

4 / 2009



Reha-Newsletter

**der Deutschen Gesellschaft für Prävention und
Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen
(DGPR)**

Herz-Kreislauferkrankungen

ISSN 1865-9241

Herausgeber:
Ausschuss Interdisziplinär der DGPR
Friedrich-Ebert-Ring 38
56068 Koblenz
Tel. 0261 309231

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

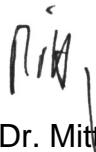
nach fast 10 Jahren verabschiede ich mich als Sprecher des Ausschuss Interdisziplinär. Angetreten bin ich mit der Agenda, die Rolle der nicht-ärztlichen Berufsgruppen und hier insbesondere die der Pflege in unserer Fachgesellschaft zu stärken. Die Erfolgsbilanz ist überwältigend: *Die Anzahl der Pflegekräfte in der DGPR ist seitdem um 300 Prozent gestiegen!* Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine solche Aussage wäre reiner Etikettenschwindel. Statt einer Krankenschwester sind nunmehr vier Pflegekräfte Mitglied der DGPR...

Nach wie vor ist die DGPR eine vor allem ärztliche Fachgesellschaft. Das hängt zusammen mit der Geschichte und Tradition der Rehabilitation in Deutschland. Weltweit wird kardiale Rehabilitation dagegen zumeist von nichtärztlichen Berufsgruppen koordiniert und durchgeführt. Ich meine, auch in Deutschland braucht die Pflege eine stärkere Rolle in der Rehabilitation. Deswegen freue ich mich besonders über den Themenbeitrag von Elke Hotze in dieser Ausgabe des Reha-Newsletters. Er ist ein Plädoyer für eine professionelle und selbstbewusste Pflege in der Rehabilitation.

Nicht die (fach)ärztliche Betreuung der PatientInnen ist das eigentlich Besondere in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland, sondern vielmehr die Möglichkeit, die zumeist komplexen Problemlagen chronisch Kranker durch die verschiedenen Professionen im therapeutischen Team anzugehen. Wo sonst ist es möglich, Probleme wie Angst und Depressivität, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Schmerzen im Brustwirbelbereich infolge der Thorakotomie, Schwierigkeiten bei der häuslichen Selbstversorgung oder bei der beruflichen Wiedereingliederung sozusagen „unter einem Dach“ (das gilt auch für die ambulante Reha) behandeln zu können?

In Deutschland arbeiten in den Rehaeinrichtungen ÄrztInnen, Krankenschwestern und -pfleger, Sport- und BewegungstherapeutInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, DiätassistentInnen und andere Berufsgruppen im interdisziplinären Team zusammen. Dieses Rehateam ist das Pfund, mit dem wir wuchern sollten! Wir haben viel erreicht auf diesem Weg (z. B. Interdisziplinäre Jahrestagung, Fortbildungen für nicht-ärztliche Berufsgruppen), und wir haben einen eigenen Ausschuss, in dem (fast) alle Berufsgruppen des interdisziplinären Rehateams vertreten sind. Trotzdem wünsche mir, dass dies noch deutlicher als bisher in unserer Fachgesellschaft zum Ausdruck kommt.

Mit meinen besten Grüßen
Ihr



PD Dr. Mittag
Sprecher Ausschuss Interdisziplinär

Themenbeitrag

Rehabilitation, eine „Sammelstelle für alt gediente Schwestern, die da ihr Gnadenbrot kriegen“?

Elke Hotze

Der Bereich der Rehabilitation wird heute unumstritten als eine wesentliche Säule der gesundheitlichen Versorgung betrachtet. Er stellt für viele Berufsgruppen einen wichtigen Aufgabenbereich dar. So auch für die Pflegeberufe - die mit Abstand größte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich.

Noch vor einigen Jahren wurden im Rahmen von Interviews zum Thema Pflegearbeit und Pflegeselbstverständnis in Rehabilitationseinrichtungen u. a., die folgenden Aussagen getroffen: *Rehabilitation sei eine Sammelstelle für alt gediente Schwestern, die da ihr Gnadenbrot kriegen ... oder... das in einer Reha-Klinik, das sei ein Job für Frauen, die es ab 40 etwas langsamer angehen lassen wolle.* (zit. n. Hotze 1997, 2001). Das zeigt, dass der Bereich der Rehabilitation als Ort beruflicher Praxis zumindest in der Vergangenheit eher als zweite Wahl angesehen wurde bzw. der berufliche Wechsel in eine Rehabilitationsklinik weitgehend sekundär motiviert war. So schilderte bspw. ein Pflegedienstleiter seine Erfahrungen aus Bewerbungsgesprächen wie folgt: „Ich habe mich deshalb im Rehabereich beworben, weil ich im Akuthaus wegen meines Rückens oder meiner Beine nicht mehr zurechtkomme und ‘ne leichte Tätigkeit suche.“ (zit. n. Hotze 2001).

Diese Vorstellung der Rehabilitationsklinik als Schonarbeitsplatz für Pflegekräfte ist eng verknüpft mit der Debatte über das Kurimage der Rehabilitation und der Vorstellung Rehabilitationspatienten bedürften eigentlich gar keiner pflegerischer Leistung. Diese Vorstellung hat zum Teil dazu geführt, den Einsatz von Pflegekräften generell in Frage zu stellen und sie durch Arzthelferinnen und Stationssekretärinnen zu ersetzen.

Eine solche Sichtweise verkennt jedoch die Problematik eines sich verändernden Klientels in der Rehabilitation. So werden aufgrund der allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklungen zunehmend ältere und hilfsbedürftigere Patienten in Rehabilitationskliniken aufgenommen. Darüber hinaus geht die oben genannte Vorstellung von einem Pflegeverständnis aus, das Pflege als rein kompensatorische Körperpflege definiert. Auch wenn sich dies in der Alltagsrealität des Pflegeberufes leider oftmals genau so darstellt, geht eine umfassende Definition von Pflege aus Sicht der Pflegewissenschaft doch weit über ein rein kompensatorisches Vorgehen hinaus. Sie wird explizit als Hilfe zur Selbsthilfe und zur Erlangung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit sowie als Unterstützung und Begleitung bei der Wiederaneignung von Alltagsroutinen durch den betroffenen Patienten verstanden. Das heißt, sie bezieht sich nicht nur auf den Bereich körperlicher Handicaps, sondern schließt den gesamten Bereich alltagsrelevanter - also auch psychosoziale Aspekte für den Patienten mit ein. Hier liegt ein Ansatzpunkt, Pflegekräften in Rehabilitationseinrichtungen neue Aufgabenfelder zu übertragen, die weit über eine reine assistierend-administrative Tätigkeit hinausgehen.

Dies zugrunde gelegt ist es verwunderlich, dass der Bereich der Pflegearbeit in Rehabilitationskliniken erst sukzessive zum Gegenstand pflegewissenschaftlichen sowie auch pflegewissenschaftlichen Interesses wird. Dieser Befund gilt ähnlich auch für die Rehabilitationsforschung, in deren Rahmen der Beitrag der Berufsgruppe der Pflegenden zur rehabilitativen Versorgung bisher kaum bearbeitet wurde. So ist auffällig, dass in allgemeinen Abhandlungen zu den Aufgaben verschiedener Berufsgruppen in Einrichtungen der stationären Rehabilitation die Pflegekräfte zwar genannt, ihre Aufgabenbeschreibungen jedoch oft diffus bleiben. Die Spanne erstreckt sich dabei von der rein additiven Erwähnung der Pflege als vorgehaltene Berufsgruppe bis hin zu einer Beschreibung der Pflegenden als omnipotente Multifunktionsmitarbeiter. Demnach sind die Pflegenden gleichzeitig „*Beobachter, Berater, Koordinator, Gesprächspartner, Erzieher, Aufpasser, Vermittler, Freizeitpartner, Motivator und Cotheapeut* (ist, d. V.).“ (Enders 1997, 19).

Auch die wenigen empirischen Arbeiten, die sich explizit mit Pflege in Einrichtungen der Rehabilitation beschäftigen (Hotze 1997, Müller 1999, Hotze 2001) bestätigen diese Aussage. Es findet sich ein eher diffuses Selbstverständnis, Unsicherheit über den eigenen Aufgabenbereich und ein dementsprechend nicht klar abgegrenztes Aufgabenprofil gegenüber anderen Berufsgruppen. Zudem bestehen Schwierigkeiten bei den Pflegekräften, sich gleichberechtigt in ein interdisziplinäres Team einzubringen.

Was tun?

Im Rahmen einer Untersuchung zum Selbstverständnis von Pflegenden in unterschiedlichen Rehabilitationskliniken (Hotze 2001) konnten u. a. die folgende Aspekte herausgearbeitet werden, die ein positives Selbstverständnis fördern können.

1. Je klarer das berufliche Handeln auf die Ziele der Rehabilitationseinrichtung abgestimmt ist, desto eher gelingt es den Pflegenden, ihre Arbeit auch als Beitrag zur rehabilitativen Versorgung der Patienten wahrzunehmen. Je diffuser sich berufliches Handeln darstellt, desto weniger lässt sich Pflege als sichtbarer inhaltlicher Beitrag zum Rehabilitationsprozess begreifen. Rehabilitation bleibt dann die Leistung der spezialisierten Rehabilitationsberufe, denen die Pflege lediglich zuarbeitet.
2. Die Wahrnehmung pflegerischen Handelns als Beitrag zur Rehabilitation hängt deutlich von der Orientierung an einem erweiterten Pflegeverständnis ab. Dies muss über die Definition von Pflege als körperorientierter Tätigkeit hinausweisen und auch Elemente der Anleitung und Beratung, unterstützende Gespräche zur Krankheitsbewältigung sowie Angehörigenbetreuung einschließen. Erst durch ein erweitertes Verständnis von Pflege innerhalb der eigenen Berufsgruppe werden bereits vorhandene Ansätze professionellen Handelns sichtbar und die genannten Felder können als pflegerische Aufgabe begriffen werden.
3. Ein erweitertes Pflegeverständnis ist auch für die gleichberechtigte Integration der Pflegenden in die Teamarbeit erforderlich. Es bildet die Grundlage dafür, den eigenen Handlungsbereich neu auszuloten und Überschneidungsbereiche mit anderen Berufen auszuhandeln, anstatt sich zurück zu ziehen und sie den anderen Berufsgruppen zu überlassen. Hier lässt sich folgern, dass nur, wenn die Pflegekräfte ihr berufliches Handeln auch klar als Beitrag zur Rehabilitation deklarieren und aktiv in den Teamprozess einbringen, es im berufsgruppenübergreifenden Team als eigenständiger Beitrag der Pflege aufgefasst und gewürdigt werden

kann. Dies wirkt sich positiv auf das berufliche Selbstbewusstsein der Pflegenden aus und stützt den weiteren Professionalisierungsprozess.

4. Als Rahmenbedingungen auf der Ebene der Einrichtung ist ein allen Berufsgruppen gleichermaßen zugestander Handlungsspielraum in Bezug auf Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation als fördernder Faktor zu nennen. Darüber hinaus wirkt sich ein Kooperationsverständnis innerhalb der Einrichtung positiv auf die Professionalisierungsprozesse aus, das auf dem Modell „echten“ interdisziplinären Arbeitens beruht. Das bedeutet, dass Überschneidungsbereiche in der Arbeit der Berufsgruppen aktiv untereinander ausgehandelt und nicht aufgrund formaler Dominanzrollen einzelner Gruppen durchgesetzt werden. Nicht zuletzt spielt eine für den tatsächlichen Rehabilitationsbedarf der Patienten ausreichende personelle Ausstattung im Pflegebereich eine wesentliche Rolle zur Unterstützung professionellen Handelns. Bei einer Zuständigkeit einer Pflegekraft für bspw. 70 Patienten führen sich Überlegungen von aktiver Beziehungsaufnahme selbst ad absurdum.
5. Einen weiteren Aspekt des Gelingens von Professionalisierungsprozessen stellt schließlich die berufliche Motivation der Pflegekräfte dar. Handelt es sich eher um eine intrinsische Motivationslage, die den Anforderungswandel als berufliche Herausforderung und neues interessantes Handlungsfeld deutet, sind gute Voraussetzungen für ein Engagement in Richtung eines professionellen Handelns gegeben. Das Gegenteil ist der Fall, wenn eine ausschließlich sekundär geprägte berufliche Motivation vorherrscht und der Arbeitsplatz Rehabilitation rein aus individuell-pragmatischen Gründen gewählt wurde.

Der Pflegeberuf in Einrichtungen der Rehabilitation steht in dem Dilemma einer gleichzeitigen Anforderung von Neudefinition und Abgrenzung des eigenen Bereiches auf der einen Seite und der Integration dieses Bereiches in berufsgruppenübergreifendes Handeln auf der anderen Seite. Diese komplexe Situation würde an sich zunächst eine Zeit der intensiven beruflichen Identifikation im Sinne eines Moratoriums erfordern, die aber angesichts der aktuellen Erfordernisse nicht zur Verfügung steht. Aus diesem Grund verwundert es nicht, dass sich die begonnenen Fortschritte auf diesem Weg langwierig und mühsam gestalten nichtsdestotrotz aber dringend notwendig sind, wenn das Feld der Rehabilitation für die Pflege als eine Chance für neue Aufgaben gesehen werden soll. Hier sind die Pflegenden in den Rehabilitationseinrichtungen gleichermaßen wie die Pflegewissenschaft sowie auch die Ausbildungs- und Weiterbildungseinrichtungen gefordert.

Seit vielen Jahren engagiert sich die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) für die Weiterentwicklung der Pflege in der Rehabilitation. In einem ca. 4 mal jährlich tagenden Arbeitskreis (Interessenten sind herzlich zur Mitarbeit aufgefordert), in dem sich vor allen leitende Pflegekräfte aus Rehabilitationskliniken versammeln, werden aktuelle Themen der Rehabilitation aufgegriffen und diskutiert. So entstand in diesem Rahmen 2008 auch das Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“ (erhältlich unter www.degemed.de), das die Entwicklungspotentiale der Pflegeberufe in der Rehabilitation aufgreift und deutlich Position bezieht für eine professionelle und selbstbewusste Pflege in Einrichtungen der Rehabilitation, die das Bild der *Sammelstelle für alt gediente Schwestern* ein für allemal hinter sich lässt.

Literatur

Enders, C. (1997). Rehabilitation kompakt. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Hotze, E. (1997). Pflege in der medizinischen Rehabilitation. Ein Beitrag zu beruflicher Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Hotze, E (2001). Gratwanderung auf umkämpftem Terrain – Zu den Professionalisierung und Deprofessionalisierungsstrategien von Pflegenden in Einrichtungen der Rehabilitation. Bielefeld (unveröffentlichte Dissertation)

Müller, D. (1999). Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine explorative Untersuchung über ihre Voraussetzungen, Inhalte und Perspektiven. (unveröffentlichte Dissertation). Hannover.

Elke Hotze ist Professorin für Pflegewissenschaft und Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Osnabrück, thematische Schwerpunkte in Lehre und Forschung: Pflege und Rehabilitation, Professionalisierung der Pflegeberufe, Pflegeberatung, Moderation des Arbeitskreis Rehabilitation und Pflege der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Aus der Forschung

Körperliche Aktivität als Medikament bei Krebserkrankungen

Martin Halle

Jetzt ist es offiziell: Der aktuelle Bericht des World Cancer Research Fund (WCRF, London, <http://www.wcrf.org>), der unter anderem Grundlage für Empfehlungen der World Health Organization (WHO) zur Gesundheitsprävention ist, kommt zu dem Schluss, dass regelmäßige körperliche Aktivität der Neubildung von bösartigen Tumoren vorbeugen kann und speziell für Kolon- und Mammakarzinome diese Evidenz sehr hoch einzustufen ist. Studien der letzten Jahre haben diese Erkenntnisse in sofern noch erweitert, als auch nach der Diagnosestellung bei diesen Tumoren eine Reduktion der Letalität bei den Patienten zu beobachten ist, die körperliche Aktivität intensivieren bzw. in größerem Umfang weiter fortführen.

Körperliche Aktivität in der Primärprävention

Eine der aktuellsten Studien, die auf primär tumorpräventive Effekte von Bewegung hinweist, ist eine epidemiologische Beobachtung von 40.708 Männern im Alter zwischen 45 und 79 Jahren über 10 Jahre. Die Aktivität wurde mittels Fragebogen erfasst und hinsichtlich der Intensität in metabolische Äquivalenten (MET; ein MET entspricht etwa dem Energieverbrauch im Sitzen, Spaziergehen ca. 5 MET und Joggen ca. 8 MET) spezifiziert. Körperliche Aktivität von etwa 4 MET am Tag (ca. 1 h zügiges Gehen) war mit einer um 16 Prozent verminderten Inzidenz aller Krebsarten

assoziiert im Vergleich zu jenen Teilnehmern, die sich nach eigenen Angaben kaum bewegten. Schon eine halbe Stunde Bewegung korrelierte mit einer um 33 Prozent geringeren Krebs-Mortalität.

Speziell für kolorektale Karzinome zeigt sich eine Risikoreduktion durch Bewegung zwischen 40 und 50 Prozent (3). Im Bericht des WCRF werden insgesamt 53 Kohorten- und vier Fallkontrollstudien berücksichtigt, wobei circa zwei Drittel der Untersuchungen protektive Effekte ergaben mit Reduktionen des relativen Risikos für die Entwicklung kolorektaler Karzinome zwischen zehn und sechzig Prozent. Der WCRF konstatiert damit einen „dosisabhängigen“ protektiven Effekt: Je mehr sich die Menschen bei der Arbeit oder in der Freizeit bewegten, desto höher die Risikoreduktion.

Als „plausible“ Mechanismen der Präventivwirkung von Bewegung wird folgendes postuliert:

- eine verringerte gastrointestinale Transitzeit, die die Kontaktzeit möglicher Karzinogene mit der Darmmukosa verkürzt
- Reduktion von Körperfett und assoziierter chronischer Entzündungsreaktion
- Effekte auf den endogenen Steroid-Hormon-Metabolismus mit einer Verschiebung des Anteils der Prostaglandine von der E- hin zur F-Serie, wodurch sich die Zellteilungsrate im Kolonepithel vermindert und die Peristaltik erhöht
- eine Verminderung der Glukose- und Insulinspiegel im Blut mit verminderter Produktion von Wachstumsfaktoren wie Insulin-like-growth-factor (IGF)

Für das Mamma-Karzinom liegen über vierzig Studien vor. Nach Einschätzung des WCRF ist für diesen Tumor bei Frauen vor der Menopause bislang die Datenlage so heterogen, dass die Evidenz für einen primären Schutzeffekt körperlicher Bewegung unklar sei. Auf eine positive Wirkung vor der Menopause weist allerdings eine große Kohortenstudie mit 25.624 Frauen hin. Die Teilnehmerinnen waren zu Beginn der Studie 20 bis 54 Jahre alt. Vier Stunden moderater Bewegung pro Woche war mit einer Risikoreduktion um 23, und um 47 % bei intensiverer regelmäßiger Aktivität assoziiert.

Für postmenopausal auftretende und dabei vor allem für hormonabhängig wachsende Tumore sieht der WCRF eine hohe Evidenz für die primärpräventive Wirkung: Die Risikoreduktion liege zwischen 20 und 43 Prozent.

Körperliche Aktivität in der Sekundärprävention

Körperliche Bewegung und Sport haben nicht nur ihren Stellenwert in der Prävention sondern erlangen immer mehr Bedeutung in der Therapie von Krebserkrankungen und hier auch insbesondere von Darm- und Brustkrebs. So wurden in einer australischen Kohorte (Melbourne Collaborative Cohort Study, n=41.528) Kolon-Karzinom-Patienten nach körperlicher Aktivität in den 6 Monaten zuvor befragt („Wieviel Mal pro Woche haben Sie intensiv für mindestens 20 min Sport getrieben?“, „Wieviel Mal pro Woche mit geringerer Intensität wie Walken, Gartenarbeit etc.?“). Anhand dieser Ergebnisse wurden die Patienten in zwei Gruppen in „keine Aktivität“ versus „Aktivität $\geq 1x/Woche$ “ eingeteilt. Insgesamt entwickelten 526 Personen im Beobachtungszeitraum ein Kolon-Karzinom, von denen 229 als „aktiv“ und 297 als „inaktiv“ (Alter 69 Jahre, Männer 52%) eingestuft wurden. Beide Gruppen erhielten neben einer Operation zu 30% eine adjuvante Chemotherapie und vergleichbar häufig eine Strahlentherapie.

rapie (8% bzw. 11%). Die beobachteten Personen wurden von 1990 bis 1994 rekrutiert, die Ergebnisse wurden 2004 evaluiert, sodass der Beobachtungszeitraum 10 bis 14 Jahre betrug. Der mediane Beobachtungszeitraum der Patienten war 5,5 Jahre nach Diagnosestellung. Im Beobachtungszeitraum der Studie zeigte sich eine deutlich bessere Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten in der aktiven Gruppe. So lag die Gesamtletalität bei aktiven Patienten mit einer Hazard Ratio von 0,77 (95% KI 0,58-1,03) deutlich niedriger (1). Dies war auf die Stadien II und III beschränkt, wobei durch körperliche Aktivität die Gesamtletalität um 39% und die krankheitsspezifische Letalität um 51% gesenkt werden konnte. In sehr frühen Stadien (UICC Stadium I) der Erkrankung bzw. im metastasierten Stadium (UICC Stadium IV) konnten keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden (1;2). Einschränkung ist festzustellen, dass in dieser Untersuchung andere soziale oder körperliche Faktoren statistisch nicht berücksichtigt wurden.

In gleicher Weise konnte anhand von Daten einer prospektiven Studie aus der Cancer and Leukemia Group B Study (CALGB) gezeigt werden, dass regelmäßige Bewegung von mindestens 3x45 min/Woche mit einer relativen Reduktion der Letalität der Kolon-Karzinom-Patienten um 45% assoziiert war (3). Die Schwelle, ab der dieser positive Effekt zu beobachten war, entspricht einer wöchentlichen Aktivität von 18 MET*Stunden (3). Aus den Ergebnissen der Studien kann somit geschlossen werden, dass 4 Stunden zügiges Spaziergehen pro Woche und mehr mit diesen positiven Effekten assoziiert ist. Interessanterweise entspricht dieses genau den Ergebnissen in der Therapie des Typ II Diabetes mellitus. Auch bei diesen Patienten ist eine Verbesserung metabolisch-kardiovaskulärer Risikofaktoren und eine Reduktion der Letalität jenseits dieser Aktivitätsgrenze zu erwarten (3;4).

Auch bei Mammakarzinom zeigen sich ähnliche Befunde. So haben die Patientinnen, die mehr als 2 h schnelles Spaziergehen pro Woche durchführen, eine nach 10 Jahren reduzierte Mortalität von fast 30% (5).

Darüber hinaus ist körperliche Aktivität auch für die psychische Ausgeglichenheit von Patienten mit Krebserkrankungen von Bedeutung. So verbessert sich deren Lebensqualität und Nebenwirkungen werden reduziert. Beispielsweise kann das "chronische Müdigkeitssyndrom" durch entsprechende Programme gelindert werden.

Diese aktuellen Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung von körperlicher Aktivität in der Rehabilitation von Krebserkrankungen. Spezielle Programme, die über die stationäre Rehabilitation von Patienten hinausgehen, sollten ausgearbeitet und umgesetzt werden. Wir sollten uns dieses Themas von ärztlicher Seite annehmen.

Literatur

(1) Haydon AM, Macinnis RJ, English DR, Morris H, Giles GG. Physical activity, insulin-like growth factor 1, insulin-like growth factor binding protein 3, and survival from colorectal cancer. *Gut* 2006; 55(5):689-694.

(2) Haydon AM, Macinnis RJ, English DR, Giles GG. Effect of physical activity and body size on survival after diagnosis with colorectal cancer. *Gut* 2006; 55(1):62-67.

(3) Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. J Clin Oncol 2006; 24(22):3535-3541.

(4) Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. J Clin Oncol 2006; 24(22):3527-3534.

(5) Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 2005; 293(20):2479-2486.

Martin Halle ist seit 2007 Präsident der DGPR. Er hat den Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin an der TU München inne. Im November 2008 hat er den 1. Internationalen Sport- und Krebskongress in München organisiert.

Mitteilungen aus den Sektionen

Lebensstiländerung optimal fördern - aber wie?

Britta Mai

Eine der Hauptaufgaben in der Rehabilitation ist die Reduktion des Risikoprofils der Rehabilitanden. Ziel ist es, die Progredienz der Erkrankung zu stoppen oder zumindest zu „entschleunigen“. Leider sind die Ergebnisse nach wie vor nicht befriedigend. Auch heute noch zeigt sich, dass die Umstellung der Lebensstiländerung häufig nicht nachhaltig gelingt. Kurzfristig erzielte Effekte, wie z.B. die Einstellung der Blutdruckwerte, Umsetzung der Nikotinabstinenz, Gewichtsreduktion oder auch die Steigerung der körperlichen Aktivität, können nicht dauerhaft stabilisiert werden. Für das therapeutische Team von Ärzten, Ergotherapeuten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten sind die gezeigten Verhaltensweisen von PatientInnen häufig nicht nachvollziehbar, was zu Frustration, Verärgerung und auch zu sinkender Motivation auf Seiten des Teams führen kann.

Warum haben PatientInnen überhaupt so große Schwierigkeiten bei der Lebensstiländerung, wo doch klar zu sein scheint, was zu tun ist? Persönliche Lebensstile, also gezeigte Verhaltensweisen, sind oft Gewohnheiten mit einer großen zeitlichen Stabilität. Diese Gewohnheiten dauerhaft zu verändern ist ein schwieriger Prozess, der den Wunsch der PatientInnen auf Veränderung voraussetzt.

Wodurch entsteht der Wunsch nach Veränderung, und reicht dieser bereits aus? Leider scheint der Wunsch nach Veränderung allein, wie z.B. die Absicht, das Rauchen einzustellen, nicht auszureichen, um abstinent zu werden. Insbesondere bei Rauchern zeigt sich häufig eine sehr hohe Ambivalenz zwischen dem Wunsch rauchfrei zu werden und der Angst vor einem rauchfreien Leben.

Zum besseren Verständnis von Veränderungsprozessen erscheint das „Health-Action-Process-Modell“ (HAPA) von Schwarzer (1999) hilfreich. Schwarzer unter-

erleichtert (Schwarzer, 1999). Je stärker diese Intention ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass es zu einer Verhaltensänderung kommt (Abraham & Sheeran, 2000).

Dass allein die Intention zur tatsächlichen Verhaltensänderung jedoch nicht ausreicht, zeigt die Tatsache, dass nur 20% bis 30% der Varianz dadurch aufgeklärt werden kann (Orbell & Sheeran, 1998). Für eine dauerhafte Veränderung von Verhalten scheint nach der Phase der Zielbildung die konkrete Planung z.B. von Zwischenzielen, die Initiierung und Aufrechterhaltung trotz aufkommender Schwierigkeiten von Nöten. Hierbei scheint die Selbstwirksamkeitserwartung der PatientInnen ein über alle Prozesse hindurch relevantes und entscheidendes Bindeglied darzustellen. Sie beeinflusst den Prozess der Motivation genauso wie die gezeigte Ausdauer, Anstrengungsbereitschaft und auch den Umgang mit Rückschlägen.

Wodurch könnte das interdisziplinäre Team eine Verbesserung dieses Veränderungsprozesses unterstützen? Empfehlenswert erscheint mir hierbei eine Schulung des gesamten therapeutischen Teams in grundlegenden psychologischen Theorien und Fertigkeiten, wie z.B. Kommunikationstraining, therapeutische Grundhaltung, Wissen über Veränderungsprozesse und die Durchführung von Problemlösetrainings.

Darüber hinaus ist ein sicher wesentlicher und unabdingbarer Aspekt die partizipative Einbindung der PatientInnen bereits bei der Entwicklung von Rehazielen. Hierbei scheint es sinnvoll, dass PatientInnen bereits beim Aufnahmegespräch über ihr „subjektives“ Krankheitsmodell befragt werden, um mögliche Fehlinformationen und somit auch eine falsche Risikowahrnehmung erkennen und korrigieren zu können. Weiterhin ist es meiner Meinung nach wichtig, dass Ärzte, ähnlich wie auch bei einem körperlichen Eingriff, die PatientInnen befragen, ob diese weiter Aufklärung zu ihrem individuellen Risikoprofil und dessen Behandlungsmöglichkeiten wünschen. Es ist zu erwarten, dass dieses Vorgehen Widerstände reduziert und die Compliance und die Selbstverantwortung der PatientInnen fördert. Die Haltung des Teams, sollte patientenzentriert und durch Wertschätzung und Akzeptanz gekennzeichnet sein. Selbst kleinste positive Veränderungsbemühungen sollten positiv verstärkt, und Rückschläge als normaler Bestandteil des Veränderungsprozesses gesehen werden. Sie bieten die Möglichkeit für eine Fehleranalyse und somit die Chance zur Optimierung des Veränderungsprozesses.

Nachdem mit den PatientInnen relevante Rehazielen identifiziert wurden, kann nun der Veränderungsprozess innerhalb jeder einzelnen Fachdisziplin mittels eines sogenannten „Problemlösetrainings“ systematisch weiter gefördert werden.

Bereits 1971 haben D´Zurilla und Goldfried ein Problemlösetraining entwickelt. Sie formulierten 5 Problemlöseschritte: (1) Allgemeine Problemorientierung, (2) Beschreibung des Problems, (3) Erstellung von Alternativen, (4) Treffen einer Entscheidung sowie (5) Anwendung und Überprüfung

Seitdem entstanden eine Reihe unterschiedlicher Trainings, die sich in der Grundstruktur sehr ähneln, wie z.B. die integrative Problemlösetherapie von Grawe et al. (1980) oder die Selbstmanagement-Therapie von Kanfer (1991). Problemlösetrainings zählen heute zu den Standardinterventionstechniken der kognitiven Verhaltenstherapie und dienen dem Erlernen von Strategien zur schnellen und effektiven

Lösung von Problem. Problemlösetechniken finden in vielfältigen Praxisfeldern ihre Anwendung und eignen sich sicher auch gut zur Lösung von Problemen bei der Lebensstiländerung. Ein weiterer Vorteil neben den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten ist die Tatsache, dass sich dieses Verfahren nach entsprechender Schulung durch einen Psychologen/Psychologin vom gesamten interdisziplinären Team in den jeweiligen Fachdisziplinen einsetzen lässt, was womöglich zu einer weiteren Effizienz in der Umsetzung führen könnte. Da sich diese Technik sowohl in Einzel- wie auch Gruppentrainings einsetzen lässt, eignet sie sich gut für den Alltag in den Rehaeinrichtungen.

Wie funktioniert nun ein solches Training?

Nachdem zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durch das ärztliche Aufnahmegespräch über das persönliche Risikoprofil und dessen Behandlungsmöglichkeiten informiert wurde, könnten Probleme im Einzelgespräch wie auch in themenspezifischen Gruppen aufgegriffen werden, so z.B. im Nichtrauchertraining, in Adipositasgruppen etc.

1. Schritt: *Was ist das Problem:* z.B. Rauchen bei vorliegendem Infarkt!
2. Schritt: *Beschreibung des Problemverhaltens:* Wichtig ist eine genaue Problemanalyse durchzuführen. Dabei könnten die sogenannten W-Fragen helfen: Wann?, Wo?, Wer?, Was?, etc., z.B.: „Bei Stress beruhigt mich die Zigarette!“ Dabei sollte immer auch das Pro und Kontra der gezeigten Verhaltensweisen besprochen und abgewogen werden.
3. Schritt: *Handlungsalternativen:* Nach dem Abwägen von Vor- /Nachteilen sollten dann möglichst mehrere Handlungsalternativen erarbeitet werden, die einen größeren Vorteil versprechen als das alte Verhalten. Die Handlungsalternativen müssen jedoch vom Individuum als umsetzbar und erfolgversprechend eingestuft werden. Beim Finden von Alternativen erscheint die Technik des „Brainstorming“ sinnvoll.
4. Schritt: *Entscheidung für eine Veränderung:* Dann wird ein möglichst konkreter Handlungsplan erarbeitet.
5. Schritt: *Anwendung und Überprüfung:* Anschließend erfolgt eine Bilanzierung des Erreichten und bei Bedarf eine erneute Anpassung.

Wichtig ist, dass die Risikoperzeption gefördert und die Handlungsergebniserwartung positiv gestärkt wird, aber auch, dass die Barrieren, die der Selbstwirksamkeitserwartung entgegenstehen, identifiziert und mögliche Strategien zur Überwindung mit berücksichtigt werden. Sinnvoll erscheint das Erarbeitete schriftlich zu fixieren. Hierzu gibt es eine Reihe von Arbeitsmaterialien und Präsentationstechniken, die zur Unterstützung eingesetzt werden können.

(Literatur bei der Verfasserin)

Britta Mai ist Diplom-Psychologin und approbierte Psychotherapeutin. Sie arbeitet seit 1995 im Reha-Zentrum der deutschen Rentenversicherung Bund in Bad Nauheim. DGPR-Mitglied seit 1995. Mitglied der Arbeitskreisleitung der deutschen Reha-psychologen (BDP) seit 2007. Dozentin an der Justus-Liebig Universität Gießen. Langjährige Kursleiterin für Krankenkassen im Bereich Prävention.



Landesarbeitsgemeinschaft
Herz und Kreislauf
in Schleswig-Holstein e.V.

Partner fürs (Über-)LEBEN

Heidemarie Berke

In einer beispielhaften Kooperation zwischen den schleswig-holsteinischen Sparkassen und der Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V. (LAG) sollen langfristig die Geschäftsstellen der Sparkassen in Schleswig-Holstein mit einem **A**utomatisierten **E**xternen **D**efibrillator (AED) ausgestattet werden. In Zusammenarbeit mit dem Sparkassen- und Giroverband haben bereits über 30 Standorte von der LAG einen AED erhalten. Mit dem Ziel, eine möglichst breite Öffentlichkeit für die Verhinderung der Sterblichkeit am Plötzlichen Herztod herzustellen, wird diese Maßnahme ergänzt durch entsprechende Schulungen und Informationsveranstaltungen, die von der LAG organisiert und durchgeführt werden. Schleswig-Holstein ist ein ländlich strukturiertes Flächenland mit einer relativ niedrigen Bevölkerungsdichte. So verteilen sich z.B. die rund 300.000 Bewohner der Kreise Nordfriesland und Dithmarschen (Nordseeküste) auf ca. 3.500 km² ! Die Zeitvorgabe für den Rettungsdienst innerhalb von 12 Minuten jeden Ort erreichen zu können ist bei Kammerflimmern zu lang und im Einzelfall kaum realisierbar.



In Schleswig-Holstein sterben jährlich allein an ischämischen Herzkrankheiten 4.504 Menschen, davon 1.522 am Myokardinfarkt (2006, E. Bruckenberger), das sind täglich über 12 Personen, die vielleicht durch rechtzeitige und effektive Notfallmaßnahmen, sprich Herzdruckmassage und Defibrillation hätten gerettet werden können. Das Zeitfenster ist allerdings sehr klein, bereits nach zehn Minuten ist die Überlebenschance bei einem Kammerflimmern oder einer ventrikulären Tachykardie nur noch gering und kaum ohne bleibende Schäden zu überstehen. Bereits nach drei Minuten können irreversible Hirnschäden auftreten, nach fünf Minuten wird der Herzmuskel dauerhaft geschädigt. Die Einbindung von Laienhelfern muss deshalb als wesentliche Maßnahme für eine schnelle und effektive Hilfe angesehen werden.

Seit über zehn Jahren ist das Konzept der Laiendefibrillation erprobt und der Erfolg durch verschiedene Studien belegt. Ein Ziel von Herzintakt ist deshalb die Förderung der flächendeckenden Versorgung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung mit **A**utomatisierten **E**xternen **D**efibrillatoren (AED), der einzig wirksamen Hilfe bei einem Herzstillstand (Kammerflimmern, Kammertachykardie). Bei der Suche nach geeigneten Standorten und Einrichtungen, die den permanenten Zugang zu AED-Geräten nicht nur ermöglichen, sondern auch landesweit vorhanden und im Bewusstsein der Bevölkerung allgemein bekannt und vertraut sind, bieten sich die lokalen Geschäfts-

stellen der Sparkassen in besonderer Weise an. Die Geschäftsstellen der Sparkassen sind praktisch in jedem Ort vorhanden, gut erreichbar und im Bewusstsein der Bevölkerung positiv verankert. Außerdem, und das ist ein entscheidender Gesichtspunkt, ist der Zugang auch außerhalb der Geschäftszeiten möglich, entsprechende Vorrichtungen bei der Installation der AED Geräte können einen Diebstahl und/oder Vandalismus weitgehend verhindern. Das bedeutet, wer im Besitz einer gültigen EC Karte ist, kann das Gerät zu jeder Zeit erreichen und an den Ort des Notfalls mitnehmen.

Das AED Projekt wird von den 15 schleswig-holsteinischen Sparkassen außerordentlich engagiert unterstützt, außerdem haben andere Einrichtungen, Firmen, Institutionen o.ä., die über entsprechende Pressemeldungen auf die Aktion aufmerksam geworden sind, ihr Interesse bekundet, ebenfalls Geräte anzuschaffen.

Die **Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED)** oder auch Erste-Hilfe-Defibrillatoren wurden für die Anwendung für Laien entwickelt. Mit einem Gewicht von ca. 1,5 kg kann das kleine Gerät mühelos zum Einsatzort gebracht werden. Mit eindeutigen und ruhigen Sprachanweisungen führt das Gerät durch jeden Schritt der Anwendung, einschließlich Schockabgabe und Durchführung der Herz-Lungen-Wiederbelebung. Ein Schock kann nur bei einem Herzstillstand abgegeben werden, das Gerät analysiert mit 100%iger Sicherheit den Herzrhythmus, ein Mißbrauch ist damit ausgeschlossen. Für Laien wird allerdings auf jeden Fall eine Anwenderschulung einschließlich Auffrischung der Kenntnisse über sonstige Erste-Hilfe-Maßnahmen empfohlen. Um die Barriere „Zeitaufwand“ für interessierte Laien so niedrig wie möglich zu gestalten, hat die Ärztekammer Schleswig-Holstein deshalb bereits im Januar 2008 einem Konzept der LAG für eine 2-stündige Schulung „Herz-Lungen-Wiederbelebung und AED Anwendung“ zugestimmt.

Das vom Sparkassen- und Giroverband in Schleswig-Holstein geförderte Projekt ist Bestandteil von *Herzintakt – eine Gesundheitsinitiative für Schleswig-Holstein*, die auf Anregung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren im Mai 2002 von der LAG ins Leben gerufen wurde und in Schleswig-Holstein Maßnahmen anregen und fördern soll, die geeignet sind, die Sterblichkeit an der koronaren Herzerkrankung (KHK) und am Plötzlichen Herztod zu verhindern, zu verringern oder ihr vorzubeugen.

Heidemarie Berke ist Diplom-Sozialpädagogin. Von 1990 bis 2004 war sie Vorstandsmitglied der LAG Schleswig-Holstein; seit 1999 ist sie hauptamtliche Geschäftsführerin der LAG Schleswig-Holstein. Frau Berke gehört dem Ausschuss Interdisziplinär der DGPR an.
--

Termine – News – Informationen

36. Jahrestagung der DGPR

„Kardiologische Rehabilitation - zwischen HighTech-Medizin und Psychokardiologie“
vom 12. - 13. Juni 2009 in Berlin
<http://www.dgpr.de>

Achtung: begleitende Fortbildung „Spiroergometrie: Therapiesteuerung, Leistungsbeurteilung, prognostische Aussagekraft“ für medizinisches Assistenzpersonal und ÄrztInnen; am 12.6.2009 von 11:15-12:45 und 13:30-15:00

Zusätzliche Teilnahmegebühr 50,- EUR pro Kurs (beide Kurse für 90,- EUR); Kostenbeihilfe für medizinisches Assistenzpersonal möglich (Anträge bitte an die Geschäftsstelle der DGPR)

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit

27. – 29. Mai 2009 in Berlin (ICC)
<http://www.hauptstadtkongress.de>

41. Deutscher Sportärztekongress

24. – 26. September 2009 in Ulm
<http://www.dgsp.de>

12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation

1. – 3. Oktober in Leipzig

8. Deutscher Kongress Versorgungsforschung

"Versorgungsstrukturen und Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung"
1. – 3. Oktober 2009 in Heidelberg
<http://www.dkvf2009.de>

33. Herbstkongress der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V.

8. – 10. September 2009 in Dresden
<http://www.dgk.org>

27. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Reha

„Psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation“
30.10. – 1.11.2009 in Berlin / Erkner
<http://www.reha-psychologie.net>

DGRW Regionalkonferenz

„Veränderung der Rollenverteilung in der Rehabilitation“
11. – 12. Dezember 2009, Freiburg
<http://www.fr.reha-verbund.de>

Aufnahmeantrag
(für natürliche Personen / Einzelmitgliedschaft)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme gemäß §§ 4 und 5 der z.Z. gültigen Satzung in die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“

.....
Titel, Name Vorname Geburtsdatum

.....
Privatanschrift Telefon

.....
Dienstanschrift - ggf. Name der Klinik

.....
Straße Plz, Ort der Klinik Telefon dienstl.

.....
Art d. Tätigkeit (z.B. Ärztl. Dir., Oberarzt, Ass.-Arzt, Psychologe, Sportl., Sozialarb. usw.)

.....
Ausbildung, genaue Bez., (z.B. Arzt f. ..., Zusatzbez. Internist – Kardiologe – Sportmed. usw)

Ich möchte zusätzlich zur Mitgliedschaft die Zeitschrift
„Clinical Research in Cardiology“ beziehen Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein zusätzliches Bezugsgeld von 62,50 €
per Einzugsermächtigung eingezogen wird Ja Nein

Ihre Lieferadresse: dienstliche Adresse
private Adresse

(Jahresmitgliedsbeitrag z.Z.: 100,00 € für Ärzte u. Psychologen; 75,00 € für alle anderen Berufsgruppen)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“ (nach Aufnahme) widerruflich, den Jahresmitgliedsbeitrag sowie bei Bestellung der Zeitschrift „Clinical Research in Cardiology“ das zusätzliche Bezugsgeld von 62,50 € bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Bankinstitut:

Bankleitzahl: Kto.-Nr.

.....
Ort, Datum Unterschrift