

Praktische Umsetzung der Sport- und Bewegungstherapie –

Was kann ich tun?

Anika Berling-Ernst
Dipl. Sportwissenschaftlerin
B.Sc. Psychologie

Lehrstuhl und Poliklinik für
Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München

München, 14. März 2018



Uhrenturm der TUM



Onkologische Sportgruppen



Nutzen der Krebs sportgruppen für die Teilnehmer

- Verein/Träger
- Lizensierter Übungsleiter
- Betreuenden Arzt
- Versicherung der Teilnehmer
- Begrenzte Teilnehmeranzahl
- Geschützte Atmosphäre
- Kostenfrei



Heterogenität innerhalb der Gruppe
Erreichbarkeit der Sportstätte

Finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen und die Rentenversicherung

Freigabe 15.04.2011

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining
 verordnungswesentliche Diagnosen, gegebenenfalls relevante Nebendiagnosen

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungswesentliche Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtatletik

Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderte oder von der Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)

125 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) nur bei

Asthma bronchiale Morbus Parkinson

Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben Mukoviszidose

Chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) Multiplex Sklerose

_____ _____

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für:

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheitszuständen/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrome

Kollagenosen

- **Formular 56**
- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten
- „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Budgetierungsfrei!

Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Zuständiger Rentenversicherungsträger: Deutsche Rentenversicherung

Bayern-Süd

versicherungsnr. _____ Kennzeichen (soweit bekannt) _____

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung

Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Seite 3-8 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhandigen.

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden. Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

versicherte (Name, Vorname) _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort _____

Leistung zur medizinischen Rehabilitation von - bis _____ in (Rehabilitationseinrichtung) _____

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Diagnose

1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung

2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining
 (beides kann zusammen nicht verordnet werden)

Art des Rehabilitationssports:

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot

Art des Funktionstrainings:

Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik

Spezifizierung der Diagnose:

Rheumatoide Arthritis

Morbus Bechterew

- **Formular G850**
- 6 Monaten 1-2 Trainingseinheiten pro Woche

Teilnahmebestätigung Rehasport

Name, Vorname des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Teilnahmebestätigung (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	R*)	H*)	KH*)	Datum	Unterschrift des/der Führers/in
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Nr.	R*)	H*)	KH*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

Bestätigung des/der Übungsleiters/in

Ich bestätige, dass der/die Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in: _____

Abrechnung

R 604503: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (einmaliger Vergütungssatz) = _____ Euro

H 604504: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (einmaliger Vergütungssatz) = _____ Euro

KH 604505: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (einmaliger Vergütungssatz) = _____ Euro

(Gesamtbetrag): _____ Euro

Bei Zwischenabrechnung: Die erste Abrechnung erfolgte am _____ Betrag wurde insgesamt _____ Euro

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Institutionskennzeichen: _____

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationsportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/ qualifizierten Übungsleiters/in geleitet werden und dieser in Besitz einer gültigen Übungsleiter- Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers: _____

*) Zutreffendes bitte ankreuzen.

R = Rehastrahlentherapie H = Rehastrahlentherapie in Kombination mit Rehastrahlentherapie KH = Rehastrahlentherapie in Kombination mit Rehastrahlentherapie

Komponenten der Sport- und Bewegungstherapie in der Onkologie



Spezielle Aspekte der Sporttherapie bei Brustkrebs



Ziele der Sporttherapie

- Verbesserung der Schulter-/Armbeweglichkeit
- Vermeidung von Fehl- und Schonhaltungen
- Ausgleich eines Kraftdefizits
- Reduzierung eines Lymphödems

Einschränkungen

- Statische Übungen
- Übungen in Bauchlage
- Therapiebedingte Maßnahmen (z.B. Port)

Spezielle Aspekte der Sporttherapie bei Prostatakrebs



Ziele der Sporttherapie

- Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur (Inkontinenz)
- Erlernen von Alltagstechniken
- Koordinationsschulung und Sturzprophylaxe (Osteoporose)
- Vermeidung sozialer Isolation

Einschränkungen

- Stoßbelastungen und Pressatmung
- Schwimmen und Radsport

Spezielle Aspekte der Sporttherapie bei Darmkrebs



Ziele der Sporttherapie

Verbesserung der

- Beweglichkeit der Bauchregion
- Rumpf-, Rücken- und Bauchmuskulatur
- Körperwahrnehmung

Einschränkungen bei Stomaträgern

- Training an schweren Gewichten
- Bauchlage
- Starke Drehbewegungen
- Reklinierende Bewegungen (Bogenspannung)

Kontraindikationen

- Infektion : Bronchitis, Erkältung, Magendarminfekt...
 - Kreislaufbeschwerden, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen
 - Akute Blutungen, starke Schmerzen
 - Fieber: Temperatur über 38°C
 - Laborwerte: Hb unter 8g/dl, Thrombozyten <20 000/ μ l
 - Knochenmetastasen mit Frakturgefährdung (Rücksprache mit Orthopäden)
-

Was empfehle ich meinen Tumorpatienten zusätzlich?



Angeleitetes Training in
Physiotherapie/ Rehasentren/
Sportgruppe

Selbständig

Umfang



Risikofaktor Sitzen bei Tumorerkrankungen



Zunahme der Sitzzeit



Abnahme der:

- Lebensqualität
- allgemeinen Fitness



- Starke Zunahme der Sitzzeiten im ersten Jahr nach der Erkrankung
- Höhere Sitzzeiten im Vergleich zu nicht Erkrankten!

Ziel: Vermeidung des sitzenden Lebensstils bei Tumorpatienten!

Ab wann Sport- und Bewegungstherapie?



Allgemeine Bewegungsempfehlungen

- Ausdauersport (Walking, Jogging, Radfahren, Schwimmen ...)
- Walking, Tai Chi, Yoga, ... (für Hände wg. Lymphsystem)
- Wassergymnastik, Aquajogging, Schwimmen ...)
- Gymnastik oder Krafttraining
- Yoga
- ...

Was ihnen Freude macht!!



Was für Angebote gibt es in der Sportmedizin in München?



Sprechstunde „Sport und Krebs“

Zentrum für Prävention, Ernährung und Sportmedizin
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Tel: 089/4140-6774
Sprechzeiten: Mo-Fr 8-16 Uhr

Spezialsprechstunde „Sport und Ernährung bei Krebs“ (ESZK)

Sport- und Ernährungsprogramm über 6 Monate
Anmeldung bei Fr. Tesche im Tumortherapiezentrum
Tel: 089/4140-5131

Programm der Techniker Krankenkassen „ Sport und Krebs“

Trainingsprogramm über 6 Monate für Patienten
Mit Brust-, Darm-, oder Prostatakrebs
Zentrum für Prävention, Ernährung und Sportmedizin
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Tel: 089/4140-6774

Take home message

- Es ist nie zu Spät für den Beginn einer sportlichen Aktivität!
 - Körperliche Aktivität hat auch nach Diagnose einer Krebserkrankung positive Wirkungen
 - Körperliche Aktivität sollte ab der Diagnosestellung als fester Bestandteil in den Alltag integriert werden
 - Für nahezu jeden Betroffenen findet sich die richtige sportliche Aktivität bzw. Bewegungsmöglichkeit
-

Vielen Dank und einen schönen Abend..



Dipl. Sportwissenschaftlerin

B.Sc. Psychologie

Anika Berling-Ernst

München, 14. März 2018