

HKT- Konzepttransfer in die Rehaklinik



*Symposium, Heidelberger Kompetenztraining (HKT) und Transfer
15. September 2018, Pädagogischen Hochschule Heidelberg*

Dr. med. Robert Nechwatal, Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl;
Kontakt: r.nechwatal@rehaklinik-koenigstuhl.de



Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Lebensstiländerung

- Herzkrankheiten machten 8,5% aller 2015 erfassten stationären Krankenhauspatienten aus
- Medizinische Rehabilitationsbehandlung
- Ziel: Lebensstiländerung – Senkung kardiovaskuläres Risikoprofil
- Aber : Adhärenz- Defizite auf allen Ebenen
- In Euroaspire III wurden 8966 Patienten mit koronarer Herzerkrankung in 22 Ländern 6 Monate nach einem kardialen Ereignis nachbefragt: 65% der Diabetes Patienten hatten einen zu hohem Langzeitzucker HbA1c , 55% einen schlecht kontrollierten Blutdruck, 50% eine Hypercholesterinämie, 35 % wiesen eine Adipositas auf und 18% stellten den Nikotinabusus nicht ein.

(Kotseva et al: EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2009,:121-37)

Lebensstiländerung: Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass die Patienten im Prinzip schon "wollen" "können" aber nicht

- Im Zentrum des Prozesses der Umsetzung von Rehazielen = Lebensstiländerung steht die Patientenedukation und Schulung
 - früher war Patientenschulung lediglich Wissensvermittlung
 - Der Patient ist nicht mehr nur passiv, sondern muss lernen selbst aktiv zu werden um seine Erkrankung besser kontrollieren zu können.
 - aktuelle Konzepte sollen Strategien vermitteln für Selbstmanagement von Gesundheit und Lebensstil (Empowerment)
 - Patienten oft aufgrund eines Herzinfarkts oder OP in einem sogenannten “teachable moment”
 - Motivierende Gespräche für Patienten, die noch ambivalent hinsichtlich einer Veränderung sind
 - **vier Schritte des Heidelberger Kompetenztrainings**
-

Studiendesign HKT in der Reha

- Einschluss über die Zeitachse, Patienten waren im Vorfeld nicht bekannt, normale Rehapatienten
- Keine verblindete, randomisierte Studie

- Einschluss HKT n=192

- Einschluss Kontrollgruppe n=116



- Juli 2013 bis August 2014

- September 2014 bis Oktober 2015

- Nachkontrollen 6 und 12 Monate



- laufend bis Oktober 2016

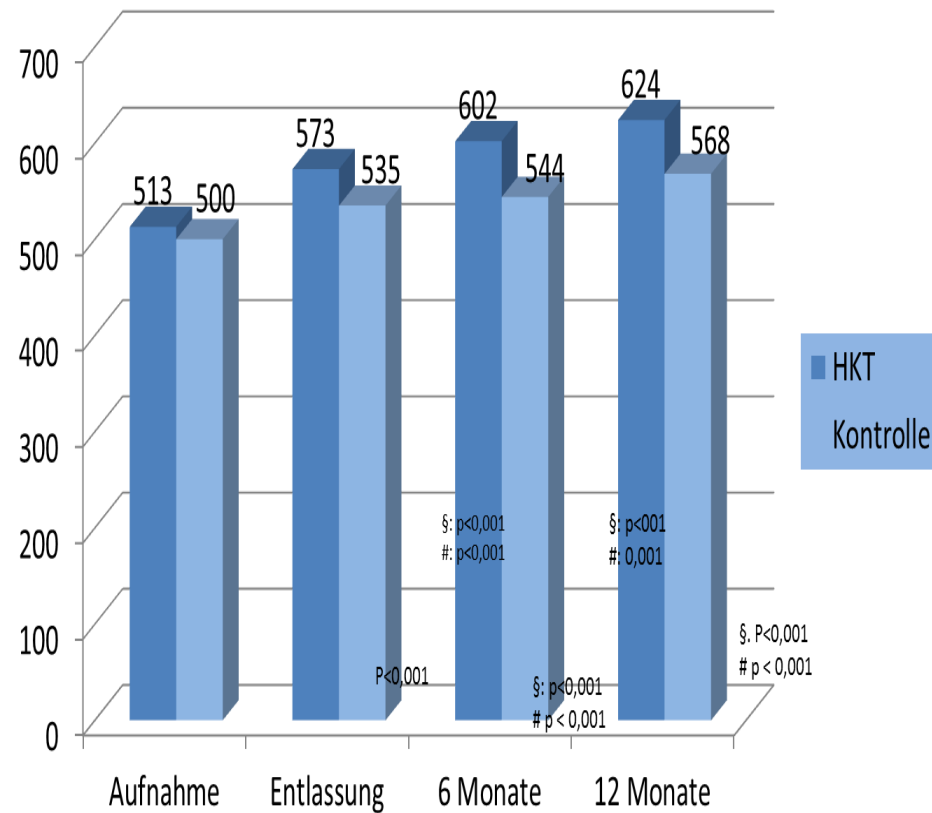
Intervention



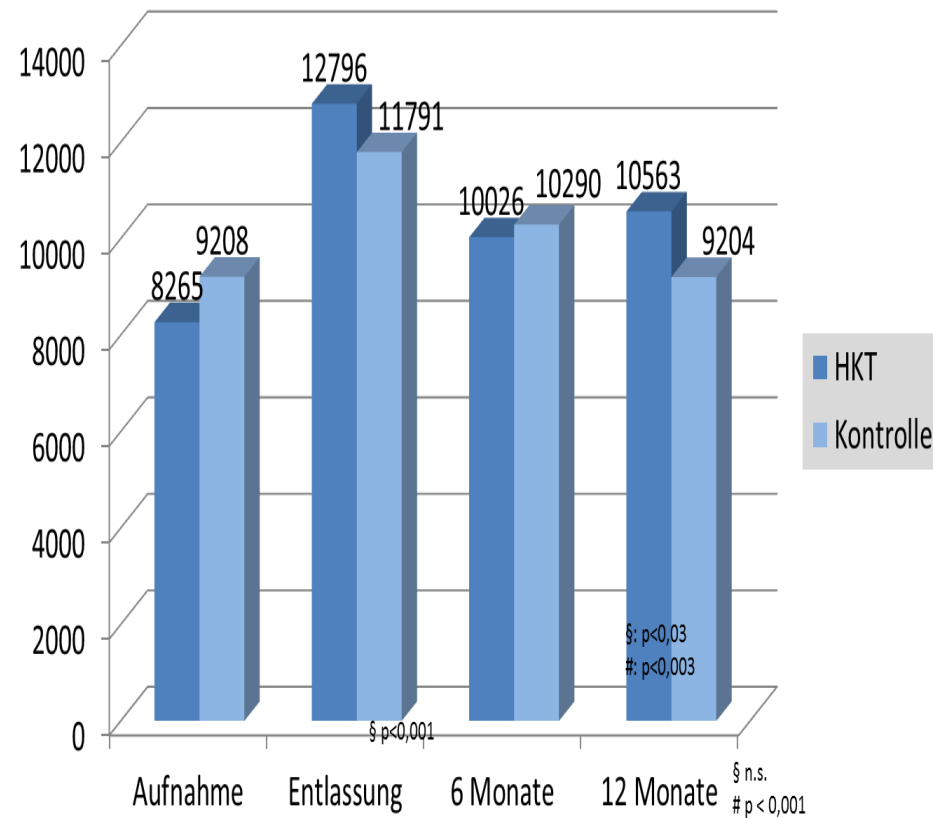
Patienteneigenschaften

- 192 Patienten der HKT -Gruppe (Alter:49,9+-9,0 Jahre, 158 m, 37w) erhielten 4 zusätzliche Stunden à 45 Minuten HKT-Unterweisung
- 116 Patienten einer Kontrollgruppe (Alter 51,4 +- 7,8 , 98 m, 18 w), erhielten ebenfalls 4 x 45 Minuten als zusätzliche Unterweisung aber als Patientenedukation spezifischer kardiovaskulärer Risikofaktoren.
- Beide Gruppen wurden monatlich telefonisch nachbeobachtet und nach 6 und 12 Monaten nachuntersucht hinsichtlich der Ziele:
 - 1.) körperliche Aktivität (Schrittzähler)
 - 2.) Belastbarkeit (6 Minuten Gehstest)
 - 3.) Gewichtsabnahme
- Die Drop out Rate bei der HKT-Gruppe betrug nach 6 Monaten 23,9% , nach 12 Monaten 40,6 %
- Die drop out Rate bei der Kontrollgruppe betrug nach 6 Monaten 20,6%, nach 12 Monaten 27,6 %

6 Minuten Gehstest

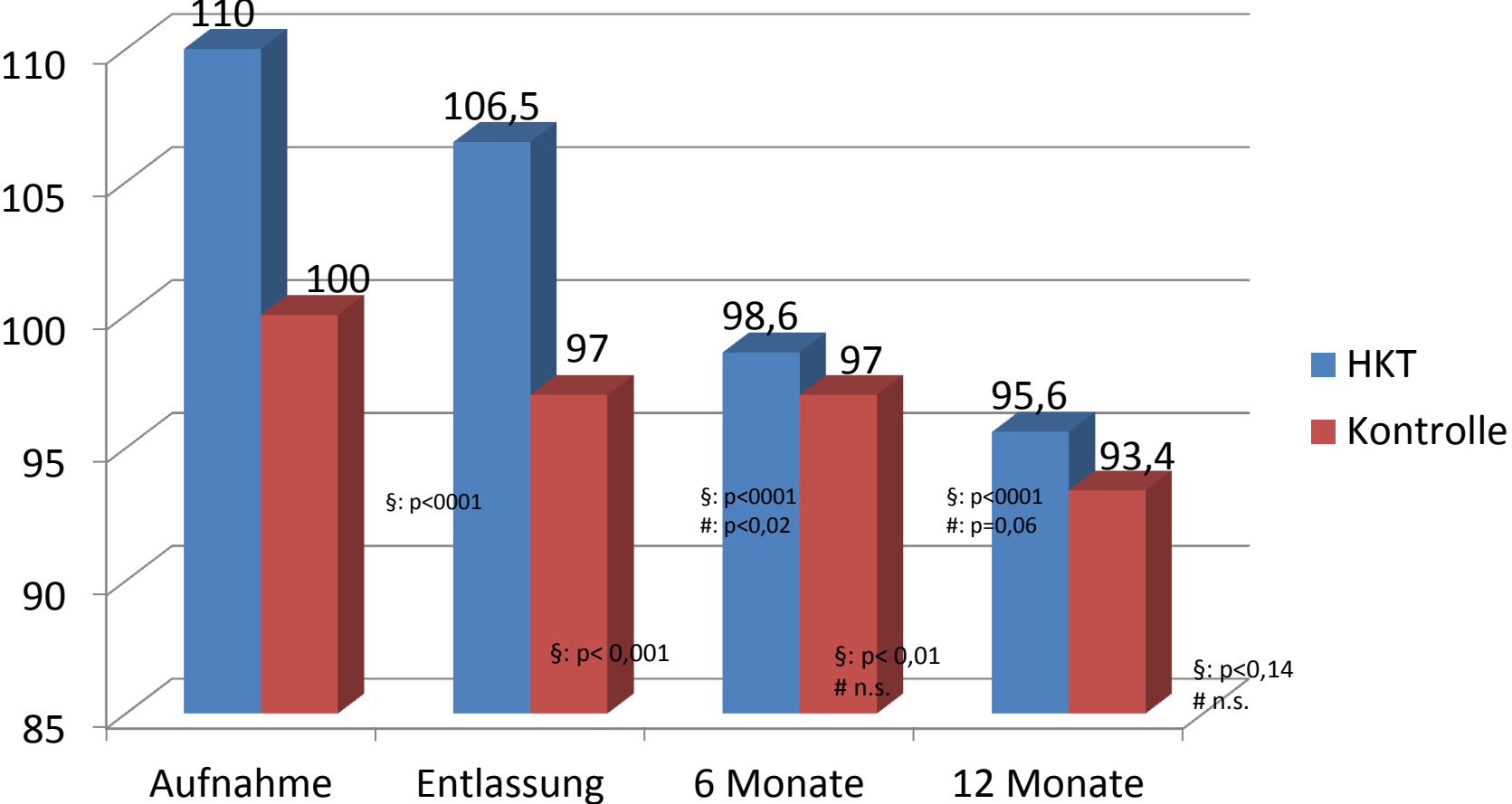


Schrittzähler Auswertung



§ : ggü Aufnahme, # : ggü Entlassung

Gewichtsabnahme HKT - Kontrollgruppe



§ : ggü Aufnahme, # : ggü Entlassung

Zusammenfassung

- In der HKT -Gruppe konnte sowohl der 6 Minuten Gehstest als auch die Schrittzähler gegenüber dem Beginn der Reha hochsignifikant gesteigert werden und blieben über 12 Monate auf diesem hohen Niveau.
- In der Kontrollgruppe wurde der 6 Minuten Gehstest zwar auch signifikant über 12 Monate gesteigert, die Verbesserung der Gehstrecke war demgegenüber jedoch deutlich niedriger (13 % versus 20%). Die Schrittzähler wurden nur in der Reha gesteigert, unterschieden sich aber nach 6 oder 12 Monate nicht ggü dem Ausgangswerten.
- Patienten in der HKT-Gruppe mit dem Ziel Gewichtsabnahme zeigten einen Gewichtsverlust, der sich über 12 Monate nicht nur gegenüber dem Reha-Anfangsgewicht, sondern auch gegenüber dem Entlassgewicht weiter verbesserte.
- In der Kontrollgruppe hingegen fand sich eine signifikante Gewichtsabnahme nur während der Reha und nach 6 Monaten, wohingegen sich nach 12 Monaten und auch gegenüber dem Entlassgewicht kein weiterer Effekt nachweisen ließ.

• Tabakentwöhnung mit HKT in der Reha

- Entwicklung einer **positiven Haltung** gegenüber dem Rauchfreiwerden
- Mentale **Strategien** für den Umgang mit Suchtdruck
- Aktivierung des **Unbewussten**
- **Visualisierung** des rauchfreien Alltags
- Bildung **neuronaler Netze**
- Erlernung neuer **Gewohnheiten**



1. Zielarbeit im HKT: Annäherungsziele statt Vermeidungsziele

Vermeidung: Ich darf nicht mehr rauchen!



Annäherung: Ich will durchatmen!



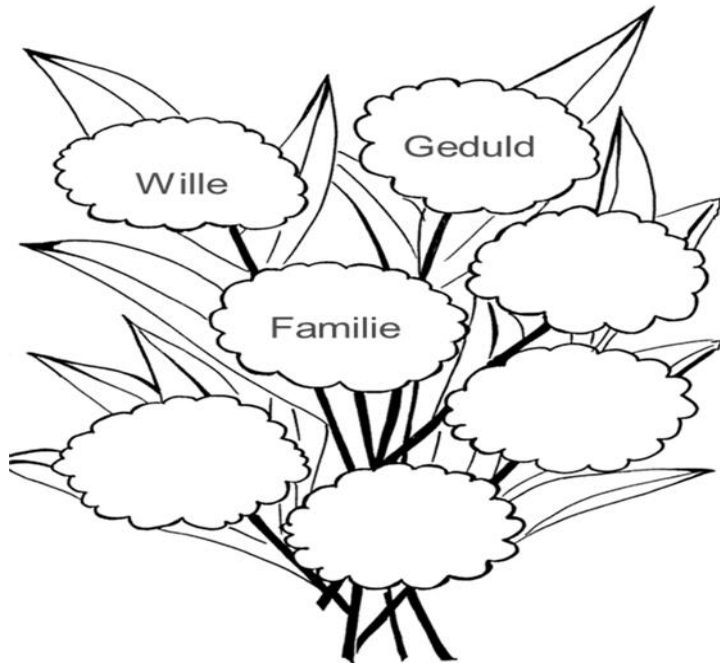
2. Konzentration und Strategien gegen Suchtdruck

- **Atmung**
- **Haltung**
- **Muskelspannung**
- **Zentrierung**



3 Stärkenarbeit und Ressourcenaktivierung

- Welche Stärken habe ich?
- Wer oder was unterstützt mich bei der Zielerreichung?
- In welcher vergangenen Situation habe ich über meine Stärke verfügt?



4 Hindernisse überwinden und Intentionsabschirmung

- Wenn-Dann-Pläne zur Planung alternativer Verhaltensweisen

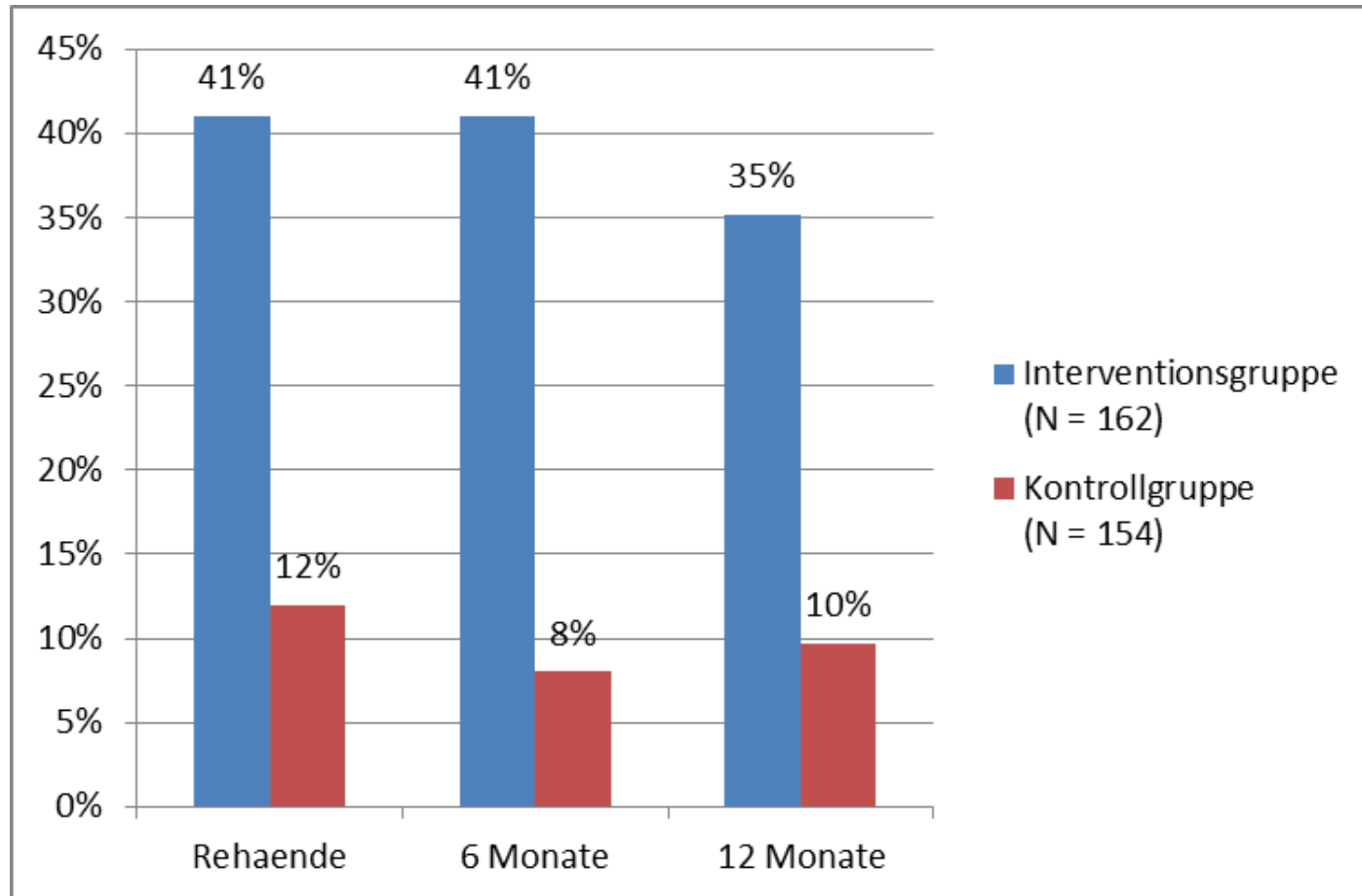
Wenn ich mit anderen Rauchern zusammen bin	... dann denke ich an mein Mottobild und die positiven Gefühle, die ich mit der Zielerreichung verbinde.
Wenn ich den Drang habe eine Zigarette zu rauchen	... dann steige ich Treppen und spüre wie ich die Luft zum Atmen brauche.
Wenn ich Stress habe	... dann atme ich einige Male tief ein und aus und zähle bis 10.

- Nikotinentwöhnung : HKT- v.s. Standardgruppe**

HKT	Standard (psychologisch geleitete Nikotinentwöhnung)
N = 162	N = 154
männlich = 133 weiblich = 36	männlich = 133 weiblich = 21
Ø Alter = 54 Jahre	Ø Alter = 54 Jahre
Ø Raucherjahre = 35	Ø Raucherjahre = 36
Ø Zigaretten/Tag = 24	Ø Zigaretten/Tag = 23
Lost to follow up = 48	Lost to follow up = 91

- **Ergebnisse**

Abstinenzquoten



• Fazit

- Das Mentaltraining Heidelberger Kompetenztraining kann den Rauchstopp bei der Nikotinentwöhnungsbehandlung gegenüber einer psychologisch geleiteten Intervention zur Tabaksabstinz hochsignifikant auf 35,2% (57 von 162) der nach 12 Monaten kontaktierten Teilnehmer auf einer "Intention to treat Analyse" steigern ($p < 0,01$).
-
- Das psychologisch geleitete Standard-Rauchfrei-Programm führte bei 15 von 154 Teilnehmer zur Rauchfreiheit, was einer Abstinenzquote von 9,7% entspricht.
- Das psychoedukative Verfahren des HKT unterstützt die nachhaltige Nikotinabstinz und Rehazielerreichung nach einem Jahr und sollte in der Medizinischen Rehabilitation als Standard eingesetzt werden.

Nechwatal, R., Glatz, L., von der Heide, M., Knörzer, W: Heidelberger Kompetenztraining als Mentaltraining zur nachhaltigen Nikotinentwöhnung. 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! 26. bis 28. Februar 2018 in München. Herausgeber DRV BUND. Tagungsband S. 128 - 129



Vielen Dank

