

TherapeutInneninformation zur Cranio Post-COVID Studie: Eine Studie zu Effekten der Craniosacralen Therapie bei Post-COVID Symptomen

**Sehr geehrte Therapeutin, sehr geehrter Therapeut,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

der Craniosacral Verband Deutschland (CSVD) führt in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen eine Erhebung zur Nutzung und Wirksamkeit der Craniosacralen Therapie bei post-COVID-Symptomen durch und bittet um Ihre Mithilfe.

Viele Kolleginnen und Kollegen behandeln Klientinnen und Klienten mit mehr oder weniger spezifischen Symptomen nach durchgemachter COVID-Erkrankung. Angelegt an unsere erste Fallstudie möchten wir wieder gemeinsam Fälle sammeln, um untersuchen zu können, inwieweit Craniosacrale Therapie eine wirksame Therapiemethode zur Unterstützung der Behandlung von subjektiv-empfundene post-COVID Symptomen sein kann.

Hierzu finden Sie im Anhang einen Fragebogen für TherapeutInnen und zwei für KlientInnen (jeweils vor Therapiebeginn und nach individuellem Therapieende – das können eine Behandlung oder auch mehrere sein) sowie eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie.

Zur Anwendung der Fallberichte:

- Für die Auswertung der Fallberichte ist es wichtig, dass insbesondere die Angaben der KlientInnen zur Einschätzung ihrer Beschwerden vollständig sind (anzukreuzende Antworten)!
- Wenn Sie als TherapeutIn beim Ausfüllen nicht alle Angaben leisten können, nehmen wir gerne auch unvollständige Fallberichte an. Bitte achten Sie jedoch darauf, dass die Klientin, der Klient seinen Teil des Bogens ausgefüllt hat.
- Freitextbemerkungen sind eine bereichernde Ergänzung und bieten insbesondere Raum für persönliche Erfahrungen der Klienten, sind jedoch ebenfalls optional.

Bitte versehen Sie abschließend jede Seite der Bögen mit der Klienten-ID und senden Sie den Fragebogen sowie die Einverständniserklärung an uns zurück:

...entweder eingescannt per Email an: studien@cranioverband.org

...oder per Post mit dem Vermerk „Porto bezahlt Empfänger“ an: Craniosacral Verband Deutschland (CSVD) e.V., Postfach 21 90 41, 33697 Bielefeld

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit wenden an:

Marie Wortberg (Ansprechpartnerin CSVD)

Craniosacral Verband Deutschland (CSVD) e.V. Postfach 21 90 41, 33697 Bielefeld

Email: marie@heilpraxis-wortberg.de

oder studien@cranioverband.org

oder

Dr. Heidemarie Haller (Studienkoordination und Auswertung)

Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Evang. Kliniken Essen-Mitte,
Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen

Tel.: 0201-17425044

Email: h.haller@kem-med.com

Cranio-Fallstudie | TherapeutInnen-Formular

TherapeutInnencode (bitte immer angeben):

1. Erster Buchstabe des Vornamens
2. Erster Buchstabe des Nachnamens
3. Geburtsjahr

		-	
--	--	---	--

TherapeutInnenangaben (bitte einmalig angeben):

Alter: Stadt/Land:

Geschlecht: Grundberuf:

Berufserfahrung CST in Jahren:



Anamnese KlientIn:

Demografie: Alter:, Geschlecht:, Vorerfahrungen mit Craniosacraler Therapie: nein

Hauptsymptome/-beschwerden: ja

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Therapie:

Anzahl der Behandlungen:, Behandlungszeit in Wochen:

Hauptsächlich angewandte CST Techniken:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. Strukturelle Techniken | <input type="radio"/> 7. Verbale Techniken |
| <input type="radio"/> 2. Somato-emotionale Techniken | <input type="radio"/> 8. Rhythmus-/Stillpoint Techniken |
| <input type="radio"/> 3. Biodynamische Techniken | <input type="radio"/> 9. Weitere: |
| <input type="radio"/> 4. Kardio-vaskuläre Techniken | |
| <input type="radio"/> 5. Viszerale Techniken | |
| <input type="radio"/> 6. Imaginative Techniken | |
| <input type="radio"/> 10. Energetische Techniken | |

Nebenwirkungen der CST/Erstverschlimmerungen: (wenn keine, bitte dies auch angeben)

.....

.....

.....

.....

Parallele Therapien: Medikamente und andere ärztliche/physiotherapeutische Therapien im Behandlungszeitraum (wenn keine, bitte dies auch angeben)

.....

.....

.....

.....

Cranio-Fallstudie | KlientInnen-Formular: Einverständniserklärung

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

die Cranio Post-COVID Studie dient zur Erfassung der Nutzung und Wirkungsweise der Craniosacralen Therapie bei Symptomen nach durchgemachter Corona-Erkrankung. Es soll untersucht werden, bei welchen Symptomen Craniosacrale Therapie angewendet wird und in welchem Ausmaß sich körperliche und psychische Beschwerden beeinflussen lassen. Da es im deutschsprachigen Raum keine systematischen Erhebungen zu Craniosacraler Therapie gibt, tragen Sie wesentlich dazu bei, diese Behandlungsmethode zu erforschen und ihre Anerkennung zu fördern. Die Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Craniosacral Verband Deutschland (CSVD) und der Universität Duisburg-Essen durchgeführt.

Ablauf der Studie:

Sie erhalten insgesamt 2 kurze Fragebögen zu Ihren Beschwerden und der Beeinträchtigung Ihres persönlichen Wohlbefindens – den ersten vor Beginn Ihrer ersten Behandlung mit Craniosacraler Therapie, den zweiten nach Ende des Behandlungszeitraumes, den Sie mit Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin individuell vereinbaren. Bitte füllen Sie beide Fragebögen vollständig aus und machen Sie bei der für Sie zutreffenden Zahl ein Kreuz. Beantworten Sie die Fragen möglichst spontan. Bitte lassen Sie möglichst keine Frage aus, da nur vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden können!

Datenschutz:

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen persönlichen Daten und Daten zu ihrer Krankheitsgeschichte werden streng vertraulich behandelt. Die Speicherung, Auswertung und wissenschaftliche Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse erfolgt unter strikter Beachtung des gesetzlichen Datenschutzes in anonymisierter Form (Ihr Name wird durch einen Code ersetzt). Eine konkrete Zuordnung der Studiendaten zu Ihrer Person ist aufgrund der Verschlüsselung ausgeschlossen. Der Datenschutz bleibt in jedem Fall gewahrt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und setzt Ihre schriftliche Einwilligung voraus. Durch einen Abbruch der Studie oder eine Ablehnung der Teilnahme entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Beim Widerruf Ihrer Einwilligung haben Sie das Recht, die Löschung aller bis dahin gespeicherten Daten zu verlangen. Der Widerruf ist schriftlich zu richten an die Studienkoordinatorin der Universität Duisburg-Essen an untenstehende Adresse. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihren behandelnden Therapeuten oder ihre Therapeutin oder an die Studienkoordinatorin.

Einverständniserklärung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass im Rahmen dieser Studie anonym persönliche Daten erhoben und gespeichert werden. Die Daten werden streng vertraulich und nur zu wissenschaftlichen Zwecken analysiert. Soweit der Bezug zu meiner Person aus den Daten nicht erkennbar ist, gebe ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Verarbeitung der Daten im Rahmen der Studie. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Studiendaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Grundsätze des Datenschutzes beachtet. Alle meine Fragen zur Studie wurden beantwortet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Klientin/des Klienten

KlientInnen-ID: Zur eindeutigen Zuordnung Ihrer Daten unter Gewährleistung der Anonymisierung erstellen Sie bitte Ihren persönlichen Code.

1. Der letzte Buchstabe Ihres Vornamens
2. Der letzte Buchstabe Ihres Nachnamens
4. Die letzte Zahl Ihrer Postleitzahl
5. Die letzte Zahl Ihres Geburtsjahres

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Studienkoordination (für Rückfragen):

Dr. Heidemarie Haller
Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Evang. Kliniken Essen-Mitte,
Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen
Tel.: 0201-17425044
Email: h.haller@kem-med.com

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken



Cranio-Fallstudie: 1. Fragebogen vor Therapie-Beginn

Bitte benennen Sie bis zu drei Symptome/Beschwerden (körperlich oder psychisch), die seit Ihrer Corona-Infektion oder deren Behandlung fortbestehen, neu aufgetreten oder Folge einer bestehenden Grunderkrankung sind, die sich nach der Infektion verschlechtert hat. Bitte geben Sie an, wie lange diese bereits vorliegen und beurteilen Sie die durchschnittliche Stärke der Symptome in der letzten Woche auf einer Skala von 0 = „Symptom nicht vorhanden“ bis 10 = „maximale Symptomstärke“.

Symptom 1: Dauer (in Monaten):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 2: Dauer (in Monaten):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 3: Dauer (in Monaten):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Denken Sie nun an Alltags-/Freizeitaktivitäten (körperlich, sozial oder geistig), deren Ausübung durch Ihre Symptome erschwert bzw. gänzlich eingeschränkt werden und schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Gib es berufliche Aktivitäten, deren Ausübung durch Ihre Symptome erschwert bzw. gänzlich eingeschränkt werden? Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie Ihr allgemeines Wohlbefinden in der letzten Woche bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie erfolgreich, denken Sie, kann die Behandlung mit Craniosacraler Therapie Ihre Beschwerden verringern?

gar nicht erfolgreich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 überaus erfolgreich

Bitte geben Sie abschließend noch einige Daten zu Ihrer Person an:

Alter: Höchster Schulabschluss (Haupt-/Realschule/Abitur/Universität):

Geschlecht: Berufstätigkeit (nicht berufstätig/berufstätig/berentet):

Ich war an COVID erkrankt:

nein

ja → genesen seit (in Monaten):

Mein PCR-Test war positiv:

nein

ja

Ich wurde gegen COVID geimpft:

nein

ja → Anzahl der erhaltenen Impfungen:

→ erhaltene(r) Impfstoff(e):

BioNTech-Pfizer

AstraZeneca

Novavax

Moderna

Johnson & Johnson

sonstiges:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Cranio-Fallstudie: 2. Fragebogen nach Therapie-Ende

Bitte benennen Sie die Symptome/Beschwerden, die Sie auf dem 1. Fragebogen angegeben haben und wegen derer Sie zur Behandlung gekommen sind. Wenn Sie sich nicht mehr genau an die Symptome erinnern, bitten Sie Ihren Therapeuten / Ihre Therapeutin um Hilfe. Beurteilen Sie bitte dann die derzeitige Stärke der Symptome auf einer Skala von 0 = „Symptom nicht vorhanden“ bis 10 = „maximale Symptomstärke“.

Symptom 1:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 2:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 3:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Denken Sie nun an Alltags-/Freizeitaktivitäten (körperlich, sozial oder geistig), deren Ausübung durch Ihre Symptome erschwert bzw. gänzlich eingeschränkt werden und schätzen Sie das aktuelle Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Gib es weiterhin berufliche Aktivitäten, deren Ausübung durch Ihre Symptome erschwert bzw. gänzlich eingeschränkt werden? Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie aktuell Ihr allgemeines Wohlbefinden bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Im Vergleich zu vor der Craniosacralen Therapie, wie würden Sie insgesamt Ihre Beschwerden beschreiben?

<table border="1"><tr><td>+4</td></tr></table>	+4	<table border="1"><tr><td>+3</td></tr></table>	+3	<table border="1"><tr><td>+2</td></tr></table>	+2	<table border="1"><tr><td>+1</td></tr></table>	+1	<table border="1"><tr><td>0</td></tr></table>	0	<table border="1"><tr><td>-1</td></tr></table>	-1
+4											
+3											
+2											
+1											
0											
-1											
kuriert/ geheilt	sehr große Verbesserung	bedeutsame Verbesserung	leichte Verbesserung	keine Veränderung	Verschlech- terung						

Haben Sie Nebenwirkungen der Craniosacralen Therapie beobachtet?

- nein
 ja →
-

Haben Sie andere Therapien und/oder Medikamente im Verlauf der Craniosacralen Therapie zur Behandlung Ihrer Beschwerden eingesetzt?

- nein
 ja →
-

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!