



# Rehab Science Spotlight

Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) e. V.

## Inhalt

Tagungsbericht



150. Sozialmedizinisches  
Kolloquium



Risiken und Nutzen des  
Cannabiskonsums



Digitale Rehabilitation bei PCS



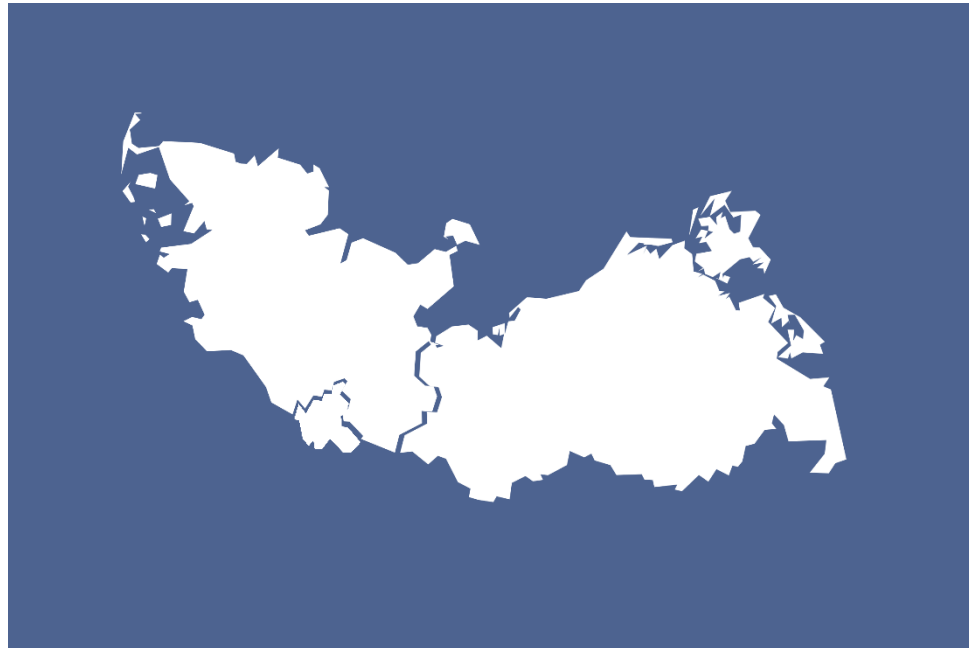
Cochrane-Ecke



Leitlinien



Termine



## Vorwort

Sehr geehrte Mitglieder,

wir freuen uns sehr, Ihnen die erste Ausgabe *des Rehab Science Spotlight 2024* vorstellen zu dürfen.

In diesem Newsletter informieren wir Sie über das 12. Reha-Symposium, das im November in Lübeck stattgefunden hat. Außerdem berichten wir über das 150. Sozialmedizinische Kolloquium, bei dem es um das hochaktuelle Thema der Cannabistherapie ging. Das Thema Cannabiskonsum haben wir erneut aufgegriffen und stellen Ihnen dazu ein Umbrella-Review zur Abwägung von Nutzen und Risiken des Cannabiskonsums vor. Auch haben wir eine aktuelle Studie zur Wirksamkeit einer digitalen Rehabilitation für Sie zusammengefasst und wieder eine Cochrane-Ecke mit aktuellen Publikationen und Stellungnahmen für Sie eingerichtet. Eine überarbeitete Leitlinie und interessante Veranstaltungen innerhalb der Reha-Welt runden diese Ausgabe ab.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

Melanie Hümmelgen

Vorstandsvorsitzende

Matthias Bethge

Stellv. Vorstandsvorsitzender

Friederike Thome-Soós

Wissenschaftliches Sekretariat

## Im Fokus

Auf der Seite 5 stellen wir eine Übersichtsarbeit zur Abwägung von Risiken und Nutzen des Cannabiskonsums vor.

Unter dem Titel „Rehabilitation - Wandel, Krise, Chance“ setzten sich in Lübeck am 13. November 2023 beim 12. Reha-Symposium rund 180 Teilnehmende mit aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsergebnissen auseinander. Der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr) veranstaltete das Symposium, zu dem er alle zwei Jahre einlädt, gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord und dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck.

Nach der Tagungseröffnung durch Dr. Melanie Hümmelgen, Ärztliche Direktorin der Mühlenbergklinik, Holsteinische Schweiz, und Prof. Dr. Matthias Bethge von der Universität zu Lübeck, folgten Grußworte von Volker Reitstätter, Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Nord, und Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, die für neue Zugangswege in die Rehabilitation warb und den Beitrag rehabilitationswissenschaftlicher Forschung für die Entwicklung derartiger neuer Wege hervorhob.

### Klima, Nachhaltigkeit und Rehabilitation

Im ersten wissenschaftlichen Vortrag fasste Dr. Norbert Kamin unter dem Titel „Die Klimakrise – ein medizinischer Notfall“ die Klimaentwicklung und die damit einhergehenden verheerenden Folgen sowohl für die Umwelt als auch die Gesundheit zusammen. Gerade vulnerable Bevölkerungsgruppen sind durch die Klimakrise besonders bedroht. Er erläuterte, wie das Gesundheitswesen sowohl mit institutionellen Anpassungsstrategien, wie dem Aufstellen von Hitzeaktionsplänen, als auch mit der Vermittlung von Strategien zur Lebensstiländerung, die sich positiv auf Gesundheit und Klima auswirken (Co-Benefits), auf die Klimakrise reagieren kann. Der anschließende Vortrag von Dr. Petra Becker „Klimawandel und Gesundheit – muss eine medizinische Rehabilitation neue Wege gehen?“ setzte sich kritisch mit dem „rehabilitationsbezogenen ökologischen Fußabdruck“ auseinander und identifizierte mögliche CO<sub>2</sub>-Einsparpotenziale innerhalb von Rehabilitationseinrichtungen. Basierend auf Analysen von KLIK green, einem Projekt der nationalen Klimaschutz-



initiative des Bundesumweltministeriums, sind diese Einsparmöglichkeiten erheblich: u. a. 45 % in der Wärmeversorgung, 100 % beim Stromverbrauch durch die Nutzung von Ökostrom und 10 % beim Pendeln von Mitarbeitenden. Sie betonte, dass Klimaschutz auch eines klimasensiblen Gesundheitswesens bedarf. Prof. Dr. Astrid Kause referierte im dritten Vortrag des ersten Blocks schließlich über die Herausforderungen, vor denen wir stehen, wenn wir über Klimarisiken informieren, und wie es gelingen kann, Menschen so über diese zu informieren, dass wir sie zum kompetenten Umgang mit Klimarisiken befähigen.

### Rehabilitation und Arbeit

Miriam Markus eröffnete den zweiten Themenblock und stellte in ihrem Beitrag die Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie zur Wirksamkeit einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor. Die in fünf psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführte Studie konnte über 1700 Personen einschließen. Trotz einer am Rehabilitationsende stärkeren Erreichung berufsbezogener Rehabilitationsziele, waren die Teilnehmenden nach drei und 12 Monaten ähnlich häufig zurück in Arbeit. Der anschließende Vortrag von Dr. Stefan Zapfel berichtete über „Neue, insbesondere arbeitsteilige Fallmanagementansätze in Modellprojekten des

Bundesprogramms rehapro“. Prof. Dr. Matthias Bethge stellte in seinem Vortrag „Aktiver Zugang und Fallmanagement bei hohem Risiko einer Erwerbsminderung“ die randomisiert kontrollierte Studie AktiFAME vor. Die Ergebnisse zeigen, dass mit dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente ein aktives Zugehen auf Menschen mit wahrscheinlich gefährdeter Erwerbsfähigkeit möglich ist, das Angebot als lohnenswert erlebt wird und die Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielgerichtet unterstützt wird.

### Reha-Innovationen

Im dritten Themenblock stellte zunächst Susanne Lessing – Promotionsstipendiatin des vffr – die Ergebnisse ihrer Doktorarbeit „Berufliche Teilhabe und Pflege – Eine qualitative Untersuchung zu den Bedarfen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz“ vor. Anschließend fasste Dr. Susanne Dibbelt die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zusammen, in der ein Online-Tool zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen geprüft wurde. Sie skizzierte einführend die Relevanz der Arbeit an Reha-Zielen, beschrieb die Anwendung des Tools und präsentierte Ergebnisse, die die Überlegenheit des neuen Ansatzes für verschiedene Zielkriterien abbildeten.

### Preisverleihung



Weitere interessante Forschungsarbeiten wurden auf 12 Postern vorgestellt. Die Posterjury zeichnete Lara Steinke für ihr Poster „Einflussfaktoren auf den Verlauf von Symptomen im Rahmen von Post-COVID-19“ aus. Ein Ehrenpreis ging an Annika Sternberg von der Universität zu Lübeck für ihr Poster „Screening und Prävalenz von Suizidalität in der medizinischen Rehabilitation“. Ein weiteres Highlight im Tagungsprogramm war die Vergabe des mit 2500 € dotierten Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungspreises des vffr.

Diesen teilten sich in diesem Jahr zwei Preisträgerinnen. Anna-Lena Baasner von der Universität zu Lübeck wurde für ihre qualitative Studie zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Durchführung der medizinischen Rehabilitation bei Jugendlichen mit Skoliose vor und während der SARS-CoV-2-Pandemie ausgezeichnet. Lea Remus, ebenfalls von der Universität zu Lübeck, wurde für ihre Arbeit mit dem Titel „Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung – eine Machbarkeitsstudie“ geehrt.

Das 13. Lübecker Reha-Symposium ist für Ende 2025 geplant.



## 150. Sozialmedizinisches Kolloquium

Am 1. November 2023 haben das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck, die Deutsche Rentenversicherung Nord, der Medizinische Dienst Nord und der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) zum 150. Sozialmedizinischen Kolloquium eingeladen, ein Meilenstein für alle Beteiligten. Die Veranstaltung fand mit rund 40 Reha-Interessierten in den Räumlichkeiten der DRV Nord, in Lübeck, statt. Dr. Nathalie Glaser-Möller gab zur Feier des Tages einen unterhaltsamen Rückblick auf vergangene sozialmedizinische Kolloquien und führte anschließend gemeinsam mit Prof. Dr. Matthias Bethge den angekündigten Vortrag zu dem hochaktuellen Thema „Cannabis im Spannungsfeld zwischen Genuss- und Arzneimittel“ von Dr. Marc Heidbreder vom Medizinischen Dienst Nord ein. Dr. Heidbreder begann seine Präsentation mit einer Vorstellung eines Umbrella-Reviews von Solmi und Kolleginnen und Kollegen über die Abwägung der Risiken und des Nutzens des Cannabiskonsums. Das Review fasst zusammen, bei welchen Bevölkerungsgruppen bzw. Indikationen zu einer Cannabinoid-Behandlung geraten oder davon abgeraten wird. Im Folgenden wurde der Legalisierungsverlauf skizziert, wobei kurz auf den Koalitionsvertrag von 2021 sowie das Cannabisgesetz, CanG, zum kontrollierten Umgang mit Cannabis eingegangen wurde. Auch waren die Cannabis-Social-Clubs (CSC) und deren rechtliche Anforderungen Gegenstand des Vortrages (bspw. keine Gewinnerorientierung, maximal 500 Mitglieder  $\geq 18$  Jahre, Anbau und Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken nur an CSC-Mitglieder, für den Eigenkonsum maximal 25 g pro Tag und 50 g pro Monat). Der THC-Grenzwert im Straßenverkehr, der im Frühjahr 2024 der Öffentlichkeit vorgestellt werden soll, wurde ebenfalls kurz thematisiert. Die eigene Publikation von Heidbreder und van Treek „Cannabispräparate für die Therapie chronischer Schmerzen. Problemfelder bei medizinischen Begutachtungen aus der Erfahrung des MDK Nord“ fasste weitere Herausforderungen, wie die Unwägbarkeiten bei der Kostenübernahme einer Cannabinoid-Therapie, zusammen. Es folgten einige Beispiele aus der Praxis, bei denen eine Kostenerstattung von Seiten der Krankenkassen abgelehnt wurden. Zudem

### Cannabisgesetz (CanG)

definiert in §1 Begriffsbestimmungen u. a. von Cannabinoiden, THC, Cannabidiol (CBD), Marihuana oder Haschisch und verschriftlicht den Umgang mit Cannabis (§2) sowie den erlaubten Besitz (§3). So ist es nach wie vor verboten Cannabis zu besitzen, anzubauen, zu vermarkten oder herzustellen. Auch ist die Extraktion von Cannabinoiden verboten, nicht aber die Extraktion von CBD. Einschränkungen gibt es aber auch hier für Personen unter 18 Jahren. Die Bestimmungen des CanG sehen die Entlassung von Cannabis aus der BtM-Pflicht vor, den straffreien Besitz von bis zu 25 g Cannabis (auch in der Öffentlichkeit) sowie die Löschung früherer Verurteilungen wegen Besitzes oder Eigenanbaus (bis 25 g). Der Anbau von Cannabis wurde so geregelt, dass eine Schutzzone von 200 m an Schulen, öffentlichen Sportstätten und Kindertagesstätten eingerichtet wird. Zudem bleibt der Konsum in Fußgängerzonen vor 20 Uhr verboten. Drei „weiblich blühende Pflanzen“ sind im Eigenanbau erlaubt, sofern ein Zugriff durch Kinder und Jugendliche auf die Pflanzen nicht möglich ist (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>).

wurde kritisch auf die Begleiterhebung des BfArM (März 2017 bis März 2022) eingegangen, in der sorgenvoll auf „die Ergebnisse zu den Cannabisblüten“ geschaut wurde. Die berechtigte Kritik an fehlenden Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Publikationen zu Wirksamkeit und Sicherheit bestärkt die Frage nach Abgrenzung zwischen tatsächlichen therapeutischen Effekten und erlebter Steigerung des Wohlbefindens. Hier werden in Zukunft vor allem die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die Pflicht genommen. Dr. Heidbreder besprach darüber hinaus den Beschluss vom 16. März 2023 der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL). Zuletzt wurden unter der Überschrift „‘Niemandland‘ zwischen GKV und Eigenbeschaffung“ kritisch die Fälle Rolf Müller und der Fall Dr. Ansay besprochen, die aufgrund von analogen und/oder digitalen Cannabis-Verordnungen zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden und Berufsverbot erhielten (Rolf Müller) bzw. die Approbation verloren (Dr. Ansay).

## 150. Sozialmedizinisches Kolloquium

Wir danken Herrn Dr. Heidbreder für den interessanten, aufschlussreichen und praxisnahen Vortrag und den regen Austausch.

### Weitere Informationen

AM-RL § 4a und Abschnitt N §§ 44 bis 46, legen fest, dass Erstverordnung und grundlegender Therapiewechsel der Genehmigung durch die Krankenkassen bedürfen und Folgeverordnungen, Dosisanpassungen oder der Wechsel zu anderen Blüten oder zu anderen Extrakten in standardisierter Form keine erneute Genehmigung benötigen. Verordnungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedürfen grundsätzlich keiner Genehmigung mehr und es besteht darüber hinaus kein Facharztvorbehalt.

### Abwägung von Risiken und Nutzen des Cannabiskonsums: Überblick von Meta-Analysen von randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien

**Einleitung:** Weltweit steht Cannabis neben Alkohol und Nikotin an dritter Stelle der Missbrauchsubstanzen. Studien zeigen, dass mehr als 23,8 Millionen Menschen weltweit an einer Cannabisgebrauchsstörung leiden. Insgesamt enthält die Cannabispflanze über 100 cannabinoide Substanzen. Klinisch sind Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) am relevantesten. Die berauschende Wirkung wird durch die Bindung von THC an den Cannabinoid-Rezeptor (CB1) im Zentralnervensystem (ZNS) vermittelt. Im Gegensatz dazu erzeugt CBD keinen Rausch, hat kaum Potenzial für Substanzmissbrauch und findet somit Anwendung in der medikamentösen Therapie. **Zielsetzung:** Die Arbeit zielte darauf ab, systematisch die Assoziation von Cannabis, CBD und cannabisbasierten Arzneimitteln mit der Gesundheit von unterschiedlichen Populationen (u. a. chronische Schmerzen, Multiple Sklerose, Krebs, Epilepsie, entzündliche Darm-erkrankung / Morbus Crohn, psychische Erkrankungen, Psychosen, Demenz, Alzheimer und Parkinson) hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit zu bewerten. Dazu wurden in die insgesamt 101 Meta-Analysen 50 Beobachtungsstudien und 51 randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen. Die gemäß des Qualitätsbewertungsinstrumentes AMSTAR 2 bewertete methodische Qualität der Studien variierte. Die Qualität von 33 Studien wurde als hoch, von 31 Studien als moderat, von 32 Studien als gering und von 5 Studien als sehr gering eingestuft.



**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien mit hoher bis moderater Qualität zeigen, dass cannabisbasierte Arzneimittel mit unerwünschten, vor allem das ZNS betreffenden Ereignissen (OR = 2,84; 95%-KI: 2,16 bis 3,73) assoziiert sind, darunter psychologische Auswirkungen (OR = 3,07; 95%-KI: 1,79 bis 5,26) oder das Sehvermögen (OR = 3,0; KI: 1,79 bis 5,03). Mäßige Evidenz wurde für eine Verbesserung von Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen und Spastizität berichtet. Hohe Evidenz wurde für eine Schmerzreduktion durch cannabisbasierte Medikamente bei chronischen Schmerzen festgestellt (OR = 0,59; 95%-KI: 0,37 bis 0,93), aber auch für einen erhöhten psychischen Leidensdruck. Bei Personen mit Epilepsie erhöhte CBD das Risiko für Durchfall (OR = 2,25; 95%-KI: 1,33 bis 3,81) und Schläfrigkeit,

## Abwägung von Risiken und Nutzen des Cannabiskonsums: Überblick von Meta-Analysen von randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien



zeigte keinen Einfluss auf Schlafstörungen, jedoch wurden Anfälle (OR = 0,59; 95%-KI: 0,38 bis 0,92) und Anfallsereignisse (OR = 0,59; 95%-KI: 0,36 bis 0,96) reduziert und der Gesamteindruck sowie die Lebensqualität verbessert. In der Allgemeinbevölkerung verschlimmerte die Einnahme von Cannabis die Positivsymptomatik (OR = 5,21; 95%-KI: 3,36 bis 8,01) und Negativsymptomatik sowie andere psychiatrische Symptome (OR = 7,49; 95%-KI: 5,31 bis 10,42) und hatte einen negativen Einfluss auf die Kognition. Innerhalb der gesunden Population erhöhte CBD die Schmerzschwelle (OR = 0,74; 95%-KI: 0,59 bis 0,91) und verringerte das Gefühl des Unwohlseins (OR = 0,60; 95%-KI: 0,41 bis 0,88). Bei Personen mit entzündlichen Darmerkrankungen verbesserte CBD die Lebensqualität (OR = 0,34; 95%-KI: 0,22 bis 0,53). Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose profitierten von der Einnahme von CBD in Bezug auf Spastik und Schmerzen. Erhöht war aber das Risiko von Schwindel, Mundtrockenheit, Übelkeit und Schläfrigkeit. Bei onkologischen Patientinnen und Patienten verbesserte CBD zwar die Schlafqualität, war aber mit gastrointestinalen unerwünschten Ereignissen assoziiert. Cannabisbasierte Medikamente und CBD zeigten bei verschiedenen Indikationen eine schlechte Verträglichkeit. Die Analyse belegt zudem anhand von Beobachtungsstudien, dass CBD bei schwangeren Frauen sowohl einen negativen Einfluss auf die Größe des Embryos (↓) (OR = 1,61; 95%-KI: 1,41 bis 1,83), als auch auf das Geburtsgewicht (↓) hat (OR = 1,43; 95%-KI: 1,27 bis 1,62). Im Straßenverkehr erhöht sich unter dem Gebrauch

### Begriffsbestimmung

Als **Positivsymptome** bezeichnet man Störungen u. a. des Denkens, des Antriebs und der Kommunikation. Beispiel hierfür sind Unruhe, gesteigerter Antrieb, Erregung, Reizbarkeit, Sinnestäuschungen und unrealistische Überzeugungen. Körperliche Positivsymptome sind z. B. Schlaflosigkeit, Herzrasen, Schweißausbrüche, Bluthochdruck, Bauchkrämpfe und Luftnot durch eine Verkrampfung der Atemwege.

Der Begriff **Negativsymptomatik** fasst verschiedene Symptome zusammen, welche durch Herabsetzung, Minderung und Verarmung psychischer Merkmale eines Menschen gekennzeichnet sind (bspw. verminderter Antrieb, verarmter Affekt, reduzierte Mimik und Gestik, verarmtes Denken).

von CBD die Chance für Unfälle (OR = 1,27; 95%-KI: 1,21 bis 1,34). Auch wird in den eingeschlossenen Beobachtungsstudien innerhalb der Population der gesunden Cannabiskonsumenden über zusätzliche psychotische Symptome, Suizidversuche, Depression und Manie sowie kognitive Beeinträchtigungen berichtet. **Zusammenfassung:** Die Studie legt nahe, dass der Gebrauch von Cannabis mit schlechterer mentaler Gesundheit, kognitiven Beeinträchtigungen und einem erhöhten Unfallrisiko verbunden ist. Besonders in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, während die kognitive Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, sollte der Cannabiskonsum vermieden werden. Dies ist auch während der Schwangerschaft und beim Autofahren ratsam. CBD könnte eine potenziell positive Behandlungsoption bei Epilepsie, in der Palliativmedizin und bei chronischen Schmerzen sein. Klinische Relevanz, Nutzen-Risiko-Verhältnisse und Wirksamkeit im Vergleich zu bestehenden Medikamenten sollten stets berücksichtigt werden. Leitlinien könnten dabei helfen, die derzeitigen Erkenntnisse in die klinische Praxis zu übertragen.

### Weitere Informationen

Die gesamte Publikation ist zu finden unter:  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072348>.

## Wirksame digitale Rehabilitation für Menschen mit Post-COVID-Syndrom

Eine in England und Wales durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie untersuchte, ob ein strukturiertes, online betreutes Gruppenrehabilitationsprogramm die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zur üblichen Versorgung bei Erwachsenen mit Post-COVID-Syndrom verbessern kann. Mögliche Teilnehmende wurden drei oder mehr Monate nach einem stationären Krankenhausaufenthalt telefonisch kontaktiert und nach anhaltenden Symptomen befragt. Nach informierter Einwilligung und Beantwortung eines ersten Fragebogens wurden die teilnehmenden Personen der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Das achtwöchige multimodale Online-Programm für die Interventionsgruppe umfasste drei Komponenten: erstens eine einstündige, online durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten durchgeführte Aufnahmeuntersuchung, zweitens ein wöchentlich in geschlossenen Gruppen durchgeführtes 30-minütiges Training zur Verbesserung von Herz-Kreislauf-Fitness, Kraft, Gleichgewicht und Koordination sowie ein bis zwei aufgezeichnete Trainingseinheiten zur individuellen Nutzung und drittens sechs einstündige gesundheitspsychologische Einheiten, die u. a. Strategien der Verhaltensänderung vermittelten und Selbstwirksamkeitserwartungen unterstützten. Die Kontrollgruppe erhielt einen Online-Beratungstermin. Das primäre Zielkriterium war die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach drei Monaten. Sekundäre Zielkriterien, die nach drei, sechs und zwölf Monaten gemessen wurden, waren u. a. Depression, Müdigkeit, Schlafstörungen, Schmerzstörungen, körperliche Funktion, soziale Rollen/Aktivitäten und kognitive Funktion, der Schweregrad der posttraumatischen Belastungsstörung, die allgemeine Gesundheit und unerwünschte Ereignisse. Insgesamt willigten 585 Personen in die Studienteilnahme ein, von diesen wurden 298 Personen der Interventionsgruppe und



287 Personen der Kontrollgruppe zugewiesen. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Personen betrug 56 Jahre. 52 % waren weiblich. Zwischen Krankenhausaufenthalt und Interventionsbeginn lagen durchschnittlich 323 Tage. Die Teilnehmenden waren bei Beginn der Intervention deutlich eingeschränkt; knapp 40 % von ihnen waren nicht arbeitsfähig. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verbesserte sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der an der Intervention teilnehmenden Personen nach drei Monaten signifikant. Dies war v. a. auf die Subskalen zu Depression, Müdigkeit und Schmerz zurückzuführen. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren auch nach zwölf Monaten noch in gleichem Umfang beobachtbar und ebenfalls statistisch signifikant. In der Interventionsgruppe hielten sich 141 Teilnehmende (47 %) vollständig an das Programm, 117 (39 %) hielten sich teilweise daran und 40 (13 %) nahmen nicht an der Intervention teil. Die Studie mit dem Titel „Clinical effectiveness of an online supervised group physical and mental health rehabilitation programme for adults with post-covid-19 condition (REGAIN study): multicentre randomised controlled trial“ ist im British Medical Journal erschienen.



### Weitere Informationen

Die gesamte Publikation ist zu finden unter:  
<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076506>.

Im aktuellen Cochrane Rehabilitation Newsletter (Ausgabe 69, Januar 2024) werden zwei Übersichtsarbeiten vorgestellt, die die derzeit verfügbare Evidenz bezüglich der Auswirkungen von Bewegungsinterventionen bei zystischer Fibrose und Morbus Parkinson überprüfen.

Die erste Arbeit untersuchte den Einfluss von Bewegungsförderungsmaßnahmen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lungenfunktion bei Menschen mit zystischer Fibrose (Mukoviszidose).

**Hintergrund:** Zystische Fibrose ist die häufigste lebenslimitierende, autosomal-rezessiv vererbte Krankheit in nordeuropäischen Bevölkerungen. Die weltweite Inzidenz wird im Durchschnitt auf 1/3000 bis 1/6000 Lebendgeburten geschätzt. Es gibt große regionale Unterschiede. Die Lebenserwartung von Neugeborenen beträgt gegenwärtig etwa 45 bis 50 Jahre. Bei Menschen mit dieser Krankheit bildet sich zäher Schleim in den Bronchien, der zu chronischem Husten, Bronchiektasen, häufigen Lungeninfekten und schwerwiegenden Lungenentzündungen führt. **Studieneigenschaften:** In die vorliegende Übersichtsarbeit sind 24 randomisierte kontrollierte Studien mit einer Gesamtanzahl von 875 Teilnehmenden eingeschlossen. Verglichen wurden Bewegungsförderungsmaßnahmen mit passiven Kontrollgruppen, die die Standardversorgung erhielten. Die Populationen in den eingeschlossenen Studien waren heterogen in Bezug auf Krankheits Schwere und Alter. Die Dauer der aktiven Trainingsprogramme erstreckte sich bis zu sechs Monate in 14 Studien und war länger als sechs Monate in den restlichen zehn Studien. Nur wenige Studien implementierten Follow-Up-Perioden nach dem Ende des Supervisionszeitraums. Die Qualität der eingeschlossenen Studien variierte erheblich. **Hauptergebnisse:** Bewegungsfördernde Interventionen mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten, führen wahrscheinlich zu einer gesteigerten körperlichen Leistungsfähigkeit. Allerdings wird dieser Effekt als gering eingestuft. Die Übersichtsarbeit legt außerdem nahe, dass körperliche Aktivität möglicherweise keine Auswirkungen auf die Lungenfunktion und Lebensqualität hat. Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von pulmonalen

Exazerbationen (Krankheitsschüben) oder der Zeit bis zur ersten Exazerbation über 12 Monate.



Die Auswirkungen auf das Auftreten von unerwünschten Ereignissen waren ebenfalls begrenzt aussagekräftig. Für aktive Trainingsprogramme von bis zu sechs Monaten hatten die Effekte ähnliche Ausprägungen wie für längere Programme. **Limitationen:** Aufgrund der Heterogenität der Studienergebnisse, der unterschiedlichen Studienqualität und fehlender Informationen zu klinisch bedeutsamen Veränderungen in verschiedenen Ergebnisparametern wird die Gesamtsicherheit der Evidenz zu den Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die untersuchten Zielkriterien als eingeschränkt betrachtet.

**Die zweite Arbeit** vergleicht die Auswirkungen verschiedener Arten von körperlicher Betätigung bei Erwachsenen mit Morbus Parkinson auf den Schweregrad der motorischen Symptome, die Lebensqualität sowie das Auftreten unerwünschter Ereignisse. Mithilfe von Netzwerk-Metaanalysen sollte eine klinisch sinnvolle Rangfolge der Behandlungen bestimmt werden. **Hintergrund:** Parkinson ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung bei Menschen über 60 Jahren. Die Krankheit äußert sich vorrangig durch fortschreitende motorische Symptome wie verlangsamte Bewegungen, muskuläre Steifheit, Ruhetremor und Gleichgewichtsstörungen, welche die Mobilität beeinträchtigen. Neben den motorischen treten häufig nicht-motorische Symptome wie Angst, Depression, Müdigkeit, Schlafstörungen sowie kognitive Beeinträchtigungen (bis hin zur Parkinson-Demenz) auf. **Studieneigenschaften:** Es wurden 156 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 7939 Teilnehmenden mit meist leichter bis mittelschwerer Erkrankung und ohne größere kognitive Beeinträchtigung eingeschlossen. Nicht alle Studien haben Ergebnisse für alle interessierenden Endpunkte erhoben. Für die berücksichtigten Zielkriterien wurden daher unterschiedlich viele Studien analysiert. **Ergebnisse:** Zusammengefasst zeigt sich, dass Tanz eine mäßig positive Wirkung auf die motorischen Symptome hat. Aquatraining, Gleich-





gewichts- und Funktionaltraining sowie Multi-Domain-Training können wahrscheinlich ebenfalls positive Effekte auf motorische Symptome haben. Mind-Body-Training und Ausdauertraining könnten geringfügige positive Auswirkungen haben, während Flexibilitätstraining wahrscheinlich wenig bis keine Auswirkungen auf motorische Symptome hat. Die Effekte von

Krafttraining und der für Parkinson spezifischen physiotherapeutischen Methode „Lee Silverman Voice Training BIG“ (LSVT BIG) sind unsicher (Zielkriterium: motorische Symptome). In Bezug auf die Lebensqualität hat Aquatraining wahrscheinlich eine deutlich positive Wirkung, während Ausdauertraining eine moderate und Gleichgewichts-/Funktional- sowie Multi-Domain-Training eine geringfügige positive Wirkung haben. Die Effekte von Mind-Body-Training, Gaming, Krafttraining, Tanz, LSVT BIG und Flexibilitätstraining auf die Lebensqualität sind sehr unsicher (Zielkriterium: Lebensqualität). In 85 Studien, die Informationen zu unerwünschten Effekten lieferten, wurden hauptsächlich nur in den Interventionsgruppen unerwünschte Effekte erfasst. Dies impliziert erhebliche Unsicherheit bezüglich der Ergebnisse. Am häufigsten traten unerwünschte Ereignisse in Form von Stürzen und Schmerzen auf (Zielkriterium: unerwünschte Ereignisse).

**Limitationen:** Die teilweise eingeschränkte Sicherheit der Ergebnisse lässt sich hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückführen: erstens das Fehlen von umfassenden Informationen zu den interessierenden Endpunkten für sämtliche Teilnehmende und zweitens die teilweise sehr kleinen Stichproben.

### Weitere Informationen

Die erste Publikation finden sie unter:

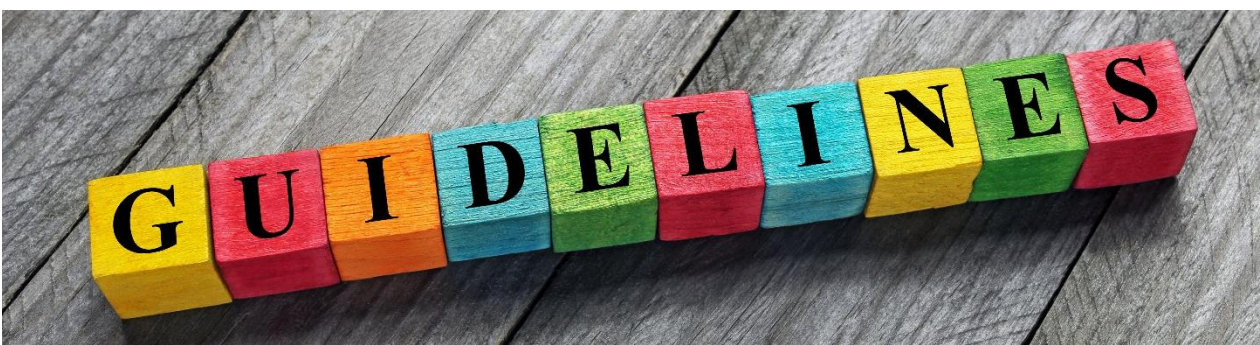
<http://bit.ly/RehabCD002780>.

Die zweite Publikation ist unter

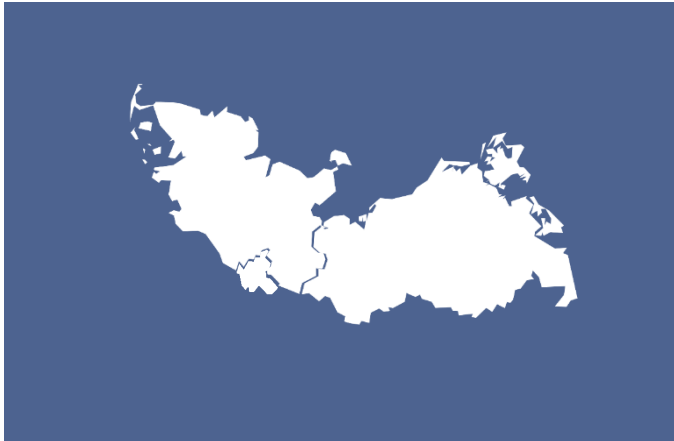
<http://bit.ly/RehabCD013856> abrufbar.

## Neue Leitlinien für Januar und Februar 2024

Ende 2023 wurde die Leitlinie „S2k-LL COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation“ überarbeitet. Die Leitlinie ist eine Aktualisierung der im November 2020 veröffentlichten Erstfassung und thematisiert Maßnahmen der Rehabilitation, einschließlich der Früh-Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit COVID-19. Die Leitlinie beschreibt die Versorgung dieser Patientinnen und -Patienten mit medizinischer Rehabilitation sowie durch ambulante Angebote und Langzeitbetreuung, u. a. bei längerer Persistenz von Symptomen von Long COVID bzw. Post COVID-Syndrom.



Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) e. V.



## Impressum

Herausgeber:

Verein zur Förderung der  
Rehabilitationsforschung in Hamburg,  
Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-  
Holstein e. V.

<https://www.reha-vffr.de/>

Redaktion:

Wissenschaftliches Sekretariat des vffr  
Dr. Friederike Thome-Soós,  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23562 Lübeck

Tel.: +49 451 50051243

Fax: +49 451 50051204

[friederike.thome-soos@uksh.de](mailto:friederike.thome-soos@uksh.de)

## TERMINE



- Vom **18. bis 20. März 2024** findet das 33. Reha-Kolloquium „Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial“ in Bremen statt.
- Am **27. März 2024** findet von **16.00 bis 18.00 Uhr** das 151. Sozialmedizinische Kolloquium digital statt. Frau Alexa Kupferschmitt (Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin) referiert zum Thema „Interdisziplinäre Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom – die Rolle der Psychosomatik“.
- Am **26. Juni 2024** findet von **16.00 bis 17.30 Uhr** die Vortragsreihe Reha-Innovationen in der Praxis unter dem Motto „Digitalisierung in der Reha-Nachsorge“ in Bad Doberan statt.