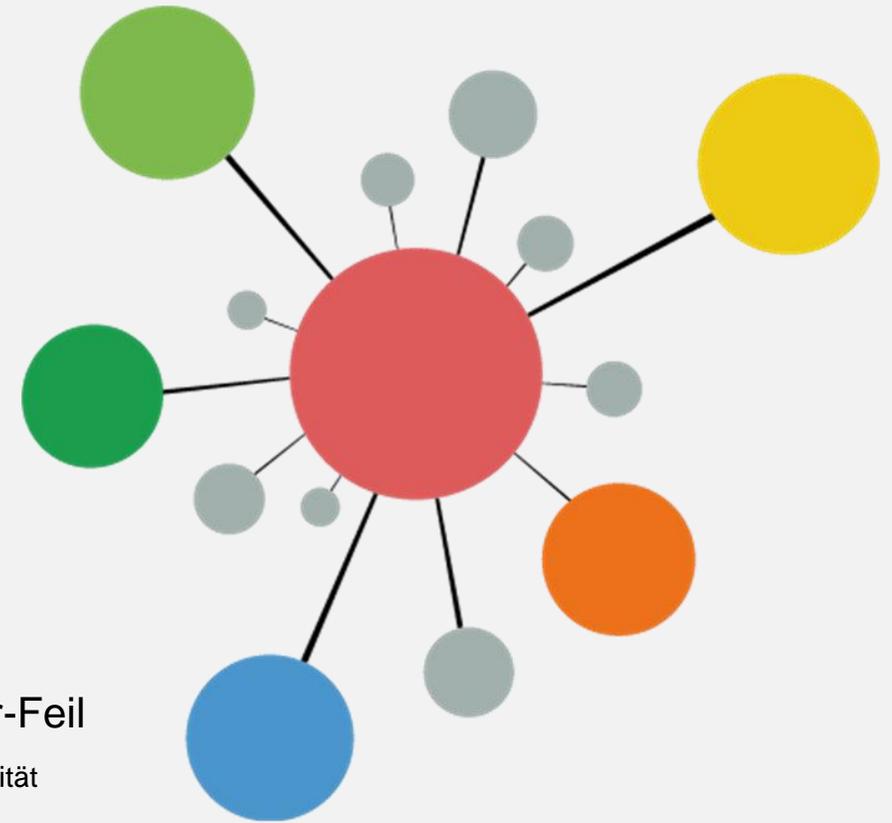


Erfolge pneumologischer, kardiologischer und neurologischer Rehabilitation nach COVID-19



Isabel Meier | Stefanie Gillitzer | Jana Stucke | Fadeke Berida † | Thorsten Meyer-Feil

MZG Klinik
Martinusquelle

Universität Bielefeld

Universität Bielefeld

Universität Bielefeld

Martin-Luther-Universität
Halle Wittenberg

Interessenkonflikt:

Prof. Th. Meyer-Feil hatte bei der Beantragung und zu Beginn des Projektes die Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften | Rehabilitative Versorgungsforschung inne. Diese wurde von einer Stiftergruppe unterstützt, zu der u.a. Projektbeteiligte (Dr. Becker Klinikgruppe, MZG Bad Lippspringe) sowie DRV Westfalen gehören.

Für die anderen Autorinnen liegt kein Interessenkonflikt vor.

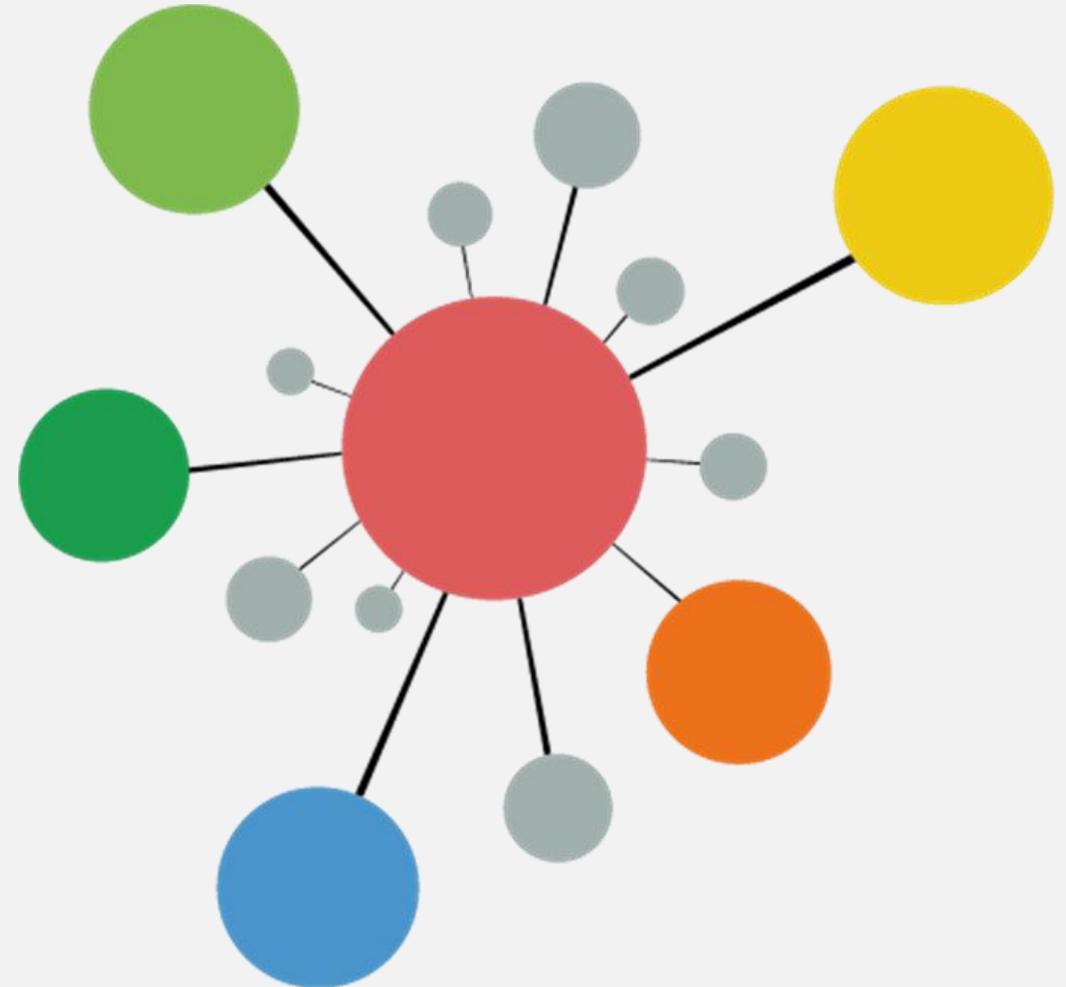
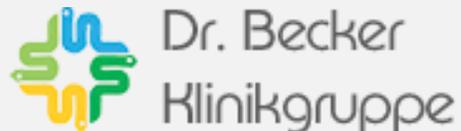
Evaluation der Rehabilitation von Patient*innen mit COVID-19 (Eva-CoReha)

Ein Forschungsprojekt von:

Gefördert durch:



In Kooperation mit:



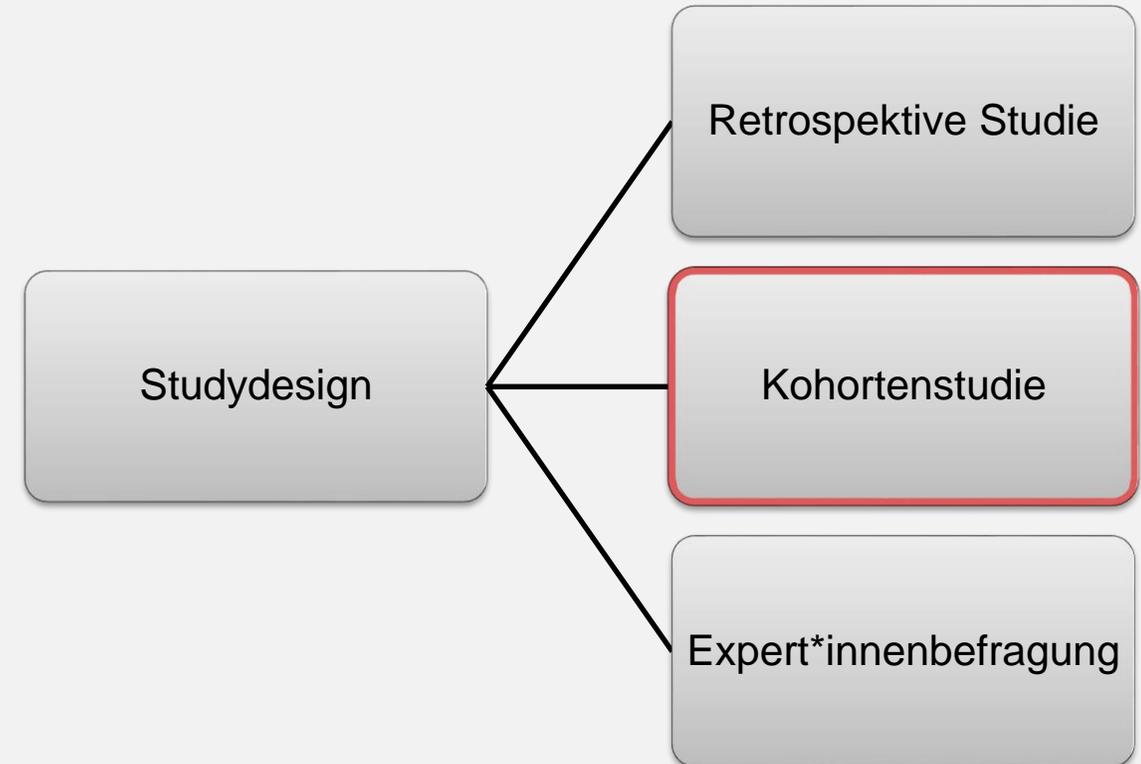
Hintergrund

- Prävalenz für Long COVID in bisherigen Studien auf etwa 6-15% geschätzt (Thompson, 2022 & Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022)
- Mehr als 200 Symptome bekannt (Davis, 2023)
- Zugrundeliegende Mechanismen nicht ausreichend geklärt, bisher eher Hypothesen (Davis, 2023)
- Bisher keine übergreifenden Therapien für Long COVID, symptomorientierte Behandlungen (Davis, 2023)
- Verschiedene Studie lieferten Hinweise dafür, dass Rehabilitation einen positiven Effekt hat (De Sire et al., 2022; Gloeckl et al., 2021; Rutsch et al., 2023)

- Ziel des Vortrags: Langfristigkeit der Effekte beurteilen

Methodik

- Kohortenstudie mit fünf Erhebungszeitpunkten (**Aufnahme** in die Reha (t_0), **Entlassung** (t_1), **3** (t_2), **6** (t_3), und 12 Monate (t_4) nach Ende der Reha)
- Rekrutierung in drei Rehakliniken (Mai bis November 2022)
- Stichprobe $t_0= 314$, $t_1= 294$, $t_2=237$, $t_3= 211$
- Statistik:
 - Friedman-Rang-Test
 - Hierarchisch lineare Modelle



Beschreibung der Stichprobe



- 50,6 ($\pm 12,3$) Jahre



- 43,2% (n=139) zum Zeitpunkt der Erkrankung geimpft



- 55,9% (n=176) weiblich



- 1 bis 30 Monate zwischen Erkrankung und Reha vergangen (durchschnittlich 8,9 Monaten)



- 76,8% (n=241) Pneumologie



- bei Aufnahme: 15% Infektion war weniger als 3 Monate her → Long-COVID



- 15,3% (n=48) Kardiologie

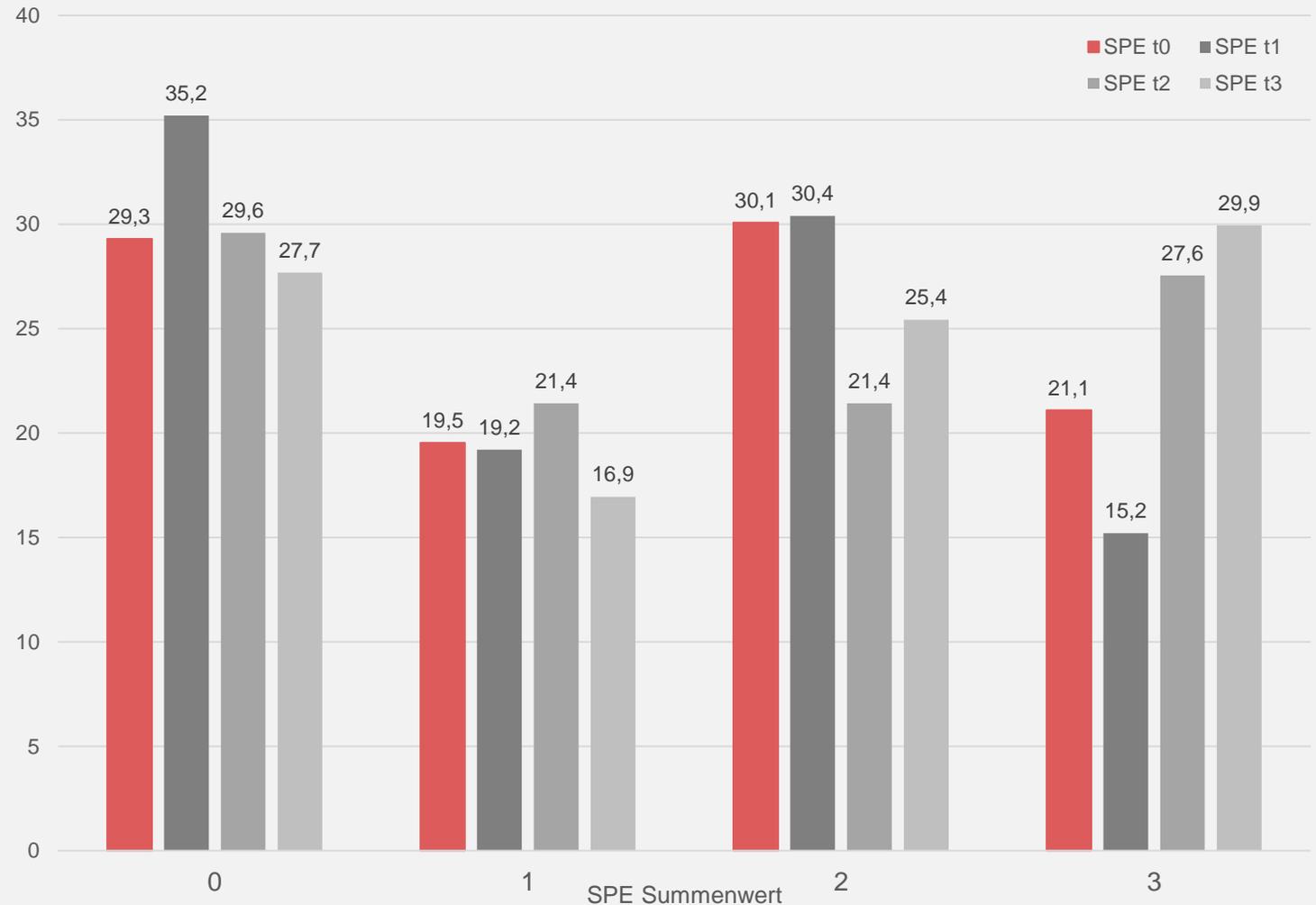


- 8% (n=25) Neurologie

Erwerbsfähigkeit

- Bei Aufnahme geben 175 (51,9%) an arbeitsunfähig zu sein
- Bei Entlassung 162 (48,1%)
- Keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der SPE zwischen t_0 und den anderen Messzeitpunkten ($p_{t_0-t_1}=0.495$; $p_{t_0-t_2}=0.788$; $p_{t_0-t_3}=0.272$)

Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE) in %

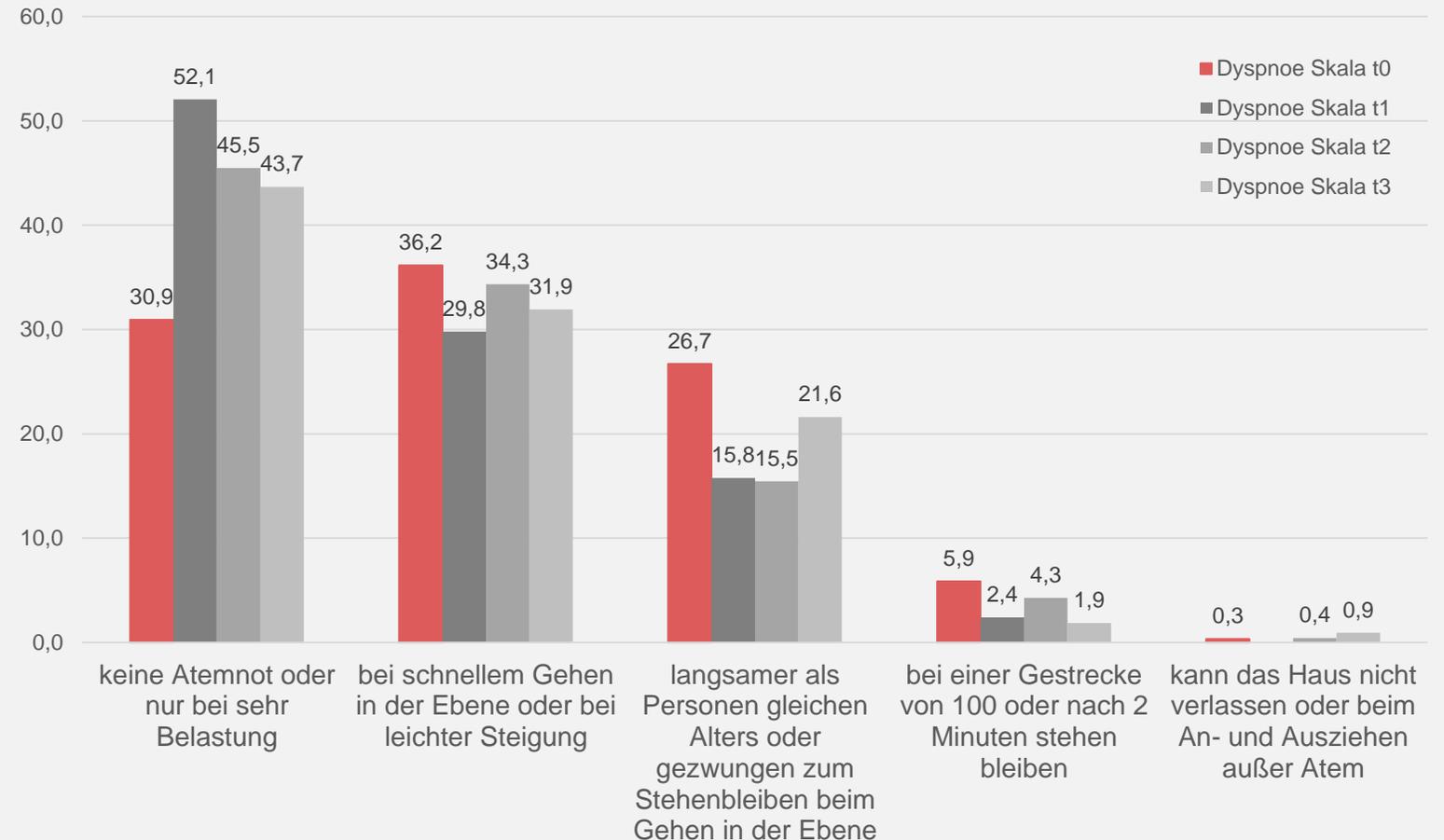


$n_{t_0}=256$, $n_{t_1}=250$, $n_{t_2}=196$, $n_{t_3}=177$

Dyspnoe

- mMRC Dyspnoe Skala
- 5 Ausprägungen
- signifikante Unterschiede zwischen t_0 und allen anderen Messzeitpunkten ($p_{t_0-t_1}=0.000$; $p_{t_0-t_2}=0.001$; $p_{t_0-t_3}=0.001$)

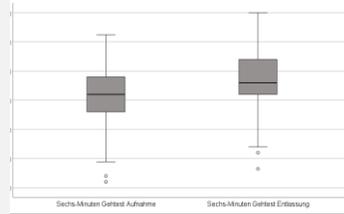
mMRC Dyspnoe Skala in %



$n_{t_0}=307$, $n_{t_1}=292$, $n_{t_2}=233$, $n_{t_3}=213$

Sechs-Minuten-Gehtest

- $M_{t_0}=425,2\pm 93,3$; $M_{t_1}=471,5\pm 104,8$
($t_{df=196}=-8,67$, $p<,001$)
 - Cohens $d=-0,618$
 - Mittlere Differenz -46,3 Meter
 - Minimal clinical important distance
14,0 bis 30,5m (Bohannon et al., 2017)
- relevante Verbesserungen



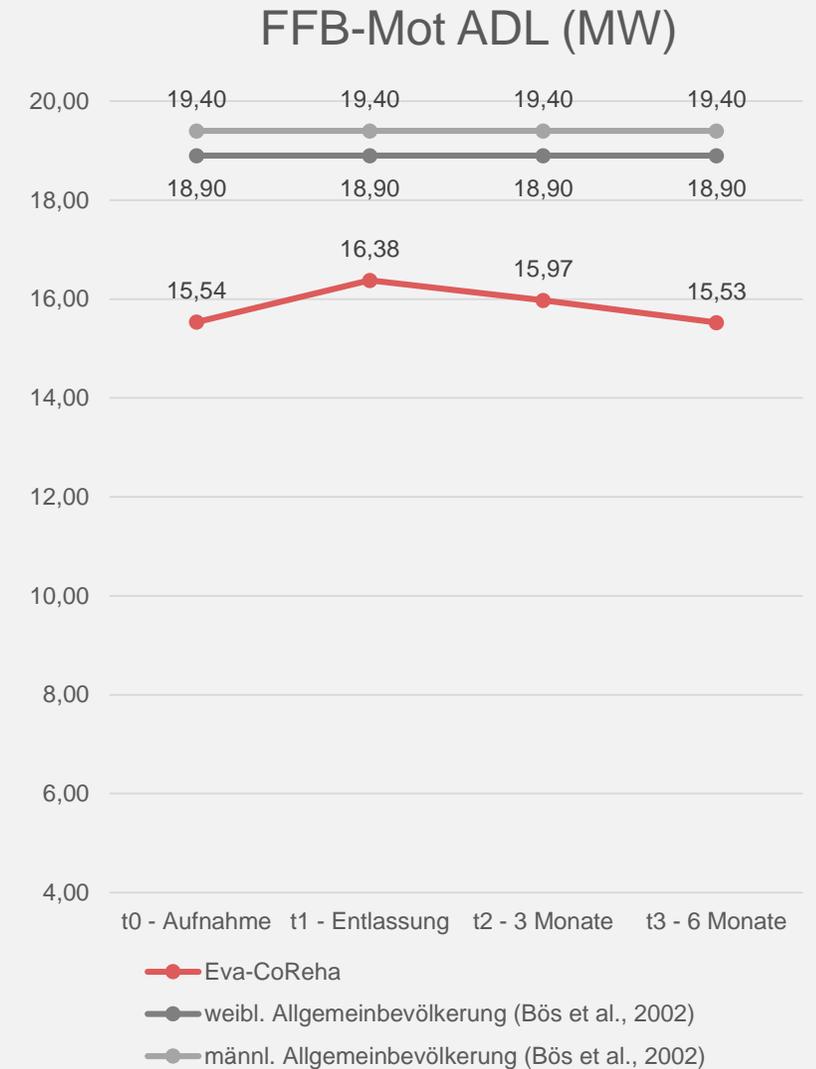
mot. Leistungsfähigkeit (ADL)

- FFB-Mot ADL (4 items)
- 4-20 Punkte
- Allgemeinbevölkerung
Durchschnitt bei 18,9 (w)
und 19,4 (m) (Bös et al., 2002)

	t0	t1	t2	t3
N	308	290	235	211
Mittelwert	15,54	16,38	15,97	15,53
Std.-Abweichung	3,37	3,30	3,68	3,84

	Schätzer	95%-KI	Std.-Fehler	Sig.
Aufnahme (t0)	(Ref.)			
Entlassung (t1)	0,773	[0,500; -1,046]	0,139	0,000
3 Mon. (t2)	0,519	[0,224; 0,813]	0,150	0,001
6 Mon. (t3)	0,092	[-0,215; 0,399]	0,156	0,557

Adjustiert nach Alter, Geschlecht, Zeit zwischen Erkrankung und Reha, Fachabteilung und Migrationsstatus



Fatigue

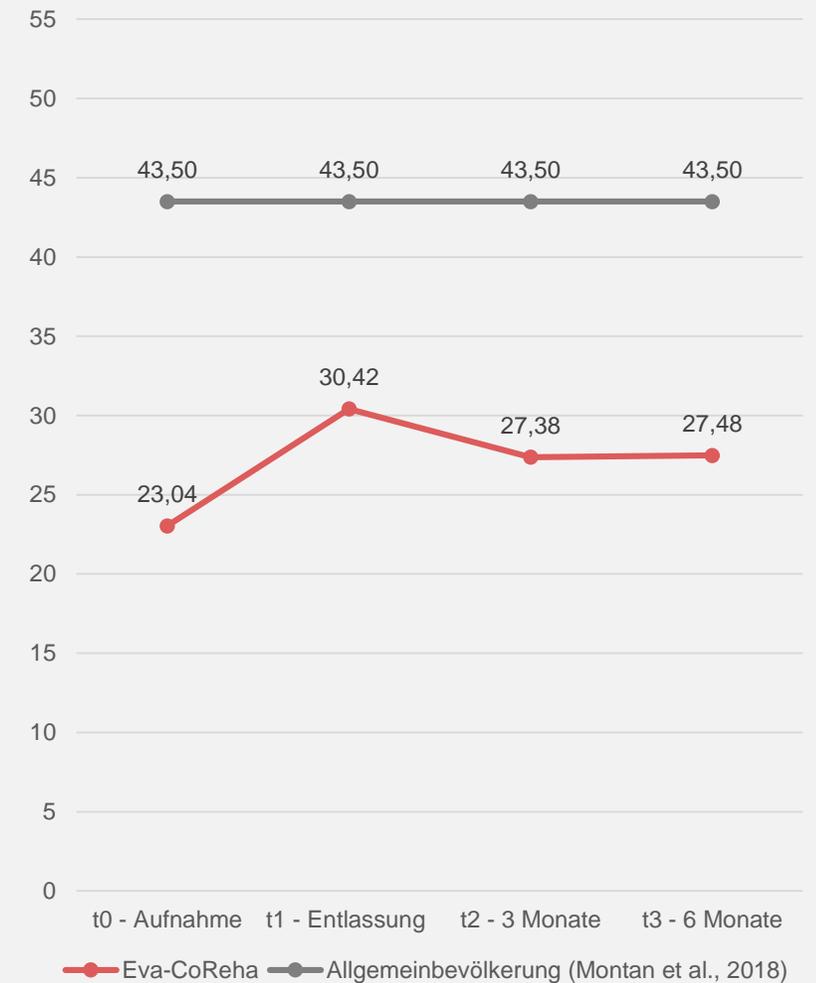
- FACIT-F (13 items)
- 0-52 Punkte
- Allgemeinbevölkerung
Durchschnitt bei $43,5 \pm 8,3$
(Montan et al., 2018)
- Bei t_0 75,4% (n=254)
unter dem Grenzwert von
34 (van Belle et al., 2005)

	t0	t1	t2	t3
N	310	292	236	211
Mittelwert	23,04	30,42	27,38	27,48
Std.-Abweichung	11,53	12,42	12,66	13,17

	Schätzer	95%-KI	Std.-Fehler	Sig.
Aufnahme (t0)	(Ref.)			
Entlassung (t1)	7,625	[6,532; 8,717]	0,556	0,000
3 Monate (t2)	4,200	[3,019; 5,380]	0,601	0,000
6 Monate (t3)	4,193	[2,961; 5,462]	0,628	0,000

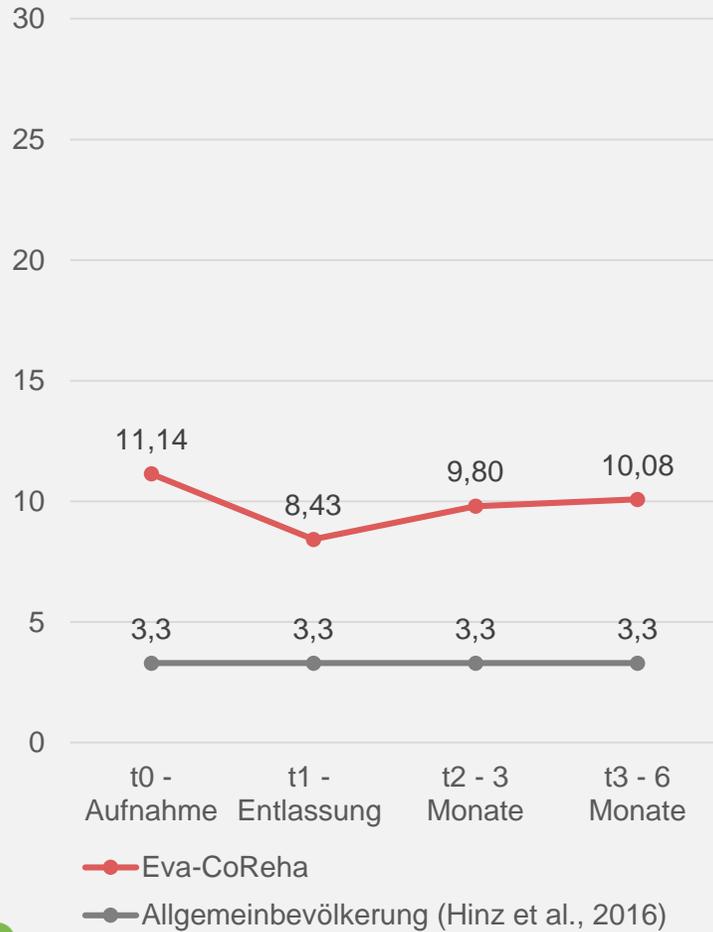
Adjustiert nach Alter, Geschlecht, Zeit zwischen Erkrankung und Reha, Fachabteilung und Migrationsstatus

FACIT-F (MW)



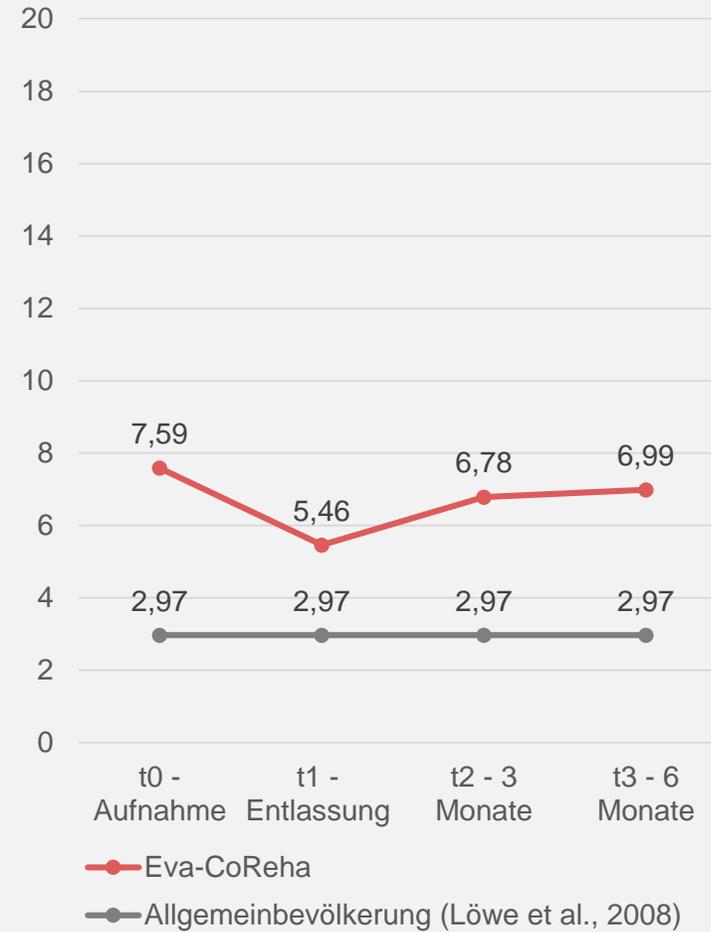
Depressivität

PHQ-9 (MW)



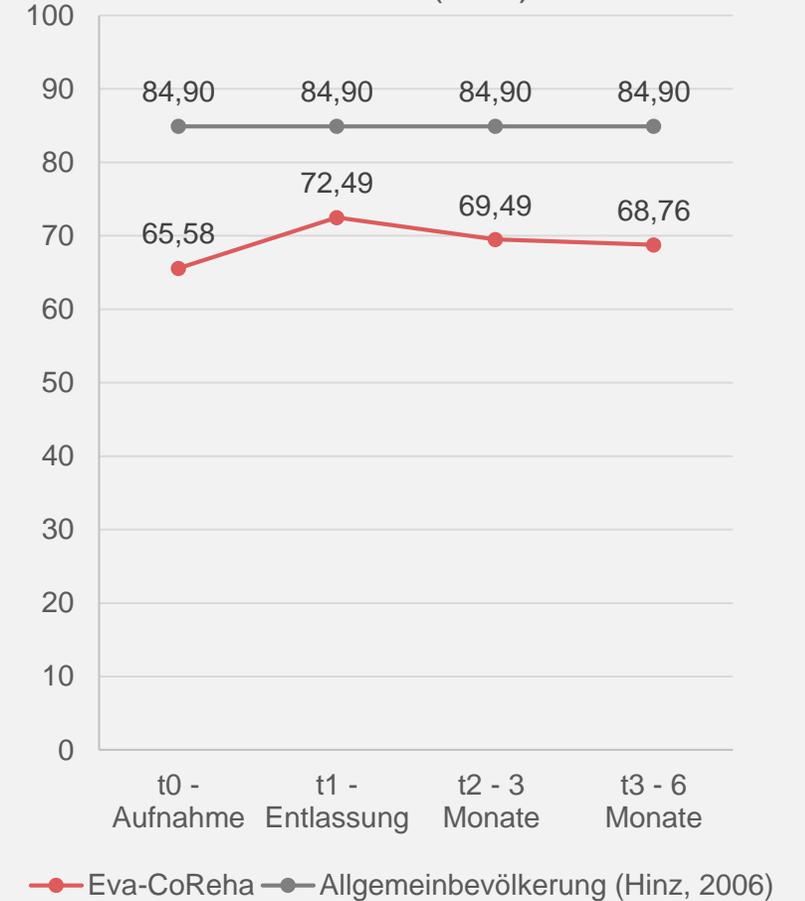
Ängstlichkeit

GAD7 (MW)



Gesh. Lebensqualität

EQ-5D-3L (MW)



Ist die Reha nach COVID erfolgreich?

Reha ist erfolgreich, aber Effekte nehmen über die Zeit ab

- Effekte besonders zwischen Aufnahme und Entlassung deutlich
- Ausgangsniveau wird nicht wieder erreicht (Ausnahme mot. Leistungsfähigkeit)

Einschränkungen halten an

- Abweichungen von der Allgemeinbevölkerung bleiben bestehen
- qualitative Daten zeigen, dass beobachtete Einschränkungen alltagsrelevant sind

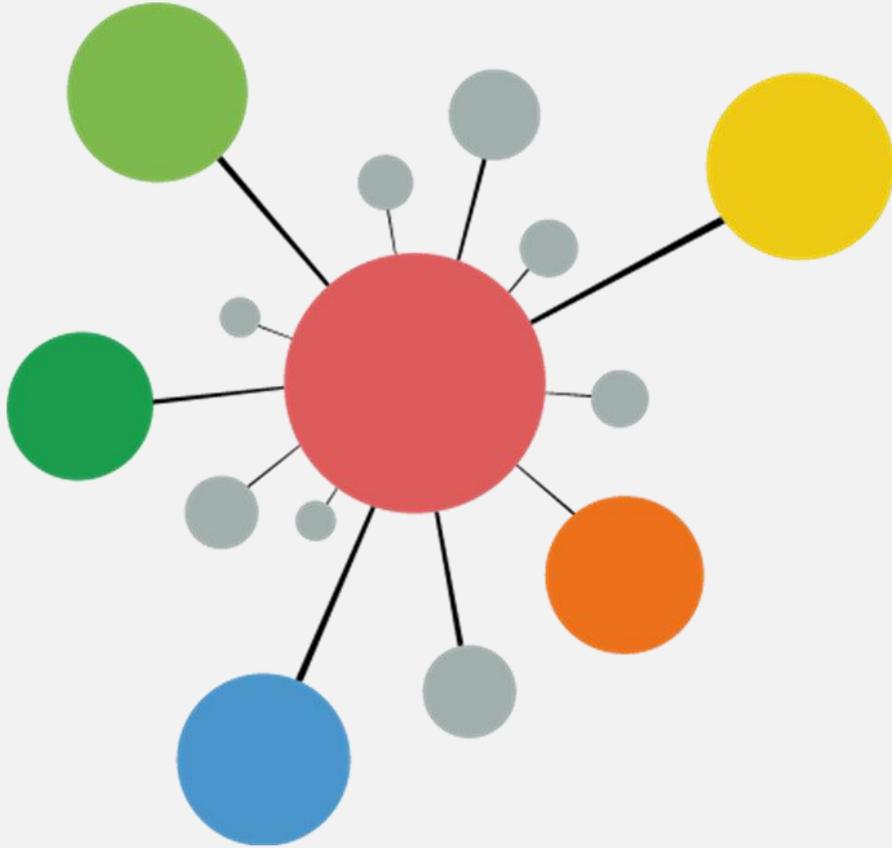
3 Monate nach der Reha entscheiden

- Zwischen drei und sechs Monaten bleiben die Outcomes relativ stabil bzw. zeigen sich nur kleinere Verschlechterungen

Ist die Reha nach COVID erfolgreich?

Nachhaltigkeit durch Nachsorge fördern

- Verschiedene Nachsorgeangebote unterstützen
- Option einer zweiten Rehamaßnahme
- Zeitnaher Übergang in Nachsorge und ambulante Betreuung
- Arbeitsfähigkeit fördern



<https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/reha/projekte/eva-coreha.xml>

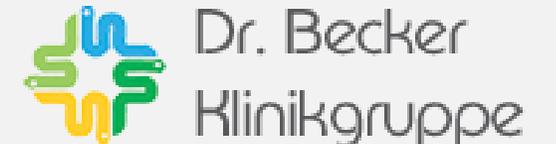
Ein Forschungsprojekt von:



Gefördert durch:



In Kooperation mit:



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.