

Cochrane Reviews

# Förderung der Adhärenz kardiologischer Rehabilitation

Dieser Cochrane Review untersucht die Wirksamkeit von unterschiedlichen Interventionen, die auf eine Förderung der Inanspruchnahme und Adhärenz kardiologischer Rehabilitationen abzielen.

**Text:** Mareike Hechinger, Andrea Kobleder

Die kardiologische Rehabilitation ist eine Komponente zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Erholung nach koronaren Ereignissen und zielt darauf ab, die Wahrscheinlichkeit für weitere Erkrankungen zu senken. Die Anzahl Teilnehmender an Rehabilitationsprogrammen ist aber oft gering und teilnehmende Personen halten sich mitunter nicht an das empfohlene Programm. Mit diesem Cochrane Review wird ein bereits bestehender Review aus dem Jahr 2013 aktualisiert.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler suchten in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, CINAHL und PsycINFO. Zudem wurden die Datenbanken des Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) und die Conference Proceedings on Web of Science (ISI Proceedings) durchsucht. Um auf weitere Studien aufmerksam zu werden, wurden auch die Datenbanken des National Health Service (NHS) und des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) berücksichtigt. Neben der Suche in Datenbanken wurden die Referenzlisten eingeschlossener Studien nach weiteren relevanten Studien durchgesehen. Es gab keine Einschränkung hinsichtlich der Sprache. Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCT's), Quasi-RCT's und Crossover-Studien. Personen über 18 Jahre mit Myokardinfarkt, Koronararterien-

bypass-Operation, perkutaner transluminaler Koronarangioplastie (PTCA), Herzversagen, Angina oder anderen koronaren Herzerkrankungen galten als relevante Population, sofern sie berechtigt und geeignet waren, an einer kardialen Rehabilitation teilzunehmen. Zur Messung der Adhärenz wurden solche Teilnehmende als relevant angesehen, die bereits zugestimmt hatten, an einer Rehabilitation teilzunehmen. Ausgeschlossen wurden Personen mit Herztransplantation oder Herzschrittmachern bzw. Studien mit Interventionen, die lediglich pharmakologische Behandlungen betrafen.

## Intervention und Kontrolle

Die Interventionen umfassten Massnahmen, die die Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation und deren Adhärenz erhöhen sollten. Die Zielgruppe waren Einzelpersonen, Gruppen, Partnerinnen und Partner, Familienangehörige oder Pflegende.

## Zielkriterien

Als primäre Zielkriterien wurden Inanspruchnahme und Adhärenz kardiologischer Rehabilitation definiert. Sekundäre Zielkriterien umfassten Angaben zur Mortalität und Morbidität, wie beispielsweise kardiovaskuläres Risikoverhalten. Weitere sekundäre Zielkriterien stellten die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Schäden,

Kosten sowie andere vorteilhafte oder nachteilige relevante Ereignisse dar.

## Vorgehen

Drei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler prüften unabhängig voneinander Titel und Abstracts (Zusammenfassungen) auf ihre Relevanz. Anschliessend prüften zwei Personen die Volltexte der potenziell relevanten Studien anhand der Einschlusskriterien. Unstimmigkeiten wurden durch Diskussion untereinander oder durch Einbeziehen einer weiteren Person gelöst. Zwei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler extrahierten Daten aus den eingeschlossenen Studien mittels einer standardisierten Vorlage. Ausserdem wurde die methodische Studienqualität unabhängig voneinander durch zwei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler geprüft.

## Datenanalyse

Die Heterogenität zwischen den eingeschlossenen Studien wurde qualitativ, durch den Vergleich der Studiencharakteristika, bestimmt. Da die Studien nicht vergleichbar (heterogen) waren, wurde keine Metaanalyse durchgeführt.

## Ergebnisse

Aus ursprünglich 5612 Treffern wurden 18 Studien in den Review eingeschlossen, zehn für Inanspruchnahme und acht zur Ad-



**Mareike Hechinger**, BScN, cand. MScN, Praktikantin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St.Gallen.



**Andrea Kobleder**, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St.Gallen.

härenz kardiologischer Rehabilitation. Hinsichtlich der Inanspruchnahme konnten acht Studien eine Erhöhung durch Interventionen feststellen. Im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten 11 bis 46% höhere Inanspruchnahmeraten in den Interventionsgruppen erreicht werden. Erfolgreiche Interventionen waren geschlechterspezifische Rehabilitation, geplante frühere Termine zur Rehabilitation nach der Entlassung und Motivationsbriefe. Eine weitere Intervention nutzte die strukturierte Verlaufskontrolle, indem die Patientinnen und Patienten angerufen oder durch eine Pflegende besucht wurden sowie ein Programm bestehend aus Selbstmanagementinstruktionen und Übungskontrolle für ältere Personen.

Für die Adhärenz wurden aus drei der acht einbezogenen Studien signifikante Verbesserungen festgestellt. Eine der erfolgreichen Interventionen umfasste ein tägliches Monitoring der physischen Aktivität ohne Begleitung und einer vierteljährlichen beaufsichtigten Übungseinheit. Die zweite Intervention war vielseitig und umfasste gemeinsam mit Patientinnen und Patienten Ziele zu setzen, Probleme zu lösen und ihnen Feedback zu geben. Der signifikante Unterschied bezog sich bei dieser Intervention auf die empfohlene Häufigkeit der Übungen, die in der Interventionsgruppe wesentlich höher war. In der letzten Intervention sollten die Beteiligten Aktionspläne erstellen. Der Unterschied lag hier zwischen der Aktionsplangruppe und der Gruppe, die zusätzlich zu Aktions- auch Copingpläne erstellen sollte. Für die «kombinierte» Gruppe konnte eine signifikant höhere Adhärenz festgestellt werden.

Die sekundären Zielkriterien ergaben nach einem Jahr signifikante Reduktionen hinsichtlich des Blutfettwerts LDL und dem Body-Mass-Index. In einer weiteren Studie konnte eine Tendenz zur Erhöhung der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität festgestellt werden. Weitere Unterschiede wurden nicht deutlich.

### Schlussfolgerung

Die Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien zeigen, dass es derzeit nur schwache Hinweise zur effektiven Erhöhung der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation gibt. Für die Erhöhung der Adhärenz gibt es keine Empfehlungen. Jedoch könnte die Erfolgswahrscheinlichkeit für Adhärenz und Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation verbessert werden, wenn sich Interventionen auf Barrieren beziehen, die von Patientinnen und Patienten identifiziert wurden. ■

**Original Cochrane Review:** Karmali, K.N.; Davies, P.; Taylor, F.; Beswick, A.; Martin, N. & Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6.

Diese Cochrane-Review-Zusammenfassung wurde im Rahmen der FIT-Nursing Care Webseite (Nationales Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Pflege – swissEBN) erstellt.

## Wissen, was wirkt

Der «Cochrane Pflege Corner» ist eine Rubrik der Plattform FIT-Nursing Care. Die Beiträge zeigen den aktuellen Stand der Forschung in Form von Zusammenfassungen von Cochrane Reviews auf. Dabei werden unterschiedliche pflegerische Themen aufgegriffen. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen. Die Serie versteht sich auch als Ergänzung zur vom SBK mitinitiierten forschungs- und IT-gestützten Internetplattform FIT-Nursing Care, die internationale Forschungsergebnisse für Pflegefachpersonen in deutscher Sprache praxisnah darstellt.

[www.fit-care.ch](http://www.fit-care.ch), [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)

## Glossar

**Crossover-Design:** Studiendesign, in dem die zu vergleichenden Interventionen in den Vergleichsgruppen in zeitlicher Folge angewandt werden. Dabei erhält z.B. die eine Gruppe zunächst Therapie A, dann Therapie B, die andere Gruppe zuerst Therapie B und dann Therapie A.

**Metaanalyse:** Statistisches Verfahren, um die Ergebnisse mehrerer Studien, die die gleiche Frage bearbeiten, quantitativ zu einem Gesamtergebnis zusammenzufassen und dadurch die Aussagekraft (Genauigkeit der Effektschätzer) gegenüber Einzelstudien zu erhöhen.

**Quasi-RCT:** Eine kontrollierte Studie, die Methoden der Studienzuordnung verwendet, die zwar nicht randomisiert sind, jedoch mit der Absicht angewandt werden, bei der Teilnehmerzuordnung ähnliche Gruppen zu gewährleisten. Beispiele: Zuordnung nach Geburtsdatum, Krankenhausidentifikationsnummer oder aufgrund der Reihenfolge, in der die Studienteilnehmer in eine Studie aufgenommen werden.

**Randomisiert-kontrollierte Studie (Randomized Controlled Trial, RCT):** Sie besteht mindestens aus einer Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe erhält die zu überprüfende Massnahme und die Kontrollgruppe die Standardtherapie oder beispielsweise ein Placebo. Die Studienteilnehmenden werden nach dem Zufallsprinzip und möglichst unwissentlich (verblindet) zu einer der beiden Gruppen zugeteilt (randomisiert). Die erhobenen Daten der beiden Gruppen werden miteinander verglichen und es wird deutlich, ob die überprüfte Massnahme wirksam ist oder nicht.

**Heterogenität/ Homogenität:** Homogenität (Heterogenität) bezeichnet, inwieweit die in den eingeschlossenen Studien gefundenen Effekte ähnlich (homogen) oder verschieden (heterogen) sind. Mit statistischen Tests kann festgestellt werden, ob die Unterschiede zwischen den Studien grösser sind als zufallsbedingt zu erwarten wäre. Als Ursachen für Heterogenität kommen Unterschiede in den Patientencharakteristika, Interventionen oder Endpunkte zwischen den Studien in Frage, was aus klinischer Sicht beurteilt werden muss. Die Durchführung einer Meta-Analyse aus heterogenen Studien ist problematisch.