

# Therapie- und Compliance-Faktoren aus Sicht der am Behandlungsprozess beteiligten Experten am Beispiel Rückenschmerz

Maya Staub<sup>1</sup>, Ann-Marie Gursch<sup>1</sup>, Anne-Katrin Puschmann<sup>1</sup>, Jessie de Witt Huberts<sup>1</sup>, Juliane Müller<sup>2</sup> & Pia-Maria Wippert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Professur für Sport- und Gesundheitssoziologie, Universität Potsdam, Potsdam

<sup>2</sup>Department für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Professur für Sportmedizin und Sportorthopädie, Hochschulambulanz der Universität Potsdam, Potsdam

## Kurzfassung

Ziel: Inwiefern physio- oder trainingstherapeutische Programme bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen (CURS) nachhaltig wirksam sind, hängt maßgeblich von der Compliance der Teilnehmer ab. Ziel der Studie ist es daher, aus Sicht der Behandler zu untersuchen, welche Faktoren bei einem Trainingsprogramm eine hohe Compliance begünstigen und welche einen Trainingsabbruch eher begünstigen.

Methodik: Es wurden neun leitfadengestützte qualitative Interviews mit ÄrztInnen sowie Sport- und PhysiotherapeutInnen durchgeführt, die N = 154 Teilnehmer bei einem uni- und multimodalen Trainingsprogramm (klinik- und heimbasiert) begleiteten (dreiarmige Interventionsstudie). Diese behandelnden ExpertInnen (BE) sollten dabei beurteilen, welche Faktoren die Compliance der TeilnehmerInnen positiv oder negativ beeinflusst haben. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch entlang von vier Kernkategorien ausgewertet. Neben zentralen Aspekten bzgl. Ablauf und Organisation wurden die BE um eine Einschätzung hinsichtlich der (1) Patienten-Zufriedenheit, (2) Compliance fördernden bzw. hemmender Faktoren, (3) subjektiven Wirksamkeit und (4) dem Verbesserungspotential erbeten.

Ergebnisse: Den vier Kernkategorien ließen sich sieben Subkategorien mit 45 Kodierungen zuordnen. Die Befragten nannten folgende Faktoren als ausschlaggebend für die Compliance: sorgfältige Aufklärung von Teilnehmern<sup>1</sup> und Behandlern, unterstützende therapeutische Atmosphäre und eine angemessene Länge und Dauer der Übungen sowie Untersuchungen. Für eine Erhöhung der Compliance schlugen sie Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation der Behandler sowie für die heimbasierte Trainingsphase eine engmaschigere Unterstützung der Programmteilnehmer vor.

Schlussfolgerung: Wengleich die BE das Programm grundsätzlich positiv einschätzten, berichteten sie von einer besseren Compliance der TeilnehmerInnen während der aufwändigeren klinikbasierten Phase im Vergleich zur heimbasierten Intervention. Sollten Interventionen folglich zuhause durchgeführt werden, so gilt es Maßnahmen zu ergreifen, um die Compliance aufrechtzuhalten, wie bspw. regelmäßige Termine zur Überprüfung der Übungsausführung. Die Ergebnisse liefern wichtige Anhaltspunkte für den Einsatz eines solchen Programms im Rahmen einer heimbasierten Rehabilitationsnachsorge in ländlichen Regionen.

## Schlüsselwörter

MiSpEx – Compliance – körperliche Aktivität – Rückenschmerz – Nachsorgeprogramm – qualitative Interviews

## Therapy and compliance factors from medical care provider's perspective in low back pain treatment

### Abstract

Aim: Significant proportions of an intervention's success in treating chronic low back pain rely upon patient compliance. The aim of the study is to investigate the important factors which have positive or negative effects on compliance in uni- and multimodal exercise programs.

<sup>1</sup> Hier und auch im Weiteren wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung bei Personen- und Berufsbezeichnungen häufig das generische Maskulinum geschrieben. Es sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

**Methods:** As part of a back pain intervention program, nine semi-structured, qualitative interviews with experienced physicians, and sports- and physiotherapists were conducted. During the program, these health care professionals (HCP) supervised a total of N = 154 participants within an uni- and multimodal exercise program (three-armed intervention-study). In the interviews, they assessed the participants' response to the program and identified positive as well as negative factors which they thought to have influenced the participants' compliance. Further the experts' opinion on (1) patient satisfaction, (2) promoting or restricting factors influencing compliance, (3) subjective treatment effects and (4) general suggestions for improvements in compliance was requested.

**Results:** Data collection of HCP's feedback provided four core categories, which were classified into seven sub-categories and were made using 45 encodings. The core categories concerned the central aspects of the intervention process and HCP mentioned the following as important for treatment compliance: thorough instruction of subjects and HCP, supporting therapeutic atmosphere, reasonable length and effort of exercises and assessments. To enhance compliance in further studies the HCPs mentioned actions like stronger and better instructions for HCP's as well as stronger support and control of subjects during the home-based phase.

**Conclusion:** Although HCP in general felt positive about the program, they observed a better compliance during the centre-based phase. When working with home-based treatments, compliance supporting measures are highly recommended. This seems to be essential, if such programs should be transferred into home-based post-rehabilitation treatments.

### Keywords

MiSpEx – compliance – physical activity – back pain – post-rehabilitation support – qualitative research

## 1. Einführung

In der Rehabilitation von unspezifischen unteren Rückenschmerzen (CURS) werden unterschiedliche Interventionsstrategien eingesetzt, wie Medikation, Bewegungs- oder Verhaltenstherapie (Henschke et al., 2010). Letztgenannte werden dabei sowohl in unimodaler als auch multimodaler Trainingsform dargeboten, wobei in der multimodalen Form das körperliche Training um verhaltenstherapeutische Maßnahmen erweitert und ergänzt wird (Al-Eisa, 2010; Kamper et al., 2014; Wippert et al., 2015).

Entscheidend für den Erfolg einer Intervention ist dabei unter anderem eine anhaltende Compliance der Teilnehmer (Adikusuma & Qiyaam, 2017; Al-Eisa, 2010; Borg, Oberg, Nilsson, Soderlund, & Back, 2017; Jordan, Holden, Mason, & Foster, 2010). Dies gilt sowohl für die stationäre als auch ambulante oder heimbasierte Rehabilitation. Die Compliance ist in der Physio- und Trainingstherapie ein multidimensionales Konzept, das sich u.a. auf die Einhaltung von Terminen, das Befolgen von Ratschlägen sowie die regelmäßige und korrekte Ausführung von vorgeschriebenen Übungen bezieht (Kolt, Brewer, Pizzari, Schoo & Garrett, 2007). Ähnlich wie bei anderen medizinischen Behandlungen stellt mangelnde Compliance bei physio- und trainingstherapeutischen Programmen ein erhebliches Problem dar (Middleton, 2004).

Vor allem Schmerzpatienten leiden mit Blick auf körperliches Training häufig an zusätzlich einschränkenden Gegebenheiten wie u.a.

eine niedrige Selbstwirksamkeit, Depression, Angst, Hilfslosigkeit, niedrige körperliche Aktivität zu Beginn einer Intervention (resp. vergangenen Wochen), schlechte soziale Unterstützung und eine erhöhte Schmerzwahrnehmung während des Trainings (Jack, McLean, Moffett, & Gardiner, 2010). Negativ wirkt sich auch aus, wenn schnelle Erfolgsergebnisse (d.h. Minderung der Schmerzintensität und -beeinträchtigung) nicht wahrscheinlich sind und die Dauer und der Aufwand groß erscheinen (Al-Eisa, 2010; Middleton, 2004). Als weitere Barriere gilt bei Schmerzpatienten das Vorliegen einer autoritären Therapieatmosphäre, in der sie sich von den Behandlern nicht ausreichend unterstützt fühlen (Butow & Sharpe, 2013; Holden, Nicholls, Young, Hay & Foster, 2009). Deshalb wurde im Rahmen des nationalen Forschungsnetzwerks „MiSpEx – the National Research Network for Medicine in Spine Exercise“ (Müller & Mayer, 2013) ein Programm entwickelt, das darauf abzielt, diesen zusätzlichen Barrieren entgegenzuwirken. Die Wirksamkeit des Programms wurde in einer dreiarmligen multizentrischen Interventionsstudie überprüft. Dabei wurden neben einer Kontrollgruppe zwei Interventionsgruppen (IG) gegenübergestellt: IG1 erhielt ein unimodales körperliches Trainingsprogramm (und hier sensomotorisches Training). IG2 erhielt ein multimodales Programm, bei dem die Körperübungen zeitgleich mit kognitiven Aufgaben absolviert wurden, um mögliche Schmerzerfahrungen zu reduzieren (Wippert & Wiebking, 2016). Weitere ergänzende

achtsamkeitsbasierte Körperaufmerksamkeitsübungen zielten auf eine Reduktion des Stressniveaus ab. Hinzu kam eine begleitende Psychoedukation, d.h. ein mehrteiliger Aufklärungsfilm, der gemeinsam mit dem Partner oder der Partnerin zu Hause angesehen werden konnte. So sollte im familiären Setting partnerschaftliche Unterstützung und Compliance aktiviert werden (zur Beschreibung und Begründung des multimodalen Programms siehe Wippert et al., 2015). Das insgesamt 12-wöchige Interventionsprogramm gliederte sich in eine dreiwöchige klinikbasierte Trainingsphase gefolgt von einer neunwöchigen heimbasierten Trainingsphase. Während der klinikbasierten Phase fand das Programm ambulant drei Mal pro Woche in Gruppen unter Begleitung eines Physiotherapeuten bzw. einer Physiotherapeutin statt. Während der heimbasierten Phase wurde das Programm über neun Wochen drei Mal pro Woche individuell zu Hause unter Anleitung einer DVD weitergeführt. Zum Erfolg des MiSpEx-Programms hinsichtlich einer verringerten Schmerzintensität, Stresswahrnehmung und einem besseren subjektiven Wohlbefinden wurde an anderer Stelle berichtet (De Witt Huberts, Niederer, Wippert & Mayer, 2017). Die Idee einer möglichst raschen Überführung des Trainings in eine heimbasierte Anwendung folgt dem Wunsch nach einer besseren Versorgung für diejenigen Patientinnen und Patienten, die nicht die Möglichkeit auf Nachsorge in einer ambulanten Einrichtung haben (z.B. in ländlichen Regionen). In dem vorliegenden Beitrag soll daher auch die Frage geklärt werden, ob ein solches Vorhaben auch aus Sicht von erfahrenen Praktikern (ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen) praktisch leistbar ist und wie sich das MiSpEx-Programm (v.a. in Bezug auf Compliance) noch weiter verbessern lässt.

## 2. Methoden

### 2.1 Studiendesign

Eineinhalb Jahre nach Beendigung der multizentrischen Implementierung des MiSpEx-Programms in vier Studienzentren zu Evaluationszwecken (Machbarkeitsstudie MSB, Design siehe: Wippert et al., 2015) wurden im Rahmen einer qualitativen Querschnitterhebung ÄrztInnen sowie PhysiotherapeutInnen und Therapeuten (behandelnde Experten – BE) zu ihren Erfahrungen mit dem Programm befragt. Die BE waren im Studienzentrum Potsdam an der Interventionsstudie beteiligt und gaben Auskunft zu Compliance-Faktoren ihrer TeilnehmerInnen (N = 154). Für eine erschöpfende Bewertung aus Sicht der BE wurden qualitative teilstrukturierte Leitfadeninterviews geführt. Der Interviewleitfaden wurde vorab theoriebasiert erarbeitet und diente als Grundlage für die Einzelinterviews (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Die Gespräche wurden persönlich geführt und dauerten im Durchschnitt 26 Minuten. In einem Vorgespräch wurde über die Studie aufgeklärt. Die Befragten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Mitwirkung und Aufzeichnung der Interviews auf Tonträger sowie zur wissenschaftlichen Weiterverarbeitung.

### 2.2 Stichprobe

Die Auswahl der Interviewten erfolgte unter der Prämisse, dass diese direkt an der Durchführung der Intervention am Studienzentrum Potsdam beteiligt waren. Aufgrund eines ausreichenden Teilnehmer- und Expertenumfangs beschränkte man sich bei der Befragung auf eines von vier Studienzentren. Die insgesamt acht ÄrztInnen (Ä) und fünf PhysiotherapeutInnen (PT) wurden telefonisch oder schriftlich kontaktiert. Davon konnten fünf ÄrztInnen (Alter:  $M = 39 \pm 6,2$  Jahre) und vier PhysiotherapeutInnen (Alter:  $M = 29,8 \pm 1,8$  Jahre) für ein persönliches Interview gewonnen werden. Im Mittel wiesen die Beteiligten 9,8 Jahre ( $SD = 5,9$ ) Berufserfahrung auf (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1**

Übersicht über die Stichprobenmerkmale

	ÄrztInnen	PhysiotherapeutInnen	Gesamt
N (%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9 (100,0%)
Geschlecht, weiblich, n (Prozent)	1 (20%)	4 (100%)	5 (55,6%)
Alter, M (SD)	39,0 (6,2)	29,5 (1,8)	34,7 (6,7)
Berufserfahrung in Jahren, M (SD)	12,0 (7,2)	7,3 (0,8)	9,8 (5,9)

### 2.3 Datenanalyse

Die Gespräche wurden mithilfe des Programms F4 (Audiotranskription.de, 2017) transkribiert und auf Basis der Transkripte mittels mehrstufiger qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit induktiver Kategorienbildung analysiert. Die Auswertung erfolgte mit der Software MAXQDA (Version 12) (MAXQDA, 1989-2017).

Zunächst wurden auf Basis von Literatur und theoretischen Vorüberlegungen vier Hauptkategorien (Einschätzung der Patientenzufriedenheit, Compliance beeinflussende Faktoren, Einschätzung der Programmwirksamkeit, Verbesserungsvorschläge) gebildet, denen induktiv auf Basis der gegebenen Antworten insgesamt sieben Subkategorien (Patientenzufriedenheit positiv wahrgenommen, Patientenzufriedenheit negativ wahrgenommen; Compliance wird gefördert durch...; Compliance wird eingeschränkt durch...; Programmwirksamkeit bejaht; Programmwirksamkeit verneint; genannte Verbesserungsvorschläge) zugeordnet wurden. Die vier Kernkategorien

und die sieben Subkategorien wurden in einem Kodiermanual mit Ankerbeispielen und Erklärungen festgehalten. Auf Basis dieses Manuals erfolgte schließlich die Zuordnung der Interviewaussagen zu den Kategorien in insgesamt 45 Kodierungen. Zur Bestimmung der Interraterreliabilität wurde, den Überlegungen von Ecclestone und Kollegen folgend (Ecclestone, Werneke, Armon, Stephenson & MacFaul, 2001), ein Interview (ca. 10% des Datenmaterials) unabhängig von einer zweiten Kodiererin erneut kodiert. Die dabei erzielte Übereinstimmung (und damit Interraterreliabilität) betrug 83,6%.

### 3. Ergebnisse

Eine umfassende Darstellung der zentralen Themen der BE einschließlich einiger Beispielaussagen enthält Tab. 2.

**Tabelle 2**

Zentrale Themen der PhysiotherapeutInnen (PT) und ÄrztInnen (Ä) incl. Beispielaussagen

Subkategorien (Codes)	Beispielaussage	Kodierungen, Anzahl (n)	
		PT	Ä
<b>Kernkategorie: Subjektive Einschätzung der Probanden-Zufriedenheit</b>		<b>PT</b>	<b>Ä</b>
<b>Als positiv wahrgenommen</b>			
schnelle Erfolgsergebnisse	Aber was ansonsten sehr <b>positiv</b> auffällt ist ja, wenn tatsächlich innerhalb dieser center-based Phase, [...], schon Erfolgsergebnisse stattfinden.	1	1
schnelles Erlernen von Übungen (bei vorherigem Sportdesinteresse)	Bei denen ja Probanden, die sonst nicht so viel mit Sport zu tun haben. Die eben doch in relativ kurzer Zeit gemerkt haben, wie sie ihr Becken gerade anstellen können, bewegen können.	1	
Akzeptanz durch <b>PatientInnen</b> größer bei vorheriger Aufklärung	Na die Patienten wurden ja vorher aufgeklärt [...] Und da wussten sie teilweise schon, was auf sie zukommt.	2	
Höheres Engagement der <b>PatientInnen</b> bei kognitiven Zusatzaufgaben (multimodales Programm)	[...] obwohl man sagen muss, dass die Gruppe mit Ablenkungen <b>mehr</b> dabei war als die ohne Ablenkungen.	1	
Erhalt von Materialien	Die haben besonders positiv aufgenommen, dass sie die CD's mitbekommen haben, dass sie die Materialien mitbekommen haben, und das Tagebuch.	1	
Aufmerksamkeit durch Ä/ PT	Das was besonders schön <b>war</b> , ist halt erstmal so dieses Rundpaket der Betreuung. [...] Da fühlen die sich halt <b>sehr</b> aufgehoben.		4
Generelle Beschäftigung mit dem Thema gilt schon als Fortschritt	[...] weil sie <b>überhaupt</b> mal gesehen haben, mit was für einfachen Sachen einfach der Körper in Bewegung gebracht werden kann und der Rücken gestärkt werden kann.		5
<b>Als negativ wahrgenommen</b>			
Übungen zu leicht/zu schwer	Also es war auch ganz unterschiedlich, [...] Für manche war das sehr leicht, für andere schon sehr schwer.	2	2
mangelndes Verständnis & Compliance durch zu wenig Aufklärung	Und wenn [für] die Probanden, [...] nicht ganz <b>schlüssig</b> war, warum er das jetzt <b>zusätzlich</b> dazu noch macht. Dann stellt er die Intervention in Frage und <b>dann</b> leidet aus meiner Sicht auch die Compliance.	3	1
Mangel an Abwechslung/ Anregung bei Gruppe ohne kognitive Zusatzaufgaben (multimodales Programm)	Außer, dass halt die ohne Ablenkung gesagt haben: "Naja, es ist ein bisschen langweilig".	1	
Falsche Erwartungen der <b>PatientInnen</b>	Ich glaube schon, dass die Patienten mit relativ großen Erwartungen da eingefangen wurden, die dann am Ende doch nicht gehalten wurden.		3

Fortsetzung Tabelle 2 ⇒

Tabelle 2

Fortsetzung

Subkategorien (Codes)	Beispielaussage	Kodierungen, Anzahl (n)	
		PT	Ä
<b>Kernkategorie: Fördernde und einschränkende Faktoren, die die Compliance beeinflussen</b>			
<b>Compliance gefördert durch</b>			
Zugehörigkeit zu einer Gruppe	[...] auch die Gruppendynamik [...]		1
die Umsorgung der PatientInnen durch <b>Ä</b>	Also förderlich war sicherlich, dass wir die Patienten sehr eng an uns gebunden haben und die den Eindruck hatten, dass wir uns intensiv um sie kümmern.		3
Vermeidung 'falscher' Hoffnungen	[...] <b>Sollte</b> man tunlichst nicht so formulieren bei einem Patienten, weil man letztendlich nicht weiß, wo es hingehet, ne?		3
Einsatz von gleichem Personal für die Betreuung	Und ich glaube, das Beste für die Patienten war, wenn immer <b>derselbe</b> das wieder nachkontrolliert. [...] Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis ist auch da bei so Studien, <b>glaube ich</b> , Voraussetzung dafür, dass der compliant bleibt.		1
Überzeugung der <b>Ä/ PT</b> vom Programm	Meistens ist es schon so, dass man vom Gefühl her sagen würde, die Leute, die intensiv Kontakt zu den Patienten haben, schaffen es, wenn sie eine gewisse Überzeugung mitbringen.	2	3
Erhalt einer Diagnose	Also eine klare Diagnose ist halt zum einen immer sehr wichtig. [...] Zu wissen, kann ich etwas dagegen tun, kann ich etwas muss ich etwas weglassen, damit ich mich nicht sozusagen mehr schädige.		2
Aufklärung	Es ist eher die Tatsache, <b>wie gut</b> man mit dem Patienten umgeht und wie man den Patienten aufklärt, wie man in der Sprache des Patienten spricht, dass er versteht, um was es geht.		3
Schweregrad der Diagnose/ Leidensdruck	Je stärker die Patienten Beschwerden haben, desto eher werden sie wahrscheinlich zu so etwas kommen und mitmachen.		5
Empfehlung und Überzeugung des Patienten durch <b>Ä</b>	Wenn man denen gesagt hat: "Es ist ein gutes Programm. Das machen Sie. Das ist gut. Das hilft uns auch." Ne? Dann war die Motivation größer.		4
Dauer der Rückenschmerzen	Vielleicht weniger vom Schweregrad als mehr auch von der Dauer.		2
<b>Compliance eingeschränkt durch/ Gründe für Abbruch</b>			
Schwierigkeit, sich zuhause allein zu motivieren	[...] und sie haben halt schon gesagt: "Oh, wenn ich das dann bald alles alleine machen soll, dann wird es halt schwierig, sich da zu motivieren".	4	
Art und Weise der Aufklärung	Also wenn mal jemand sagt: "Na zwölf Wochen brauchst du mindestens, bevor dein Muskel ein bisschen größer wird". Dann sind die meisten eher da zurückhaltend, das zu machen.		1
akute Schmerzen	Das Einzige, was wir vielleicht gesehen haben, ist, dass wenn es bei dem einen oder andern mal <b>kurzfristig</b> akut wird, er den Krafttest nicht machen wollte.		2
Aufwand und Zeit	Das ist zumindest meine Erfahrung. Wenn sie sehr lange jeweils warten müssen beziehungsweise auch Dinge erledigen müssen, was sehr zäh ist, [...] also lange Fragebögen zum Beispiel oder lange Arztbefragungen oder wie auch immer, ne?	4	5
Unsicherheit in Bezug auf die richtige Ausführung zuhause	Weil ich glaube die Probanden, wenn Sie sich dann aufraffen, zuhause die Übungen zu machen und feststellen: "Ich bin mir nicht sicher, wie die Übungen gehen"	2	
Quantität vor Qualität: sie wollten zu viel erreichen	Und dann wie gesagt [...] Dass sie dann relativ gut sein wollten und relativ viel erreichen wollten. Also das höchste Level, wenn's geht. Und dann eben auch vereinzelt Schmerzen aufgetreten sind	2	

Fortsetzung Tabelle 2 ⇒

Tabelle 2

Fortsetzung

Subkategorien (Codes)	Beispielaussage	Kodierungen, Anzahl (n)	
		PT	Ä
<b>Kernkategorie: Einschätzung Wirksamkeit des Programms</b>			
<b>Bejahen der Wirksamkeit</b>			
Kurzfristiger Erfolg bis Ende der klinikbasierten Phase	Solange sich da einer bemüht und macht und tut .		3
Sehr guter theoretischer Ansatz	Ich glaube, dass der Ansatz ähm einer ist, der helfen <b>kann</b> .	2	
<b>Verneinen der Wirksamkeit</b>			
Compliance-Probleme in der heimbasierten Phase	Ich denk mal, da liegt halt immer das Problem: Ganz, ganz viele machen es nicht zu Hause. [...] <b>Ganz</b> viele..	4	5
Kann nicht funktionieren wegen Mängeln bei Planung/Ablauf	Also ich war von Anfang an skeptisch, ob so Heim-Übungsprogramme messbar irgendetwas bringen. [...] Also, ich weiß nicht.		3
Programm nicht ausschlaggebend, sondern generelle physische Betätigung	Man hat ja immer einen relativ <b>hohen</b> Prozentsatz, wo nix hilft, [...] wo auch alles andere nicht geholfen <b>hätte</b> . [...] Dann gibt es sicherlich die, wo das Programm geholfen hat, wo aber auch alles andere/ Wenn man die Nordic Walking gemacht hätte oder "Wir tanzen heute im Kreis" oder sonst was, wär auch besser geworden.		1
<b>Kernkategorie: Allgemeine Verbesserungsvorschläge zur Erhöhung der Compliance</b>			
Verbesserung der heimbasierten Phase/ mehr Kontrolltermine	Und das ist nämlich auch das Problem: Es muss stets und ständig und immer kontrolliert werden. In welchen Zeitabständen das ist, weiß ich nicht. [...] Aber, weil sich immer wieder Fehler einschleichen.	2	4
Verlängerung der klinikbasierten Phase/ Kontrolltraining	Vielleicht wäre es günstiger, diese center-based Phase einfach zu verlängern, um die Probanden länger zu haben und dann immer wieder darauf hinzuweisen, sodass es sich dann eher festigt.	2	1
mehr Aufklärung	Also ob man denen vielleicht <b>klar</b> sagt: "So, du bist so und so viel Tage da. An den Tagen musst du so und so viel Zeit <b>einplanen</b> . Es wird dieses und jenes passieren. Und willst du das? Ja, nein?"	2	1
Sozialer Druck	Also die soziale Komponente, Pärchen-Bildung oder so drei, vier Leute, die also wo man dann ein schlechtes <b>Gewissen</b> hat, wenn man nicht geht. [...] das wäre noch eine Motivationshilfe.	1	2
Anreize	Über Anreizsysteme ist natürlich immer gut. Muss man halt nur gucken, in welcher Art und Weise man die formuliert und dann <b>macht</b> .	1	2
Bessere Schulung der <b>MitarbeiterInnen</b>	Man hätte <b>uns</b> als Personen ja auch viel, viel besser schulen können und müssen.	1	2
Zweifel, ob Motivation durch Personal erhöht werden kann: Verantwortung liegt auch beim Teilnehmer	Die, die sowieso an Sport interessiert sind, die glaube ich, haben das gemacht. Aber die Patienten, die sich zu wenig <b>bewegen im Alltag</b> , weiß ich nicht, ob [...] da durchgezogen wird. Das ist einfach nicht im Kopf drin, dass das notwendig ist.		5
<b>PT als Ansprechpartnerinnen</b> (bei Video-Konferenzen)	<b>Ganz</b> wichtig ist eigentlich, dass er, dass eine <b>geschulte</b> Person, [...] es sind ja meist die Physiotherapeuten [...] weil die machen letztendlich die Übungen ja auch, die können beurteilen: "Okay, wie weit muss man in dieser Übung ins Hohlkreuz gehen? Wie muss ich stehen? Welche Bauchmuskeln muss ich anspannen?"		2

### 3.1 Subjektive Einschätzung der Probanden-Zufriedenheit mit dem entworfenen Programm

Insgesamt waren acht der neun BE der Meinung, dass die Probanden das Programm „im Schnitt“ oder „im Großen und Ganzen“ positiv aufgenommen haben. Besonders wichtig für die Zufriedenheit war aus der Sicht der BE

die vermehrte Beschäftigung mit dem Thema generell (6 Nennungen). Ebenfalls waren sie der Meinung, dass die vermehrte Aufmerksamkeit durch die BE von den Probanden positiv wahrgenommen wurde (4 Nennungen). Schnelle Erfolgserlebnisse während der klinikbasierten Phase (2 Nennungen) sowie die Verwendung von Materialien (z.B. Psychoedukationsfilm zur Aufklärung über Schmerz,

Heft mit Anleitung der Übungen für das körperliche Training, ISO-Matten usw. (eine Nennung) wurden ebenfalls als Gründe für die Probandenzufriedenheit genannt.

Ein Faktor, der die Compliance negativ beeinflusst, ist die Probandenaufklärung sowie das Probanden-Verständnis (4 Nennungen): *„Und wenn [für] die Probanden, [...] nicht ganz schlüssig war, warum er das jetzt zusätzlich dazu noch macht. Dann stellt er die Intervention in Frage und dann leidet aus meiner Sicht auch die Compliance.“*

Weiterhin wurde der Beanspruchungsgrad der Übungen angesprochen, der von den Probanden teils als zu leicht, teils als zu schwer empfunden wurde (4 Nennungen). Alle Befragten nannten außerdem die Dauer und den Aufwand der Messungen im Rahmen der Interventionsstudie als wenig förderlich für die Zufriedenheit der Probanden (9 Nennungen).

### 3.2 Einschätzung der Wirksamkeit des Programms

Die BE wurden weiterhin gefragt, ob sie das Interventionsprogramm für wirksam halten. Von der klinikbasierten Phase waren einige BE überzeugt und meinten, sie hätten einen kurzfristigen Erfolg bis zum Ende der Phase beobachten können (3 Nennungen). Als problematisch sahen sie allerdings die unzureichende Umsetzung des Programms während der heimbasierten Phase an, die in neun Nennungen als eine Gefahr für die Wirksamkeit eingeschätzt wurde:

*„[...] Ich denk mal, da liegt halt immer das Problem: Ganz, ganz viele machen es nicht zu Hause [...] Ganz viele.“*

### 3.3 Allgemeine fördernde und einschränkende Faktoren für die Compliance

Als wesentlicher Faktor für eine gute Compliance wurde die eigene Überzeugung der BE genannt (5 Nennungen). Sie beeinflusst, ob Probanden zur Teilnahme an einem Programm bewegt werden können, wie der folgende Interviewausschnitt zeigt:

*„[...] da sind wir aber wieder bei der Überzeugungsfrage – wenn der Therapeut der Meinung ist, dass eine andere Art von Physio- oder Sporttherapie oder Intervention dem Patienten besser passen könnte, dann vermittelt der Therapeut das auch dem Patienten so. [...] Und dann kann das auch zu Frust führen und dementsprechend zum Abbruch. Das denke ich schon.“*

Als wichtig für die Aufrechterhaltung der Compliance wurde auch die Art der Fürsorge ein: Kümmern sich die Behandelnden sehr intensiv um die Probanden, so haben diese auch das Gefühl, gut versorgt zu sein (3 Nennungen). Gut nachvollziehbare Aufklärung wurde ebenfalls als fördernder Faktor (3 Nennungen) bzw. unzureichende Aufklärung als hemmender Faktor genannt (eine Nennung). Heimbasiertes Training wurde insbesondere von den PT als problematisch angesehen, da ohne professionelle Betreuung die Maßnahmen oft abgebrochen werden (4 Nennungen) und zuhause Unsicherheiten in Bezug auf die richtige Durchführung vorliegen (2 Nennungen).

### 3.4 Vorschläge zur Verbesserung der Compliance

Die BE wurden schlussendlich nach Verbesserungsvorschlägen zur Erhöhung der Compliance und Wirksamkeit gefragt. Hier wurden mehrere Kontrolltermine während der heimbasierten Phase vorgeschlagen (6 Nennungen) sowie eine Verlängerung der klinikbasierten Phase (3 Nennungen).

*„[...] Und das ist nämlich auch das Problem: Es muss stets und ständig und immer kontrolliert werden. In welchen Zeitabständen das ist, weiß ich nicht. [...] Aber, weil sich immer wieder Fehler einschleichen.“*

Als weitere Ideen wurden genannt: mehr Aufklärung (3 Nennungen), bessere Schulung der MitarbeiterInnen (3 Nennungen) und die Verwendung von Anreizsystemen (3 Nennungen).

## 4. Diskussion

Eine der größten Herausforderungen im Rahmen der Therapie und Prävention von Rückenschmerzen ist es, die PatientInnen dazu zu bringen, ihre Programme über längere Zeit hinweg durchzuführen (Middleton, 2004). Auch nach stationären oder ambulanten Rehabilitationsbehandlungen ist die Weiterführung des Gelernten eine wesentliche Voraussetzung für die langfristige Erhaltung des Behandlungserfolges. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, bspw. stellen verminderte soziale Unterstützung, Depressionen oder Ängste sowie eine erhöhte Schmerzwahrnehmung bei Patienten oder auch eine autoritäre Therapieatmosphäre Barrieren dar, die die Compliance behindern können. Bei der Planung des MiSpEx-Inter-

ventionsprogramms wurde daher darauf geachtet, diesen Barrieren entgegenzuwirken. Ziel der hier berichteten Studie war es, anhand qualitativer Interviews herauszufinden, inwieweit dies aus Sicht der BE gelungen ist und welche Faktoren aus ihrer Sicht die Compliance positiv bzw. negativ beeinflussen.

Dabei ist insgesamt festzuhalten, dass viele – bereits aus früheren Studien (Al-Eisa, 2010; Middleton, 2004) bekannte – Faktoren von den befragten ExpertInnen benannt, aber auch Verbesserungsvorschläge angeboten wurden. Die BE zeigten sich grundsätzlich überzeugt von der klinikbasierten Phase und konnten (subjektiv) einen Erfolg zum Ende der Phase beobachten. Als problematisch sahen sie hingegen die heimbasierte Phase an, da hier die Aufrechterhaltung der Motivation sowie Unsicherheiten in Bezug auf die richtige Ausführung der Übungen eine größere Rolle spielen. Diese bereits in anderen Therapiestudien berichteten Erkenntnisse verdeutlichen die Problematik von heimbasierten Trainingsprogrammen, die teilweise auch als etwas weniger erfolgreich eingeschätzt werden (Middleton, 2004). So bezogen sich auch die von den Befragten am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge auf eine Optimierung der heimbasierten Phase: Vorgeschlagen wird zum Beispiel eine engmaschigere Unterstützung sowie Begleitung (Kontrolltermine) oder eine Verlängerung der klinikbasierten Phase. Umsetzbar wäre dies bspw. im Rahmen einer Rehabilitationsnachsorge, die so gestaltet ist, dass nur wenige gemeinsame Termine stattfinden und zwischen diesen zuhause weiter trainiert wird.

Ein weiterer wichtiger Faktor für den Erhalt der Compliance ist die Therapieatmosphäre. Es ist bekannt, dass ein Eingehen der Behandelnden auf psychologische Bedürfnisse der PatientInnen positiv wahrgenommen wird. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die persönliche Betreuung durch die Behandler sowie Anweisungen mit Hilfe von zusätzlichen Materialien, wie z.B. Edukationsfilmen zum gesamten Programmablauf (Jordan et al., 2010). Beides unterstützt die Selbständigkeit und Motivation, weiter zu trainieren (Butow & Sharpe, 2013; Holden et al., 2009; Lonsdale et al., 2017). Der Aufbau der MiSpEx-Intervention trug diesen Aspekten Rechnung. Dies spiegelt sich sowohl in den Antworten der BE als auch darin wieder, dass in etwa ein Drittel der Probanden noch 1,5 Jahre nach Programmende mit dem Programm weiter trainierte (De Witt Huberts et al., 2017).

So waren die BE auch der Meinung, dass das Programm von den TeilnehmerInnen im Schnitt positiv aufgenommen wurde, und führten dies auf die vermehrte Aufmerksam-

keit sowie den Erhalt von Materialien zurück. Als ebenso förderlich wurde die Art der Umsetzung bzw. die enge Anbindung der Teilnehmer an die BE angesehen.

Gemäß dem theoretischen Kenntnisstand gründet eine lang anhaltende Compliance auch auf einer guten Aufklärung (Jordan et al., 2010). Diesen Punkt erwähnten die Befragten ebenso und schlugen eine verstärkte Schulung der MitarbeiterInnen vor. Auch sahen sie Verbesserungspotential bzgl. Aufwand und der Komplexität des Programms, um Trainingsabbrüche zu reduzieren. Diese Problematik wurde bereits in früheren Interventionsstudien berichtet (Al-Eisa, 2010; Middleton, 2004), liegt hier jedoch durch die Verbindung des Programms mit einer aufwendigen Evaluationsstudie eventuell in verschärfter Form vor.

Bei den hier berichteten Ergebnissen muss einschränkend angemerkt werden, dass ausschließlich Aussagen der BE aus einem Studienzentrum vorliegen und so die Meinung der BE aus anderen Studienzentren nicht berücksichtigt werden konnte. Ebenfalls wurden die Interviews 1,5 Jahre nach dem Ende der heimbasierten Phase durchgeführt, was möglicherweise dazu führte, dass sich die Befragten in wichtigen Punkten an weniger Details erinnerten. Weiterhin wurde hier ausschließlich die Sicht der BE berichtet. Die Sicht der TeilnehmerInnen bleibt hier außen vor. Ideal wäre eine Bündelung beider Sichtweisen, jedoch lag der Fokus diesmal mit Absicht auf den „oft vernachlässigten“ Behandleransichten aus verschiedenen Berufsgruppen.

Davon abgesehen geben die Interviews einen wichtigen Einblick in die Arbeitsrealität der PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen. Sie geben ebenso Aufschluss über wesentliche Faktoren für die Gestaltung zukünftiger Trainingsprogramme. Als zentraler Aspekt kristallisiert sich eine gute Aufklärung und Überzeugung der Behandelnden bzgl. der Sinnhaftigkeit des durchzuführenden Programms heraus. Dies scheint ebenso wichtig wie die Aufklärung der PatientInnen zu sein. Es ist nicht neu, dass klinikbasierte Therapieansätze besser abschneiden als heimbasierte. Da erstgenannte jedoch nur über eine bestimmte Zeit aufrechterhalten werden können, ist bei heimbasierten Angeboten darauf zu achten, dass die Durchführung auch regelmäßig von BE überprüft wird. Wenn diese Punkte erfüllt sind, so besteht aus Sicht der hier Befragten eine gute Chance, die hier vorgestellte mixed method Intervention (bestehend aus klinik- und heimbasierten Anteilen) auch erfolgreich im Lebensalltag von Betroffenen zu implementieren. In der Rehabilitation könnte dies durch den Einsatz des

Programms im Rahmen der (intensivierten) Rehabilitationsnachsorge (IRENA) umgesetzt werden. Das Programm hätte den Vorteil, kürzer und damit ökonomischer zu sein als das bisherige Angebot und trotzdem möglichen multimodalen Bedarfen gerecht zu werden. Damit würde die Adhärenz der Patienten und Patientinnen (v.a. in ländlichen Regionen) gefördert. Denn nur zu Beginn wäre es erforderlich, den Nachsorgeort aufzusuchen; alle weiteren Trainingseinheiten könnten daheim mit regelmäßigem Kontakt zum BE stattfinden. Dadurch wäre auch die durch die hier Befragten geforderte regelmäßige Unterstützung gewährleistet. Durch die längere – zu Beginn engmaschige, während der Nachsorge in größeren Abschnitten stattfindende – Betreuung während des Trainings würde auch die Implementierung des Programms in den Alltag der Betroffenen unterstützt.

## Literatur

- Adikusuma, W. & Qiyaam, N. (2017). The Effect of Education through Short Message Service (SMS) Messages on Diabetic Patients Adherence. *Sci Pharm*, 85 (2). doi:10.3390/scipharm85020023
- Al-Eisa, E. (2010). Indicators of adherence to physiotherapy attendance among Saudi female patients with mechanical low back pain: a clinical audit. *BMC Musculoskeletal Disord*, 11, 124. doi:10.1186/1471-2474-11-124
- Audiotranskription.de. (2017). Digitale Aufnahme, Transkription & Analyse. Marburg, Germany: dr. dresing & pehl GmbH. Retrieved from <http://www.audiotranskription.de/f4.htm>
- Borg, S., Oberg, B., Nilsson, L., Soderlund, A. & Back, M. (2017). The role of a behavioural medicine intervention in physiotherapy for the effects of rehabilitation outcomes in exercise-based cardiac rehabilitation (ECRA) – the study protocol of a randomised, controlled trial. 17(1), 134. doi:10.1186/s12872-017-0557-7
- Butow, P. & Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 154 Suppl 1, S101-107. doi:10.1016/j.pain.2013.07.048
- De Witt Huberts, J., Niederer, D., Wippert, P.-M. & Mayer, F. (2017). The effects of a new practical and synergetic multimodal treatment for chronic back pain on pain-related cognitions and wellbeing. *Psychosomatic Medicine*, 79 (4), A21.
- Eccleston, P., Werneke, U., Armon, K., Stephenson, T. & MacFaul, R. (2001). Accounting for overlap? An application of Mezzich's  $\kappa$  statistic to test interrater reliability of interview data on parental accident and emergency attendance. *Journal of advanced nursing*, 33 (6), 784-790.
- Henschke, N., Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Morley, S., Assendelft, W. J. & Main, C. J. (2010). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* (7), Cd002014. doi:10.1002/14651858.CD002014.pub3
- Holden, M. A., Nicholls, E. E., Young, J., Hay, E. M. & Foster, N. E. (2009). UK based physical therapists' attitudes and beliefs regarding exercise and knee osteoarthritis: Findings from a mixed-methods study. *Arthritis Care & Research*, 61 (11), 1511-1521.
- Jack, K., McLean, S. M., Moffett, J. K. & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Manual therapy*, 15 (3), 220-228.
- Jordan, J. L., Holden, M. A., Mason, E. E. & Foster, N. E. (2010). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (1), Cd005956. doi:10.1002/14651858.CD005956.pub2
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J. & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* (9), Cd000963. doi:10.1002/14651858.CD000963.pub3
- Kolt, G. S., Brewer, B. W., Pizzari, T., Schoo, A. M. & Garrett, N. (2007). The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy*, 93 (1), 17-22.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Owen, K., Schwarzer, R., Parker, P., Kolt, G. S., Hurley, D. A. (2017). Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98 (9), 1732-1743.e1737.
- MAXQDA. (1989-2017). software for qualitative data analysis. Berlin, Germany: VERBI Software – Consult – Sozialforschung GmbH. Retrieved from <http://www.maxqda.com/>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. (15 ed.). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Middleton, A. (2004). Chronic low back pain: patient compliance with physiotherapy advice and exercise, perceived barriers and motivation. *Physical therapy reviews*, 9 (3), 153-160.
- Müller, S. & Mayer, F. (2013). MiSpEx – aktiv gegen Rückenschmerz. *medicalsportsnetwork*, 7, 20-23.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19 (6), 349-357.
- Wippert, P. M., de Witt Huberts, J., Klipker, K., Gantz, S., Schiltenswolf, M. & Mayer, F. (2015). [Development and content of the behavioral therapy

module of the MiSpEx intervention: Randomized, controlled trial on chronic nonspecific low back pain]. *Schmerz*, 29 (6), 658-663. doi:10.1007/s00482-015-0044-y

Wippert, P. M. & Wiebking, C. (2016). [Adaptation to physical activity and mental stress in the context of pain: Psychobiological aspects]. *Schmerz*, 30 (5), 429-436. doi:10.1007/s00482-016-0147-0.

### **Förderung**

Die Studie wurde gefördert durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaften und realisiert innerhalb des Forschungsnetzwerks „MiSpEx – Medicine in Spine Exercise“.

### **Ethik**

Das Studiendesign wurde am 12.04.2015 der Ethikkommission der Universität Potsdam vorgelegt und am 11.06.2015 genehmigt (19/2015).

### **Interessenkonflikte**

Es bestehen keine Interessenkonflikte seitens der Autorinnen.

### **Prof. Dr. Pia-Maria Wippert**

Universität Potsdam  
Am Neuen Palais 10  
14469 Potsdam  
wippert@uni-potsdam.de

## Schmerz: Wie Therapeuten und Patienten gemeinsam das Leiden erträglich machen können

Ärzte und Psychotherapeuten fühlen sich meist hilflos, wenn ihnen Gefühle ihrer Schmerzpatienten begegnen. In diesen Situationen und Phasen gilt es, „empathisch standzuhalten“. Ursula Frede, selbst gleichzeitig Schmerzpatientin und psychologische Schmerztherapeutin, hat in ihrer Monografie „Herausforderung Schmerz“ detailliert beschrieben, wie die Begleitung von Schmerzpatienten gelingen kann. Eigene Erfahrungen und wissenschaftliche Expertise sind in das Buch eingeflossen.

Im Extremfall: „Deutet der Patient Suizid-Absichten an, sollte der Therapeut nicht versuchen, ihn zum Leben zu überreden. Ein solches Verhalten wäre weniger am Leid des Patienten orientiert als an der eigenen Angst. Auch Ermahnungen ('Sie sollten an Ihren Partner denken!') und Ermutigungen ('Bald werden auch Sie wieder Freude am Leben haben!') sind nicht hilfreich; denn sie schaffen Distanz zum Betroffenen, lassen ihn mit seiner Not allein. Tatsachen lassen sich weder durch Erklärungen noch durch positive Perspektiven aus der Welt schaffen,“ schreibt Ursula Frede.

„Die Verzweiflung will nicht wegargumentiert, sie will zunächst einfach angehört werden.“ Der Therapeut sollte den Patienten in seiner aktuellen Lage achten – etwa: „Ich kann nachvollziehen, dass Sie sich zur Zeit manchmal den Tod wünschen. Ich würde Ihre Entscheidung zum Suizid respektieren. Es würde mir jedoch leid tun, weil ich den Eindruck habe, dass der Lebenswille in Ihnen noch nicht ausgeschöpft ist.“

„Mit einem Therapeuten an der Seite, der seinem Suizidwunsch in dieser Weise standzuhalten vermag, kann der Patient beides erforschen - seinen Lebenswillen und den Gedanken, so nicht mehr weiterleben zu wollen. Denn viele Menschen wollen nicht entweder leben oder sterben. Oft sind beide Anteile vorhanden. Der Therapeut sollte dem Patienten herauszufinden helfen, was genau für ihn unerträglich ist, und was ihn konkret am Leben hält.“

Wenn der Betroffene beide Seiten in sich wahrnehmen kann, wird vielleicht auch das Leben mit dem Schmerz wieder leichter. Er muss den Schmerz nicht aushalten – er kann wählen. Das Bewusstsein um diese Wahl fördert das Gefühl innerer Freiheit und entlastet vom Druck des 'Du musst'."

*Ursula Frede zeigt in ihrem Buch ein erschreckendes Mängel-Panoptikum, dem Schmerzpatienten fast regelhaft in Klinik und Praxis begegnen. Dem stellt die Autorin Reflexionen und Empfehlungen gegenüber, mit deren Hilfe Therapeuten ebenso wie Schmerzpatienten besser leben können.*

*Ursula Frede: Herausforderung Schmerz – Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten. Pabst, 376 Seiten, Paperback 978-3-89967-378-4*