und ein höheres Ausmaß an körperlicher Aktivität im Jahr nach der Reha. Rehabilitanden der Interventionsgruppe konnten auch gesetzte Ziele signifikant häufiger umsetzen als die der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Parameter zeigen sich 12 Monate nach der Rehabilitation bei den meisten Outcomegrößen signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe.

Die Akzeptanz, Machbarkeit und Zufriedenheit bei Rehabilitanden, Klinikern und Therapeuten ist hoch. Die begleitete Nachsorge hilft Patienten bei der Umsetzung ihrer Vorsätze und unterstützt eine längerfristige Verhaltens- und Lebensstiländerung. Die Kontrolle durch die Reha-Einrichtungen wird von den Rehabilitanden nicht als Belastung erlebt, sondern als Wertschätzung ihrer Person.

Literatur

Schwarzer R (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ruth Deck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

E-Mail: ruth.deck@uksh.de

Das Adipositas-Nachsorgeprogramm der Frankenland-Klinik Bad Windsheim

Christian Toellner

Frankenland-Klinik Bad Windsheim

Ziele der Adipositas-therapie in der medizinischen Rehabilitation sind die langfristige Senkung des Körpergewichts verbunden mit der Verbesserung Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren bzw. Krankheiten, Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung sowie Steigerung der Lebensqualität.

Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung und bedarf einer lebenslangen Therapiebegleitung. Patienten mit Adipositas benötigen über die Phase der Gewichtsreduktion hinaus geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung. Das Adipositas-Nachsorgeprogramm "FAT ambulant" der Frankenland-Klinik setzt genau an dieser Stelle an: Im Anschluss an eine erfolgreiche stationäre multimodale verhaltensorientierte Adipositas-therapie in der Frankenland-Klinik besteht die Möglichkeit eine zweijährige ambulante Nachsorge zu beantragen. An insgesamt 26 ambulanten Behandlungstagen (alle 4 Wochen innerhalb von 2 Jahren) erhalten die Patienten neben dem Körpergewichts- und Körperfettmonitoring mindestens drei Bewegungstherapieangebote, eine ärztliche Visite, ein psychologisches Kleingruppengespräch sowie nach Bedarf ein psychologisches oder ein ernährungstherapeutisches Einzelgespräch. Alternierend werden zusätzlich die Teilnahme an einer Lehrküchenveranstaltung oder einem Austausch mit den stationären Adipositaspatienten angeboten.

Im Zeitraum von 2003 bis 2014 haben insgesamt 50 Patienten das poststationäre Reha-Nachsorge-Modell der Frankenland-Klinik durchlaufen. Das Zielkriterium der Leitlinie der Deutschen Adipositasgesellschaft (2014), eine Gewichtsabnahme von 5% bzw. 10% des Ausgangsgewichts, konnten 76% bzw. 44% der Patienten innerhalb der 2 Jahre erreichen.

Korrespondenzadresse

Christian Toellner, Dipl.oec.troph.

Frankenland-Klinik Bad Windsheim, Schwarzallee 1, 91438 Bad Windsheim

christian.toellner@drv-nordbayern.de