

**Ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Gonarthrose leidet an einer Adipositas, welche die Prognose der Betroffenen zusätzlich verschlechtert. Übungen zur Muskelkräftigung stellen eine Kernbehandlung der Kniegelenkarthrose dar. Mit welchen Herausforderungen fettleibige Personen sowie die behandelnden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten dabei zu kämpfen haben, untersuchte nun ein australisches Forscherteam.**

Ziel der qualitativen Studie war es, die Erfahrungen der Betroffenen und der Behandelnden bei der Umsetzung von Übungsprogrammen abzubilden. Die Untersuchung erfolgte im Rahmen einer randomisierten klinischen Studie, welche die Effektivität zweier Behandlungsstrategien miteinander verglich: Einer nicht gewichtsorientierten Quadrizeps-Kräftigung sowie einem gewichtsorientierten funktionellen Übungsprogramm. Alle 128 Studienteilnehmenden litten an einer symptomatischen Gonarthrose sowie einer Adipositas (Bodymassindex  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). 7 erfahrene Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten leiteten die Betroffenen bei den Übungen, welche im häuslichen Umfeld regelmäßig durchgeführt werden sollten, an. Innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der zwölfwöchigen Studienintervention befragten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 22 Studienteilnehmende (59% Frauen, Durchschnittsalter 63 Jahre, durchschnittlicher Bodymassindex 35,9 kg/m<sup>2</sup>) sowie alle 7 Therapeutinnen und Therapeuten (86% Männer) mithilfe eines semistrukturierten Telefoninterviews und analysierten die aufgezeichneten Antworten.

## Ergebnisse

Die randomisierte kontrollierte Studie kam zu dem Ergebnis, dass beide Übungsprogramme Schmerzen und die Funktion besserten, allerdings traten bei dem nicht gewichtsorientierten Programm häufiger leichte unerwünschte Nebenwirkungen auf. Nach Auswertung der Befragungen kristallisierten sich 3 Schwerpunktthemen heraus, welche die Betroffenen und die Betreuenden beschäftigten: Psychologische Herausforderungen, physische Herausforderungen sowie das Überwinden dieser Probleme. Zunächst

waren viele Patientinnen und Patienten den Übungen gegenüber im Hinblick auf deren Effektivität und Sicherheit skeptisch eingestellt, viele hatten Angst vor Schmerzen bei der Belastung und manche lehnten die Übungen ab. Ferner zeigte sich, dass manche Übungen ein hohes Maß an mentaler Anstrengung (Fokus und Konzentration) erforderten. Insgesamt unterschätzten viele Studienteilnehmenden ihre Leistungsfähigkeit. Als körperliche Herausforderung nannten die Befragten die Komplexität des gewichtsorientierten funktionellen Übungsprogramms, die Nutzung von Gewichtsmanschetten, einige Übungen des nicht gewichtsorientierten Programms sowie die Belastung durch weitere Komorbiditäten. Verschiedene Faktoren halfen den Studienteilnehmenden, die genannten Herausforderungen zu meistern: Wahrgenommene Verbesserungen spornten sie zum Fortführen des Übungsprogramms an. Auch ein Verpflichtungsgefühl den Betreuenden gegenüber stellte eine Motivation dar. Die wiederholte Aufklärung der Studienteilnehmenden über die Sicherheit und den Nutzen der Übungen sowie die individuelle Anpassung des Übungsprogramms an die Leistungsfähigkeit der Probandinnen und Probanden trugen ebenfalls zur Studienadhärenz bei.

## FAZIT

Adipöse Patientinnen und Patienten mit einer Kniegelenkarthrose, so das Fazit der Forschenden, sind bei der Durchführung von Übungen zur Muskelkräftigung mit zahlreichen psychischen und physischen Hürden konfrontiert. Die betreuenden Physiotherapeutinnen und -therapeuten sollten sich ihrer Einschätzung nach jedoch nicht davor scheuen, die Betroffenen gezielt zu fordern: Bei entsprechender Aufklärung und Unterstützung profitieren diese von dem Training.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell

## Gonarthrose und Adipositas: Welche Schwierigkeiten verursacht ein Krafttraining?

Lawford BJ et al. Challenges With Strengthening Exercises for Individuals With Knee Osteoarthritis and Comorbid Obesity: A Qualitative Study With Patients and Physical Therapists. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2022; 74: 113–125. doi:10.1002/acr.24439