

Langzeit-Rehabilitation nach Schlaganfall: Effekte eines Kognitiven Trainings nach Stengel in Gruppen. Die ApKog-Studie.

Sabine Ladner-Merz^a, Nina Löw^b, Thomas Wendt^c, Anja Heydekorn^d, Uwe Lange^e

Abstract

Hintergrund und Fragestellung:

Evaluation der Effektivität eines Kognitiven Trainings in Gruppen nach der Stengel-Methode in der Langzeit-Rehabilitation von Schlaganfallpatienten ohne Aphasie. Evaluation der Sensitivität und Spezifität der ärztlichen klinischen Untersuchung für die Diagnostik von Hirnleistungsstörungen ohne Einsatz neuropsychologischer Testverfahren.

Studiendesign:

Prospektive nicht-randomisierte kontrollierte klinische Studie

Studiensetting:

Studie an einer Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Patienten, die eine sekundäre Rehabilitationsmaßnahme nach Schlaganfall zur Wiedergewinnung oder Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit erhielten.

Studienteilnehmer:

43 nicht-aphasische Patienten; letzter Schlaganfall durchschnittlich vor 2,4 Jahren; 38 Patienten arbeitsfähig (88%).

Methodischer Ansatz und Interventionen:

Nach einer routinemäßigen ärztlichen klinischen Aufnahmeuntersuchung einschließlich Anamneseerhebung wurden Patienten, bei denen kognitive Defizite vermutet wurden, der Studiengruppe A zugeteilt, Patienten ohne vermutete kognitive Defizite der Studiengruppe B. Patienten der Studiengruppe B erhielten das Standardrehabilitationsprogramm (Bewegungs- und Entspannungstherapie), Patienten der Gruppe A erhielten zusätzlich Kognitives Training. Die Dauer des klinischen Rehabilitationsprogramms betrug für Gruppe A 28 Tage \pm 7, für Gruppe B: 27 Tage \pm 7. Die Patienten der Gruppe A erhielten durchschnittlich 59,6 Einheiten \pm 21,4 der Standardtherapie, die Gruppe B 58,4 Einheiten \pm 26. Gruppe A erhielt zusätzlich durchschnittlich 8,8 \pm 2,2 Einheiten eines sozial-kommunikativen Kognitiven Trainings in der Gruppe, jede Trainingseinheit dauerte 60 Minuten mit bis zu 15 Gruppenteilnehmern drei Mal pro Woche.

Evaluation der Therapie:

Nach der routinemäßigen ärztlichen Aufnahmeuntersuchung und der Gruppeneinteilung erfolgte jeweils zu Anfang sowie am Ende der Therapie eine neuropsychologische Testung (Erfassung von Parametern der kognitiven Domänen Gedächtnis, exekutive Funktionen / Wortflüssigkeit, kognitives Leistungstempo), sowie eine Messung der Befindlichkeit (Bf-S- und Bf-S'-Skala) und des Gesundheitszustands (SF-36).

Ergebnisse:

Bei Betrachtung aller Patienten betrug die Sensitivität der ärztlichen klinischen Aufnahmeuntersuchung für die Diagnose kognitiver Defizite 68%, die Spezifität 60%. 88% der Patienten waren arbeitsfähig. In der neuropsychologischen Testung zeigten 65% der Patienten kognitive Defizite vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Die betroffenen kognitiven Domänen waren kognitives Leistungstempo bei 25% dieser Patienten, Gedächtnis bei 46% und exekutive Funktionen / Wortflüssigkeit bei 93% dieser Patienten. Zusätzlich wiesen 37% der Patienten eine Depression auf. Das Standardrehabilitationsprogramm verbesserte das kognitive Leistungstempo und die Befindlichkeit signifikant. Nichtsdestotrotz entwickelten 4 von 9 Patienten der Gruppe B, die vor der Rehabilitation keine kognitiven Defizite aufgewiesen hatten, im Verlauf der körperbetonten Standard-Rehabilitation neue kognitive Defizite. Eine Ergänzung des körperbetonten Standard-Rehabilitationsprogramms um nur 8,8 Einheiten eines sozial-kommunikativen Kognitiven Trainings in der Gruppe führte zusätzlich zu einer signifikanten Verbesserung von exekutiven Funktionen und Wortflüssigkeit und verhinderte die Entwicklung neuer kognitiver Defizite im Verlauf der Therapie. Außerdem wurde damit in der vorliegenden Studie die Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Standardtherapie verdoppelt und die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands verdreifacht.

Schlussfolgerungen:

Trotz Arbeitsfähigkeit wiesen viele Schlaganfallpatienten in der sekundären Rehabilitation teilweise Jahre nach dem letzten Schlaganfall immer noch kognitive Defizite auf. Da die Sensitivität und Spezifität einer ärztlichen klinischen Untersuchung für die Diagnostik von Hirnleistungsstörungen nur gering war, sollte eine neuropsychologische Testung routinemäßig bei allen Schlaganfallpatienten auch in der sekundären Rehabilitation durchgeführt werden. Sozial-kommunikatives Kognitives Training nach Stengel in Gruppen stellt eine neue und kosteneffektive therapeutische Maßnahme dar, um die Effektivität eines körperbetonten Standard-Rehabilitationsprogrammes für Patienten nach Schlaganfall zu verbessern.

Schlüsselbegriffe:

Kognition, Rehabilitation, Schlaganfall, Training, Kognitives Training, Hirnleistungsstörung, Hirnleistungstraining, Stengel-Methode

^aAkademie für Kognitives Training, Stuttgart

^bMEDIAN Rheingau-Taunus-Klinik, Bad Schwalbach

^cKardiocentrum Frankfurt

^dReha Zentrum Bad Nauheim Klinik Wetterau, DRV Rentenversicherung Bund, Bad Nauheim, Germany

^eJustus Liebig Universität Giessen, Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Kerckhoff Klinik, Bad Nauheim

Korrespondenzadresse: Sabine Ladner-Merz, Akademie für Kognitives Training, Nöllenstr. 11, 70195 Stuttgart, e-Mail: sabine.ladner-merz@kognitives-training.de

Eingereicht: 11. Oktober 2012, angenommen: 23. Dezember 2012