

# **Pneumo-kardiologische Rehabilitation nach COVID-19 – Charakterisierung von Rehabilitand\*innen und ihren Problemlagen**

*Jana Stucke<sup>1</sup>; Isabel Meier<sup>2</sup>; Stefanie Gillitzer<sup>1</sup>; Fadeke Berida<sup>1</sup>; Thorsten Meyer<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Universität Bielefeld; <sup>2</sup> MZG Westfalen Bad Lippspringe, Klinik Martinusquelle;

<sup>3</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Sowohl nach leichten als auch nach schweren COVID-19-Erkrankungen zeigen Betroffene sehr heterogene, rehabilitationsrelevante Langzeitfolgen. Persistierende Symptome, wie Fatigue, eingeschränkte physische und kognitive Leistungsfähigkeit, Dyspnoe und Schmerzen, führen zu Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und Teilhabe. Diese sind bisher durch wenige, überwiegend kurzzeitig angelegte Studien analysiert. Unklar ist, welche Faktoren sich in welcher Weise auf den Genesungsverlauf auswirken, auf welche Versorgungsbedarfe die medizinische Rehabilitation reagiert und wie es Rehabilitand\*innen langfristig nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt geht. Ziel dieses Beitrags ist es, Rehabilitand\*innen, die wegen COVID-19 an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen, anhand eines multidimensionalen Assessments zu charakterisieren und systematisch Ansatzpunkte für spezifischen Rehabilitationsbedarfe zu gewinnen.

## **Methoden**

Teil der Mixed-Methods-Studie Eva-CoReha (gefördert von der DRV Westfalen) ist eine klinische Kohortenstudie. Hier wurden u.a. Rehabilitand\*innen, die nach einer COVID-19-Erkrankung eine pneumologisch-kardiologische Rehabilitation in Anspruch nehmen, über einen Zeitraum von 6 Monaten konsekutiv rekrutiert und mit standardisiertem Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer Funktionsfähigkeit befragt. Erfasst wurden u.a. Atemnot (mMRC Dyspnoe-Skala), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D), Fatigue (FACIT) und Arbeitsfähigkeit (SPE). Im weiteren Verlauf werden die Teilnehmenden zu vier weiteren Zeitpunkten (Entlassung, 3, 6 und 12 Monate nach Entlassung) befragt. Zur Einordnung der zu Rehabilitationsbeginn erhobenen Ergebnisse erfolgte – wenn möglich – ein Vergleich mit Bevölkerungsdaten [BV] sowie zur PHOSP-COVID-Studie aus England [PC] (Evans et al. 2021), die Patient\*innen nach einem Krankenhausaufenthalt wegen COVID-19 befragt hat und an der sich die Auswahl der Outcomes von Eva-CoReha orientierte.

## **Ergebnisse**

Zwischen April und September 2022 wurden 229 Rehabilitand\*innen wegen Zustand nach COVID-19 in die stationäre Rehabilitationseinrichtung aufgenommen. Von ihnen füllten 156 (68,1%) Personen den Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation aus. Eine pneumologische Indikation besteht bei 91%, eine kardiologische bei 9%. Das Durchschnittsalter liegt bei 51,3 Jahren (SD=12,3, Range=19-87) [PC: M=55, SD=13]. 48,1% der Teilnehmenden sind weiblich [PC: 36%], 69,9% sind erwerbstätig [PC: 67,5%] und 10,3% berentet. 62,8% waren zum Zeitpunkt der Erkrankung geimpft. Der durchschnittliche mMRC Dyspnoe Wert liegt bei 1,03 (SD=0,89, KI=[0,89; 1,16]). Im Vergleich zu COPD Rehabilitand\*innen ist die Atemnot damit deutlich geringer [M=2,6, SD=1,15] (Leupoldt et al., 2017). Der mittlere FACIT-Score beträgt 24,4 (SD=11,2, KI=[22,6; 26,2]) [BV: M=43, SD=8,3, PC: M=15,9, SD=12,9]. Knapp

die Hälfte (49,7%) der Befragten hat laut der SPE-Skala ( $SPE \geq 2$ ) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten Jahren einen Rentenantrag zu stellen (Mittag et al., 2006). Der EQ-5D-3L zeigt, dass viele Teilnehmende „einige Probleme“ in den Dimensionen Alltägliche Tätigkeiten (70,7%) [BV:11,5%], Mobilität (51,3%) [BV: 14,5%] und Angst (58%) [BV: 15,7%] haben. In der Dimension Selbstversorgung geben 92,7% [BV: 96,5%] an, keine Probleme zu haben. 65,3% geben an, mäßige, 13,3% extreme Schmerzen oder Beschwerden zu haben [BV: 31,8%, 1,7%] (Hinz et al., 2006).

### **Diskussion und Fazit**

Die vorliegenden Daten aus der pneumo-kardiologischen Klinik zeigen, dass die Rehabilitand\*innen zu Rehabilitationsbeginn deutliche Einschränkungen in den alltagsrelevanten Funktionen haben. Die Kohorte ähnelt den wegen COVID-19 hospitalisierten Patient\*innen aus England. Vorhandene Unterschiede könnten auf die Schwere der akuten COVID-19-Erkrankung zurückzuführen sein, was es im weiteren Studienverlauf zu untersuchen gilt. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weist die Kohorte einen substanziiell schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand auf und hat mehr Probleme bei Alltagsaktivitäten. Die charakterisierte Kohorte entspricht den theoretischen Vorannahmen: Die verwendeten Fragebögen wurden anhand von in der Literatur berichteten Symptomen nach COVID-19-Erkrankungen ausgewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmenden auf verschiedenen Ebenen substanziiell auffällige Werte haben, die auf eine Rehabilitationsbedürftigkeit verweisen. Die systematische Charakterisierung von Rehabilitand\*innen und ihren Problemlagen ist essenziell, um die Rehabilitation auf die komplexen Bedarfe und Bedürfnisse nach COVID-19 ausrichten zu können.

### **Take-Home-Message**

Rehabilitand\*innen zeichnen sich durch multiple Symptomkombinationen aus. Es gilt zu überprüfen, inwieweit und mit welchem Erfolg die Rehabilitation diese Probleme adressiert.

### **Literatur**

- Evans et al. (2021) Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre, prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 9: 1275–1287.
- Hinz, A., Klaiberg, A., Brähler, E., & König, H. H. (2006). The Quality of Life Questionnaire EQ-5D: modelling and norm values for the general population. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56(2), 42-48.
- Leupoldt, A. von, Reijnders, T., Schuler, M., Wittmann, M., Jelusic, D. & Schultz, K. (2017). Validity of a Self-administered Questionnaire Version of the Transition Dyspnea Index in Patients with COPD. *COPD*, 14(1), 66–71.
- Montan, I., Löwe, B., Cella, D., Mehnert, A., & Hinz, A. (2018). General population norms for the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-fatigue scale. *Value in Health*, 21(11), 1313-1321.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen