

### Korrelate und Verlauf psychischer Komorbidität in der pneumologischen Rehabilitation

*Kaiser, U. (1), Schmidt, J. (2), Kriz, D. (2), Nübling, R. (2)*

(1) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation (ISPR), Mainz,

(2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), Karlsruhe

#### Hintergrund

Das Ausmaß und die Bedeutung einer erhöhten Prävalenz psychischer Komorbidität bei Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen sind heute vielfach belegt. Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen ist oftmals mit schlechteren klinischen und psychosozialen Outcomes, Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und erhöhter Leistungsanspruchnahme assoziiert (Baumeister et al., 2011). Studien zeigen, dass psychosoziale Belastungen bzw. psychische Komorbiditäten auch bei Patienten mit Lungen- und Atemwegserkrankungen weit verbreitet sind (Schultz, 2014).

#### Methodik

Untersucht wurden N = 637 stationäre Patienten der Hochgebirgsklinik Davos mit pneumologischen Hauptdiagnosen. Die untersuchte Patientenstichprobe ist Teil der Davoser-Outcome-Studie DOS (Kaiser et al., 2013; Schmidt et al., 2014). Die Messung der psychischen Komorbidität erfolgte mit dem Screeningfragebogen HADS-D (Herrmann-Lingen et al., 2011). Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 50,4 Jahre, knapp 60 % der Patienten waren Frauen. Die Patienten waren mehrheitlich deutlich chronifiziert, gut zwei Drittel der Patienten wiesen eine Erkrankungsdauer von über 10 Jahren auf. Untersucht wurden (1) die Prävalenzrate psychischer Auffälligkeit bei Aufnahme in die Klinik, (2) die Zusammenhänge zwischen Auffälligkeit und anderen patientenbezogenen Variablen (z. B. Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen), (3) die Korrespondenz der Auffälligkeit mit der Inanspruchnahme von Leistungen in der Klinik und (4) die psychische Befindlichkeit im zeitlichen Verlauf (5 Messzeitpunkte).

#### Ergebnisse

Bei Aufnahme in die Klinik weisen 34,3 % der Patienten eine psychische Auffälligkeit auf. Hierbei zeigen sich deutliche Zusammenhänge der mit anderen Merkmalen (z. B. mit den IRES-24-Skalen „Reha-Status“ und „Somatische Gesundheit“, mit allen Skalen des St. George Respiratory Questionnaires SGRQ und dem sozialmedizinischen Risikoindex SIBAR), wobei sich die Auffälligen jeweils belasteter schildern. Die initiale Auffälligkeit der Patienten wird in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt: 79,2 % der Auffälligen bzw. 90,8 % der deutlich Auffälligen erhalten eine psychologische Maßnahme im engeren Sinne (Psychotherapie/psychologische Beratung und/oder Entspannungstherapie). Die Inanspruchnehmer psychologischer Maßnahmen unterscheiden sich hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, Art der Behandlung und Erwerbsstatus von den Nicht-Teilnehmern

(jeweils höhere Anteile von Frauen, Reha-Patienten und Erwerbspersonen bei den Teilnehmern, die im Schnitt auch 6–7 Jahre jünger sind).

| Gruppen | N                            | Messzeitpunkte |         |       |       |       |       |       |       |       |       | Effektgrößen (ES)                      |       |       |       |       |
|---------|------------------------------|----------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|-------|
|         |                              | T1             |         | T2    |       | T3    |       | T4    |       | T5    |       | ES = $[M_{T1} - M_{Tn}] / SD_{T1-Ges}$ |       |       |       |       |
|         |                              | M              | SD      | M     | SD    | M     | SD    | M     | SD    | M     | SD    | T1-T2                                  | T1-T3 | T1-T4 | T1-T5 |       |
| 1       | Gesamtgruppe                 | 332            | 13,26   | 7,44  | 9,50  | 6,92  | 11,01 | 7,18  | 11,51 | 7,71  | 11,55 | 7,77                                   | 0,50  | 0,30  | 0,23  | 0,23  |
|         |                              | 629–427        | 13,30   | 7,42  | 9,51  | 7,07  | 11,18 | 7,44  | 11,39 | 7,89  | 11,74 | 7,92                                   | 0,51  | 0,29  | 0,26  | 0,21  |
| 2       | HADS-Auffällige              | 112            | 21,67   | 4,99  | 15,12 | 7,24  | 17,06 | 6,91  | 17,85 | 7,40  | 17,72 | 7,62                                   | 0,88  | 0,62  | 0,51  | 0,53  |
|         |                              |                | 216–141 | 21,33 | 5,38  | 14,96 | 7,61  | 17,16 | 7,55  | 17,69 | 8,14  | 18,18                                  | 7,96  | 0,86  | 0,56  | 0,49  |
| 3       | HADS-Unauffällige            | 220            | 8,98    | 4,07  | 6,63  | 4,63  | 7,93  | 5,05  | 8,29  | 5,59  | 8,41  | 5,65                                   | 0,32  | 0,14  | 0,09  | 0,08  |
|         |                              |                | 417–281 | 9,11  | 4,18  | 6,76  | 4,89  | 8,04  | 5,10  | 8,25  | 5,59  | 8,52                                   | 5,64  | 0,33  | 0,14  | 0,12  |
| 4       | A+PM+ (Auffällige mit PM)    | 89             | 22,03   | 5,13  | 15,18 | 7,56  | 17,03 | 6,53  | 17,98 | 7,30  | 17,85 | 7,76                                   | 0,92  | 0,67  | 0,55  | 0,56  |
|         |                              |                | 137–102 | 21,98 | 5,36  | 15,28 | 7,96  | 17,23 | 7,18  | 17,76 | 7,75  | 18,30                                  | 7,91  | 0,90  | 0,64  | 0,57  |
| 5       | A+PM- (Auffällige ohne PM)   | 19             | 19,73   | 3,78  | 14,68 | 6,19  | 17,94 | 8,33  | 17,63 | 7,80  | 16,94 | 7,65                                   | 0,68  | 0,24  | 0,28  | 0,37  |
|         |                              |                | 36–22   | 18,88 | 4,23  | 13,77 | 6,06  | 17,53 | 8,12  | 17,10 | 7,34  | 18,18                                  | 8,08  | 0,69  | 0,18  | 0,24  |
| 6       | A-PM+ (Unauffällige mit PM)  | 123            | 9,93    | 4,16  | 6,96  | 5,10  | 8,11  | 5,36  | 8,30  | 5,89  | 9,18  | 6,21                                   | 0,40  | 0,24  | 0,22  | 0,10  |
|         |                              |                | 194–142 | 9,93  | 4,19  | 7,04  | 5,19  | 8,10  | 5,44  | 8,08  | 5,87  | 9,16                                   | 6,11  | 0,39  | 0,25  | 0,25  |
| 7       | A-PM- (Unauffällige ohne PM) | 83             | 7,79    | 3,65  | 6,16  | 4,10  | 7,39  | 4,15  | 8,35  | 5,34  | 7,14  | 4,79                                   | 0,22  | 0,05  | -0,08 | 0,09  |
|         |                              |                | 140–101 | 7,87  | 3,74  | 6,22  | 4,40  | 7,61  | 4,22  | 8,40  | 5,42  | 7,76                                   | 5,12  | 0,22  | 0,04  | -0,07 |

Anm.: Messzeitpunkte: T1 = Aufnahme, T2 = Entlassung, T3 = 6 Monate nach Entlassung, T4 = 12 Monate nach Entlassung, T5 = 24 Monate nach Entlassung; N = Stichprobengröße: Zeile 1 – Patienten, für die alle 5 Messwerte vorhanden sind, Zeile 2 – maximales N pro Zeitpunkt; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektgröße;  $M_{T1}$  = Mittelwert der Aufnahmemessung;  $SD_{T1-Ges}$  = Standardabweichung der Aufnahmemessung (Gesamtgruppe) = 7,42; T1–T2 = Effektgröße beim T1–T2-Vergleich etc.

Tab.: Veränderung in der Skala HADS-G (Mittelwerte, Standardabweichungen (SD) und Effektgrößen) für Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten (Hauptdiagnose)

Differenziert man die Patienten nach initialer Auffälligkeit und Inanspruchnahme psychologischer Maßnahmen, zeigen sich zwischen den so gebildeten vier Gruppen eine Reihe von Unterschieden. Obwohl sich diese Gruppen am Ende der stationären Behandlung nicht bedeutsam hinsichtlich Behandlungszufriedenheit und subjektiver Nutzenbewertung unterscheiden, können Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen beobachtet werden (die Nutzer psychologischer Maßnahmen zeigen im Durchschnitt mehr positive Veränderungen z. B. in der Veränderungsskala VM10). Gemessen an der HADS-Gesamtskala zeigt sich auch, dass sich die beobachtbaren Effektgrößen der HADS-Auffälligen mit bzw. ohne psychologische Maßnahme mittel- und längerfristig (d. h. 6 Monate bzw. 2 Jahre nach der Intervention) deutlich unterscheiden (für die initial auffälligen Patienten mit psychologischer Maßnahme ergeben sich deutlich höhere Effekte (mittelfristig: ES = 0,64 vs. ES = 0,18; längerfristig: ES = 0,50 vs. ES = 0,09).

## Folgerungen

Die Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit, vorhandene psychische Komorbiditäten frühzeitig zu erkennen und ggf. gezielt möglichst adäquate Behandlungsmaßnahmen einzuleiten. Wenngleich eine völlige Normalisierung gravierender Auffälligkeiten in der Versorgungspraxis kaum zu erwarten ist, liefert die Studie Anhaltspunkte dafür, dass adäquate psychologische Interventionen zu mittel- und längerfristig besseren Outcomes beitragen können.

## Literatur

- Baumeister, H., Jahed, J., Vogel, B., Härter, M., Barth, J., Bengel, J. (2011): Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS). In: DRV (Hrsg.): Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV Bund. 9–47.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, RP. (2011): HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). 3., aktualisierte und neu normierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaiser, U., Schmidt, J., Kriz, D., Nübling, R. (2013): Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese. DRV-Schriften, Bd. 101. 454–455.
- Schmidt, J., Kaiser, U., Kriz, D., Nübling, R. (2014): Die Davoser Outcome-Studie (DOS) – Ergebnisse stationärer pneumologischer und dermatologischer Heilbehandlungen im Spiegel wiederholter Nacherhebungen. Prävention und Rehabilitation, 26. 119–140.
- Schultz, K. (2014): DGRW-Update: Relevanz und Evidenz der pneumologischen Rehabilitation am Beispiel der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (Erwachsene). Rehabilitation, 53. 146–154.

## **Kurzzeitergebnisse der RIMTCORE-Studie: Routinemäßiges Inspirationsmuskeltraining im Rahmen der COPD-Rehabilitation – Eine real life RCT**

*Schultz, K. (1), Jelusic, D. (1), Wittmann, M. (1), Huber, V. (1), Krämer, B. (1), Fuchs, S. (1), Wingart, S. (1), Leibert, N. (1), Stojanovic, D. (1), Göhl, O. (1), Schuler, M. (2)*  
(1) Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Fachbereich Pneumologie, Klinik Bad Reichenhall, (2) Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

## Hintergrund

Bisher ist unklar, ob ein routinemäßiges Inspirationsmuskeltraining (IMT) die Ergebnisse eines umfassenden COPD-Rehabilitationsprogramms verbessern kann (Gosselink et al., 2011). Daher wird ein solches in den einschlägigen Leitlinien zur pneumologischen Reha bisher nicht empfohlen (Ries et al., 2007), randomisierte Studien (RCT) mit ausreichender Probandenzahl wurden aber dringlich angemahnt (Decramer, 2009).

# 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

## Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

### Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

#### Wissenschaftliche Leitung

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Dr. Hans-Günter **Haaf**,  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**,  
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

#### Programmkomitee

Prof. Dr. H. H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C. P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W. F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Dr. D. **Girbig** (Stuttgart), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. A. **Günthner** (Speyer), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow/Berlin), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Völler** (Potsdam), Prof. Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

#### Kongresskomitee

Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation)  
Stefanie **Märting**, Daniela **Sewöster** (Wissenschaft)  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Holger **Hallmann**, Detlef **Koch**, Georg **Lammersen**,  
Christian **Terhardt**, Ulrich **Theißen** (Organisation)  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland