

Gilbert Büsching

Depression: der 6-Minuten-Gehtest als Standard in der stationären Rehabilitation?

Vortrag anlässlich des Abschiedssymposiums von Dr. med. Pierre Loeb am 26. Mai 2011 in Bern

Ein depressiver Patient in einer stationären Rehabilitation profitiert von mehreren unterschiedlichen Therapien, darunter auch aktive Physiotherapie mit Bewegung wie Velo fahren, Wandern und Krafttraining. Bei Austritt zeigt der Patient einen verbesserten körperlichen Zustand und geringere depressive Symptome. Wie kann man im Verlauf der Leistungsfähigkeit zuverlässig und objektiv bei dieser Patientengruppe messen? Kann der 6-Minuten-Gehtest dies belegen und gibt es eine Korrelation zu einem etablierten Fragebogen zur Erfassung der Depression?

Auf der interdisziplinären Station der Klinik Barmelweid wird seit 2007 der 6-Minuten-Gehtest bei allen Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen durchgeführt. In einem Zeitabschnitt von drei Monaten wurden Daten von elf Patienten mit einer Depression als Hauptdiagnose ausgewertet. Der Unterschied betrug zwischen Eintritt und Austritt nach drei Wochen im Durchschnitt 55 Meter (Abb. 1). Diese objektivierte Veränderung hat uns in unserer Beobachtung bestätigt, der Gehtest wurde als Standard für alle Patienten eingeführt. Eine Gruppe mit Patienten mit chronischen Schmerzen hat sich in einem ähnlichen Zeitraum nur um 32 Meter verändert.

Der 6-Minuten-Gehtest wird bisher als Standard nur in der kardialen, pulmonalen und muskuloskeletaren Rehabilitation eingesetzt. Er wird nicht nur als Verlaufszeichen eingesetzt, sondern die funktionelle Leistungsfähigkeit stellt auch einen prognostischen Faktor dar. Eine Gehstrecke unter 350 Metern bedeutet ein Risiko für eine geringere Lebenserwartung [1]. Bei diesem Krankheitsbild spricht

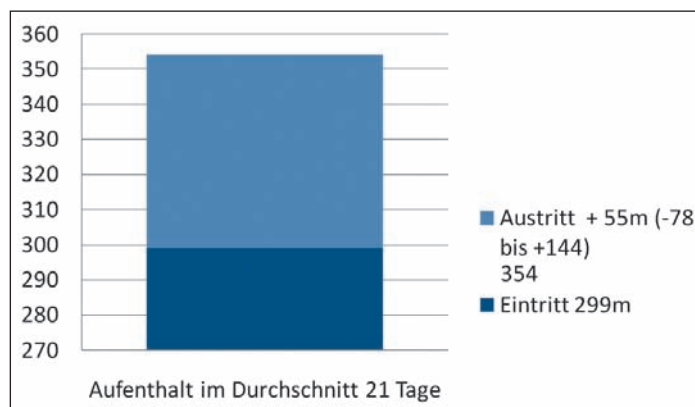


Abbildung 1

Retrospektive Probe-Auswertung des 6-Minuten-Gehtests von elf Patienten mit Hauptdiagnose «Depression» im Jahr 2007.

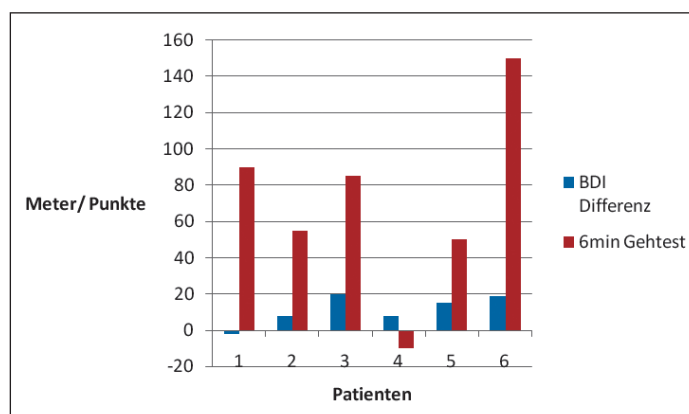


Abbildung 2

Korrelation BDI und 6-Minuten-Gehtest: Deutlich ist ein Trend zu erkennen, der leider nicht einheitlich ist. Zudem muss man berücksichtigen, dass in der stationären Rehabilitation häufig Komorbiditäten auftreten, wie Angst- und Essstörungen, somatoforme Störungen und chronische Schmerzen.

Der 6-Minuten-Gehtest

Beim 6-Minuten-Gehtest wird der Patient aufgefordert, auf einer abgemessenen Strecke so schnell wie möglich zu gehen. Der Test gibt im Allgemeinen eine Einschätzung über die kardio-pulmonale Leistungsbereitschaft, der peripheren Zirkulation, der neuromuskulären Funktion, aber auch der Leistungsbereitschaft und der Motivation. Bei einer Gehstrecke von 450 Metern kann die Übertragung auf Stundenkilometer eine bessere Einschätzung geben, nämlich 4,5 km/h. Eine Gehstrecke unter 200 Metern entspricht einer schwerwiegenden Funktionseinschränkung, kann aber auch ein Anzeichen für eine verminderte Leistungsbereitschaft sein.

Als Normwerte für 40- bis 80-jährige, gesunde Personen gelten für Männer 576 Meter und für Frauen 494 Meter. Die altersbezogenen Referenzwerte können mittels einer Formel berechnet werden.

¹ Für andere Patientengruppen gibt es ähnliche Referenzwerte zur Responsivität: bei geriatrischen Patienten mit Herzerkrankung 43 Meter, bei Patienten mit Knie- und Hüftendoprothese 61 Meter [6].

man ab 54 Metern¹ [2] von einer minimalen, klinisch relevanten Veränderung. Gilt das auch für depressive Patienten?

Gibt es überhaupt Leitlinien, die bei einer Depression körperliche Aktivität empfehlen? Ein Cochrane Review [3] von 2010 erachtet es als sinnvoll, depressiven Patienten zu Bewegungsübungen zu ermuntern. Leider können keine Angaben über die Dauer, Art und Form der Bewegung gemacht werden. In einigen Studien ist beispielweise ein Ausdauertraining von drei Mal 50 Minuten einer rein medikamentösen Behandlung leicht überlegen [4]. In den nationalen Leitlinien von 2009 wird aber für unipolare Depression körperliche Aktivität nur als ein klinischer Konsenspunkt empfohlen [5]. Um für den Einsatz im stationären Bereich weitere Validität zu erreichen, haben wir sechs Patienten mit mittelschwerer Depression untersucht. Diese Patienten (im Durchschnitt 56 Jahre alt) haben

Das Beck-Depressioninventar II

Das Beck-Depressioninventar II misst depressive Symptome, liefert aber keine Diagnose. 21 Items eines Fragebogens werden vom Patienten mit 0 bis 3 Punkten skaliert. Es können maximal 63 Punkte erreicht werden. Die Einteilung der Symptome geschieht folgendermassen: «keine» oder «minimal» (0 bis 13 Punkte), «mild» (14 bis 19 Punkte), «moderat» (20 bis 28) und «schwer» (29 bis 63).

sich durchschnittlich um 70 Meter verbessert. Während der 30-tägigen Aufenthaltsdauer konnten auch die Resultate des Beck-Depressionsinventars II (BDI) verbessert werden, und zwar um durchschnittlich minus elf Punkte. Dies bedeutet eine Verminderung der Symptome. Eine Korrelation der Werte des 6-Minuten-Gehtest und des BDI II verdeutlicht Abbildung 2.

Fazit

Der 6-Minuten-Gehtest ist ein kostengünstiger und einfacher Test, der sich in vielen Disziplinen bewährt hat. Im Bereich der Psychosomatik ist noch weiterer Forschungsbedarf vorhanden, um die Bedeutung des 6-Minuten-Gehtests für die Depression in der Praxis aufzuzeigen.

Eine Alternative zum 6-Min-Gehtest wäre ein Fragebogen zur Aktivität oder ein Aktiometer in Form eines Schrittzählers.

Literatur

- 1 Cote CG, Casanova C, Marin JM, Lopez MV, Pinto-Plata V, de Oca MM, et al. Validation and comparison of reference equations for the 6-min walk distance test. *ERS*. 2008;31:571–8.
- 2 Redelmeier DA, Bayoumi AM, Goldstein RS, Gyatt GH. Interpreting small differences in functional status: the Six Minute Walk test in chronic lung disease patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155(4):1278–82.
- 3 Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD004366.
- 4 Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2007;69(7):587–96.
- 5 S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nv1_depression_lang.pdf.
- 6 Büsching G., Hilfiker R, Mangold F, Messmer G, Van Oort E, Schädler S, et al. *Assessment in der Rehabilitation*, Band 3: Kardiologie und Pneumologie, 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2009.

Korrespondenz:

Gilbert Büsching
Physical Therapie
5017 Barmelweid
gilbert.buesching@barmelweid.ch

PrimarySpots

Edy Riesen

So wechseln die Zeiten oder Niemand war schon immer da

Ganz früher stammte der Arzt aus der Stadt
Und der Patient aus dem Dorf

Dann stammte der Arzt aus dem Dorf
Und der Patient war Zuzüger aus der Stadt

Später kamen die Migranten wegen der Arbeit von überall
Zum Arzt, der aus dem Dorf oder der Stadt stammte

Heute gehen die Leute, die vom Dorf stammen
Oder aus der Stadt aufs Dorf zogen, zum Arzt,
Der als Migrant kam und die Praxis übernahm

Und dann ist es so weit, dass die Migranten, die im
Dorf und seiner Umgebung Arbeit gefunden haben,
Zum Arzt gehen, der selbst als Migrant hier Arbeit
Gefunden hat

Und die alten und jungen Leute im Dorf sind froh,
Dass es jemanden gibt, der weiter zu ihnen schaut,
Auch wenn er von weit kam,
Und sie sagen: Es spielt keine Rolle, woher er kommt,
Wenn er nur ein guter Hausarzt ist!

*Edy Riesen ist Hausarzt in Ziefen (BL)
und Redaktor von PrimaryCare*