



8. Reha-Symposium

Rehabilitation und Teilhabe Partizipative Ansätze in Forschung und Praxis

14.-15. November 2013

Augsburg

Deutsche Rentenversicherung Schwaben

◆ Poster-Abstracts ◆

Nr.	Erstautor/in	Titel
1	Maria Garbrecht	Soll mein Arzt die Entscheidung treffen, ich selbst oder wir beide zusammen? Kontrollpräferenztypen bei chronischen Rückenschmerzpatienten in einem speziellen Zielvereinbarungssetting während einer stationären Rehabilitation
2	Michael Schellenberger	Wirksamkeit von Nachsorgemaßnahmen in Hinblick auf die Schmerzreduktion bei Anwendung von IRENA und EvoCare
3	Philipp Martius	Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) – Entwicklung und Evaluation eines auf den Nachsorgebedarf abgestimmten differenziellen Nachsorgekonzeptes für die psychosomatische Rehabilitation
4	Johanna Wenig	Tabakentwöhnung in bayerischen Reha-Kliniken – Ergebnisse einer 12-Monats-Katamnese
5	Reinhart Schüppel	„Fit for Job“ - ja klar. Aber wie sieht's aus mit „unfit ohne Job?“ Ergebnisse aus der Einjahres-Katamnese Sucht
6	Günther Baumeister	Auswirkungen eines Trainingsprogramms im Rahmen einer dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme bei Patienten mit einer Knie-Totalendoprothese auf die Zielgrößen Koordination und Kraft – eine Pilotstudie
7	Silke Wingart	Ist ein doppelter 6-Minuten-Gehtest im Rahmen des Routine-Assessments der pneumologischen Reha bei COPD-Patienten erforderlich?

Nr.	Erstautor/in	Titel
8	Danijel Jelusic	Wie ändert sich der BODE-(Überlebensprognose-)Index bei COPD-Patienten nach stationärer pneumologischer Rehabilitation?
9	Danijel Jelusic	Unterscheiden sich die Kurzzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD zwischen Heilverfahrens- und AHB-Patienten?
10	Danijel Jelusic	Gibt es Gender-spezifische Unterschiede bei den Kurzzeitergebnissen der pneumologischen Rehabilitation bei COPD?
11	Andrea Reusch	PACED – Entwicklung und Evaluation stationärer und ambulanter Schulungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Soll mein Arzt die Entscheidung treffen, ich selbst oder wir beide zusammen? Kontrollpräferenztypen bei chronischen Rückenschmerzpatienten in einem speziellen Zielvereinbarungssetting während einer stationären Rehabilitation

M. Garbrecht¹, Dr. S. Dibbel² und Dr. M. Glattacker¹

¹Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

²Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Hintergrund: Patienten haben in medizinischen Entscheidungssituationen unterschiedliche Präferenzen sich einzubringen. Sie lassen sich in aktive, partizipative und passive Kontrollpräferenztypen einteilen (Degner & Sloan, 1992). Bisherige Untersuchungen zu Kontrollpräferenztypen stammen vorwiegend aus der Onkologie und Altersforschung. Es zeigt sich, dass Krebspatienten, Ältere und Bildungsschwache eher passive Kontrollpräferenzen haben und die Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen lieber dem Arzt überlassen (Davison & Breckon, 2012). Unseres Wissens gibt es bislang keine Untersuchungen aus dem Bereich Orthopädie.

Fragestellung: 1. Wie verteilen sich Kontrollpräferenztypen bei chronischen Rückenschmerzpatienten? 2. Lassen sich in der Literatur berichtete Zusammenhänge mit dem Alter, der Bildung und dem Geschlecht replizieren? 3. Beeinflussen die Kontrollpräferenzen die Zufriedenheit mit den vereinbarten Zielen in einem speziellen Zielvereinbarungssetting?

Methode: Im Rahmen eines Projekts zu partizipativen Zielvereinbarungen (ParZivar) wurden 254 chronische Rückenschmerzpatienten zu Reha-Beginn und -Ende untersucht. Neben der Ergebnisgröße Zufriedenheit mit den Zielvereinbarungen (Einzelitem: „Wie zufrieden sind Sie mit den Reha-Zielen, die Ihr Arzt mit Ihnen vereinbart hat?“) wurde mittels der Kontrollpräferenzskala von Degner und Sloan (1992) die Kontrollpräferenz untersucht. Die Kontrollgruppe (N = 111) wurde unter üblichen Bedingungen rehabilitiert. Die Behandler der Interventionsgruppe (N = 143) erhielten ein Training zu partizipativen Zielvereinbarungen, welche sie zusätzlich zum üblichen Vorgehen durchführen sollten. Die statistischen Analysen beruhen auf deskriptiven Analysen, Varianzanalysen, Chi²-Tests und t-Tests.

Ergebnisse: Zu Reha-Beginn haben, ausgehend von der Gesamtstichprobe, 12,6% aktive Kontrollpräferenzen, 26,4% passive und 42,5% partizipative. Bezüglich Alter ($F[2,206] = 0.234, p = .792$), Schulbildung ($\chi^2[3,196] = 4.235, p = .237$) und Geschlecht ($\chi^2[2,207] = 4.27, p = .118$) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Kontrollpräferenzen. Der Interaktionseffekt aus Kontrollpräferenz und Zugehörigkeit zu Kontroll- oder Interventionsgruppe im Hinblick auf die Zufriedenheit mit vereinbarten Zielen wird nicht signifikant ($F[2,159] = 2.214, p = .113$). Deskriptiv sind die partizipativen Kontrollpräferenztypen ($M = 1.89$) der Interventionsgruppe zufriedener mit den vereinbarten Zielen als die passiven ($M = 1.77$) und aktiven ($M = 1.75$). Anders verhält es sich in der Kontrollgruppe ($M_{partizipativ} = 1.77; M_{aktiv} = 1.88; M_{passiv} = 2.28$).

Diskussion: Der Großteil der chronischen Rückenschmerzpatienten präferiert ein partizipatives, also gemeinsames Vorgehen beim Entscheiden über Behandlungsmaßnahmen. In der Literatur berichtete Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen können in unserer Untersuchung nicht repliziert werden. Partizipative Kontrollpräferenztypen sind in einem partizipativen Zielvereinbarungssetting auf deskriptiver Ebene gegenüber den passiven und aktiven zufriedener mit vereinbarten Zielen. Die Gruppenunterschiede zwischen den Kontrollpräferenztypen der Interventions- und Kontrollgruppe im Hinblick auf die Zufriedenheit werden jedoch nicht signifikant. Wir vermuten bezüglich des Verfehlens des Signifikanzniveaus einen methodischen Effekt, da die Zellenbesetzung unterschiedlich und teils sehr gering ausfiel. Ausblickend werden Analysen zur unterschiedlichen Wahrnehmung der Arzt-Patient-Interaktion zwischen den Kontrollpräferenztypen folgen.

Literatur:

- Davison, B. J., & Breckon, E. N. (2012). Impact of health information-seeking behavior and personal factors on preferred role in treatment decision making in men with newly diagnosed prostate cancer. *Cancer nursing, 35*(6), 411–418.
- Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1992). Decision-Making During Serious Illness - What Role do Patients Really Want to Play. *Journal of Clinical Epidemiology, 45*(9), 941–950.

Korrespondenz: Maria Garbrecht, M.Sc. Psych; Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Engelbergerstr. 41, 79106 Freiburg; Email: maria.garbrecht@uniklinik-freiburg.de

Wirksamkeit von Nachsorgemaßnahmen in Hinblick auf die Schmerzreduktion bei Anwendung von IRENA und EvoCare

Michael Schellenberger¹, Sebastian Hilke², Wilfried Schupp³, Wolfgang Beyer⁴

¹EvoCare Telemedizin ECT eG, ²Bayerische TelemedAllianz, ³m&i Fachklinik Herzogenaurach, ⁴Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

Nachsorgekonzepte der Deutschen Rentenversicherung im orthopädischen Bereich bieten eine Möglichkeit, die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu sichern. Das Ziel der Nachsorge ist eine Frühberentung auszuschließen oder weitgehend einzuschränken, indem der erreichte physiologische Gesundheitszustand der Versicherten erhalten und verbessert wird. Die klassische Intensivierte Rehabilitationsnach-sorge – kurz IRENA – und die teletherapeutische Nachsorge EvoCare werden in diesem Studienabschnitt auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die subjektive Schmerzreduktion der Studienteilnehmer durchleuchtet.

Die Zuordnung der einzelnen Studienteilnehmer in eine der Gruppen wurde durch die jeweilige Präferenz der Teilnehmer durchgeführt. In beiden Fällen musste eine orthopädische Indikation und eine positive Erwerbsprognose vorliegen. Studienteilnehmer der ersten Gruppe nahmen an der klassischen IRENA teil, die in einer zugelassenen, ambulanten Einrichtung auf 24 Therapieeinheiten, und eine maximale Dauer von 6 Monate begrenzt war. Die zweite Teilnehmergruppe führte die EvoCare-Nachsorge während der Behandlungszeit von 6 Wochen zu Hause durch, wobei die Teilnehmer durchgehend mittels Teletherapie von Therapeuten betreut wurden. Die Teilnehmer dieser Gruppe sollten ebenfalls 24 Therapieeinheiten durchführen.

Für die Aufnahme des subjektiven Schmerzempfindens wurden die Teilnehmer mit einem modifizierten Schmerzfragebogen nach von Korff befragt. Die an der Studie teilnehmenden Patienten haben zum Entlassungszeitpunkt t_1 aus der stationären Rehabilitation, zum Zeitpunkt t_2 nach Abschluss der IRENA respektive EvoCare-Maßnahme und zum Zeitpunkt t_3 (sechs Monate nach der Maßnahme) diesen Fragebogen ausgefüllt.

Der Prä-Post-Vergleich hat ergeben, dass sich das durch den modifizierten Schmerzfragebogen nach von Korff durchschnittliche Schmerzniveau in beiden Gruppen signifikant verringert. Die IRENA-Gruppe wies zum Zeitpunkt t_1 ein mittleres Schmerzniveau von 5,33 und zum Zeitpunkt t_2 von 3,34 auf. Das durchschnittliche Schmerzniveau lag bei den Befragten der EvoCare-Gruppe zum Zeitpunkt t_1 im Schnitt bei 5,57 zum Zeitpunkt t_2 bei 3,44. Die Änderung des Schmerzniveaus zwischen den Zeitpunkten t_1 und t_2 lag bei der IRENA-Gruppe bei -1,99 und der EvoCare-Gruppe bei -2,13. Die Änderung des Schmerzniveaus zwischen den Zeitpunkten t_1 und t_3 lag bei der IRENA-Gruppe bei -2,02 und der EvoCare-Gruppe bei -1,69.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass zwischen den Nachsorgekonzepten hinsichtlich der Schmerzreduktion kein Unterschied vorhanden ist und eine supervidierte, teletherapeutische Anwendung mit einem klassischen Nachsorgekonzept gleichgestellt werden kann.

Korrespondenzadresse

Michael Schellenberger

EvoCare Telemedizin ECT eG – Muggenhofer Str. 136 – 90429 Nürnberg

E-Mail: michael.schellenberger@evocare.de

**Zielorientierte Individuelle Nachsorge (ZINA) –
Entwicklung und Evaluation eines auf den Nachsorgebedarf abgestimmten
differenziellen Nachsorgekonzeptes für die psychosomatische Rehabilitation**

Ph. Martius¹, I. Angenendt-Fischhold¹, A. Orban¹, N. Ammelburg², S. Fahrenkrog², K. Spyra²

¹Klinik Höhenried gGmbH der DRV Bayern Süd, ²Charité Universitätsmedizin-Berlin

Hintergrund und Inhalt der Studie: Qualifizierte Nachsorgeangebote sichern nachweislich die Erfolge der stationären medizinischen Rehabilitation. Allerdings werden gruppenorientierte Nachsorgekonzepte alleine den unterschiedlichen Bedarfen der Versicherten nicht ausreichend gerecht.

Daher wurde ein Forschungsvorhaben entwickelt, das (1) entlang den Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) Gruppen von Versicherten mit unterschiedlich (intensivem) Bedarf an Nachsorge identifizieren und (2) den Erfolg einer individuell gestalteten Nachsorge untersuchen soll. Das Projekt wird von der DRV Bayern Süd über einen Zeitraum von 3 Jahren gefördert.

Fragestellung: (1) Können durch ein am differenziellen Nachsorgebedarf orientiertes Nachsorgeprogramm die Effekte der Reha-Behandlung im Vergleich zur bisherigen Versorgungspraxis verstetigt werden? (2) Lassen sich mittels eines Rehabilitandenfragebogens die somato-psychosozialen Nachsorgebedarfe systematisch erfassen und in RMK gewichten, so dass eine begründete Empfehlung zu unterschiedlichen Formen der Nachsorge erfolgen kann?

Studiendesign: Als Vorgehensweise wurde ein sequenzielles Kontrollgruppendesign gewählt. Es gibt zwei Erhebungsphasen mit je drei Erhebungszeitpunkten (T0-T2) mit einer umfangreichen Testbatterie (Selbst- und Fremdratings) an jeweils 500 Probanden. In der (ersten) Erhebungsphase wird der Nachsorge-Bedarf ermittelt. In der (zweiten) Interventionsphase erhalten die Versicherten ein auf ihren Bedarf zugeschnittenes Nachsorge-Angebot (u.a. Gruppennachsorge modifiziert nach dem Hannover-Curriculum, Individuelle Psychosoziale Nachsorge). Prä-Post-Erhebungen und 6-Monats-Katamnesen dienen der Evaluation des Programms.

Aktueller Projektstand: Die Studie befindet sich in der fortgeschrittenen 1. Erhebungsphase (Erhebung der Kontrollgruppe). Aktuell konnte eine Rücklaufquote der Fragebögen bei T0 von 69,71% (214/307) realisiert werden, der Rücklauf für T1 beträgt bisher 80,13% (121/151) (Stand 15.10.2013). Mit Aussagen zu den RMK ist im Mai 2014 zu rechnen.

Kooperationsadressen:

Klinik Höhenried gGmbH
Abteilung Psychosomatik
82347 Bernried

Charité Universitätsmedizin Berlin /CCM
Institut für Medizinische Soziologie
Abteilung Rehabilitationsforschung
Luisenstraße 13a
10098 Berlin

Tabakentwöhnung in bayerischen Reha-Kliniken – Ergebnisse einer 12-Monats-Katamnese

Johanna Wenig & Christoph Kröger

IFT Gesundheitsförderung, München

Hintergrund: Obwohl der weitreichende gesundheitliche Nutzen der Tabakentwöhnung gut belegt ist, wird sie noch nicht in allen Rehabilitationseinrichtungen umfassend umgesetzt. Das Gruppenprogramm „Rauchfrei nach Hause!?“ wurde speziell für die Anforderungen der stationären Rehabilitation entwickelt. In einem durch das bayerische Gesundheitsministerium geförderten Projekt wurde das Programm an bayerischen Rehabilitationskliniken eingeführt. Eine begleitende Studie evaluiert die Erfolgsraten des Programms bei Reha-Ende und 12 Monate später.

Methode: Mitarbeiter aus 13 bayerischen somatischen und psychosomatischen Reha-Kliniken wurden als Kursleiter geschult und bei der Implementierung und Durchführung des Programms betreut. 10 Einrichtungen beteiligten sich an der Datenerhebung. Rauchende Patienten in den Kliniken wurden zu Beginn und am Ende ihres stationären Aufenthalts schriftlich und 12 Monate später telefonisch zu ihrem Rauchverhalten befragt. Von 456 im Erhebungszeitraum aufgenommenen Rauchern willigten 204 in die Teilnahme an der Katamnese studie ein. 141 davon nahmen am Kurs „Rauchfrei nach Hause!?“ teil. Von den Kursteilnehmern erklärten sich 59 (41,8%) durch das „Rauchfrei-Fax“ bereit, von der „HelpLine Bayern“ telefonisch nachbetreut zu werden. Die Hälfte davon erhielt direkt im Anschluss an die Reha bis zu drei Nachbetreuungsanrufe. Die andere Hälfte bildete die Kontrollgruppe.

Resultate: 73,5% beteiligten sich an der Befragung bei Reha-Ende, 62,3% konnten nach 12 Monaten telefonisch befragt werden. Einen Rauchstopp während der Reha machten 42,4% der Teilnehmer. Die Abstinenzquote unter Kursteilnehmern betrug bei Reha-Ende 18,4% und nach 12 Monaten 14,8% (Intention-to-treat-Analyse, ITT). Unter den telefonisch nachbetreuten Teilnehmern beträgt die Erfolgsrate nach 12 Monaten 30,0%, in der Kontrollgruppe 16,7% (ITT).

Schlussfolgerung: Das Programm „Rauchfrei nach Hause!?“ ist in Rehabilitationskliniken umsetzbar und bietet eine wirksame Unterstützung für Raucher. Eine telefonische Nachsorge stellt eine hilfreiche Ergänzung zu einem Gruppenprogramm dar, da sie die Abstinenzwahrscheinlichkeit deutlich erhöht. Die Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Rauchertelefonen sollte daher verbessert und die Inanspruchnahme von Nachbetreuungsangeboten unter rauchenden Patienten erhöht werden.

Kontakt:

Johanna Wenig, Dipl.Psych,
IFT Gesundheitsförderung
Montsalvatstraße 14
80804 München
E-Mail: wenig@ift.de

„Fit for Job“ - ja klar. Aber wie sieht's aus mit „unfit ohne Job?“ Ergebnisse aus der Einjahres-Katamnese Sucht

Schüppel, R.¹ & Bachmeier, R.²

¹Fachklinik Furth im Wald, Furth im Wald, ²Johannesbad Holding, Bad Füssing

Hintergrund

Die Entwöhnungsbehandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit führt in einem hohen Prozentsatz in der Folgezeit zu Beitragszahlungen der Rehabilitanden an die Rentenversicherungen. Für Männer und Frauen ist dies in über 90% auch zwei Jahre nach abgeschlossener stationärer Sucht-Reha der Fall (RSD 2012). Allerdings kann das auch bedeuten dass - vor allem die lückenhaften Zahler - gar keine Arbeit haben, da die Beiträge von anderen Sozialleistungsträgern entrichtet werden. Wie sieht es nun mit deren Reha-Ergebnissen aus?

Methode

Auf der Basis der Einjahres-Katamnesedaten der Fachklinik Furth im Wald, durchgeführt nach den Standards des Fachverband Sucht (Missel et al. 2013), wurden folgende Rehabilitanden in einem retrospektiven Design untersucht: alle Entlassungen im Jahr 2011 nach stationärer Entwöhnung, Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2), Kostenträgerschaft Deutsche Rentenversicherung (DRV).

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe: n=675, 79,9% Männer, Durchschnittsalter 42,9 Jahre. 48,6% lebten in einer festen Partnerschaft, 53,2% waren zu Beginn der Reha arbeitslos. Die Dauer der Abhängigkeit betrug 14,3 Jahre, für 61,9% war es die erste Entwöhnung, nach durchschnittlich 3,1 Entgiftungen, 83,7% der Maßnahmen wurde planmäßig nach durchschnittlich 94,5 Tagen abgeschlossen. Die Erfolgsquoten waren 73,8% (DGSS3) bzw. 42,3% (DGSS4).

Rehabilitanden mit und ohne Arbeitsplatz unterschieden sich nur geringfügig hinsichtlich Geschlecht, höchstem Schulabschluss sowie Dauer der Abhängigkeit bzw. Behandlung. Arbeitslose waren jünger, hatten seltener feste Beziehungen, mehr Vorbehandlungen, geringere Entlassungskategorien regulär/planmäßig und insgesamt schlechtere Erfolgsquoten: 67,8% vs. 80,2% (DGSS3) bzw. 32,3% vs. 59,6% (DGSS4) im Vergleich.

Diskussion

Aufgrund des explorativen Ansatzes sind nur hypothesengenerierende Aussagen möglich. Zwei Befunde fallen besonders auf: Die Abstinenzquoten arbeitsloser Rehabilitanden sind deutlich schlechter als die von Menschen in Arbeit. Erstere sind aber genau so lang in stationärer Therapie wie letztere. Damit bestätigen sich Ergebnisse aus anderen Samples (Henkel und Grünbeck 2005). Prospektiv wäre nun zu prüfen, ob die inhaltliche Differenzierung der Suchtrehabilitation, z. B. über Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM), die Ergebnisse bei arbeitslosen Rehabilitanden verbessern hilft. Darüber hinaus ist bleibt die Bedeutung intervenierender Variablen zu klären (z. B. Partnerstatus).

Literatur

Henkel, D., Grünbeck, P. (2005) Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherungen. Suchttherapie 6: 155-164.

Missel, P. et al. (2013) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell Heft 1: 13-25

RSD Reha-Statistik-Datenbasis (2012) Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2008 für Suchterkrankungen. www.deutsche-rentenversicherung.de

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Reinhart Schüppel, Fachklinik Furth im Wald, Eichertweg 37, 93437 Furth im Wald, reinhart.schueppel@fachklinik-furth.de

Auswirkungen eines Trainingsprogramms im Rahmen einer dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme bei Patienten mit einer Knie-Totalendoprothese auf die Zielgrößen Koordination und Kraft – eine Pilotstudie

Günther Baumeister, MSc

Gesundheitszentrum ProVita Augsburg

Nach einer Kniegelenkersatzoperation bestehen – neben einer anfänglich eingeschränkten Gelenkbeweglichkeit – häufig Defizite in den Bereichen Kraft, Ausdauer und Koordination, die zu Unsicherheiten beim Gehen und auch zu einem erhöhten Sturzrisiko beitragen können. Innerhalb der in Deutschland üblichen drei bis vier Wochen Verweildauer in einer ambulanten oder stationären orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme ist jedoch kein wesentlicher Muskelaufbau durch Training zu erwarten. Medizinische Trainingstherapie mit vermehrt sensomotorischen Inhalten verspricht hier kurzfristig bessere Reha-Ergebnisse, ist aber noch nicht hinreichend evaluiert. Ziel dieser explorativen Untersuchung war es deshalb festzustellen, ob sich bei einem zusätzlichen Training mit vermehrt sensomotorischen Inhalten bei Rehabilitanden nach bikondylärem Oberflächenersatz am Kniegelenk bessere Ergebnisse hinsichtlich der koordinativen Leistung und der Muskelkraft zeigen als bei einem ausschließlich auf Funktion, Kraft und Ausdauer ausgelegten Training.

In die Pilotstudie eingeschlossen wurden 23 erwachsene Rehabilitanden nach bikondylärem Oberflächenersatz am Kniegelenk, deren Implantation bis zu zwei Monate vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme lag, mit weitgehend komplikationslosem Verlauf und gegebener Vollbelastung für das betroffene Bein. Die in Betracht kommenden Patienten wurden von April bis Dezember 2012 konsekutiv aus den zugewiesenen Patienten ermittelt und nach Einverständniserklärung per Zufall zwei Gruppen zugeordnet: Einer Interventionsgruppe, die zusätzlich zu einer multimodalen Standardtherapie ein spezielles Koordinationstraining absolvierte und einer Kontrollgruppe, die nur mit konventioneller multimodaler Therapie behandelt wurde. Die Untersuchung der Patienten erfolgte zu Rehabilitationsbeginn und am Ende der dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme.

Vollständige Datensätze von allen 23 Probanden gingen in die Auswertung ein. Die Studiengruppen erwiesen sich als gut vergleichbar und unterschieden sich hinsichtlich der zentralen soziodemographischen Merkmale nicht bedeutsam voneinander. Die Koordinationsfähigkeit nahm in beiden Gruppen deutlich zu. Im Gruppenvergleich zeigte sich ein größerer Zuwachs für die Interventionsgruppe der jedoch keine statistische Signifikanz erreichte ($p = 0,080$ im Kolmogorov-Smirnov-Test). Bezogen auf die Standardabweichung der Kontrollgruppe ergab sich eine Effektstärke von 0,89. Die Kraft im betroffenen Bein nahm ebenfalls in beiden Gruppen zu, es zeigten sich jedoch kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. In den sekundären Zielgrößen Bewegungsmaß im Functional-Reach-Test sowie Standzeiten im Tandem- und Einbeinstand zeigten sich tendenzielle Vorteile zugunsten der Interventionsgruppe. Unerwünschte Ereignisse oder Nebenwirkungen mit wahrscheinlicher Beziehung zum sensomotorischen Training traten während der Studie nicht auf.

Die Pilotstudie zeigt, dass ein sensomotorisches Training gut toleriert wird, sicher ist, mit relativ einfachen Mitteln durchgeführt werden kann und das Potential hat, den negativen Begleiterscheinungen, die ein Kniegelenkersatz mit sich bringt, entgegen zu wirken. Der Nachweis einer statistisch signifikant verbesserten Wirksamkeit gegenüber der klassischen Trainingstherapie konnte anhand der untersuchten kleinen Stichprobe jedoch noch nicht erbracht werden und muss weiteren Studien vorbehalten bleiben.

Kontakt: guenther.baumeister@gesundheitszentrum-provita.de

Ist ein doppelter 6-Minuten-Gehtest im Rahmen des Routine-Assessments der pneumologischen Reha bei COPD-Patienten erforderlich?

Silke Wingart¹, Benjamin Krämer¹, Veronika Huber¹, Sebastian Fuchs¹, Michael Wittmann¹,
Danijel Jelusic¹, Michael Schuler² und Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie

²Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund: Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist zwischenzeitlich die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al., 2012). Eine der besten Prädiktoren der Überlebensprognose und der weiteren Morbidität ist die sog. 6-Minuten-Gehstrecke (six minute walk distance = 6MWD), die mittels 6-Minuten-Gehtest (6-MGT) ermittelt wird. Eine Verbesserung der 6-MWD nach Rehabilitation ist bei COPD-Patienten mit einer besseren Überlebensprognose assoziiert. Zudem ist die 6-MWD im Rahmen der Rehabilitation eine wichtige Grundlage einer gezielten Steuerung der notwendigen Trainingsintensität. Der 6-MGT ist daher eine zentrale diagnostische Maßnahme im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation. Die Durchführung des 6-MGT ist durch eine eigene Leitlinie der American Thoracic Society (ATS) standardisiert (ATS 2002). Der Personalzeitbedarf pro 6-MGT beträgt ca. 12 Min. pro Test, an der Klinik Bad Reichenhall werden pro Jahr über 1000 6-MGT durchgeführt. In der Literatur wird in den letzten Jahren zunehmend ein 2. Gehtests zu Beginn und Ende der Rehabilitation zur Minimierung von Lerneffekten gefordert (Hernandes et al., 2011, Chandra et al., 2012). Dabei soll der jeweils bessere Test als Grundlage für die Beurteilung der Besserung der 6MWD nach Reha herangezogen werden soll. Dies würde in der Routine einen erheblichen personellen Mehraufwand erfordern. Ziel der Untersuchung war es daher prospektiv zu prüfen ob und wie deutlich sich die Ergebnisse bei einem „doppelten Gehtest“ von der einmaligen Durchführung unterscheiden.

Methode: Bei 191 konsekutiven COPD-Rehabilitanden der Schweregrad 2-4 erfolgten zu Beginn (t0) und Ende (t1) der Rehabilitation jeweils 2 Gehtests im Abstand von einer Stunde.

Ergebnisse: In Tabelle 1 sind die Ergebnisse dieser „doppelten“ 6-MGT dargestellt. Die mittlere Verbesserung der 6MWD zu T1 betrug 79,0 m, wenn der jeweils bessere Test zu T0 und T1 zugrundegelegt wurde und 79,9 m, wenn jeweils der erste Test berücksichtigt werde (Pearson-Korrelationsindex zu T0 r = 0,96, zu T1 r = 0,97; Abb. 1). Zu T0 fand sich aber bei 22,5% der Patienten eine Differenz der 6MWD von >10% zwischen den beiden Gehtests, zu T1 in 13,6%.

T0 (Reha-Beginn)	MW(±SD)	T1 (Reha-Ende)		Δ T0 → T1
6MWD[m] (Test 1)	421,1	6MWD Test 1	501,0	79,9
6MWD (Test 2)	433,7	6MWD (Test 2)	514,7	81,0
6MWD (bester Test)	440,5	6MWD (bester Test)	519,5	79,0

Tabelle 1: 6MGT zu T0 und T1 (erster, zweiter und jeweils bester Test)

Diskussion: Ein doppelter Gehtest mit Zugrundelegen des jeweils besten Wertes zeigt im Mittel bezüglich der Änderung der 6MWD nach Reha keine anderen Ergebnisse als ein einmaliger 6-MGT. Im Einzelfall fanden sich aber zum Teil deutliche Unterschiede zwischen beiden Gehtests. So divergierten die 6MWD zu T0 bei fast einem Viertel der Patienten um mindestens 10%, wobei diese Unterschiede aber zu T1 geringer werden. In einer Folgeuntersuchung wird derzeit geprüft, ob erfahrene Mitarbeiter voraussagen können, bei welchen Patienten der 2. Gehtest > 10% vom ersten divergieren wird. Insgesamt kann aber die mittlere Verbesserung des 6MWD bei fast 200 konsekutiven COPD-Rehabilitanden um ca. 80 Meter als ausgesprochen guter und klinisch relevanter Reha-Effekt gewertet werden.

Literatur

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095-128
- ATS statement: Guidelines for the six-minute walk test. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 Jul 1;166:111-7
- Hernandes NA, Wouters EF, Meijer K, Annegarn J, Pitta F, Spruit MA. Reproducibility of 6-minute walking test in patients with COPD. *Eur Respir J*. 2011 Aug;38(2):261-7
- Chandra D, Wise RA, Kulkarni HS, Benzo RP, Criner G, Make B, Slivka WA, Ries AL, Reilly JJ, Martinez FJ, Sciurba FC; NETT Research Group. Optimizing the 6-min walk test as a measure of exercise capacity in COPD. *Chest*. 2012 Dec;142(6):1545-52.

Wie ändert sich der BODE-(Überlebensprognose-)Index bei COPD-Patienten nach stationärer pneumologischer Rehabilitation?

Danijel Jelusic¹, Michael Wittmann¹, Michael Schuler² und Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie

²Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund: Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist zwischenzeitlich die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al., 2012). Wichtige negative Prognoseparameter sind u.a. Einschränkungen der Lungenfunktion und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Pinto-Plata et al., 2004), der Grad der Atemnot (Nishimura et al., 2002) und ein Gewichtsverlust. Als verlässlichster Prognose-Parameter hat sich international ein aus diesen Parametern zusammengesetzter Prognose-Score erwiesen, der sog. BODE-Index. In diesen Score gehen der BMI (Body-Mass Index), der Grad der bronchialen Obstruktion (FEV1 in % des Sollwertes), das Ausmaß der Atemnot (Dyspnoe; mod. MRC-Dyspnoe-Scale) und die 6-min walk distance (6-MWD) für die körperliche Belastbarkeit (= Exercise Capacity) ein (Celli et al., 2004). Der Score reicht von 0 - 10 Punkten, je höher der Wert für den einzelnen Patienten, desto höher ist das Letalitäts-Risiko. Dabei werden 4 „BODE-Quartile“ (Q I-IV) unterschieden (Q I = 0-2 Pkt., Q II = 3-4 Pkt., Q III = 5-6 Pkt., Q IV = 7-10 Pkt.). Eine mit der Abnahme des BODE-Scores verbesserte Überlebensprognose ist bei COPD-Patienten nach 8- und mehrwöchigen Reha-Programmen belegt (Cote und Celli, 2006). Ob und welche Effekte nach einer nur 3-wöchigen stationären Rehabilitation, wie in Deutschland üblich, zu erreichen sind ist bisher nicht bekannt.

Methode: Bei 195 konsekutiven Reha-Patienten (Schweregrad GOLD 2-4, mittleres Alter 57,2 Jahre, 63,6% ♂, Ø FEV1 49,9 % des Sollwertes) wurde der BODE-Index zu T0 (Reha-Beginn) und T1 (Entlassung) ermittelt.

Ergebnisse: Bei 97 Patienten (51,3%) kam es zu einer Verbesserung (= Abnahme) des BODE-Index, bei 82 (42%) blieb er unverändert und bei 13 (6,7%) verschlechterte er sich. Im Mittel verbesserte sich der BODE-Index zu T1 um 0,79 Punkte (entspricht einer mittleren Effektstärke von 0.68). Bei 60 Pat. (30,8%) führte dies zu einem Wechsel in ein prognostisch günstigeres „BODE-Quartil“ (20 Pat. Quartil II→I, 8 Pat. QIII→I, 16 Pat. QIII→II, 4 Pat. QIV →II, 12 Pat. QIV →III).

	T0	T1	Signifikanz	SRM*
Bode (MW ± SD)	3,56±2,26	2,77±1,99	p = 0,001	-0.68

* Effektstärke (Standardized Response Mean = Differenzwert zwischen T1 und T0, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen)
Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Diskussion: Unseres Wissens erstmals konnte eine signifikante und Prognose-relevante Besserung des BODE-Index bei COPD-Patienten nach nur 3 Wochen stationärer Reha nachgewiesen werden. Die Größenordnung der mittleren Verbesserung entspricht fast dem von Cote und Celli 2005 mitgeteilten Ergebnisse für achtwöchige ambulante Reha-Programme.

Literatur:

Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2095-128

Pinto-Plata VM, Cote C, Cabral H, Taylor J, Celli BR. The 6-min walk distance: change over time and value as a predictor of survival in severe COPD. Eur Respir J. 2004 Jan;23(1):28-33.

Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. Chest 2002;121:1434-40.

Cote CG, Celli BR. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. Eur Respir J. 2005 Oct;26(4):630-6.

Korrespondenz: Dr. Danijel Jelusic, Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8-10, 83435 Bad Reichenhall, E-Mail: danijel.jelusic@klini-bad-reichenhall.de

Unterscheiden sich die Kurzzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD zwischen Heilverfahrens- und AHB-Patienten?

Danijel Jelusic¹, Michael Wittmann¹, Michael Schuler² und Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie

²Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund: Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist zwischenzeitlich die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al. 2012). Insbesondere Patienten die wegen einer akuten Exazerbation ihrer COPD (AECOPD) akutstationär behandelt werden müssen haben eine ausgesprochen schlechte Langzeitüberlebensprognose [Suissa et al. 2012]. In einem aktuellen Cochrane-Review konnte gezeigt werden, dass durch eine Rehabilitation direkt nach krankenhauspflichtiger AECOPD die Letalität (NNT = „Number Needed to Treat“ = 6) und die Rehospitalisierungsrate (NNT = 4) gesenkt werden können (Puhan et al. 2011). In Deutschland werden aber, ungeachtet der Evidenzlage, weniger als 10% dieser Hochrisikopatienten einer Anschluss-Rehabilitation zugeführt. Vor diesem Hintergrund sowie der sehr überzeugenden Datenlage und den begrenzten Mitteln könnte die Frage diskutiert werden, ob es nicht sinnvoll wäre, die Mittel der Rehabilitation primär auf AECOPD-Patienten zu konzentrieren/zu beschränken. Umgekehrt ist aber bekannt, dass entgegen den Empfehlungen u.a. der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD, auch nur ein kleiner Bruchteil der leitliniengemäß indizierten COPD-Patienten mit „stabiler COPD“ einem Antrags-HV zugeführt wird. Daten zur Effektivität der pneumologischen Anschluss-Rehabilitation in Deutschland sind publiziert (Schultz et al. 2006). Bisher gibt es aus Deutschland aber keine systematische Untersuchung, ob sich die Ergebnisse einer stationären pneumologischen Rehabilitation bei Patienten einer Anschluss-Rehabilitation (AHB) nach krankenhauspflichtiger AECOPD von jenen der Heilverfahrenspatienten (HV) mit „stabiler COPD“ unterscheiden.

Methode: Bei 181 konsekutiven COPD-Patienten wurden folgende Parameter zu Reha-Beginn (T0) und -Ende (T1) erhoben und bzgl. AHB- und HV-Patienten verglichen: 6MWD (6-Min-Gehstrecke), MMRC (mod. MRC-Dyspnoe-Skala), TDI (Transition Dyspnea Index), CAT (COPD Assessment Test), CCQ (Clinical COPD Questionnaire) und SGRQ-Summenscore (St George's Respiratory Questionnaire).

Ergebnisse: *Baseline:* Die AHB-Patienten wiesen zu T0 eine signifikant schlechtere Lungenfunktion (FEV₁, p= 0.007) und eine geringere 6-MWD (p=0,05) auf. *Veränderungen T0 → T1:* In beiden Gruppen fanden sich bei allen Outcomes zu T1 fast durchgängig mittelstarke positive Effekte, die Verbesserung der 6MWD kann als starker Effekt gewertet werden. Im Intergruppenvergleich fand sich bei keinem der Outcomes ein signifikanter Unterschied. Die Intergruppenvergleiche erfolgten mittels T-Test.

		T0 (MW±SD)	T1	Δ(MW)	p	SRM*
HV-Patienten n = 124 Ø Alter 56,5 J. Ø FEV ₁ 52,1 % SW Männer 61,3%	6MWD	436,8±100,2	516,3±105,1	79,5	< 0,0001	1,4
	TDI	--	3,87±3,53		--	
	MMRC	2,65±1,22	2,33±1,32	-0,32	< 0,0001	-0,4
	CCQ	3,02±1,09	2,42±1,09	-0,60	< 0,0001	-0,7
	CAT	21,48±7,03	17,82±6,7	-3,66	< 0,0001	-0,7
	SGRQ sum.	51,3±16,5	42,7±17,1	-8,6	< 0,0001	-0,8
AHB-Patienten n= 57 Ø Alter 58,6 J. Ø FEV ₁ 48,4 % SW Männer 54,4%	6MWD	401,4±111,5	480,8±95,1	79,4	< 0,0001	1,6
	TDI	--	5,16±3,15		--	
	MMRC	2,57±1,21	2,09±1,27	-0,48	0,0002	-0,5
	CCQ	2,86±1,33	2,26±1,26	-0,60	< 0,0001	-0,6
	CAT	19,36±8,32	16,39±7,39	-2,97	< 0,0001	-0,6
	SGRQ sum.	50,8±18,4	40,4±17,9	-10,4	< 0,0001	-0,9

* Effektstärke (Standardized Response Mean = Differenzwert zwischen T1 und T0, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen)
Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Diskussion: Alle Outcomes besserten sich in beiden Gruppen signifikant mit zumeist mittlerer bis starker Effektstärke. Beim Ausmaß der Verbesserungen (Δ) fanden sich keine relevanten bzw. signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (alle Intergruppenvergleiche bzgl. Δ: p>0,13). AHB- und HV-Patienten mit COPD profitieren deutlich und in gleichem Ausmaß von einer pneumologischen Rehabilitation.

Gibt es Gender-spezifische Unterschiede bei den Kurzzeitergebnissen der pneumologischen Rehabilitation bei COPD?

Danijel Jelusic¹, Michael Wittmann¹, Michael Schuler² und Konrad Schultz¹

¹Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie

²Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund: Während die Volkskrankheit COPD (chronic obstructive pulmonary disease) vor einigen Jahrzehnten vorwiegend Männer betraf, hat der Anteil der Frauen an den COPD-Erkrankungszahlen in den westlichen Industriestaaten deutlich zugenommen. In einigen Ländern hat die Prävalenz und Mortalität der COPD bei Frauen die erschreckend hohen Zahlen der Männer erreicht (GOLD 2013, Ford et al. 2013). Die Effektivität pneumologischer Rehabilitation (PR) bei COPD ist bzgl. zahlreicher Outcomes auf höchstem Evidenzlevel gesichert (u.a. Verbesserung von Atemnot und Leistungsfähigkeit bzw. Verringerung von Krankenhausaufnahmen und Letalität). Insbesondere aber zur Frage, ob sich die Ergebnisse der PR bei COPD zwischen Männern und Frauen unterscheidet, gibt es aus Deutschland nur wenige Daten.

Methode: Bei 209 konsekutiven COPD-Patienten wurden folgende Parameter zu Reha-Beginn (T0) und -Ende (T1) erhoben und bzgl. Männern und Frauen verglichen: *Körperliche Leistungsfähigkeit* (6MWD = 6-Min-Gehstrecke), *Atemnot* (MMRC = mod. MRC-Dyspnoe-Skala und BDI/TDI = Baseline Dyspnea-/Transition Dyspnea Index), *Lebensqualität* (CAT = COPD Assessment Test und CCQ = Clinical COPD Questionnaire).

Ergebnisse: Etwa 2/3 der Rehabilitanden waren männlich, 1/3 weiblich (Tab. 1). *Baseline:* Zwischen beiden Gruppen fanden sich zu T0 keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter ($p=0,73$), Lungenfunktion (FEV₁ in % Sollwert; $p=0,49$) und Atemnot (BDI: $p=0,38$; MMRC: $p=0,25$). Weibliche COPD-Patienten wiesen zu T0 eine signifikant geringere 6-MWD ($p < 0,0001$) auf, zudem fand sich ein nicht-signifikanter Trend zu einer etwas schlechteren Lebensqualität (CCQ: $p=0,069$).

Veränderungen T0 → T1: In beiden Gruppen fanden sich bei allen Outcomes zu T1 fast durchgängig mittelstarke (SRM 0,5 - 0,8) bis starke (SRM >0,8) positive Effekte, am deutlichsten bzgl. der Verbesserung der 6MWD (Tab. 1). Im Intergruppenvergleich fanden sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. folgender Outcomes: *Dyspnoe:* TDI ($p=0,55$) und MMRC ($p=0,17$), *Lebensqualität:* CAT ($p=0,82$). Bei der Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit erzielten die Frauen signifikant bessere Ergebnisse (6-MWD: $p=0,029$). Beim CCQ (Lebensqualität) fand sich ein deutlicher aber nicht signifikanter Trend zu einer besseren Wirkung bei den Frauen. Die Intergruppenvergleiche erfolgten mittels T-Test für unverbundene Stichproben.

		T0 (MW±SD)	T1	Δ(MW)	p	SRM*
Männer – 64,1% n = 135 Ø Alter 57,5 J. Ø FEV ₁ 50,2 % SW	6MWD	443,9±100,7	516,7±102,9	72,8±54,1	< 0,0001	1,35
	BDI/TDI	6,28±2,48	4,54±3,4		--	
	MMRC	2,51±1,25	2,19±1,32	-0,32±0,89	< 0,0001	-0,36
	CCQ	2,81±1,14	2,29±1,11	-0,52±0,91	< 0,0001	-0,58
	CAT	20,21±7,08	16,75±6,79	-3,46±5,23	< 0,0001	-0,66
Frauen – 35,9% n = 74 Ø Alter 57,1 J. Ø FEV ₁ 51,7 % SW	6MWD	389,8±102,1	480±94,9	90,20±55,2	< 0,0001	1,63
	BDI/TDI	5,94±2,77	4,82±2,73		--	
	MMRC	2,72±1,23	2,21±1,3	-0,51±0,99	< 0,0001	-0,51
	CCQ	3,12±1,22	2,36±1,21	-0,76±0,81	< 0,0001	-0,95
	CAT	20,95±8,22	17,65±7,13	-3,3±4,9	< 0,0001	-0,67

* Effektstärke (Standardized Response Mean = Differenzwert zwischen T1 und T0, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen)
Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Diskussion:

Alle Outcomes besserten sich bei Männern und Frauen signifikant mit zumeist mittlerer bis starker Effektstärke, d.h. sowohl Männer als auch Frauen mit COPD profitieren deutlich von einer pneumologischen Rehabilitation bzgl. körperlicher Leistungsfähigkeit, Atemnot und Lebensqualität.

Beim Ausmaß der Verbesserung fand sich bei der Zunahme der 6-MWD ein signifikanter Vorteil zugunsten der Frauen. Bzgl. der deutlichen Verbesserung von Dyspnoe und Lebensqualität fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wiewohl sich auch bzgl. der Besserung des CCQ-Scores (Lebensqualität) ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter, Trend zugunsten der Frauen fand.

PACED – Entwicklung und Evaluation stationärer und ambulanter Schulungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Andrea Reusch¹, Romy Weiland¹, Christian Gerlich¹, Hermann Faller¹, Claus Derra², Dimitrios Mainos², Thomas Tuschhoff², Kerstin Dreger^{1,2}, Birgit Kaltz³, Anja Berding^{1,3} & Christine Witte³

¹Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften,

²Klinik Taubertal Bad Mergentheim,

³Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV e.V. Berlin

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa leiden neben physischen Symptomen (z. B. Diarrhoe, Müdigkeit, Fisteln) häufig auch unter psychischen Belastungen (z. B. Ängste, Sorgen, sozialer Rückzug). Deshalb sollte ein Schulungsmanual mit medizinischen *und* psychologischen Modulen für Patienten mit CED entwickelt und auf seine Wirksamkeit für die stationäre Rehabilitation und die ambulante Versorgung evaluiert werden. In der ersten Projektphase wurde das Konzept der Schulungen entwickelt und sowohl für den stationären als auch den ambulanten Einsatz manualisiert und formativ evaluiert. Dabei stellte sich heraus, dass sich einige Inhalte, insbesondere aber die Rahmenbedingungen im stationären und ambulanten Setting unterscheiden sollten. Beide Schulungen setzen sich aus sechs medizinischen und drei psychologischen Modulen zusammen. In der Klinik Taubertal wurden die Rehabilitanden clusterrandomisiert der Schulung oder einer „strengen“ Kontrollbedingung (mit sechs medizinischen und drei psychosozialen Modulen) zugewiesen. Für die ambulanten Studienzentren wurde ein „weniger strenges“ Wartegruppensdesign gewählt. Die angemeldeten Betroffenen erhielten entweder ein Wochenendseminar unmittelbar nach der ersten Befragung oder erst drei Monate (und drei Messzeitpunkte) danach. Entsprechend den unterschiedlichen Vergleichsgruppen wurden für den stationären Bereich eher kleine, für die ambulante Schulung eher mittlere Effekte zwischen der Schulung und der jeweiligen Kontrollbedingung erwartet. Deshalb sollten in der Reha-Klinik mindestens 500 Rehabilitanden einbezogen werden, in den ambulanten Studienzentren mindestens 200 Betroffene. Die 3-Monats-Katamnesen sind für die anvisierte Stichprobengrößen im Oktober 2013 erreicht worden. Die Datenanalysen und 12-Monatskatamnesen stehen noch aus.

Der erste Meilenstein der Studie ist erreicht. Es liegen für das ambulante und das stationäre Setting zwei Schulungsmanuale vor. Diese können nach positivem Evaluationsergebnis unmittelbar in die Routineversorgung übernommen werden. Hauptzielgröße waren krankheitsbezogene Sorgen, die mit dem Fragebogen PS-CEDE erfasst wurden (Faller et al., 2002*). In der ersten Projektphase erfolgte eine Validierung der Instrumente (Weiland et al., 2012*). Zwischenergebnisse mit Daten von 219 Rehabilitanden und 117 Betroffenen ergaben erwartungsgemäß in dieser Zielgröße kleine Effekte für die stationäre Kontrollbedingung und mittlere Effekte für die ambulante Wartekontrollgruppe (Dreger, Weiland et al., 2013*).

*Literatur bei der Verfasserin

Andrea Reusch

a.reusch@uni-wuerzburg.de