

IMPLEMENTIERUNGSLEITFADEN

zum

CURRICULUM RÜCKENSCHULE



Dr. Karin Meng, Dipl.-Psych. Anja Schultze, Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
(Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften)

Dipl.-Sportwiss. Stefan Peters, Prof. Dr. Klaus Pfeifer
(Universität Erlangen-Nürnberg, Arbeitsbereich Bewegung und Gesundheit)



Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Leitfaden darauf verzichtet, jeweils die männliche und die weibliche Bezeichnung aufzuführen. Selbstverständlich sind aber stets beide Geschlechter ausdrücklich gemeint.

Der Leitfaden wurde im Rahmen des Projekts „Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms“ (Dr. Karin Meng, Prof. Dr. Dr. Hermann Faller; Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften) erstellt. Dieses erfolgt in Kooperation mit Prof. Dr. Klaus Pfeifer (Universität Erlangen-Nürnberg, Arbeitsbereich Bewegung und Gesundheit) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement)¹.

Ansprechpartner bei Fragen zum Leitfaden:

Dr. Karin Meng, E-Mail: k.meng@uni-wuerzburg.de
(Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften)

¹ Das Projekt wird in der zweiten Förderphase zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ durch das Bundesministeriums für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und den Verband der privaten Krankenversicherung gefördert.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Grundlegendes zur Einführung des Curriculum Rückenschule	5
3. Rahmenbedingungen der Schulungseinführung und Routineanwendung.....	6
3.1 Eingliederung der Schulung in den Therapieplan.....	6
3.2 Patientenzuweisung	7
3.3 Trainer	7
3.4 Abstimmung mit anderen Therapiebausteinen	8
3.5 Räumlichkeiten und Raumausstattung.....	9
3.6 Schulungsmaterial	10
4. Hinweise für Trainer zur Schulungsdurchführung	11
4.1 Inhaltliche Änderung in der Moduldurchführung	11
4.2 Arbeiten mit Flipchart	12
4.3 Einsatz der Flipchart-Poster.....	13
4.4 Umsetzung patientenorientierter Methoden	13
4.5 Umgang mit schwierigen Gruppenteilnehmern.....	14
Literatur	16

1. Einleitung

Der folgende Leitfaden soll Ihnen eine Hilfestellung bei der Einführung des Curriculum Rückenschule in Ihrer Klinik sein.

Der Leitfaden bezieht sich auf das vorliegende Schulungsmanual Curriculum Rückenschule (Deutsche Rentenversicherung Bund; Manual: Universität Würzburg), das die wesentlichen Schulungsinhalte und Materialien bereitstellt. Die Kenntnis des Manuals ist daher eine Voraussetzung für die Nutzung des Leitfadens. In diesem werden ergänzende Informationen zu wesentlichen Rahmenbedingungen der Durchführung (strukturelle Schulungsaspekte) sowie Anpassungs-/Variationsmöglichkeiten des Curriculums für die Programmeinführung und spätere Routineanwendung im Überblick dargestellt. Des Weiteren werden einige ergänzende Hinweise zu Schulungsmethoden gegeben.



➔ **Manual: http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_12.html**

Das **Curriculum Rückenschule** umfasst 7 Module à 55 Minuten und wird interdisziplinär durch Bewegungstherapeut, Arzt und Psychologe in einer geschlossenen Gruppe umgesetzt. Die Schulungsinhalte und -ziele entsprechen mit dem bio-psycho-sozialen, verhaltens- und bewegungsbezogenen Ansatz dem Paradigmenwechsel in der Behandlung von chronischem Rückenschmerz und wurden theoriegeleitet umgesetzt.

Dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell wird dadurch Rechnung getragen, dass die Rolle von physischen (z. B. überwiegend monotone Körperhaltung), psychischen (z. B. Angst-Vermeidungs- und Durchhalteverhalten) und sozialen Faktoren (z. B. Arbeitsplatz) bei Entstehung und Verlauf von Rückenschmerzen dargestellt wird. Hierbei orientiert sich das Curriculum an der aktuellen Evidenz hinsichtlich der Risikofaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen (Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, 2011). Demnach spielen beim Chronifizierungsprozess insbesondere psychosoziale Faktoren eine herausragende Rolle, während körperliche Faktoren in den Hintergrund treten.

Zentrales Ziel ist die Förderung eines adäquaten Bewegungsverhaltens im Alltag. Dabei werden Wissensinhalte zum Rückenschmerz und ein positives Funktionsbild des Rückens vermittelt, Rückenübungen durchgeführt, psychische Schmerzverarbeitungscomponenten reflektiert sowie der Alltagstransfer von körperlicher Aktivität durch motivationale und volitionale Elemente (Handlungs- und Bewältigungsplanung, Handlungskontrolle) gefördert.

Didaktisch wird ein interaktives Vorgehen mit einer hohen Patientenbeteiligung realisiert. Als Methoden werden Vortrag, Diskussion, Übung, Kleingruppenarbeit und Einzelarbeit eingesetzt. Inhaltlich abgestimmte Module sollen die Vermittlung eines einheitlichen Behandlungskonzeptes über die Professionen hinweg gewährleisten. In einem Patientenheft sind zentrale Schulungsinhalte und erforderliche Arbeitsblätter zusammengefasst. Des Weiteren werden für die Umsetzung ppt-Folien (z. T. Vorlagen für Flipchart-Poster) bereitgestellt.

2. Grundlegendes zur Einführung des Curriculum Rückenschule

Für die Umsetzung der sieben Schulungsmodule bestehen verschiedene Möglichkeiten. Dabei sind einige **wichtige konzeptionelle Grundlagen** zu berücksichtigen:

- **bio-psycho-sozialer² bzw. verhaltens- und bewegungsbezogener Ansatz der Schulung**, positives Funktionsbild des Rückens, keine richtig/falsch Unterteilung von Bewegungsabläufen und Haltungen
- **motivationale und volitionale Elemente** zur Förderung des Alltagstransfers von körperlicher Aktivität
- **patientenorientierte Schulungsprinzipien**: Ausrichtung aller Module auf interaktives Vorgehen mit hoher Patientenbeteiligung
- **interdisziplinäre Ausrichtung**: inhaltlich abgestimmte Module zur Vermittlung eines interdisziplinären Behandlungsansatzes mit einheitlichen Botschaften
- **geschlossene Gruppe**: Durchführung jedes Moduls mit den gleichen Teilnehmern in der Gruppe
- **aufeinander aufbauende Inhalte**: Reihenfolge der Module möglichst beibehalten; besonders wichtig: Module 6 und 7 aufgrund der Inhalte möglichst in der letzten Therapiewoche
- **Therapeutenkonstanz** ist bei den Modulen der Bewegungstherapie wünschenswert

Auch wenn es sich um ein standardisiertes Curriculum handelt, ist dieses nicht als starres System zu verstehen. Das Manual bietet die Möglichkeiten zu bedarfsentsprechenden Anpassungen sowie zur individuellen Schulungsgestaltung.

Dennoch empfehlen wir, das Curriculum möglichst nach Manual durchzuführen, da für dieses auch die positiven Effekte nachgewiesen werden konnten (Meng et al., 2009, 2011).

Verantwortlichkeit für die Einführung des Curriculum Rückenschule

Bei der Einführung ist es von Vorteil, einen verantwortlichen und mit den notwendigen Kompetenzen ausgestatteten Mitarbeiter als „Projektleiter“ zu benennen. Zentrale Aufgaben sind die Zeit-, Raum-, Personal- und Materialplanung. Auch sollte er Ansprechpartner für alle an der Schulung beteiligten Trainer bei organisatorischen und inhaltlichen Fragen der Schulungsumsetzung sein. Hierfür müssen dem Mitarbeiter die entsprechenden zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Kernaussagen

- ✓ es gibt verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten, wichtige konzeptionelle Grundlagen sollten aber beachtet werden
- ✓ Umsetzung möglichst nach Manual, so hat sich das Curriculum Rückenschule als wirksam erwiesen (Meng et al., 2009, 2011)
- ✓ Benennung eines verantwortlichen Mitarbeiters für die Einführung ist von Vorteil

² die Rolle von physischen (z. B. überwiegend monotone Körperhaltung), psychischen (z. B. Angst-Vermeidungs- und Durhalteverhalten) und sozialen Faktoren (z. B. Arbeitsplatz) bei der Entstehung und Fortdauer von Rückenschmerzen wird beachtet

3. Rahmenbedingungen der Schulungseinführung und Routineanwendung

3.1 Eingliederung der Schulung in den Therapieplan

Bei der Einpassung in die Therapiepläne sind die Patientenzahlen (Teilnehmerzahlen) und das sonstige Therapiekonzept zu berücksichtigen. In *Tabelle 1* sind verschiedene Varianten der Schulungsumsetzung dargestellt.

➔ **Je nach Höhe der Patientenzahlen sind verschiedene Varianten der Eingliederung denkbar!**

Variante 1 und 2 sind bei hohen Patientenzahlen, d. h. 6-15 Schulungsteilnehmer an 2-3 Anreisetagen, möglich. Die Module können in Abstimmung mit den sonstigen Therapien (z. B. Wirbelsäulengruppe, psychologische Gruppe, sonstige Vorträge) über den Rehabilitationszeitraum verteilt werden. Achten Sie bei der Planung darauf, dass es für die Patienten zu einem ausgewogenen Therapieplan kommt.

Variante 1: Die Module werden gleichmäßig über die drei Behandlungswochen verteilt.

Variante 2: Die Module 1 bis 5 werden im Block durchgeführt, Modul 6 und 7 in der letzten Rehabilitationswoche.

Variante 3 und 4 können bei geringeren Patientenzahlen, d. h. 6-15 Schulungsteilnehmer an 4-8 Anreisetagen, gewählt werden. Sollte die minimale Teilnehmerzahl von 6 Patienten nicht über diesen Anreizezeitraum erreicht werden, ist eine Umsetzung schwierig, da man mehr als ein Modul pro Tag durchführen müsste. Auch können die Inhalte nicht mehr passend zum Rehabilitationsablauf vermittelt werden. Dies kommt auch bei Variante 4 zum Tragen.

Variante 3: Die Module 1 bis 6 werden im Block durchgeführt, Modul 7 am Ende der Folgewoche.

Variante 4: Alle Module werden im Block durchgeführt.

Bei geringen Patientenzahlen sollte ggf. auch eine blockweise/gebündelte Einbestellung der Patienten zu bestimmten Anreisewochen geprüft werden (s. Abschnitt 3.2).

Tabelle 1: Beispiele der Schulungsumsetzung

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Mo	Di	Mi	Do	Fr
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Variante 1	A	A	M1	M2		M3		M4	M5			M6	M7			A	A			
Variante 2	A	A	M1	M2	M3	M4	M5					M6		M7		A	A			
Variante 3	A	A	A	A	A	M1	M2	M3	M4	M5	M6				M7	A	A	A	A	A
Variante 4	A	A	A	A	A	A	A	A	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	A	A	A	A	A

A = Anreise-/Abreisetage von Patienten. M = Modul. Die Wochentage sind exemplarisch zu verstehen und werden klinikabhängig variieren.

Sollte es aufgrund der personellen Situation bei Ärzten oder Psychologen nicht möglich sein die Module in dieser Reihenfolge durchzuführen sind die folgenden Änderungen möglich:

Modul 4 kann aufgrund der abgegrenzten Inhalte problemlos auch vor Modul 3 oder nach Modul 5 durchgeführt werden. Es ist nur eine Anpassung in den Querverweisen der Therapiemodule nötig (Modul 3, Modul 4, Modul 5).

Modul 1 sollte immer als erstes Modul stattfinden, da es auch die Einführung zur Schulung beinhaltet (LZ 1.1. Der Patient kennt die Inhalte und das Anliegen des Gesundheitstrainings „Rückenschule“) sowie die grundlegende bio-psycho-soziale Ausrichtung vermittelt. Ist es nicht anders möglich, sollte es spätestens nach Modul 2 durchgeführt werden. Es sind mehrere Anpassungen in den Querverweisen erforderlich!

➔ **Das psychologische Modul 4 kann problemlos in der Reihenfolge verschoben werden. Das ärztliche Modul 1 sollte immer zu Schulungsbeginn stattfinden!**

3.2 Patientenzuweisung

Die Schulung ist für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der medizinischen Rehabilitation sowie interessierte Patienten mit Rückenproblemen und entsprechendem Schulungsbedarf geeignet³.

Über die **individuelle Zuweisung** muss der behandelnde Arzt aufgrund des Aufnahmegesprächs und der medizinischen Befunde entscheiden. Hinsichtlich der Schulungseignung sind insbesondere Barrieren wie mangelnde Sprachkenntnisse, starke Bewegungseinschränkungen, starke psychische Beeinträchtigungen sowie sonstige medizinische Kontraindikationen zu berücksichtigen und im Einzelfall abzuwägen.

An einer Schulungsgruppe sollten mindestens 6 bis maximal 15 Personen teilnehmen. In der Einführungsphase sollte die Klinik genau prüfen, wie viele für die Schulung geeignete Patienten regelmäßig anreisen. Bei *geringen Patientenzahlen* sollte ggf. auch eine *blockweise/gebündelte Einbestellung* der Patienten zu festgelegten Anreisetagen mit anschließender Schulungsdurchführung in entsprechender Gruppengröße geprüft werden.

Für die blockweise Einbestellung ist es erforderlich, die Patientenakten vor der Einbestellung zu sichten und Patienten mit entsprechenden Indikationen zu identifizieren. Hierfür ist eine geeignete Person auszuwählen. Ein Problem kann eine *Diagnoseunsicherheit nach Aktenlage* sein. Im Zweifelsfall sollten die Patienten zu den entsprechenden Anreisetagen einbestellt und dann ggf. bei Aufnahme ausgeschlossen werden. Auch können *Eilt-Fälle* (nach §51 SGB V) oder *Patientenwünsche* Hinderungsgründe darstellen, die im Einzelfall abzuklären sind.

3.3 Trainer

Die Module sind zur Leitung durch einen Arzt (Modul 1), einen Bewegungstherapeuten (Modul 2, 3, 5, 6, 7) und einen Psychologen (Modul 4) ausgerichtet.

Für alle durch einen Bewegungstherapeuten - Sportwissenschaftler/-lehrer (Diplom, BA, MA), Physiotherapeut, Gymnastiklehrer, Ergotherapeut - geleiteten Module ist eine **Therapeutenkonstanz** zu empfehlen. Wenn die Module von einem Trainer durchgeführt werden, kann dieser besser an vorherige Inhalte anknüpfen, Ausblicke geben und die Bedürfnisse und Dynamik der Gruppe berücksichtigen. Dies kann sich auch günstig auf die Patientenbeteiligung auswirken.

³ Evaluiert wurde die Schulung mit Patienten mit den Reha-Hauptindikationen (ICD-10): M51, M53 und M54

Bei *Abwesenheit durch Krankheit oder Urlaub* sollte ein Vertreter benannt werden, der mit der Durchführung der Module vertraut ist und somit eine inhaltliche Weiterführung der Gruppe gewährleisten kann. Bei absehbarer Abwesenheit durch Urlaube ist es sinnvoll, die gesamte Gruppe an einen Kollegen zu übergeben (falls dies bei der Planung möglich ist). Um einem Ausfall von Einheiten vorzubeugen, ist es daher wichtig, dass pro Berufsgruppe mehrere Mitarbeiter mit dem Curriculum vertraut sind.

Sollte ein bewegungstherapeutischer Termin (Modul) kurzfristig ausfallen (z. B. durch Krankheit), ist es sinnvoll den nächsten Termin in der Modulreihenfolge des Curriculums weiterzuführen, d. h. das entfallene Modul nicht zu überspringen, sondern mit diesem weiterzumachen. Der fehlende Termin (Modul) sollte zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Ist dies nicht möglich, muss der Abschluss von Modul 6 angepasst werden (z. B. Modul 6 wird gestrafft, die Patienten planen erst nach der Einheit; zusätzlich wird aus Modul 7 die Anleitung zur späteren Handlungskontrolle und eine kurze Abschlussrunde durchgeführt). Bei kurzfristigem Ausfall von Modul 1 oder 4 sollte dieses, wenn möglich, nachgeholt werden.

3.4 Abstimmung mit anderen Therapiebausteinen

Bei Einführung des Curriculums sind inhaltliche Überschneidungen mit dem laufenden Therapieprogramm (z. B. Bewegungstherapie, arbeitsbezogene Therapien, Patientenschulung chronischer Rückenschmerzen/Rückenschule, Gesundheitsbildung, psychologische Beratung und Therapie, Schmerzbewältigung, Nachsorge und soziale Integration) zu prüfen. Ein Überblick zum möglichen Abstimmungsbedarf ist *Tabelle 2* zu entnehmen.

Durch das Curriculum wird die bisher in der Klinik bestehende Rückenschulung ersetzt. Erweitert wären dazu meist indikationsspezifische Vorträge durch den Arzt und/oder Psychologen bzw. Teile von „Wirbelsäulengruppen“ zu sehen. Werden diese Überschneidungen entsprechend berücksichtigt, weist das Curriculum meist einen in etwa vergleichbaren Gesamtumfang wie das bestehende Programm auf.

Tabelle 2: Abstimmung mit dem bestehenden Therapieprogramm

Curriculum Rückenschule		Klinikeigene Rückenschulung		Weitere Therapie:
Einheiten	Umfang	Einheiten	Umfang	Ergänzung/Abstimmung
Modul 1	55 (60)*	indikationsspezifischer Vortrag/Arzt	_____	ggf. Schmerzgruppe
Modul 2	55 (60)*	Rückenschule	_____	Bewegungstherapie
Modul 3	55 (60)*	Rückenschule, Bewegungstherapie/ Wirbelsäulengruppe	_____	Bewegungstherapie, Ergotherapie
Modul 4	55 (60)*	indikationsspezifischer Vortrag/Psychologe	_____	ggf. psychologische Gruppe
Modul 5	55 (60)*	Rückenschule, Bewegungstherapie/ Wirbelsäulengruppe	_____	Bewegungstherapie, arbeitsbezogene Therapien/ Ergotherapie
Modul 6	55 (60)*	Rückenschule	_____	Bewegungstherapie, Trainingsvortrag
Modul 7	55 (60)*	Rückenschule	_____	Bewegungstherapie

Die Tabelle wurde auf Grundlage der Strukturhebung in den 10 Kliniken erstellt.

* Die Schulungsumsetzung wurde auf 55 Minuten ausgerichtet, so dass 5 Minuten für organisatorische Aspekte (z. B. Abzeichnen der Pläne) vorhanden sind.

Eine Abstimmung ist ggf. mit anderen indikationsbezogenen Gruppenangeboten (Schmerzgruppen), Bewegungstherapie sowie arbeitsplatzbezogener Therapie/Ergotherapie erforderlich. Prüfen Sie hierzu Ihre Therapieprogramme für die geplanten Rückenschulungsteilnehmer. Dadurch sollen zu starke Überschneidungen (Doppelungen) sowie Widersprüche in den Therapeutenaussagen für die Patienten vermieden werden.

Modul 4 ist nicht als Ersatz für eine (psychologische) Schmerzgruppe für Patienten mit entsprechendem Bedarf (z. B. hohe psychische Belastung) gedacht. Es soll alle Patienten für psychische Aspekte, insbesondere in Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten, sensibilisieren und Handlungsstrategien aufzeigen.

Modul 5 soll eine für manche Patienten bzw. Berufsgruppen indizierte, individuelle arbeitsplatzbezogene Einzelberatung (Ergotherapie) nicht ersetzen.

➔ **Im Rahmen der Einführung ist es wichtig, alle ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter über Ziele und Inhalte der Schulung zu informieren!**

3.5 Räumlichkeiten und Raumausstattung

Als Schulungsräume sind ein Gruppenraum für Modul 1 und 4 sowie ein Gymnastikraum für Modul 2, 3 und 5 erforderlich. Modul 6 und 7 können wahlweise in einem dieser Räume stattfinden. Die erforderliche Ausstattung der Schulungsräume ist *Tabelle 3* zu entnehmen.

Die Schulungsräume sollten eine ausreichende Größe für die Teilnehmerzahl aufweisen.

➔ **Die Bestuhlung sollte dialogorientiert sein, d. h. die Stühle sollten in einem Halbkreis und nicht in Reihen aufgestellt sein, da dies den Austausch zwischen den Patienten fördert.**

Tabelle 3: Ausstattung der Schulungsräume nach den Modulen

	Gruppenraum		Gymnastikraum			Gruppenraum, Gymnastikraum	
	Modul 1	Modul 4	Modul 2	Modul 3	Modul 5	Modul 6	Modul 7
Bestuhlung	X	X	(X)	(X)	(X)	X ^a	X ^a
Beamer/Präsentation	X	X				X ^a	X ^a
Flipchart	X	X	X			X	X
Flipchart-Poster						X ^b	X ^b
Wirbelsäulenmodell/ Schaubild	(X)		X				
Patientenhefte	X						
Stifte		X				X	X
Matten/Hocker/Sitzbälle			X	X	X	X ^b	X ^b
Hilfsmittel				X	X		

^a bei Durchführung im Gruppenraum. ^b bei Durchführung im Gymnastikraum.

Für die Routineanwendung ist es sinnvoll, die Schulung immer in den gleichen Räumen durchzuführen und diese standardmäßig mit der erforderlichen Ausstattung zu versehen. Dadurch können die einzelnen Trainer ohne weitere Vorbereitung darauf zugreifen. Für Verbrauchsmaterialien wie die Patientenhefte und Flipchart-Papier sollte ein verantwortlicher Mitarbeiter benannt werden.

3.6 Schulungsmaterial

Das **Patienteninformationsheft** fasst die wesentlichen Schulungsinformationen für die Patienten zusammen. Des Weiteren beinhaltet es Übungen und Arbeitsblätter. Die Abbildungen zu Rückenübungen und rückengerechtem Verhalten sind aufgrund von Lizenzrechten nicht enthalten. Diese müssen daher von der Klinik ergänzt werden. Dazu kann ggf. in der Klinik vorhandenes Bildmaterial genutzt werden bzw. es muss eine entsprechende Lizenz erworben werden. Auf dem Deckblatt kann Ihr Kliniklogo ergänzt werden.

Sollten Sie Änderungen beim Heftumfang (Kürzungen) oder bei einzelnen Inhalten (vgl. Abschnitt 4.1) vornehmen, ist darauf zu achten, dass die für die Schulungsdurchführung erforderlichen Arbeitsblätter/-materialien für die Patienten erhalten bleiben. Direkte Arbeitsanweisungen mit Bezug zum Heft (Einzelarbeit) liegen in den Modulen 4, 6 und 7 vor!

Für die Module 1, 4 sowie 6 und 7 stehen **Powerpoint-Folien** zur Verfügung. Bei den Folien können Sie auf Wunsch die folgenden Anpassungen vornehmen:

- **Austausch von Abbildungen** auf einzelnen Folien
- **Folien streichen**, falls Sie diese für Ihre Durchführung nicht benötigen (z. B. Folien, die auf dem Flipchart erarbeitete Inhalte nochmals zusammenfassen)
- ➔ **Wichtig ist dabei aber, dass die wesentlichen Schulungsinhalte und zentrale Schulungsaussagen (siehe Lernziele) erhalten bleiben!**

Die Folien der Module 6 und 7 stehen auch als **Flipchart-Poster** zur Verfügung. Diese können daher auch im Gymnastikraum zur Gruppenarbeit genutzt werden.

Kernaussagen

- ✓ verschiedene Varianten der Eingliederung in den Therapieplan, je nach Höhe der Patientenzahlen; Änderungen in der Reihenfolge der Module nur bedingt möglich
- ✓ Zielgruppen des Curriculums: Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, interessierte Patienten mit Rückenproblemen und Schulungsbedarf; individuelle Zuweisung durch den behandelnden Arzt unter Berücksichtigung der Schulungseignung
- ✓ Inhalte bauen aufeinander auf, daher ist eine Therapeutenkonstanz in den bewegungstherapeutischen Modulen sinnvoll; bei Ausfällen keine Module überspringen
- ✓ durch Abstimmung mit anderen Therapiebausteinen starke Überschneidungen in den Inhalten bzw. Widersprüche in den Therapeutenaussagen vermeiden
- ✓ Schulungsdurchführung immer im/in gleichen Raum/Räumen mit erforderlicher Ausstattung für die Schulung erscheint sinnvoll
- ✓ Anpassungen des Schulungsmaterials sind möglich; auf den Erhalt der wesentlichen Schulungsinhalte und zentralen Schulungsaussagen (siehe Lernziele) achten!

4. Hinweise für Trainer zur Schulungsdurchführung

4.1 Inhaltliche Änderung in der Moduldurchführung

Das Manual bietet die Möglichkeiten zu bedarfsentsprechenden Anpassungen sowie zur individuellen Schulungsgestaltung.

Mit den im Curriculum durchgeführten **Übungen (Υ)** sollen Verhaltensweisen, Bewegungsformen bzw. Rückenübungen erprobt werden. Durch die persönliche Erfahrung soll die eigene Motivation und Handlungskompetenz zur späteren Verhaltensänderung gestärkt werden! Die Übungen können vom Trainer ausgetauscht werden, um eigenen Vorlieben bzw. der individuellen Gruppenzusammenstellung gerecht zu werden! Die Übungen sollten aber jeweils dem angestrebten Lernziel entsprechen.

Beispiel Modul 2: In Lernziel 2.4. wird ein Bewegungsspiel angeführt. Dieses soll das Erleben von positiven Emotionen (Freude, Spaß) bei körperlicher Aktivität ermöglichen. Stattdessen könnte ein anderes Bewegungsspiel mit gleicher Zielsetzung durchgeführt werden.

Im Curriculum (Modul 2 und Modul 6) wird ein **Zielkriterium für den Umfang an körperlicher Aktivität** in Anlehnung an die Empfehlungen des „American College of Sports Medicine“ und der „American Heart Association“ (Haskell et al., 2007) genannt:

- mindestens 30 Minuten moderate körperliche Aktivität (z. B. zügiges Gehen) an 5 Tagen einer Woche oder mindestens 20 Minuten intensive körperliche Aktivität an 3 Tagen einer Woche
- intensive und moderate Aktivitäten können gemischt werden
- zu den 30 bzw. 20 Minuten zählen nur Aktivitäten, die mindestens 10 Minuten am Stück ausgeführt werden
- zusätzlich 2-mal pro Woche Kräftigungsübungen

Als spezielle **Empfehlung im Curriculum** werden mindestens 3-mal pro Woche moderate körperliche Aktivität für mindestens 30 Minuten und Bewegung im Alltag genannt. Diese können Sie entsprechend Ihren sonstigen Patientenempfehlungen in der Klinik anpassen. Wichtig erscheint zunächst nicht so sehr der Umfang, als vielmehr, dass die Patienten überhaupt regelmäßig körperlich aktiv werden. Hierfür eignen sich individuelle Ziele; diese können auch schon bei 1-mal pro Woche beginnen. Die Empfehlung für **moderate Aktivitäten** sollte beibehalten werden, weil dies den Patienten einen Einstieg in längerfristige körperliche Aktivität erleichtert. Achten Sie darauf, die Empfehlung ggf. auch im Patienteninformationsheft anzupassen.

Bewegungspausen können in allen Modulen nach Bedarf durchgeführt werden (auch wenn nur in Modul 2 explizit darauf verwiesen wird). Insbesondere in den Modulen ohne Übungen ist es sinnvoll, das Sitzen durch eine Bewegungspause aufzulockern. Die Teilnehmer machen so Erfahrungen mit kurzen Lockerungsübungen und erkennen die positive Wirkung von Bewegung.

Die Durchführung jedes Moduls kann an den **Bedürfnissen der Patienten** ausgerichtet werden und kann daher je nach Gruppenkonstellation variieren (z. B. Schwierigkeitsgrad der Übungen, besondere Interessenschwerpunkte).

4.2 Arbeiten mit Flipchart

Die Arbeit mit dem Flipchart unterstützt eine patientenorientierte Informationsvermittlung. In einfacher Form können teilnehmerbezogene Informationen gesammelt sowie deren Zusammenhänge dargestellt und bearbeitet werden. Im Folgenden einige Tipps zur Anwendung:

Vor Schulungsbeginn: Vorbereitung des Flipcharts

- **festen Stand** (der Flipchartbeine) überprüfen
- **Flipcharthöhe nach Körpergröße einstellen**: das gesamte Papier sollte gut beschriftet werden können
- **Flipchartstellung**: bei Rechtshändern seitlich/links von einem, bei Linkshändern seitlich/rechts; so wird beim Schreiben die Schrift nicht verdeckt
- **Flipchartpapier und Stifte**: prüfen, ob genügend vorhanden ist; Stifte sollten funktionieren und eine kräftige, dunkle Farbe haben
- **Sichtbarkeit**: jeder Teilnehmer soll das Flipchart komplett einsehen können

Während der Schulung

- **seitlicher Stand zur Gruppe**: beim Schreiben; so drehen Sie den Patienten nicht den Rücken zu
 - **Ausrichtung zur Gruppe**: beim Reden, bzw. beim Kommentieren/Würdigen von Beiträgen
 - **Schriftgröße**: Papier mit Gitterlinien benutzen; zwei Kästchen für Großbuchstaben, ein Kästchen für Kleinbuchstaben
 - **Lesbarkeit**: verwenden Sie Groß- und Kleinschreibung und Druckbuchstaben
 - **Überschrift für jede beschriftete Seite** aufschreiben (z. B. „Risikofaktoren“); diese können Sie auch schon vor dem Modul vorbereiten
 - **Inhalt**: aussagekräftige Schlagworte aufschreiben, keine Sätze
 - **Übersichtlichkeit**: unterschiedliche Stiffarben können helfen (jedoch maximal drei, zusätzlich zu schwarz)
 - **fertige Seite**: gedanklich schon beim Beschriften an die fertige Seite denken, damit Sie die Beiträge entsprechend aufschreiben und z. B. nicht in Platznot kommen
 - **Stifte**: spezielle Flipchart-Stifte verwenden (drücken nicht durch auf die nächste Seite); Stifte mit Keilform sind sinnvoll (richtige Schriftstärke!); mit der (unteren) Kante schreiben; Stifte beim Schreiben gerade halten, nicht drehen
- ➔ **Wenn Sie noch nicht mit der Arbeit am Flipchart vertraut sind, kann es sehr hilfreich sein, einige „Trockenübungen“ vor der ersten Schulungsdurchführung zu machen!**

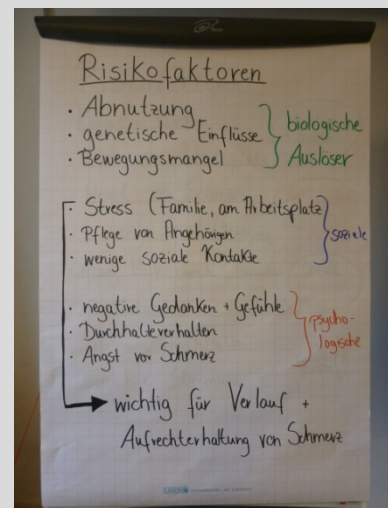


Abb. 1: Beispiel für die Sammlung von Risikofaktoren am Flipchart (Modul 1)

4.3 Einsatz der Flipchart-Poster

Die Flipchart-Poster in Modul 6 und 7 können auf der *Ablagerinne des Flipcharts* abgestellt und zusätzlich mit Magneten gesichert werden. Bei der Anwendung empfiehlt es sich, diese gebündelt aufzustellen und dann einzeln zu entfernen.

Beispiel Modul 6: Vor Beginn von Modul 6 werden die Poster 6.1 und 6.2 aufgestellt, nach der Sammlung der Bewegungsideen Poster 6.3 und 6.4. Poster 6.5 wird dann direkt zum Zeitpunkt seiner Besprechung aufgestellt.

Alternativ können die Poster auch dauerhaft im Schulungsraum aufgehängt werden. Dies kann beispielsweise über *Posterleisten* erfolgen. Dadurch haben die Patienten jederzeit einen Überblick über das Schulungsprogramm und die Inhalte von Modul 6 und 7.

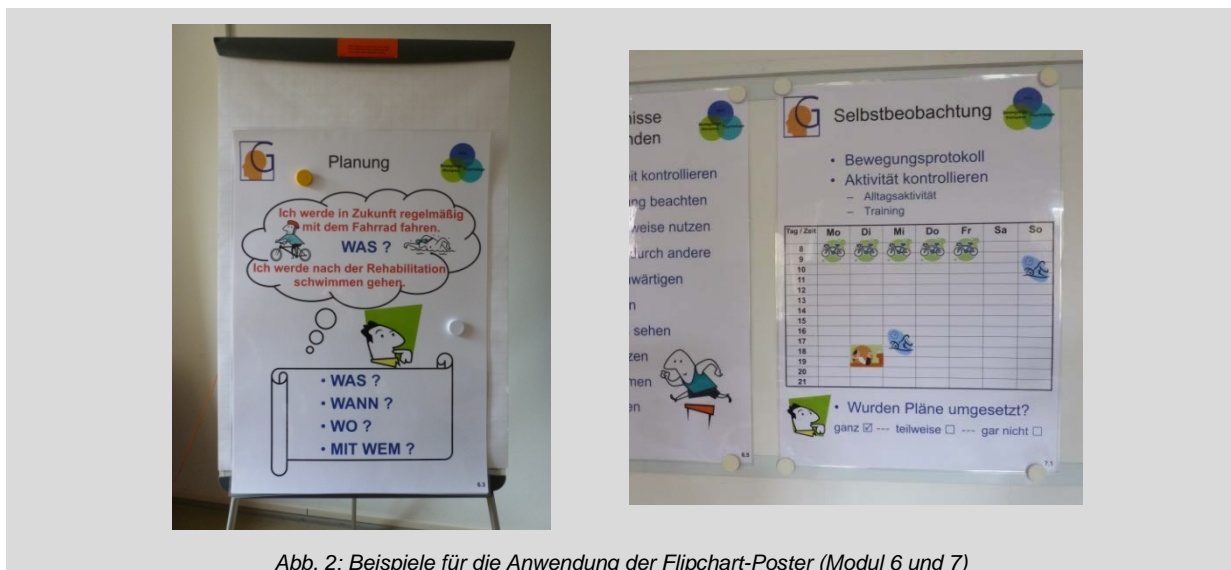


Abb. 2: Beispiele für die Anwendung der Flipchart-Poster (Modul 6 und 7)

4.4 Umsetzung patientenorientierter Methoden

Im Curriculum werden vorrangig interaktive, aktivierende Vermittlungsmethoden eingesetzt (s. auch Manual, Abschnitt Einführung). Dadurch soll das Engagement während der Schulung und in der Folge der Lernerfolg der Patienten unterstützt werden. Des Weiteren soll die Eigenverantwortlichkeit der Patienten als Voraussetzung für einen Transfer in den Alltag gestärkt werden. Zur Umsetzung patientenorientierter Methoden ist es günstig, wenn der Trainer verschiedene Frage- und Gesprächstechniken anwendet:

Wissen interaktiv vermitteln (Beispiel aus Modul 6)

- **Vorwissen der Teilnehmer erfragen:** „Welche Ideen haben Sie, wie man mit diesen Hindernissen umgehen kann, die einen davon abhalten körperlich aktiv zu sein?“ Geben Sie den Patienten Zeit zum Nachdenken und tolerieren Sie kurze Pausen.
- **zusammenfassen und informieren:** „Sie haben jetzt viele Lösungsmöglichkeiten gefunden, wie [Trainer zählt Genanntes auf]. Bei den inneren Barrieren ist es Ihnen etwas schwerer gefallen. Deshalb habe ich dazu noch einige hilfreiche Strategien.“ [Trainer erläutert Flipchart-Poster 6.5]
- **Möglichkeit zum Verarbeiten der Informationen einräumen:** „Was denken Sie? Sind da Strategien dabei, die Sie selber verwenden können?“
- **mit zentraler Botschaft abschließen:** „Wichtig ist es, dass Sie für sich selbst die Strategien finden, die Ihnen helfen Ihre Pläne zu verwirklichen.“

Aktives Zuhören

Offene Fragen

Offene Fragen können in eigenen Worten beantwortet werden. Sie beginnen mit Fragewörtern wie „Wo?“, „Wie?“ oder „Welche?“ Achten Sie darauf gute Leitfragen zu stellen!

Beispiel (Modul 1): „Welche Risikofaktoren für Rückenschmerzen sind Ihnen bekannt?“

Paraphrasieren (mit eigenen Worten wiederholen)

Aussagen des Patienten mit eigenen Worten zu wiederholen sorgt für eine angenehme Gesprächsatmosphäre und macht dem Patienten deutlich, dass ihm zugehört wird. Es hilft, das Verständnis der Patienten zu prüfen und regt zu weiteren Beiträgen an. *Beispiel (Modul 2):*

Patient: „Ich habe gehört, dass Bewegung dazu führen kann, dass die Rückenschmerzen nicht mehr so schlimm sind. Wenn ich nach der Arbeit noch etwas spazieren gehe, dann fühle ich mich auch meistens besser und der Rücken tut nicht mehr so weh.“

Trainer: „Sie haben positive Auswirkungen von Bewegung auf Ihre Rückenschmerzen also schon selbst erlebt?“

Zusammenfassen

Beim Zusammenfassen werden die wesentlichen Patientenaussagen aufgegriffen. Während beim Paraphrasieren meist ein bis zwei Aussagen wiederholt werden, geht es bei der Zusammenfassung um einen ganzen Schulungsabschnitt.

Beispiel (Modul 4): Sie haben jetzt viele Faktoren genannt, die mit Ihrem Schmerzerleben zusammenhängen. [Trainer weist auf die am Flipchart gesammelten Faktoren hin]. Einige von Ihnen haben Stress bei der Arbeit genannt, der sich bei jedem etwas anders gestaltet. Aber auch private Sorgen oder eine schlechte Stimmung kennen Sie als Schmerzverstärker (...). Ich zeige Ihnen abschließend noch einige weitere Beispiele [Trainer zeigt Folie 4.2].“

Mit Widerstand respektvoll umgehen

Auf Widerstände oder Ambivalenz des Patienten in Bezug auf die Schulungsinhalte sollte der Trainer nicht mit eindringlichen Überzeugungsversuchen reagieren. Wenn sich der Patient zu sehr in seinem Handlungsspielraum eingeschränkt fühlt, kann das den Widerstand verstärken. Sinnvoll ist es, auf die Argumente und Befürchtungen des Patienten einzugehen. *Beispiel (Modul 7):*

Trainer: „Sie hatten bis heute die Aufgabe, Ihren persönlichen Bewegungsplan zu erstellen.“

Patient: „Ich habe einfach keine Zeit. Ich bin jeden Tag 12 Stunden in der Arbeit...Ich kann nicht auch noch einen Bewegungsplan machen.“

Trainer: „Ich verstehe Sie gut. An vollen Arbeitstagen ist es schwer, auch noch Zeit für Bewegung zu finden, obwohl es Ihrem Rücken gut täte. Wie könnte man damit umgehen?“

Beachten Sie die Antwort des Trainers: Während er das Hindernis des Patienten anerkennt, stellt er nochmals dar, warum es sinnvoll ist, dieses Hindernis zu überwinden.

4.5 Umgang mit schwierigen Gruppenteilnehmern

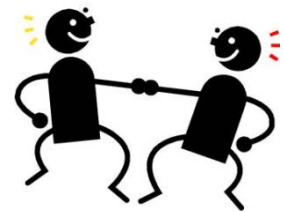
Welche Patienten in der Schulung als „schwierig“ erlebt werden, ist unterschiedlich. Häufig genannt werden z. B. unmotivierte Patienten, Vielredner, kritische Patienten, ablehnende Patienten, sehr zurückhaltende Patienten. Welche Patienten empfinden Sie persönlich als schwierig?

Diese als schwierig empfundenen Einstellungen und Verhaltensweisen des Patienten können beim Trainer negative Gefühle und Reaktionen auslösen. Allerdings kann auch der Trainer vom Patienten als „schwierig“ erlebt werden und dadurch wiederum ein bestimmtes („schwieriges“) Patientenverhalten hervorrufen. Dabei können sich Persönlichkeitsaspekte und Verhalten von Trainer und Patient wechselseitig ungünstig beeinflussen, wodurch sich die Kommunikation und Kooperationsbereitschaft verschlechtern kann.

Zudem können auch ungünstige persönliche, soziale oder situative Rahmenbedingungen (z. B. Partnerprobleme, Ärger mit Behörden oder zu enger Behandlungsplan) dazu führen, dass der Patient mit seinen Gedanken nicht bei der Schulung ist. Der Patient verhält sich dann nicht so, wie es der Therapeut von ihm erwartet. Beide Personen haben in der Schulungssituation eine unterschiedliche Motivation oder Erwartungshaltung.

➔ **Den schwierigen Patienten gibt es nicht! Das Verhalten des Patienten wird als „schwierig“ erlebt in einem intensiven Interaktionsprozess zwischen Trainer und Patient (Kowarowsky, 2005).**

Daher ist es wichtig, derartige Interaktionsprozesse sowie die eigenen Gefühle und Verhaltensweisen zu reflektieren und in der Folge konkrete Handlungsstrategien für die Kommunikation mit den als „schwierig“ erlebten Patienten zu entwickeln. Ziel ist es, durch eine patientenzentrierte Kommunikationsweise (s. auch Abschnitt 4.4), auf den Patienten und seine jeweiligen Bedürfnisse/Motivation einzugehen. Dies fördert die Kooperationsbereitschaft des Patienten und hilft, eine gute Arbeitsbeziehung zu ihm aufzubauen.



Allgemeine Handlungsstrategien

- versuchen, sich in den Patienten und seine Situation hineinzuversetzen
- hinterfragen, warum sich der Patient so verhält
- Blickkontakt mit den Teilnehmern suchen
- freundlicher Umgangston; immer ruhig und sachlich bleiben
- Verständnis und Wertschätzung signalisieren (z. B. durch Stimme, Mimik, Gestik)
- andere Gruppenteilnehmer in die Diskussion miteinbeziehen, um andere Perspektiven aufzuzeigen; Fragen in die Gruppe zurückgeben, z. B. „Was meinen Sie dazu?“/„Wie sehen Sie das?“/„Wie haben das andere von Ihnen erlebt?“
- Beiträge von anderen Patienten nutzen, um „unpassende“ Argumente zu relativieren
- Teilnehmer persönlich ansprechen bei wiederholter Störung der Gruppe

Konkrete Handlungsstrategien

- *schüchterne Patienten*: ansprechen und leichte Fragen stellen, nicht bedrängen
- *kritische Patienten und Vielredner*: Motivation anerkennen, Redebeiträge/Interesse für das Thema positiv hervorheben, sachliche Teile der Kritik zusammenfassen
- *Vielredner*: wieder zum Thema zurückführen, z. B. Aussagen zusammenfassen und strukturieren, taktvoll unterbrechen, „unpassende“ Beiträge übergehen
- *ablehnende Patienten*: Widerstände zulassen, nicht versuchen zu überzeugen oder nur zu argumentieren; mittels offener Fragen die Beweggründe für das Verhalten herausfinden, z. B. „Wie meinen Sie das?“/„Was bedeutet das für Sie?“/„Wie kommen Sie zu dieser Aussage?“/„Welche Erfahrungen haben Sie diesbezüglich gemacht?“

Literatur

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.2. 2011 [Abruf am: 13.10.11]. Verfügbar unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>

Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., Macera, C. et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1081-1093.

Kowarowski, G. (2005). *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag*. Kohlhammer. Stuttgart.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 335-344.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Vogel, H. & Faller, H. (2011). Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness-knowledge and self-management behaviors. A randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 248-257.