Selbstmanagementförderung
durch Handlungs- und Bewältigungspläne
in den Würzburger Projekten

Andrea Reusch

Zentrum Patientenschulung

& Dr. Karin Meng

Universität Würzburg,
Abteilung Medizinische Psychologie
und Rehabilitationswissenschaften

Selbstmanagement-Therapie Kanfer et al., 2012

7 Phasen

1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse: Problembeschreibung und Suche aufrechterhaltender Bedingungen
4. Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Evaluation der Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung und Abschluss der Beratung/Therapie

Kanfer, F.H., Reinecker, H & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korr. und durchges. Aufl.). Berlin, New York: Springer.

Behavioral Change Techniques, BCTs

Abraham & Michie, 2008

- Taxonomie mit 26 Techniken der Verhaltensänderung

Michie et al., 2011

- Experten aus 3 Studienzentren
- beurteilen Studien von 2 Reviews
- interaktiver Konsensprozess
- 40 Techniken
- Bezeichnung und Beschreibung

Psychology and Health
Vol. 26, No. 11, November 2011, 1479–1498
Routledge

A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy

Susan Michie[a*], Stefanie Ashford[b], Falko F. Sniehotta[c], Stephan U. Dombrowski[d], Alex Bishop[b] and David P. French[b]

[a]*Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, Gower Street, London WC1E 6BT, UK;* [b]*Applied Research Centre in Health and Lifestyle Interventions, Coventry University, Priory Street, Coventry CV1 5FB, UK;* [c]*Centre for Translational Research in Public Health, Institute of Health and Society, Medical Faculty, Newcastle University, Richardson Road, Newcastle, NE2 4AX, UK;* [d]*Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Foresterhill, Aberdeen AB25 2ZD, UK*

(*Received 30 April 2010; final version received 10 November 2010*)

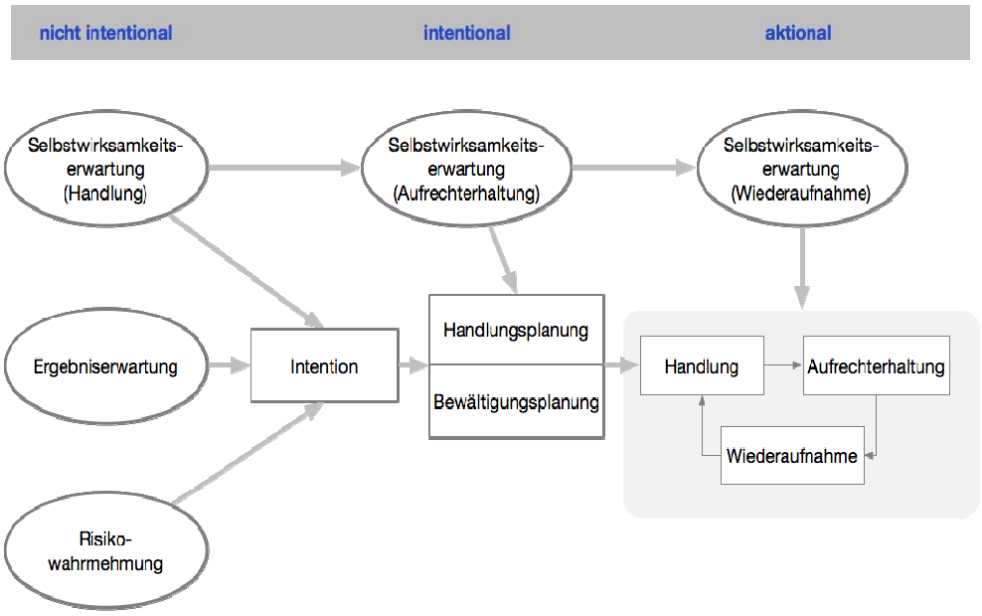
Background: Current reporting of intervention content in published research articles and protocols is generally poor, with great diversity of terminology, resulting in low replicability. This study aimed to extend the scope and improve the reliability of a 26-item taxonomy of behaviour change techniques developed by Abraham and Michie [Abraham, C. and Michie, S. (2008). A taxonomy of behaviour change techniques used in interventions. *Health Psychology*, *27*(3), 379–387.] in order to optimise the reporting and scientific study of behaviour change interventions. **Methods:** Three UK study centres collaborated in applying this existing taxonomy to two systematic reviews of interventions to increase physical activity and healthy eating. The taxonomy was refined in iterative steps of (1) coding intervention descriptions, and assessing inter-rater reliability, (2) identifying gaps and problems across study centres and (3) refining the labels and definitions based on consensus discussions. **Results:** Labels and definitions were improved for all techniques, conceptual overlap between categories was resolved, some categories were split and 14 techniques were added, resulting in a 40-item taxonomy. Inter-rater reliability, assessed on 50 published intervention descriptions, was good (kappa = 0.79). **Conclusions:** This taxonomy can be used to improve the specification of interventions in published reports, thus improving replication, implementation and evidence syntheses. This will strengthen the scientific study of behaviour change and intervention development.

Keywords: behaviour change; techniques; taxonomy; interventions; reporting; health behaviours

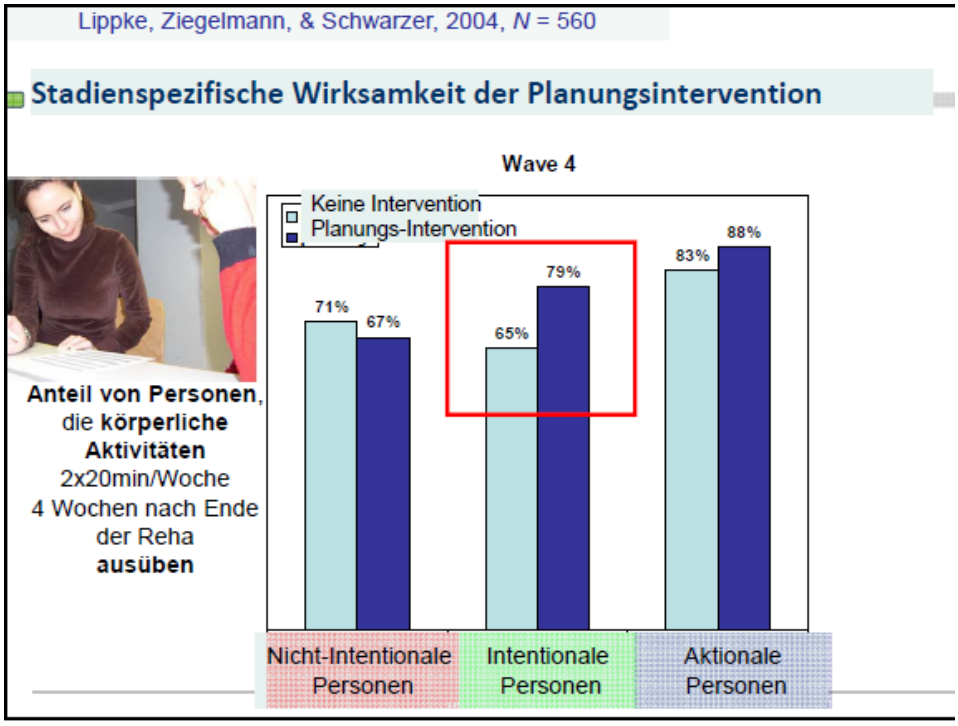
1. Informationen zu generelle Konsequenzen des Verhaltens
2. Informationen zu individuelle Konsequenzen des Verhaltens
3. Informationen zu der Meinung anderer
4. Informationen zu zum Verhalten anderer
5. Zielverhalten setzen
6. Zielergebnis definieren
7. Handlungsplanung
8. Barrierenidentifikation, Problemlösungen
9. graduierte Zielsetzung
10. Rückschau gesetztes Zielverhalten
11. Rückschau gesetztes Zielergebnis
12. Belohnung planen
13. Belohnung kontigent zu Erfolg geben
14. Shaping
15. Generalisierung
16. Selbstbeobachtung zum Zielverhalten
17. Selbstbeobachtung zum Zielergebnis
18. Betrachtung früherer Erfolge
19. Rückmeldung zur Durchführung
20. Planung - Wo und Wann
21. Instruktionen
22. Modelllernen, Demonstrationen
23. Unterrichten
24. Umweltveränderung
25. Verhaltensvertrag
26. Durchführung anregen
27. Follow-up-Anregungen
28. Sozialen Vergleich anregen
29. Soziale Unterstützung / Veränderung anregen
30. Neue Rollenidentifikation
31. Antizipation von Bedauern
32. Angst erzeugen
33. Selbstgespräche anregen
34. Vorstellung anregen
35. Rückfallprävention
36. Stressmanagement, Emotionskontrolle
37. Motivational Interviewing
38. Zeitmanagement
39. Kommunikationstraining
40. Antizipation zukünftiger Erfolge, Belohnungen

HAPA Health Action Process Approach-Modell

Schwarzer, 2008



Effekte der Handlungsplanung



MoVo-Prozessmodell Fuchs, 2007

Health Belief Model
(HBM; Becker, 1974)

Sozialkognitive Theorie
(SKT; Bandura, 1986)

Theorie des geplanten Verhaltens
(TPB; Ajzen, 1991)

Health Action Process Approach
(HAPA; Schwarzer, 2001)

MoVo-Prozessmodell
(Fuchs, 2007)
Verhaltensänderung ist abhängig von:

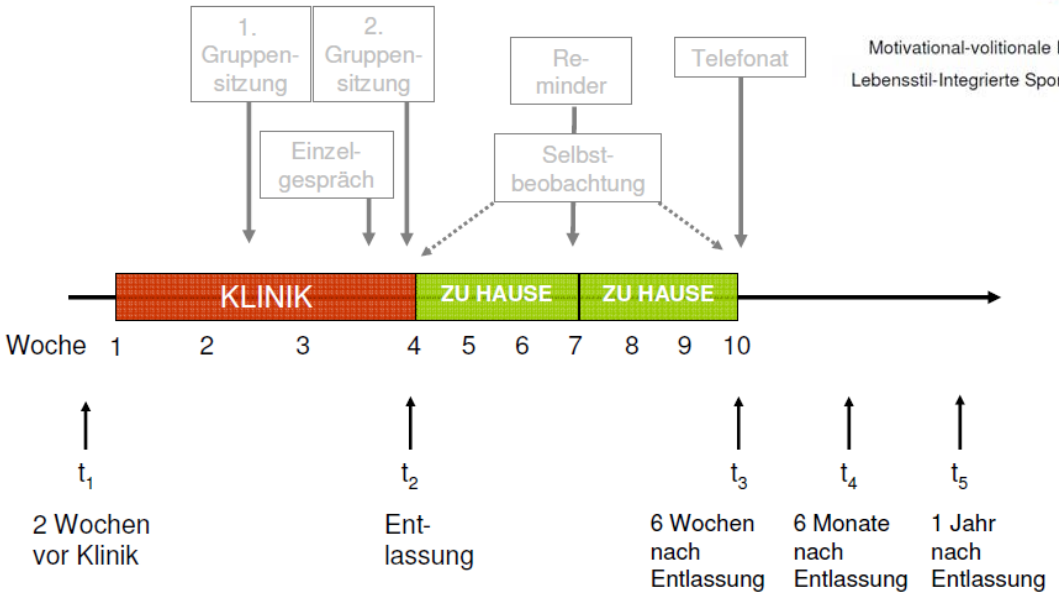
Motivationale Determinanten
- Selbstwirksamkeit
- Konsequenzerwartungen
- Selbstkonkordanz
- Konsequenzerfahrung
- **Zielintention**

Volitionale Determinanten
- Ausführungspläne
- Bewältigungspläne

Göhner & Fuchs, 2007

MoVo LISA

Motivational-volitionale Intervention:
Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität

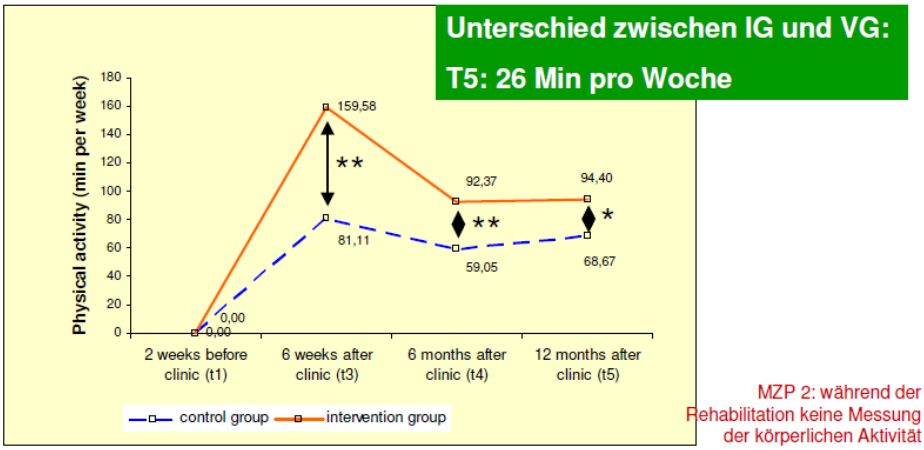


Göhner & Fuchs, 2007

Veränderung der körperlichen Aktivität

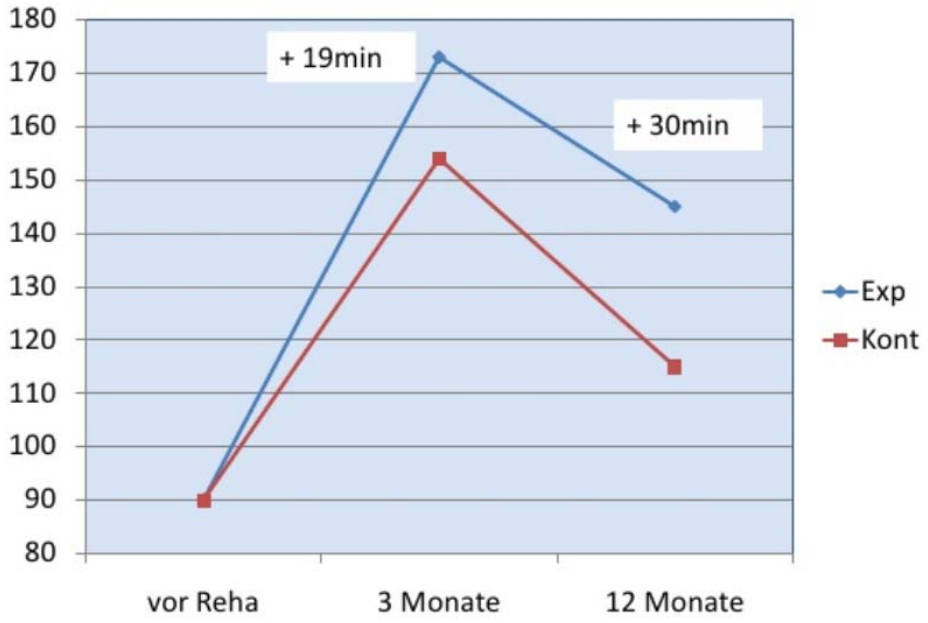
Minuten pro Woche von bis zu drei Aktivitäten - Mittelwerte

Interaktion Gruppe x Zeit:
F(3, 648) = 10.69, p = .001, eta² = .05



MZP 2: während der Rehabilitation keine Messung der körperlichen Aktivität

VinCet: Integration von volitionalen Techniken in die BT in der stationäre Rehabilitation



(Höner al., 2009)

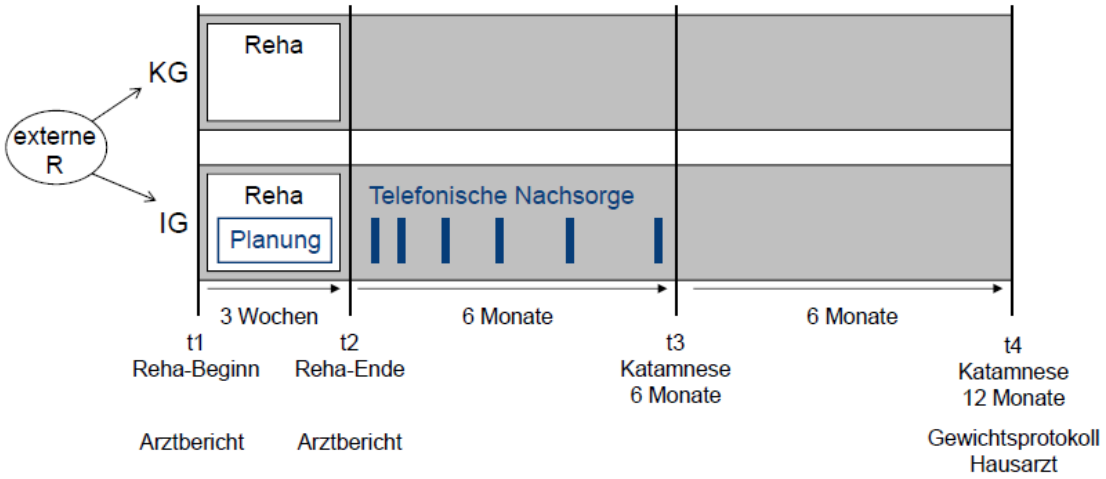
Würzburger Schulungs-projekte

Laufzeit	Titel	Leitung & Mitarbeit
2014 - 2016	Evaluation einer Schulung für Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom - FimS	Faller, Reusch, Musekamp, Gerlich
2013 - 2015	Generische Selbstmanagement-Module als Ergänzung zum Gesundheitstraining - SelMa	Faller, Meng, Reusch, Musekamp, Seekatz
2013 - 2015	Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege - PA-TRES	Faller, Reusch, Küffner, Wolf, Müller
2011 - 2014	Formative und summative Evaluation des Curriculums Tumorerkrankungen des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund	Faller, Meng, Richard, Strahl, Jelitte
2011 - 2015	Evaluation ambulanter und stationärer Schulungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - PACED	Faller, Reusch, Weiland, Gerlich
2011 - 2014	Effektivität eines Curriculum Herzinsuffizienz zur Förderung der Selbstmanagementkompetenz in der kardialen Rehabilitation	Meng, Vogel, Faller, Seekatz, Musekamp
2011 - 2013	Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms	Meng, Faller, Peters, Schultze
2008 - 2011	Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag	Faller, Ströbl, Landgraf
2009 - 2012	Effektivität des Curriculum Herz-Kreislauf-Erkrankungen des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund	Meng, Vogel, Faller, Seekatz
2008 - 2011	Integrative Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz	Vogel, Meng, Faller, Buchmann
2008 - 2010	Live-Online-Nachsorge geschulter Rehabilitanden durch E-Learning	Faller, Küffner
2007 - 2009	Effektivität des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund- Rückenschule	Vogel, Meng, Seekatz, Faller, Reusch, Ströbl

Planungsintervention und telefonische Nachsorge

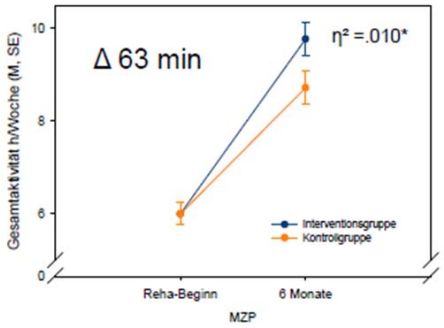
Ströbl et al., 2011

- Rehabilitanden mit Adipositas
- Bewegungsförderung
- prospektiv, randomisiert, kontrolliert



Körperliche Aktivität baseline-adjustierte Werte

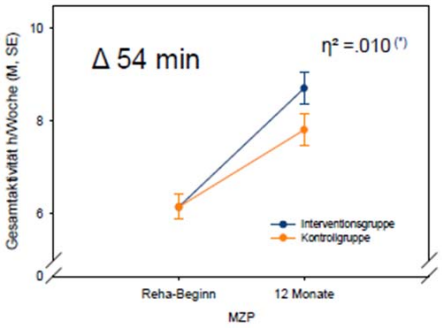
Reha-Beginn – 6 Monate (N=404)



Innergruppeneffekte SES
t1-t3

IG	*.85*
KG	*.57*

Reha-Beginn – 12 Monate (N=342)



Innergruppeneffekte SES
t1-t4

IG	*.53*
KG	*.28*

Effektgröße η^2: kleiner Effekt η^2=.0099; mittlerer Effekt η^2=.0588; großer Effekt η^2=.1379

Die neue Rückenschule

Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (Meng et al. 2011)

40

CURRICULUM RÜCKENSCHULE
KÖRPERLICHE AKTIVITÄT IM ALLTAG I

MODUL 6: Körperliche Aktivität im Alltag I

Thema	Körperliche Aktivität und rückengesundes Verhalten im Alltag
Form	Schulung
Dauer	55 Minuten
Zielgruppe	Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, interessierte Patienten mit Rückenproblemen
Leitung	Physiotherapeut/in, Bewegungstherapeut/in

Lernziele

6.1	Der Patient kennt Trainings- und Sportarten zur Stabilisierung des Halte- und Bewegungsapparates
6.2	Der Patient reflektiert die eigene Motivation und vorhandene Bewegungsabsichten
6.3	Der Patient kennt zentrale Punkte der Handlungs- und Bewältigungsplanung eigener körperlicher Aktivität
6.4	Der Patient kennt Möglichkeiten zum Barrieremanagement
6.5	Der Patient erstellt eigene Handlungs- und Bewältigungspläne für körperliche Aktivität

Material

Flipchart, Folie/Flipchart-Poster, Arbeitsblatt / Patienteninformationsheft, Bleistifte (für Teilnehmer)

Bewegungsideen
werden am Flipchart gesammelt

mögliche Barrieren
werden am Flipchart gesammelt

Planungsentwurf

MEINE PERSÖNLICHEN BEWEGUNGSABSICHTEN
(1. Entwurf)

Welche körperliche Aktivität könnte ich nach der Rehabilitation zu Hause ausführen?

_____

_____

_____

Wie kann ich diese umsetzen? Wie sieht mein konkreter Plan aus?

Was: _____

Wann (Wochentag, Uhrzeit): _____

Wo: _____

Mit Wem: _____

Was könnte mich davon abhalten? Welche sog. Barrieren und Hindernisse können auftreten?

Barrieren/ Hindernisse: _____

_____

_____

Wie kann ich trotzdem die gewünschte körperliche Aktivität ausführen? Welche Strategien kann ich einsetzen, um diese Schwierigkeiten zu umgehen?

Gegenstrategien: _____

_____

_____

ÜBERPRÜFUNG EINES PLANS: Ist der Plan...

- ...passend? Passt die Bewegungsabsicht zu mir und würde diese mir Spaß machen?
- ...praktikabel? Wie gut kann ich die Bewegungsabsicht im Alltag verwirklichen?
- ...präzise? Konnte ich einen konkreten Plan ausarbeiten?

BARRIEREN

Was kann daran hindern, geplante körperliche Aktivität durchzuführen? Welche Schwierigkeiten können im Alltag auftreten? Es ist wichtig über mögliche erwartete oder auch unerwartete Barrieren (Hindernisse) nachzudenken, um gezielte Gegenstrategien zu entwickeln:

- Innere Barrieren (in der Person): schlechte Stimmung, Lustlosigkeit, eigene Trägheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen, ...
- Äußere Barrieren (außerhalb der Person): schlechtes Wetter (z. B. Regen), Zeitmangel, keine Kursangebote, keine Sportstätten, Organisationsaufwand (z. B. Anfahrt), Kosten (z. B. Sportbekleidung, Kurse), ...

GEGENSTRATEGIEN

Was können Sie tun, um diese Barrieren (Hindernisse) zu überwinden und die gewünschte körperliche Aktivität trotzdem umzusetzen?

- *Aufmerksamkeitskontrolle:* „die eigene Aufmerksamkeit nicht auf anderes richten bzw. ablenkende Informationen vermeiden"
  z. B. nicht in TV-Programm / Veranstaltungskalender für die geplanten Zeiten sehen
- *Stimmungsmanagement:* „die eigene Stimmung beachten"
  z. B. gleich nach der Arbeit zum Sport. um Stimmungstief zu Hause zu umgehen
- *Starthilfen:* „sich Hinweise und Hilfen organisieren"
  z. B. Kleidung zurechtlegen, Partnerin erinnert an Termin, Erinnerung über Handy
- *Soziale Unterstützung:* „sich mit anderen zum Sport verabreden"
- *Ziele vergegenwärtigen:* „sich das Gesundheitsziel vor Augen führen"
  z. B. körperliche Aktivität ist wichtig, um meine Rückenbeschwerden zu verringern
- *Nachmotivieren:* „sich die positiven Effekte des Trainings bewusst machen"
  z. B. körperliches Wohlbefinden nach Aktivität, Freude / Spaß an Bewegung, Gewicht
- *Abschirmen:* „aus Termin einen „heiligen Termin" machen"
  z. B. Termin auch nicht bei alternativen Angeboten, wie Einladungen etc. fallenlassen
- *Planen:*
  z. B. Trainingsprotokoll führen, Kalender eintragen

NOTIZEN:

_____

_____

Die neue Rückenschule

Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (Meng et al. 2011)

CURRICULUM RÜCKENSCHULE
KÖRPERHALTUNG UND BEWEGUNGSABLÄUFE IM ALLTAG UND BERUF 47

MODUL 7: Körperliche Aktivität im Alltag II

Thema	Körperliche Aktivität und rückengesundes Verhalten im Alltag
Form	Schulung
Dauer	55 Minuten
Zielgruppe	Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, interessierte Patienten mit Rückenproblemen
Leitung	Physiotherapeut/in, Bewegungstherapeut/in
Lernziele	
7.1	Der Patient überprüft die eigene Handlungs- und Bewältigungsplanung
7.2	Der Patient kennt Möglichkeiten der Handlungskontrolle
7.3	Der Patient zieht ein persönliches Fazit zur Rückengesundheit

Material

Flipchart, Folie/Flipchart-Poster, Arbeitsblatt / Patienteninformationsheft, Bleistifte (für Teilnehmer)

Handlungs- und Bewältigungsplan

MEIN PERSÖNLICHER PLAN FÜR KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Denken Sie jetzt bitte über die Zeit nach der Entlassung aus der Rehabilitation nach. Wann, wo und wie planen Sie weiterhin körperlich aktiv zu sein? Schreiben Sie Ihre Pläne in das Arbeitsblatt. Je präziser, konkreter und persönlich passend Sie Ihre Pläne formulieren, desto mehr werden diese Ihnen helfen!

	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Was			
Wann			
Wo			
Mit Wem			

24

Welche Barrieren oder Hindernisse könnten die Umsetzung dieser Pläne gefährden? Wie könnten Sie erfolgreich mit diesen Schwierigkeiten umgehen? Je präziser, konkreter und persönlich passend Sie Ihre Pläne formulieren, desto mehr werden diese Ihnen helfen.

Was könnte mich daran hindern, meine Aktivität wie geplant durchzuführen?			
Barrieren			
Was werde ich tun, um diese Schwierigkeiten zu überwinden? Wie werde ich die Aktivität trotzdem ausführen?			
Gegen-strategien			

Prägen Sie sich Ihre Pläne sorgfältig ein. Stellen Sie sich die Situationen und Ihr geplantes Verhalten vor und verpflichten Sie sich selbst sich nach diesen zu verhalten!

Wann werde ich damit beginnen meine Pläne umzusetzen? _____

Selbstbeobachtungsbogen

MEINE KÖRPERLICHE AKTIVITÄT IM ALLTAG

Tag / Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26

Wie gut konnten Sie Ihre Pläne umsetzen? ☑

Woche 1: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

Woche 2: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

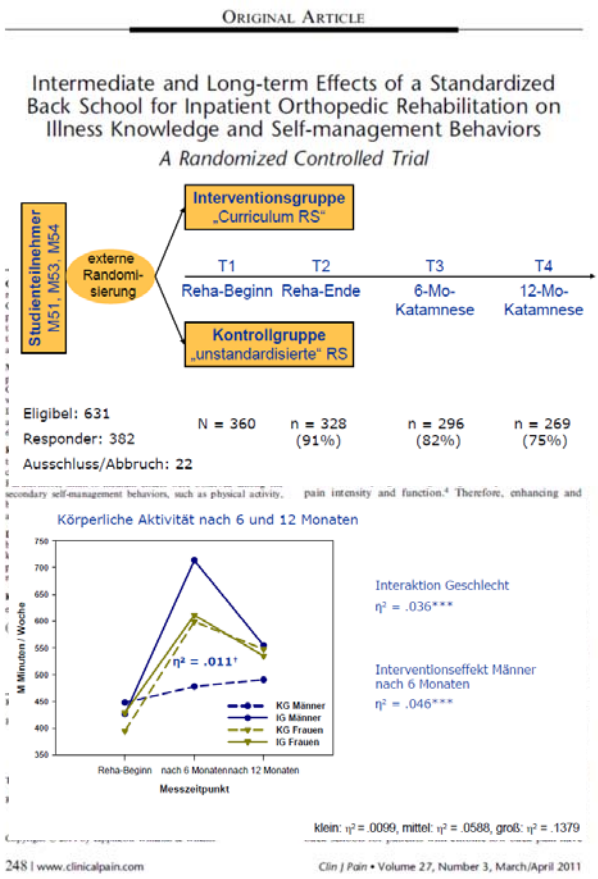
Woche 3: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

Woche 4: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

Woche 5: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

Woche 6: ganz ☺ -------- teilweise 😐 -------- gar nicht ☹

Evaluation



- Klinik Werra, Bad Sooden-Allendorf
- RCT, N = 360
- KG = Standardrückenschule
- 4 schriftliche Patientenbefragungen
  - vor, nach, 6- und 12 Monate danach
- Zielgrößen und Effekte
  - primär: Wissen
  - Verhaltensdeterminanten
  - rückengerechtes Verhalten
  - körperliche Aktivität
  - Schmerzbewältigung
- Ergebnisse
  - kleine bis mittlere Effekte
  - Moderator Geschlecht
  - Mediatoranalyse Handlungs- und Bewältigungsplanung bei Männern
- Wirksamkeitsnachweis erbracht

Curriculum Herzkrankheit, KHK

Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (Meng et al., 2014)

MODUL 4:	**Risikofaktoren positiv verändern: körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen, Stress**	
Thema	Verhaltensempfehlungen und Reflexion von Lebensstil- und Verhaltensänderungen	
Leitung	Arzt/Ärztin, Psychologe/in, Bewegungstherapeut/in	
Lernziele		**Zeit**
4.1	Der Patient kann Verhaltensempfehlungen für körperliche Aktivität, Ernährung, Nikotin und Stress bei koronarer Herzkrankheit erläutern	35 Min.
4.2	Der Patient reflektiert eigene Absichten zur Lebensstiländerung mit Bezug zu eigenen Risikofaktoren und Verhaltensempfehlungen	10 Min.

MODUL 5:	**Risikosenkende Verhaltensweisen im Alltag umsetzen**	
Thema	Umsetzung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen: Planung, Barrieren und Handlungskontrolle	
Leitung	Arzt/Ärztin, Psychologe/in, Bewegungstherapeut/in	
Lernziele		**Zeit**
5.1	Der Patient kann zentrale Punkte der Handlungsplanung nennen und setzt sich konkrete Ziele zur Lebensstiländerung in einem oder mehreren Bereichen	10 Min.
5.2	Der Patient identifiziert mögliche Barrieren einer Verhaltensänderung und kann entsprechende Gegenstrategien und Unterstützungsangebote zuordnen	15 Min.
5.3	Der Patient erstellt eigene Handlungs- und Bewältigungspläne für seine Ziele zur Lebensstiländerung	10 Min.
5.4	Der Patient kann Techniken zur Handlungskontrolle im Alltag anwenden	10 Min.

Denken Sie bitte an Ihr eigenes Risikoprofil - in welchen Verhaltensbereichen sind Änderungen erforderlich? Welche Veränderungen in Ihrem Alltag könnten Sie sich für die Zeit nach der Rehabilitation vorstellen?
Nehmen Sie sich etwas Zeit um Ihre Absichten zu überdenken und notieren Sie diese!

Welche körperliche Aktivität werde ich zu Hause ausführen?	Ich werde...
Was werde ich an meiner Ernährung verändern?	Ich werde...
Was werde ich zur Stressbewältigung im Alltag tun?	Ich werde...
Wie werde ich mit Nikotin umgehen?	Ich werde...

Besprechen Sie Ihre Absichten bitte mit Ihrem Arzt, Bewegungstherapeuten oder Ernährungstherapeuten!

HEALTH EDUCATION RESEARCH Health Education Research Advance Access published January 7, 2014 2014
Pages 1–12

Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: impact on illness knowledge and self-management behaviors up to 1 year

Karin Meng[1]*, Bettina Seekatz[1], Günter Haug[2], Gabriele Mosler[3], Bernhard Schwaab[4], Ulrike Worringen[5] and Hermann Faller[1]

[1]Department of Medical Psychology, Medical Sociology, and Rehabilitation Sciences, University of Würzburg, D-97070 Würzburg, Germany, [2]Rehabilitation Center Bayerisch Gmain, D-83457 Bayerisch Gmain, Germany, [3]Rehabilitation Hospital Höhenried, D-82347 Bernried, Germany, [4]Curschmann Klinik, Rehabilitation Hospital, D-23669 Timmendorfer Strand, Germany and [5]Department Rehabilitation, German Statutory Pension Insurance Scheme, D-10709 Berlin, Germany

*Correspondence to K. Meng. E-mail: k.meng@uni-wuerzburg.de

Received on March 13, 2013; accepted on November 25, 2013

Abstract

Patient education is an essential part of the treatment of coronary heart disease in cardiac rehabilitation. In Germany, no standardized and evaluated patient education programs for coronary heart disease have been available so far. In this article, we report the evaluation of a patient-oriented program. A multicenter quasi-experimental, sequential cohort design study of patients with coronary heart disease ($n = 434$) in inpatient cardiac rehabilitation was conducted. Intervention patients received the new patient-oriented program, control patients a traditional lecture-based program (usual care). Primary outcome illness knowledge and secondary behavioral and health outcomes were assessed at admission, discharge and 6- and 12-months follow-up. We found a significant, small between-group intervention effect in both patients' medical illness and treatment knowledge and behavior change knowledge at discharge (medical: $\eta^2 = 0.013$; behavior change: $\eta^2 = 0.011$) and after 12 months (medical: $\eta^2 = 0.015$). Furthermore, a significant, small effect was observed for physical activity after 12 months ($\eta^2 = 0.011$), but no effects on healthy diet and medication adherence emerged. Superiority of the patient-oriented educational program for patients with coronary heart disease was partially confirmed. The program produced improved illness knowledge and physical activity compared with usual care after 1 year.

Introduction

Patient education is an essential part of the medical rehabilitation of patients with coronary heart disease targeting self-management behavior to reduce risk factors and subsequent cardiac events [1–3]. International meta-analyses provide evidence for the effectiveness of secondary prevention programs, psychological interventions and educational interventions regarding risk factors and mental health, whereas evidence for mortality, myocardial infarction and quality of life is heterogeneous [4–7]. However, transfer of study results on individual programs seems complex because of differences in both interventions and rehabilitation settings. Cardiac rehabilitation in Germany [8] is predominantly offered as comprehensive inpatient treatment lasting for 3 weeks. It is accessible for patients with myocardial infarction, surgery or catheter-based interventions after discharge from acute hospital care or patients with chronic course of disease and subsequent functional impairment. For inpatient cardiac rehabilitation, no standardized and evaluated educational group program for patients with coronary heart disease has so far been available for routine use.

© The Author 2014. Published by Oxford University Press. All rights reserved.
For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

doi:10.1093/her/cyt107

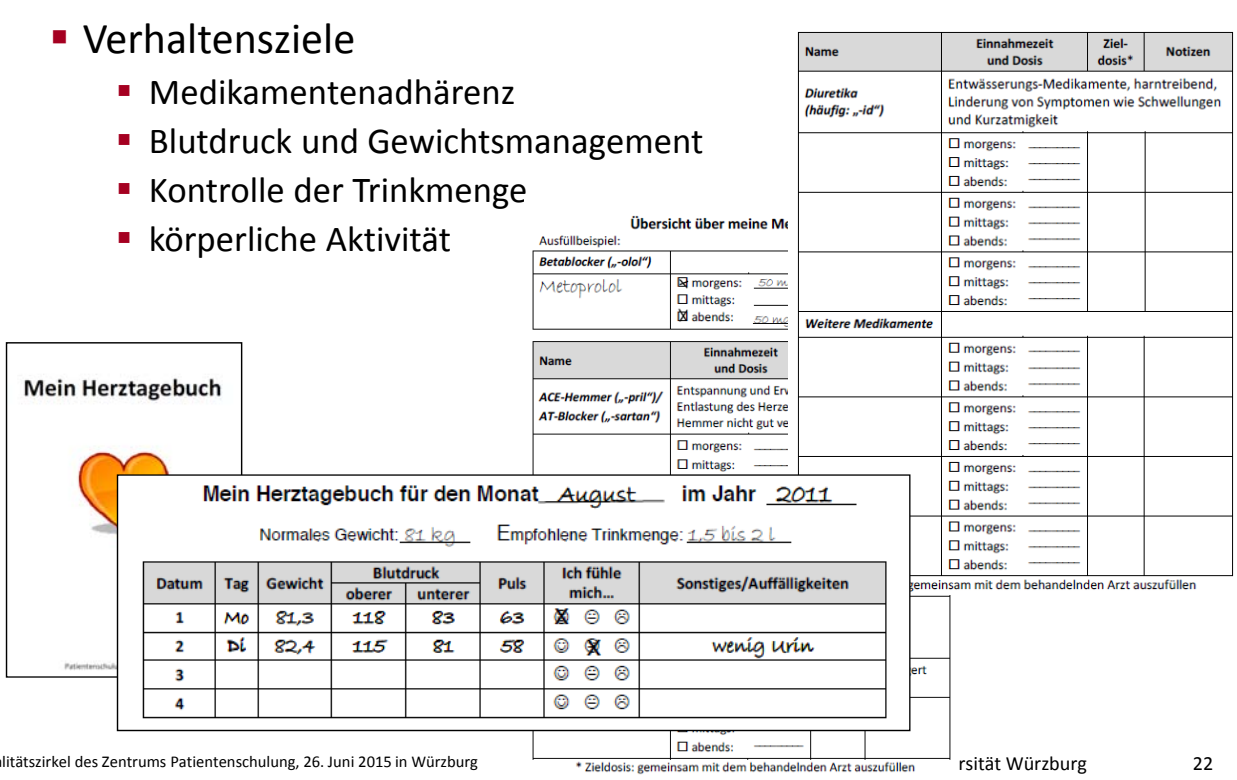
Evaluation

- multizentrisch
- quasiexperimentell, sequentielle Kohortenstudie, N = 434
- KG = Standardvorträge
- 4 schriftliche Patientenbefragungen
  - vor, nach, 6- und 12 Monate danach
- Zielgrößen und Effekte
  - primär: Wissen
  - Verhaltensdeterminanten
  - Ernährung
  - körperliche Aktivität
  - Medikamentenadhärenz
- Ergebnisse
  - kleine Effekte auf Wissen und körperliche Aktivität
- Wirksamkeitsnachweis erbracht

Curriculum Herzinsuffizienz

Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (Meng et al. 2015)

- Verhaltensziele
  - Medikamentenadhärenz
  - Blutdruck und Gewichtsmanagement
  - Kontrolle der Trinkmenge
  - körperliche Aktivität



Übersicht über meine Me

Ausfüllbeispiel:

Betablocker („-olol")	
Metoprolol	☒ morgens: 50 m ☐ mittags: ____ ☒ abends: 50 m

Name	Einnahmezeit und Dosis	Ziel-dosis*	Notizen
Diuretika (häufig: „-id")	Entwässerungs-Medikamente, harntreibend, Linderung von Symptomen wie Schwellungen und Kurzatmigkeit		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
Weitere Medikamente			
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____ ☐ abends: ____		

Name	Einnahmezeit und Dosis
ACE-Hemmer („-pril")/ AT-Blocker („-sartan")	Entspannung und Er Entlastung des Herze Hemmer nicht gut ve
	☐ morgens: ____ ☐ mittags: ____
	☐ abends: ____

gemeinsam mit dem behandelnden Arzt auszufüllen

ert

Mein Herztagebuch

Mein Herztagebuch für den Monat August im Jahr 2011

Normales Gewicht: 81 kg Empfohlene Trinkmenge: 1,5 bis 2 l

Datum	Tag	Gewicht	Blutdruck oberer	Blutdruck unterer	Puls	Ich fühle mich...	Sonstiges/Auffälligkeiten
1	Mo	81,3	118	83	63	☒ ☺ ☹	
2	Di	82,4	115	81	58	☺ ☒ ☹	wenig urin
3						☺ ☺ ☹	
4						☺ ☺ ☹	

* Zieldosis: gemeinsam mit dem behandelnden Arzt auszufüllen

Curriculum Herzinsuffizienz

Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund (Meng et al., 2015)

- multizentrische, experimentelle, clusterrandomisierte Längsschnittstudie
- vier Messzeitpunkte
- Ergebnisse
  - wahrgenommenen Selbstmanagementkompetenz zu Reha-Ende teilweise ein signifikanter, kleiner Effekt
  - mittel- bis langfristig keine signifikanten Gruppenunterschiede
  - signifikante, kleine Gruppenunterschiede in einzelnen sekundären Zielparametern
  - teilweise differentielle Moderatoreffekte, z. B. Krankheitsschwere (NYHA)

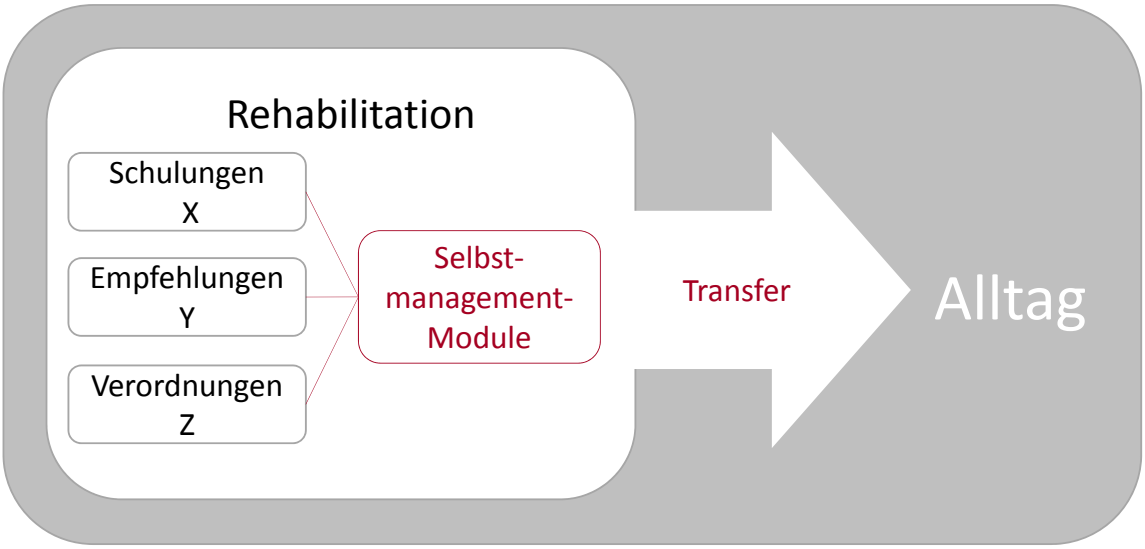
Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., Kiwus, U., Knoglinger, G., Schubmann, R., Westphal, R. & Faller, H. (2015). Effektivität einer Patientenschulung zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen bei Rehabilitanden mit Herzinsuffizienz. 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Augsburg. DRV-Schriften, 107, 180-182.

Verhaltensempfehlungen und Selbstmanagementtechniken in

- Schulungen
- Gruppen
- Einzelbehandlung
- ....

Überforderung?

SelbstManagementmodule Meng & Reusch 2013 - 2015



Zwei Manuale

Patienten mit chronischen Erkrankungen indikationsübergreifende und verhaltensübergreifende Selbstmanagementkompetenzen vermitteln

Drei Module

Vier Schritte

Ein Poster
Ein Patientenheft

Formative Evaluation: Methode Seekatz et al., 2015

schriftliche Patienten- und Schulungsleiterbefragungen

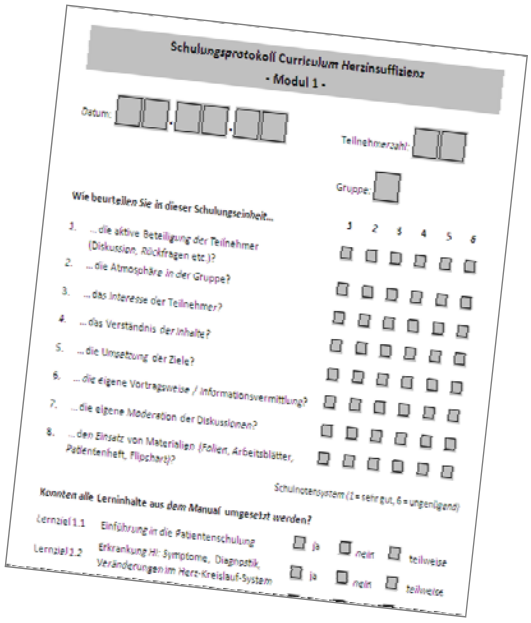
- inhaltlicher Konzeption und Umsetzung
- Trainerkompetenz
- interaktiver Vermittlung
- Gruppenparametern

strukturierte Beobachtungen

- Lernziele
- Inhalte
- Vermittlungsmethoden
- Durchführungszeiträume

halbstrukturierte Patienteninterviews

- Konzept
- Anwendbarkeit im Alltag
- Setting


Schulungsprotokoll Curriculum Herzinsuffizienz
- Modul 1 -

Datum: ___.___.___

Teilnehmerzahl: ___

Gruppe: ___

Wie beurteilen Sie in dieser Schulungseinheit...

	1	2	3	4	5	6
1. ...die aktive Beteiligung der Teilnehmer (Diskussion, Rückfragen etc.)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...die Atmosphäre in der Gruppe?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...das Interesse der Teilnehmer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...das Verständnis der Inhalte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...die Umsetzung der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...die eigene Vortragsweise / Informationsvermittlung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...die eigene Moderation der Diskussionen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...den Einsatz von Materialien (Folien, Arbeitsblätter, Patientenheft, Flipchart)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Schulnotensystem (1 = sehr gut, 6 = ungenügend)

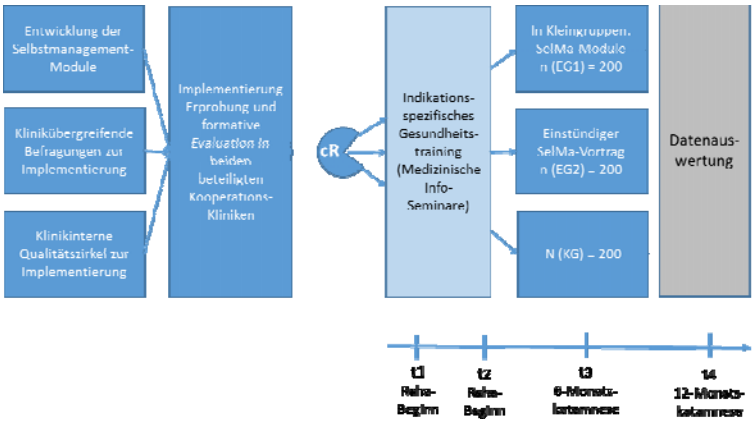
Konnten alle Lerninhalte aus dem Manual umgesetzt werden?

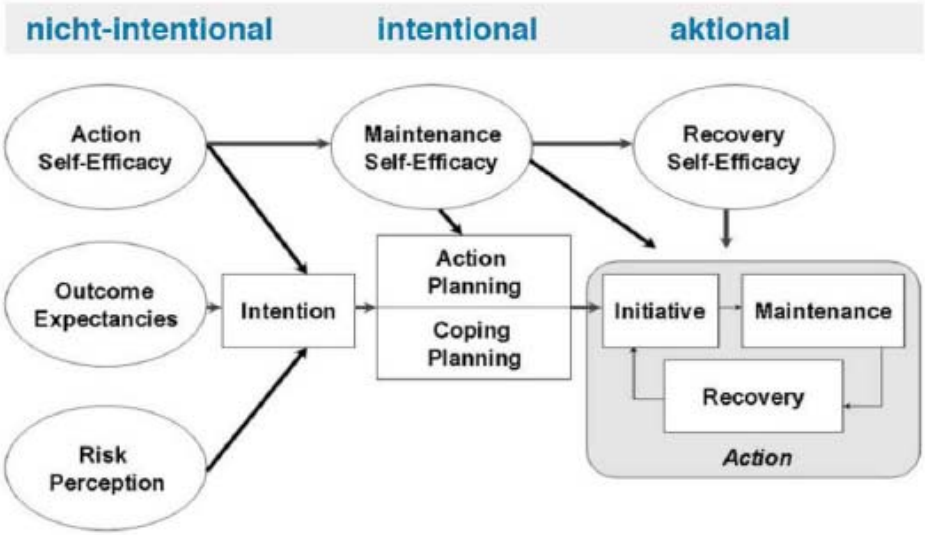
Lernziel 1.1	Einführung in die Patientenschulung	☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Lernziel 1.2	Erkrankung HI: Symptome, Diagnostik, Veränderungen im Herz-Kreislauf-System	☐ ja	☐ nein	☐ teilweise

Ergebnis formative Evaluation Seekatz et al., 2015

- Akzeptanz und Machbarkeit bestätigt
- überwiegend positive Bewertung von Patienten und Schulungsleitern
  - Patienten: Gruppenprogramm = Vortrag
  - Dozenten: Gruppenprogramm > Vortrag
- Überarbeitung von Manual und Materialien

summative Evaluation in 2 Reha-Kliniken





HAPA-Modell (Schwarzer, 2008)

Fazit - 1 Veränderungsschritte im Reha-Prozess

Neues Prozessmodell der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation (Reusch, 2012)

Fazit - 2 Veränderungsstand individuell

- Identifikation der individuellen Veränderungsphase
- differentielle Zuweisung

Fazit 3 - Emotionale Anreize

Vielen Dank

Würzburger Arbeitsgruppe Patientenschulung
Herman Faller, Roland Küffner, Heiner Vogel, Karin Meng,
Gunda Musekamp, Andrea Reusch, Michael Schuler, Bettina Seekatz

www.zentrum-patientenschulung.de

a.reusch@uni-wuerzburg.de