



7. Reha-Symposium

Das Reha-Team – mehr als die Summe seiner Teile?

09.-10. November 2012

Erlangen

Institut für Sportwissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität

◆ Poster-Abstracts ◆

Nr.	Erstautor(in)	Titel
1	Andrea Reusch	Das Team der Patientenschulung – Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Einrichtungen
2	Elmar Gräßel	Langzeitergebnisse einer intensivierten Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation bei Schlaganfallpatienten im Kontrollgruppenvergleich
3	Pia Kirk	Die Narration als Möglichkeit zur gemeinsamen Zielvereinbarung zwischen Patient und Reha-Team – eine qualitative Studie
4	Thomas Kunze	Die VerhaltensMedizinische Orthopädische Rehabilitation – ein Beispiel für die fachübergreifende Rehabilitation in Zusammenarbeit mit dem federführenden Belegungsträger
5	Cornelia Symanek	Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation am Beispiel des Höhenrieder Frauen-Therapieprogramms
6	Johanna Wenig	„Rauchfrei nach Hause!“ in bayerischen Reha-Kliniken – Inanspruchnahme und kurzfristige Effekte

Fortsetzung siehe Rückseite

Nr.	Erstautor(in)	Titel
7	Thomas Schmid	Buteyko Atemtechnik (B-AT) als ergänzendes Therapiemodul der pneumologischen Rehabilitation bei Patienten mit Asthma bronchiale
8	Oliver Göhl	Effekte eines zusätzlichen Inspirationsmuskeltrainings (IMT) im Rahmen der stationären pneumologischen Rehabilitation
9	Maria Zvarova	Mediengestützte Musiktherapie in der integrativen Schmerztherapie bei chronischen Rückenschmerzen (Chronifizierungsgrad II / III nach Gerbershagen)
10	Kerstin Sander	Therapiemotivation für eine psychosomatische Rehabilitation und Bereitschaft zur prästationären Intervention – eine Pilotstudie
11	Sebastian Hilke	„Auswirkungen eines intensivierten und supervidierten Bewegungseigentrainings auf ausgewählte neuropsychiatrische Parameter.“
12	Andreas Bosse	Vergleich einer Standardtherapie mit einer individuell betreuten Therapie bei Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen
13	Marcel Dittrich	Untersuchung zur Wirkung des „Therapeutischen Kletterns“ auf die Rumpfkraft, Koordinations- und Gleichgewichtsfähigkeit sowie den Schmerzzustand bei chronischem Rückenschmerz

Das Team der Patientenschulung – Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Einrichtungen

Andrea Reusch & Roland Küffner

Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg

Hintergrund: Das Zentrum Patientenschulung befragte in den Jahren 2005 und 2010 bundesweit Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zum Thema Patientenschulung (Friedl-Huber et al., 2007; Reusch et al., angen.). Im Jahr 2010 wurden erstmals auch Einrichtungen für psychosomatische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen erfasst. Mit der zweiten Befragung sollten unter anderem Unterschiede in der Qualifikation der Schulungsdozenten und deren Fortbildungsbedarf zwischen somatischen und psychosomatischen Einrichtungen beschrieben werden. Die vermuteten Unterschiede sollten hinsichtlich folgender Fragen geprüft werden: A. Welchen Berufsgruppen gehören die Schulungsdozenten an? B. Sind Train-the-Trainer-Fortbildungen Voraussetzung für die Schulung? C. Welcher Fortbildungsbedarf geben die Einrichtungen an?

Methode: Über die Deutsche Rentenversicherung Bund wurde im Juni 2010 ein Fragebogen an 1.470 Reha-Einrichtungen versendet, der u. a. die Berufsgruppen der Dozenten, Train-the-Trainer-Voraussetzungen und den Fortbildungsbedarf für Schulungskonzepte, Dozentenqualifizierung und Qualitätssicherung erfasste. Es antworteten 900 Einrichtungen (Rücklauf 61 %) mit folgenden Hauptindikationen in der Somatik: 29 % Orthopädie/ Rheumatologie, 8 % Kardiologie, 8 % Onkologie, 8 % Neurologie und in der Psychosomatik: 30 % Abhängigkeitserkrankungen, 8 % psychosomatische Erkrankungen.

Ergebnisse: Die Häufigkeiten der angegebenen Berufsgruppen der Schulungsdozenten unterscheiden sich signifikant zwischen den Einrichtungen: Ärzte, Psychologen und Diätassistenten, Ergo- bzw. Physiotherapeuten und Sportlehrer/-wissenschaftler wurden häufiger von somatischen Einrichtungen genannt, während Sozialarbeiter/-pädagogen und andere Berufsgruppen häufiger in psychosomatischen Einrichtungen die Gruppenprogramme durchführen. Pflegekräfte wurden insgesamt sehr selten und in beiden Einrichtungsarten gleich häufig angegeben. Train-the-Trainer-Fortbildungen sind für 64 % der somatischen und 54 % der psychosomatischen Einrichtungen keine Voraussetzung zur Schulungsdurchführung, für insgesamt 23% in der Somatik und 18 % in der Psychosomatik sind weder interne noch externe TTTs verfügbar. Die somatischen Einrichtungen geben entsprechend in fast allen abgefragten Themenbereichen einen signifikant höheren Fortbildungsbedarf an als psychosomatischen Einrichtungen.

Fazit: Das Schulungsteam in somatischen Einrichtungen setzt sich aus anderen Berufsgruppen zusammen als in psychosomatischen Einrichtungen, die Fortbildungsvoraussetzungen unterscheiden sich und der Bedarf an Fortbildungen ist in somatischen größer als in psychosomatischen Einrichtungen. Insgesamt geben über ein Drittel bis zwei Drittel aller Einrichtungen Bedarf an Workshops zu verschiedenen Themen an. Das Zentrum Patientenschulung bietet Workshops zur Deckung dieses Bedarfs an. Themen sind: Manualisierung, Didaktik, Aktivierung von Großgruppen, Evaluation, Qualitätssicherung, Motivierung und Umgang mit schwierigen Patienten.

Literatur:

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20 (75), 15-20.

Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (angen.). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. *Rehabilitation*.

Kontakt:

Andrea Reusch & Roland Küffner, Zentrum Patientenschulung

c/o Universität Würzburg, Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

Homepage: www.zentrum-patientenschulung.de; Mail: kontakt@zentrum-patientenschulung.de

Langzeitergebnisse einer intensivierten Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation bei Schlaganfallpatienten im Kontrollgruppenvergleich

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel¹⁾, Ralf Schmidt, PDL²⁾ und Dr. med. Wilfried Schupp³⁾

¹⁾ Med. Psychologie und Med. Soziologie, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen

²⁾ Pflegedienstleiter, Fachklinik Herzogenaurach

³⁾ Chefarzt der Abteilung Neurologie und Neuropsychologie, Fachklinik Herzogenaurach

Fragestellung: Seit 1998 wird in der Fachklinik Herzogenaurach für Patienten der neurologisch weiterführenden Rehabilitation ein intensiviertes Pflegeüberleitungskonzept umgesetzt und weiterentwickelt. Haben die Interventionen Einflüsse auf den Gesundheitszustand der Patienten, die subjektiven Belastungen familiärer Pflegepersonen, die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens in der nachstationären Phase sowie langfristig auf die Versorgung zu Hause?

Methoden: Untersucht wurden 71 Schlaganfallpatienten nach stationärer neurologischer Rehabilitation (Phase C) von mindestens 4 Wochen mit bleibenden funktionellen Defiziten, die häuslich-ambulant weiterversorgt wurden. Die Patienten wurden unselektiert durch die Aufnahmeabteilung zwei vergleichbaren neurologischen Stationen zugewiesen. Eine Station führte Standardüberleitungsmaßnahmen durch und bildete damit die Kontrollgruppe. Die zweite Station setzte zusätzlich ergänzenden Maßnahmen aus dem intensivierten Überleitungskonzept um und bildete die Interventionsgruppe. Die patienten- und angehörigbezogene Datenerhebung fand in der Entlassungswoche in der Klinik (T0), postalisch nach 4 Wochen (T1) und 6 Monate nach Entlassung im häuslichen Umfeld (T2) statt. Die Daten wurden durch eine neuro- und rehabilitationsspezifisch fortgebildete Pflegekraft erhoben, die in den verwendeten wissenschaftlichen Skalen geschult war. 2,5 Jahre nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik wurden ergänzende standardisierte Telefoninterviews mit allen Studienteilnehmern geführt (T3).

Ergebnisse: In beiden Gruppen verbesserte sich die funktionelle Selbstständigkeit der Patienten bei T2. Die körperlichen Beschwerden der familiären Pflegepersonen bei T2 nahmen in beiden Angehörigengruppen zu. Es zeigten sich zum Teil signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens bis T2: Frühzeitigere Arztbesuche, weniger Neuerkrankungen bei T1, häufigere Inanspruchnahme von Ergotherapie und ambulanten Pflegediensten sowie weniger Pflegekomplikationen. Als Langzeiteffekt konnte bei T3 in der Interventionsgruppe eine geringere Institutionalisierungs- und Sterberate bei deutlich häufigerer häuslich-ambulanter Versorgungssituation nachgewiesen werden.

Schlussfolgerungen: Die Verlaufsuntersuchung zeigt positive Effekte des intensivierten Pflegeüberleitungskonzeptes bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens und als Langzeiteffekt eine geringere Institutionalisierungs- und Sterberate bei deutlich häufigerer häuslich-ambulanter Versorgungssituation.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel
 Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen
 Schwabachanlage 6
 D-91054 Erlangen
 Tel.: 09131/8534142
 E-Mail: elmar.graessel[at]juk-erlangen.de

Die Narration als Möglichkeit zur gemeinsamen Zielvereinbarung zwischen Patient und Reha-Team – eine qualitative Studie

Pia Kirk, M.Sc. SLT & Christina Thies, M.Sc. SLT

Hintergrund:

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt mit dem biopsychosozialen Modell die Teilhabe der Patienten in den Fokus der Rehabilitation. Um der Forderung des Gesetzgebers nach einer Ausrichtung der Rehabilitation auf die individuelle Teilhabe gerecht zu werden, können Rehabilitationsziele nur gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden. Dabei hilft eine ICF-basierte narrative Zielvereinbarung zwischen Patient und Reha-Team.

Ziele:

Das Ziel unserer qualitativen Studie war es, die Narration als Methode zur gemeinsamen Zielvereinbarung zu beschreiben. Dazu wurde die partizipative Zielsetzung analysiert, wie sie im Rahmen der Aufnahmegespräche der neurologischen Abteilung der Asklepios Klinik Schaufling zwischen den Patienten und den Professionellen stattfindet. Zudem wurde ermittelt, wie die Patienten und Gesprächsleiter die Aufnahmegespräche erleben.

Methode:

Im Rahmen der Studie wurden fünf Aufnahmegespräche anhand einer teilnehmenden Beobachtung und einer videobasierten Gesprächsanalyse (i. A. a. Deppermann, 2008) untersucht. Zudem wurden acht leitfadengestützte Interviews mit den Patienten und Gesprächsleitern geführt und mit der qualitativen Inhaltsanalyse (i. A. a. Mayring, 2010) ausgewertet.

Ergebnisse:

In den Aufnahmegesprächen konnte eine einheitliche Struktur sowie der Einsatz spezifischer Gesprächstechniken ermittelt werden. In den Gesprächen wurden Informationen zu den ICF-Komponenten Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation erhoben, aus denen sich die Rehabilitationsziele ableiteten.

Schlussfolgerungen:

Narrative Zielvereinbarungsgespräche tragen dazu bei, die Patientenperspektive in den Rehabilitationsprozess einzubinden. Zudem sichern sie denselben Informationsstand aller Reha-Team-Mitglieder hinsichtlich der Belange des Patienten. Abschließend werden Empfehlungen für die praktische Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche ausgesprochen.

Pia Kirk, M.Sc. SLT
E-Mail: pia.kirk@gmx.de

Christina Thies, M.Sc. SLT
E-Mail: tina.thies@googlemail.com

Die VerhaltensMedizinische Orthopädische Rehabilitation – ein Beispiel für die fachübergreifende Rehabilitation in Zusammenarbeit mit dem federführenden Belegungsträger

T. Kunze, V. Henschke, S. Oravec, J. Schwanda

Rehabilitationsklinik Dahleener Heide GmbH & Co. Betriebs KG

Fragestellung. Auf Grund der zunehmenden Komorbidität psychischer Erkrankungen bei orthopädischen Rehabilitanden und zunehmend schwieriger Integration dieser in die Therapiestandards chronischer Rückenschmerzpatienten wurde in unserer Klinik 2009 eine Abteilung VMO integriert, um durch eine intensivere psychologische Mitbehandlung den Erfordernissen des biopsychosozialen Krankheitsmodells besser Rechnung tragen zu können.

Methodik. Beginnend 10/2009 wurde ein Behandlungskonzept aus aktiver Bewegungstherapie, physikalischen Behandlungsmaßnahmen, Edukation, Pharmakotherapie, einem psychologischen Schmerzbewältigungstraining ergänzt durch psychologische Einzelgespräche sowie wahlweise Kunst-, Ergo- oder Musiktherapie erarbeitet. Neben den üblichen sozialmedizinischen Daten wurden von Beginn an psychologische Testverfahren zur Beurteilung depressiver Verstimmung (BDI II, Hautzinger et al. 2006), zur Schmerzverarbeitung (FESV, Maurischat et al. 2006) und zur motivationalen Bereitschaft (FF-Stabs, Geissner 2001) eingesetzt.

Das Projekt wurde mit den ersten vorliegenden Ergebnissen 01/2011 den Prüfarzten des federführenden Belegungsträgers (DRV MD) vorgestellt, in dessen Ergebnis in begründeten Fällen eine Umdeutung der Indikation Orthopädie in VMO möglich wurde.

Ergebnis. Ab 10/2009 wurden mit steigender Tendenz 314 Rehabilitanden (196 ♀; 118 ♂; Durchschnittsalter 50 Jahre) in die VMO integriert. 180 Rehabilitanden waren erwerbstätig, 121 arbeitsuchend, acht Erwerbsminderungsrentner und fünf Altersrentner. 160 Rehabilitanden waren arbeitsunfähig.

41 Rehabilitanden wurden von der Orthopädie in die VMO umgewidmet, je zwei Rehabilitanden wurden zwischen VMO und Psychosomatik umgewidmet, zwei Rehabilitanden wurden akut psychiatrisch verlegt, in sechs Fällen erfolgte aus unterschiedlichen Gründen der Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme. Seit 2011 wurde eine deutliche Zunahme der psychischen Begleiterkrankungen festgestellt, so dass bei nunmehr 63 Rehabilitanden psychiatrische Konsile vordergründig zur sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit, jedoch auch zur Diagnosesicherung und medikamentösen Optimierung initiiert wurden. Dem entgegen wurde bspw. nur bei 18 Rehabilitanden die Indikation für eine Intensivierung der Schmerztherapie im Sinne wirbelsäulennaher Infiltrationen gestellt.

In 35 Fällen wurde eine weitergehende psychologische Testdiagnostik veranlasst, in 16 Fällen sahen wir die Notwendigkeit für eine ausführliche Leistungsbeurteilung innerhalb der MBOR.

In der VMO- Rehabilitation ließ sich eine signifikante Verbesserung aller oben aufgeführten psychischen Testparameter zum Ende der Rehabilitation nachweisen. Deren Nachhaltigkeit bestand ein Jahr post Reha auch für die behavioralen und kognitiven Schmerzbewältigungsstrategien sowie für die motivationale Bereitschaft, während sich der BDI und die Parameter der schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigungen den Ausgangswerten annäherten. Inwieweit eine Weiterführung ambulanter Psychotherapie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Stimmungslage und zur Verminderung schmerzbedingter psychischer Beeinträchtigungen einen Beitrag leisten kann, werden weiterführende Untersuchungen zeigen. Aus sozialmedizinischer Sicht war es möglich, bei 42 der anfänglich 160 arbeitsunfähigen Rehabilitanden Arbeitsfähigkeit zu attestieren und bei neun Rehabilitanden eine stufenweise Wiedereingliederung einzuleiten, nur bei einem der 301 Rehabilitanden in erwerbsfähigem Alter wurde ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt. Die Auswertung zur Nachhaltigkeit dieser Parameter ist derzeit noch nicht abgeschlossen.

Schlussfolgerung. Für die effektive Durchführung einer VerhaltensMedizinischen Orthopädischen Rehabilitation ist aus unserer Sicht neben einer multimodalen Schmerztherapie die psychiatrische Konsilarmöglichkeit zur Beurteilung sozialmedizinischer Fragestellungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie zur Diagnosesicherung und Optimierung der medikamentösen Therapie psychischer Erkrankungen notwendig. Eine enge Zusammenarbeit mit dem federführenden Belegungsträger mit Darstellung der Rehabilitationsergebnisse führte zu einer Optimierung der indikationsspezifischen Einweisung zur Rehabilitation.

Korrespondenzadresse: Thomas.Kunze@dengg-kliniken.de

Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation am Beispiel des Höhenrieder Frauen-Therapieprogramms

Symannek, Cornelia (1), Heck, Julia (1), Tschampa, Christine (2), Pinno-Wellhausen, Franziska (2), Schick, Tina (2), Bertram, Jutta-Maria (2), Karau, Katrin (2), Bongarth, Christa (2), Härtel, Ursula (1)

(1) Humanwissenschaftliches Zentrum LMU München, (2) Klinik Höhenried gGmbH, Bernried

Hintergrund und Ziele. Unsere bisherigen Studien in der kardiologischen Rehabilitation haben gezeigt, dass Patientinnen mit akutem Koronarsyndrom mit oder ohne Intervention (PTCA/STENT oder Bypass-Operation) von einem Frauentherapieprogramm in der stationären Rehabilitation (AHB) sowohl im Verlauf der Reha als auch nach der Reha profitieren. Das Höhenrieder Frauen-Therapieprogramm mit frauenspezifischen Inhalten in eigenen Frauentherapiegruppen wurde 2005 in die Routineversorgung überführt und seit diesem Zeitpunkt evaluiert. Mittlerweile haben 1810 Patientinnen dieses Programm durchlaufen (Stand Okt. 2012). Ein wichtiger Bestandteil dieses Therapieprogramms stellt das interdisziplinäre Reha-Team dar. Ziele der fächerübergreifende Zusammenarbeit sind: Steigerung der Patientinnenzufriedenheit und Reha-Motivation, Optimierung der Nachhaltigkeit der Rehamaßnahmen durch Festigung übergreifender Behandlungsthemen, Koordinierung der Therapieinhalte und –Abläufe, Verbesserung der ganzheitlichen Behandlungsplanung- und Durchführung sowie Förderung einer effizienten und vertrauensvollen Teamarbeit.

Methoden. Im Rahmen der evaluierten Teamarbeit werden anhand von standardisierten Protokoll-Leitfäden die Gruppenstunden von den Therapeuten dokumentiert. Die Supervision und Auswertung dieser Protokolle erfolgt regelmäßig durch das Studienteam. Für die wöchentliche interdisziplinäre Teambesprechung mit den beteiligten Therapeutinnen (Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Psychologische Betreuung, Sozialberatung und Studienteam) dient als Grundlage die für die Fallbesprechung erarbeitete Patientinnenliste mit Zusatzverordnungen, Dokumentation der Compliance, Feedback der Therapeutinnen und des Studienteams bei der Patientinneninformation und/oder Interviews zu Beginn der Reha. Formale und strukturelle Belange werden ebenfalls besprochen.

Ergebnisse. Die Vernetzung, Kontinuität und das überdurchschnittliche Engagement des Therapeutinnen-teams der Klinik Höhenried, unterstützt durch das Studienteam der LMU München, haben erheblich zum Erreichen der fächerübergreifenden Ziele beigetragen. Gewährleistet wurde die optimale Zusammenarbeit durch die regelmäßigen Besprechungen und den bedarfsorientierten täglichen Austausch. Durch diese Kooperation wurden eine patientenorientierte Kommunikation und eine gemeinsame Sprache der Therapeuten erreicht. Außerdem ist eine hohe Transparenz bezüglich der Tätigkeitsfelder der jeweiligen Therapeuten gegeben, was sowohl zu fundierten Kenntnissen der eigenen als auch disziplinübergreifenden Kompetenzen bzw. Erfahrungen führte und eine stetige Weiterentwicklung ermöglicht. Die standardisierten Vereinbarungen und die regelmäßige Qualitätssicherung begünstigen ebenfalls die optimierte Teamarbeit. Durch den kontinuierlichen Austausch mit anderen Therapeuten wurde zudem die ganzheitliche Behandlungsplanung und -durchführung verbessert, sodass auch auf spezielle Patientenprobleme oder Ereignisse zeitnah reagiert werden kann. Ein weiterer wertvoller Effekt dieses ganzheitlichen Therapieprogramms zeigt sich in der hohen Therapeutenzufriedenheit und den positiven Rückmeldungen der Patientinnen.

Schlussfolgerungen. Die interdisziplinäre Teamarbeit ist nur möglich, wenn die Beteiligten diese Arbeitshaltung auch verinnerlicht haben und die strukturellen Bedingungen der Klinik (Arbeitspläne der Mitarbeiterinnen) darauf ausgerichtet sind. Die Steuerungseinheit hat in unserem Beispiel das Studienteam der LMU übernommen. Eine solche Einheit, die auch in der jeweiligen Klinik liegen könnte, halten wir für sehr wichtig. In der Praxis wäre eine häufigere Beteiligung von Ärzten und zusätzliche Teilnahme des Pflegepersonals an den wöchentlichen Teamsitzungen eine wertvolle Unterstützung. Eine interprofessionelle Gruppenarbeit im Rehabilitationsalltag zu integrieren, ist eine Herausforderung und große Chance zugleich. Die Arbeitsabläufe der Teammitglieder können durch die Verknüpfung der Behandlungsergebnisse optimiert werden, da ein Mehr- bzw. Zeitaufwand aufgrund von Unklarheiten, fehlender Informationen etc. vermieden wird. Die Patientinnen profitieren von dem stetigen Informationsaustausch und dem ganzheitlichen, individuellen Behandlungsplan, um die durch die Rehabilitationsmaßnahmen wiedererlangten körperlichen Fähigkeiten zu sichern. Praktizierte Interdisziplinarität, im Höhenrieder Frauen-Therapieprogramm nicht nur ein Leitspruch, sondern Klinikalltag.

Korrespondenz: Prof. Dr. Ursula Härtel, MPH, Humanwissenschaftliches Zentrum der LMU München, Goethestrasse 31, 80336 München, Tel. 089-2180-75-642/643, E-Mail: ursula.haertel@med.uni-muenchen.de

„Rauchfrei nach Hause!?“ in bayerischen Reha-Kliniken – Inanspruchnahme und kurzfristige Effekte

Johanna Wenig^{ab}, Dennis Nowak^b & Christoph Kröger^a

^aIFT Gesundheitsförderung, München

^bInstitut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin; Klinikum der LMU, München

Hintergrund: Das Programm „Rauchfrei nach Hause!?“ der IFT Gesundheitsförderung wurde speziell für den Einsatz in Rehabilitationskliniken entwickelt. Aufgrund seiner offenen Struktur, seines kompakten Zeitrahmens (6x60min.) und des niedrighwelligen Zugangs ist es optimal an die Anforderungen des stationären Settings angepasst. In einem durch das bayerische Gesundheitsministerium geförderten Projekt wurde das Programm an bayerischen Rehabilitationskliniken eingeführt. In einer begleitenden Studie wird die Inanspruchnahme und Wirksamkeit des Programms evaluiert. Die Studie soll aufzeigen welche Eigenschaften Patienten haben, die am Programm teilnehmen, und welche Effekte das Programm unter den Teilnehmern hat.

Methode: Mitarbeiter aus bayerischen Reha-Kliniken wurden als Kursleiter geschult und bei der Implementierung und Durchführung des Programms betreut. Die rauchenden Patienten in den Kliniken wurden zu Beginn und am Ende ihres stationären Aufenthaltes schriftlich zu ihrem Rauchverhalten befragt.

Resultate: Von den 665 Rauchern aus 13 Reha-Kliniken nahmen 263 (40,0%) am Programm teil. Bei Teilnehmern waren Wille, Motivation und Zuversicht in Bezug auf den Rauchstopp zu Rehabeginn ausgeprägter als bei Nichtteilnehmern. Darüber hinaus rauchten Teilnehmer weniger Zigaretten pro Tag und hatten bereits mehr Aufhörversuche unternommen. Von den 212 Patienten, die an mehr als 2 Sitzungen teilnahmen, führten 34% während des Klinikaufenthaltes einen Rauchstopp durch, 17% waren bei Entlassung abstinent (ITT).

Schlussfolgerung: Um die Teilnahmerate an Tabakentwöhnungsprogrammen zu erhöhen, müssen die Motivation zum Rauchstopp und die Zuversicht, rauchfrei leben zu können, bei rauchenden Patienten in Aufnahmegesprächen und/oder Informationsveranstaltungen direkt zu Rehabeginn gezielt gestärkt werden.

Buteyko Atemtechnik (B-AT) als ergänzendes Therapiemodul der pneumologischen Rehabilitation bei Patienten mit Asthma bronchiale

Thomas Schmid¹, Alois Wastlhuber¹, Oliver Göhl¹, Michael Wittmann, Dragan Stojanovic¹
& Konrad Schultz¹

¹DRV Bayern Süd, Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation und Orthopädie

Hintergrund: Die Buteyko Atemtechnik (B-AT) wird als ergänzende Therapiemaßnahme insbesondere bei Asthmatikern mit dysfunktionalem Atemmuster empfohlen. Bisher existieren jedoch keine Studien über deren Effektivität im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation.

Methode: Von November 2011 bis Juni 2012 wurden in der Klinik Bad Reichenhall 682 Asthmapatienten zur pneumologischen Rehabilitation aufgenommen, hiervon 222 (32,6%) mit dysfunktionalem Atemmuster („dysfunctional breathing“ = Nijmegen Questionnaire \geq 23 Punkte). Von diesen absolvierten 75 Patienten zusätzlich zum dreiwöchigen Standard-Reha-Programm (Training, Patientenschulung, konventionelle Atemtherapie, psychosozialer Support) mindestens 6 Sitzungen B-AT (Reha mit B-AT). Die Vergleichsgruppe bestand aus 78 Asthmatikern, die ebenfalls ein gleiches dysfunktionales Atemmuster aufwiesen und zeitgleich rehabilitiert wurden, jedoch ausschließlich das Standard-Reha-Programm absolvierten (Reha ohne B-AT). Die Indikationsstellung zur B-AT oblag den Stationsärzten. Primärer Outcomeparameter war der Score des Nijmegen Questionnaires (NQ = Hyperventilationsfragebogen), sekundärer Outcomeparameter der Summenscore des Asthmakontrolltests (ACT). Die Mittelwerte des NQ und des ACT waren zu Reha-Beginn in beiden Gruppen nahezu identisch.

Ergebnisse: In der Gesamtauswertung beider Gruppen fand sich am Ende der Reha eine signifikante Verbesserung beider Summenscores. Jene Patienten, die das B-AT durchliefen, profitierten aber von der Reha signifikant stärker als jene ohne B-AT, sowohl gemessen an der Verbesserung des Grades der Asthmakontrolle als auch der Verringerung der Hyperventilationsneigung (Intergruppenunterschied $p < 0,05$).

	NQ T0	T1	Δ , p	ACT T0	T1	Δ ACT
Reha mit B-AT	29,85	19,66	-10,19, *	14,86	19,03	+ 4,17, *
Reha ohne B-AT	29,90	23,17	-6,73, *	14,46	17,41	+ 2,94, *

Tabelle 1: NQ- und ACT-Summenscores zu Beginn (T0) und Ende (T1) der Rehabilitation. Die Unterschiede sind bei beiden Outcomes sowohl im Intra- als auch im Intergruppenvergleich statistisch signifikant (Mittelwerte, * = $p < 0,05$).

Diskussion: Die B-AT scheint eine vielversprechende Zusatzkomponente der pneumologischen Rehabilitation bei Asthmatikern mit dysfunktionaler Atmung zu sein.

Effekte eines zusätzlichen Inspirationsmuskeltrainings (IMT) im Rahmen der stationären pneumologischen Rehabilitation

Oliver Göhl¹, Benjamin Krämer¹, Vroni Huber¹, Sebastian Fuchs¹, Michael Wittmann,
Dragan Stojanovic¹ & Konrad Schultz¹

¹DRV Bayern Süd, Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation und Orthopädie

Hintergrund: Während die Effektivität der Gesamtmaßnahme Pneumologische Rehabilitation (PR) bei COPD auf höchstem Evidenzlevel gesichert ist, verbleiben viele offene Fragen bezüglich der Bedeutung der einzelnen Therapiekomponenten zu diesem Gesamteffekt. Der Stellenwert eines Inspirationsmuskeltrainings (IMT), insbesondere als eigenständige, zusätzliche Komponente der Rehabilitation bei COPD, ist bisher weniger gut gesichert.

Methode: Von 252 konsekutiven COPD-Patienten absolvierten 118 zusätzlich zum Standardprogramm regelmäßig über mindestens 2-3 Wochen ein hochintensives tägliches IMT (2 supervidierte Trainingseinheiten/Woche + Training in Eigenverantwortung). Die Indikationsstellung erfolgte individuell durch den behandelnden Stationsarzt.

Ergebnisse: Angegeben sind Mittelwerte \pm Standardabweichung zu t0 (Reha-Beginn) und t1 (Reha-Ende).

Ergebnisse: Im Vergleich der konsekutiven COPD-Reha-Patienten des Zeitraumes vom 25.10.2011 - 12.06.2012 findet sich folgende Entwicklung:

	PR+IMT-Gruppe: n=118			PR-Standard-Gruppe: n=134		
	t0	t1	Δ ; p-Wert	t0	t1	Δ ; p-Wert
Plmax [kPa]	7,06 \pm 2,52	8,76 \pm 2,7	+1,7; p<0.0001	6,81 \pm 2,8	7,47 \pm 3,0	+0,64; p<0.0001
6 MWD [m]	439,7 \pm 95,6	482,9 \pm 100,2	+43,2; p<0.0001	416,0 \pm 111,0	452,8 \pm 111,0	+36,72; p<0.0001
MMRC [0-4]	2,44 \pm 1,4	2,05 \pm 1,27	-0,39; p<0.0006	2,55 \pm 1,3	2,38 \pm 1,4	-0,17; p=0.06 n.s.
FEV₁ [l]	1,67 \pm 0,63	1,79 \pm 0,69	+0,012; p<0.0001	1,80 \pm 0,70	1,86 \pm 0,72	+0,07; p<0.0005
CAT [0-40]	20,97 \pm 6,45	16,75 \pm 7,56	-4,22; p<0.0001	21,57 \pm 6,34	19,08 \pm 6,52	-2,49; p=0.0001

In der IMT-Gruppe finden sich deutlichere Verbesserungen bzgl. Plmax, insbesondere aber auch bzgl. körperlicher Leistungsfähigkeit (6MWD), Dyspnoe (MMRC) und Lebensqualität (CAT). Die Unterschiede sind im Intergruppenvergleich statistisch signifikant.

Diskussion: Ein zusätzliches IMT kann die Ergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD-Patienten verbessern.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Atemmuskeltraining, Trainingssteuerung, COPD

Mediengestützte Musiktherapie in der integrativen Schmerztherapie bei chronischen Rückenschmerzen (Chronifizierungsgrad II / III nach Gerbershagen)

M. Zvarova¹, A. Hillert¹ & V. Brandes²
W. Beyer³, S. Middeldorf⁴, M. Fäßler⁵, M. Zimmer⁶, H. Winkler⁷

Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee¹
Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Forschungsprogramm Musik-Medizin²;
Orthopädiezentrum Bad Füssing³; Schön Klinik Staffelstein⁴; Schön Klinik Harthausen⁵; Orthopädische Klinik Tegernsee der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd⁶; Asklepios Klinik Schauffling⁷

Kostenträger: Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Vorsitzender W. Krempf

Begutachtung: Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)
Vorsitzender J. Hasford

Theorie: Chronische Schmerzen gehören zu den am gravierendsten die Lebensqualität beeinträchtigenden und zu den am schwierigsten zu behandelnden Erkrankungen. Im Rahmen des Projektes soll die Wirksamkeit der rezeptiven Musiktherapie in der orthopädischen Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in einer prospektiven Studie evaluiert werden. Hierzu sollen Behandlungsergebnisse (Hauptzielkriterium: Schmerzreduktion) zwischen zwei Gruppen (IG, KG) verglichen werden.

Prüfhypothesen und Fragestellungen:

1. Eine Kombinationstherapie (IG = Musiktherapie und klinische Standardtherapie) ist der in den Reha-Kliniken üblichen Standardtherapie (KG) überlegen.
2. Wirkt die Musiktherapie indirekt (über eine Verbesserung der bei Schmerzpatienten häufig gleichzeitig bestehenden Depression) oder direkt auf die Schmerzsymptomatik?
3. Inwieweit wirkt sich die rezeptive Musiktherapie auf die Entspannungsfähigkeit aus?
4. Zudem soll die Akzeptanz der rezeptiven Musiktherapie erfasst werden.

Stichprobe: Bei der zusätzlich zur Standardtherapie angebotenen rezeptiven Musiktherapie ist per se von einer im niedrigen Bereich liegenden Effektstärke auszugehen ($d = .30$ SD). Unter dieser Voraussetzung ergibt sich eine Fallzahl von $N = 350$ (jeweils 175 in IG und KG).

Einschlusskriterien u.a.: (Haupt-)Diagnosen Rückenschmerz (Chronifizierungsgrad II und III nach Gerbershagen)

Ausschlusskriterien u.a.: Schmerzen spezifischer Genese; Indikation für ein operatives Vorgehen; akute entzündliche Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems; schwere akute psychische Störungen.

Methode: Konsekutiv aufgenommene Schmerzpatienten werden mittels externer Randomisierung einer der beiden Gruppen zugeteilt. IG erhält die entsprechende Musik auf einem Abspielgerät zusammen mit einem individuellen Hörplan und hört die Musik zumindest an 5-7 Tagen in der Woche zweimal täglich je 30 min., i.d.R. morgens nach dem Aufwachen und am Nachmittag bzw. am Abend.

Messinstrumente u.a.: Deutscher Schmerzfragebogen (DSF, u.a. Nagel et al., 2007); Beck-Depressions-Inventar (BDI-II Hautzinger, Keller & Kühner, 2006); Fragebogen zur Akzeptanz der rezeptiven Musiktherapie. Die teilnehmenden Patienten werden bei Aufnahme (T1), Entlassung (T2), sowie katamnestisch nach 6-Monaten (T3) mit den o.a. Instrumenten befragt.

Aktueller Projektstand und Ergebnisse:

Aktuell wird die vermittelt über den NRFB von der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern (Vorsitzender W. Krempf) unterstützte Studie in fünf kooperierenden Kliniken durchgeführt. Neben den unterschiedlichen Erfahrungen der teilnehmenden Kliniken können erste Ergebnisse referiert werden. Hier zeichnet sich eine hohe Akzeptanz der rezeptiven Musiktherapie sowie eine niedrige Drop-Out Quote ab.

Therapiemotivation für eine psychosomatische Rehabilitation und Bereitschaft zur prästationären Intervention – eine Pilotstudie

Kerstin Sander

Psychosomatische Klinik der Schön Klinik Berchtesgadener Land

Hintergrund: Depression gehört zu den Erkrankungen, die häufig zur Frühberentung führen, und ist zwischenzeitlich auch eine der häufigsten Erkrankungen in der psychosomatischen Rehabilitation. Entscheidende prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg hat dabei die Therapiemotivation des Patienten.

Fragestellung: In dieser Pilotstudie wird untersucht, wie eine prästationäre Intervention mittels standardisiertem telefonischem Interview von den Patienten angenommen und beurteilt wird. Zusätzlich wurden die prästationäre Therapiemotivation und Informiertheit mittels FPTM-39 analysiert.

Ergebnisse: Bisher wurden 71 (n=43 Frauen; 61%) Patienten kontaktiert. Davon waren 39 (55%) bereit, an der Studie teilzunehmen. Der Altersmittelwert betrug $49,2 \pm 8,2$ Jahre. Bei 36 (92%) lag als Hauptdiagnose eine depressive Erkrankung oder Anpassungsstörung vor, zwei Patienten (5,1%) litten unter einer Angsterkrankung und ein Patient wies eine chronische somatoforme Schmerzkrankung auf. Bei Aufnahme in die Klinik waren 38% arbeitsunfähig, 44% nahmen zu Beginn der Behandlung Antidepressiva ein. 15 (39%) Patienten, die in die Studie einwilligten, wiesen einen höheren Bildungsabschluss auf. 17 der 39 (44%) Patienten wurden telefonisch kontaktiert. Zwischen dieser Gruppe und den nicht telefonisch kontaktierten Patienten zeigten sich initial keine signifikanten Unterschiede für zahlreiche Parameter. Im Gesamtkollektiv lag der Mittelwert der Skala Hoffnung des FPTM bei $3,08 \pm 0,36$, der Skala Wissen bei $2,93 \pm 0,60$. Das Telefoninterview wurde von 16 (94%) der Patienten als hilfreich beurteilt und weiterempfohlen.

Diskussion: Mehr als die Hälfte der angeschriebenen Patienten war bereit, an einer prästationären Intervention teilzunehmen. Die telefonische Intervention wird nahezu von allen Patienten als positiv bewertet. Die Durchführung einer geplanten Interventionsstudie ist möglich und findet eine breite Zustimmung bei den Patienten.

PD Dr. Kerstin Sander

Psychosomatische Klinik der Schön Klinik Berchtesgadener Land

Malterhöh 1; 83471 Schönau am Königssee

Tel: 08652-931622

Email: KSander@Schoen-Kliniken.de

Auswirkungen eines intensivierten und supervidierten Bewegungseigentrainings auf ausgewählte neuropsychiatrische Parameter

Sebastian Hilke¹, Marcel Dittrich², Gabriele Eichner², Achim Hein¹, Wilfried Schupp³, Wolfgang Beyer²

¹Deutsches Telemedizin Zentrum e.V., Nürnberg

²Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

³m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Bewegung spielt in der Neurologischen Rehabilitation eine große Rolle. Sie fördert nicht nur die motorischen Aspekte, sondern auch das psychische Befinden des Patienten. Im Rahmen einer kontrollierten DRV Studie wurden vergleichend Daten zur IRENA- und EvoCare-Nachsorge erhoben. EvoCare ist ein IRENA-konformes individuelles, intensiviertes, fachlich supervidiertes Bewegungseigenttraining in den eigenen vier Wänden zu Hause.

Mit den erhobenen Daten wurde gesondert der Teilaspekt der Auswirkungen des Bewegungstrainings (Physiotherapiebehandlung) auf ausgewählte neuropsychiatrische Parameter der Patienten untersucht. Die an der Studie teilnehmenden Patienten haben zum Entlassungszeitpunkt t1 aus der stationären Rehabilitation, zum Zeitpunkt t2 nach Abschluss der IRENA respektive EvoCare-Maßnahme und zum Zeitpunkt t3 (sechs Monate nach der Maßnahme) den Depressionsfragebogen CES-D ausgefüllt.

Der Prä-Post-Vergleich hat ergeben, dass sich der durch den CES-D ermittelte Depressionswert der Patienten generell verschlechterte, wobei die Verschlechterung zwischen t2 und t3 rückläufig ist. Die Zunahme des ermittelten Depressionswertes ist mit der abnehmenden Betreuungsintensität nach der Entlassung aus der stationären Einrichtung erklärbar. Der Rückgang der Verschlechterung zwischen t2 und t3 lässt sich mit der langfristigen Verbesserung des körperlichen Zustandes erklären.

Der Depressionswert bei intensivierter EvoCare-Betreuung lag zum Zeitpunkt t3 mit 14,5 deutlich unter dem der klassisch versorgten Gruppe (15,2). Mutmaßliche Ursache des Besserabschneidens der EvoCare-Nachsorge kann die intensivere Betreuung innerhalb der EvoCare-Versorgung sein. Dies gewährleistet, dass die Patienten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung nicht in das sogenannte Reha-Loch fallen und somit die erreichten Fortschritte erhalten, vertiefen und mit einer ambulanten Therapie auch später weiter verbessern können. Während der EvoCare-Therapie werden bis zu täglich Patientenkontakte realisiert.

Diese Ergebnisse implizieren, dass ein individualisiertes, intensiviertes und supervidiertes Eigenttraining zu Hause einen positiven Effekt auf den psychischen Zustand hat.

Vergleich einer Standardtherapie mit einer individuell betreuten Therapie bei Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen

A. Bosse, W.F. Beyer

Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Hintergrund

Beim Thema chronischer Rückenschmerz führen die gesundheitlichen Aspekte, aber auch die jährlichen Kosten, die für das Gesundheitssystem anfallen [1], dazu, dass in der medizinischen Rehabilitation bestehende Behandlungsmaßnahmen und -abläufe immer wieder hinterfragt und gegebenenfalls verbessert werden müssen. In diesem Zusammenhang wurde im Orthopädie-Zentrum Bad Füssing eine Untersuchung durchgeführt, die eine Standardtherapie und eine individuell betreute Therapie für Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen vergleichen sollte.

Hypothese

In der Therapie von Patienten mit der Indikation „chronisch unspezifischer Rückenschmerz“ unterscheidet sich eine individuelle Betreuung von einer Standardtherapie mit wechselnden Therapeuten in Bezug auf die Zufriedenheit, den Schmerz- und Gesundheitszustand sowie auf den konditionellen Status.

Methodik

Die 35 freiwilligen Teilnehmer wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie nach sechs Monaten zu den Themen Gesundheitszustand (SF-12), Schmerzempfinden (Von Korff, mod.), alltägliche Aktivitäten (FFbH-R) und Zufriedenheit (ZUF-8, mod.) befragt. Zusätzlich wurden zur Erfassung des konditionellen Status vor und nach der Intervention motorische Tests durchgeführt (Kraft, Beweglichkeit, Koordination).

Die grundlegenden Therapieinhalte waren gemäß den Therapiestandards für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen (KTL 2007) für beide Vergleichsgruppen identisch [2]. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe (klinikinterner Ablauf mit wechselndem Fachpersonal) wurde die Interventionsgruppe in der Bewegungstherapie von ein und demselben Therapeuten betreut.

Ergebnisse

In Bezug auf die Zufriedenheit mit der durchgeführten Rehabilitation war zwischen den Vergleichsgruppen zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zu erkennen.

Was die Entwicklung der Schmerzintensität betrifft, so konnten zwischen t1 und t2 beide Gruppen eine höchst signifikante Verbesserung erzielen, die bis zu t3 annähernd aufrechterhalten wurde. Bei den motorischen Funktionstests zeigten beide Gruppen fast durchgehende Verbesserungen. Auch hierbei waren aber zwischen den Gruppen weder bei t1 noch bei t2 statistisch relevante Unterschiede festzustellen.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass im Rahmen einer Bewegungstherapie von chronisch unspezifischen Rückenschmerzen einer individuellen Betreuung durch ein und denselben Therapeuten kein entscheidender Einfluss beigemessen werden konnte. Der Unterschied zwischen den Gruppen war zu keinem Zeitpunkt statistisch auffällig. Auf Grund der geringen Probandenzahl lassen sich die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf eine größere Population übertragen. Die positive Entwicklung in beiden Gruppen bestätigt jedoch den eindeutigen Nutzen einer stationären Rehabilitation bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen [3].

Literatur

- [1] www.forum-schmerz.de/zahlen/rueckenschmerzen.html, Zugriff am 14.02.2012.
- [2] Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (2011): Reha-Therapiestandards chronischer Rückenschmerz – Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung.
- [3] Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* Vol. 322: 1511-6

Autor: Andreas Bosse (Dipl. Sportwissenschaftler) **Projektleiter:** Prof. Dr. W.F. Beyer
Orthopädie-Zentrum Bad Füssing, Waldstraße 12, 94072 Bad Füssing, Tel: 08531/959-514

Untersuchung zur Wirkung des „Therapeutischen Kletterns“ auf die Rumpfkraft, Koordinations- und Gleichgewichtsfähigkeit sowie den Schmerzzustand bei chronischem Rückenschmerz

M. Dittrich, G. Eichner, A. Bosse, W.F. Beyer

Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Einleitung. Immer häufiger findet eine neue Therapieform - das Therapeutische Klettern - Anwendung in der Rehabilitation bei nicht nur orthopädischen, sondern auch neurologischen sowie psychosomatischen Indikationen. Insbesondere eine Verbesserung der konditionellen Fähigkeiten (Kraft, Koordination, Beweglichkeit), aber auch ein positiver Einfluss auf die Konzentration und auf das Körperbewusstsein werden dem „Therapeutischen Klettern“ zugeschrieben. Die vorliegende Pilotstudie untersuchte die Wirkung dieser Behandlungsmethode bei Berufstätigen mit chronischen Rückenbeschwerden von über sechsmonatiger Dauer.

Methodik. Eine prospektive, quasi-randomisierte und kontrollierte Studie im Prä-Post-Design mit sechsmonatigem Follow-Up. Insgesamt wurden 55 Freiwillige zwischen 30 und 65 Jahren mit der Indikation chronisch unspezifischer Rückenschmerz geschlechtsunabhängig den Gruppen zugeteilt. Das durchschnittliche Alter der Interventionsgruppe lag bei 48,9 Jahren (BMI=24,6), das der Kontrollgruppe bei 54,5 Jahren (BMI=25,3). Die Studienteilnehmer erhielten zwölf Trainingseinheiten (2x pro Woche) à 30 min an einer stufenlos hydraulisch verstellbaren Kletterwand. Angewandt wurden Grundtechniken des Therapeutischen Kletterns nach Lazik (2008) [1] und nach Hajo Friederich (Ausbildung: Therapeutischen Klettern in Ramsau, 2009) [2].

Die Hauptzielgrößen: Gesundheitszustand (SF-12)/ Funktionelle Beeinträchtigungen (FFbH-R)/ Schmerzempfinden (mod. nach Von Korff).

Die Nebenzielgrößen (motorische Tests): Isometrische Rumpfkraft: Back-Check (Dr. Wolff®)/ Dynamische Rumpfkraft: Rumpfrotator (Proxomed®) und Globaltest nach Spring/ Statisches und dynamisches Gleichgewicht: MFT-Disc (Bodyteamwork®)/ Rumpfbeweglichkeit: FBA links/ rechts und Sit- and Reach-Test.

Ergebnisse (Prä-Post-Effekt). Infolge der Intervention „Therapeutisches Klettern“ bei Probanden mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen zeigte sich bei folgenden Subtests ein signifikanter Gruppenunterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe (Wartezeitmodell): Schmerzintensität (mod. n. Von Korff)/ psychische Summenskala (SF12)/ Extension & Lateralflexion li. (Back-Check)/ Rumpfrotator rechts (Proxomed®)/ Globaltest n. Spring/ Rumpfseitige links (FBA).

Schlussfolgerung. Durch das Klettertraining kam es zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, der Schmerzintensität, und zum Teil der Rumpfkraft sowie der Rumpfbeweglichkeit. Die Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten und das körperliche Gesundheitsempfinden haben sich, vermutlich aufgrund der hohen Ausgangswerte, nicht auffällig verändert. Die Kontrollgruppe zeigte nach der Wartezeit in keinem der genannten Hauptgütekriterien eine statistisch relevante Veränderung. Für vier der sieben gewählten Subtests zur Bestimmung der statischen und dynamischen Rumpfkraft konnten eindeutige statistisch relevante Effekte der Klettergruppe nachgewiesen werden. Auch Heitkamp et al. verwies in mehreren Studien auf evaluierte Effekte des Therapeutischen Kletterns [3]. Als Fazit dieser Studie kann man von einem positiven Effekt durch ein regelmäßiges Therapeutisches Klettertraining bei Probanden mit chronischem Rückenschmerz sprechen.

Literatur

- [1] Lazik D. (2008): Therapeutisches Klettern. Stuttgart, Thieme Verlag.
- [2] *Online.* URL: <http://www.hajo-friederich/institut/therapeutisches-klettern> (Stand:15.10.2012).
- [3] Heitkamp H.C., Frank T., Rapp W. (2009): Die Aktivierung der Rücken- und Bauchmuskulatur beim Klettern. Dt. Zeitschrift für Sportmedizin. Jg. 60. Nr. 7-8. S.173.

Autor: Marcel Dittrich (Dipl. Sportwissenschaftler) Projektleiter: Prof. Dr. W.F. Beyer
Orthopädie-Zentrum Bad Füssing, Waldstraße12, 94072 Bad Füssing (Tel.: 08531/ 959 514)