

Psychokardiologische Rehabilitation

Ergebnisse einer sechsmonatigen Follow-up Studie

Martin Matzka¹, Johann Mikl², Reinhard Lenz², Cathrin Köller-Janauscek², Maria Neubauer⁴, Monika Mustak-Blagusz³

¹Forschung, Innovation, med. Leistungsentwicklung ▪ ²Reha-Zentrum Felbring ▪ ³Chefärztlicher Bereich ▪ Pensionsversicherung
martin.matzka@pv.at ▪ ⁴DATA TECHNOLOGY Betriebsberatungs GmbH & Co KG

Einleitung

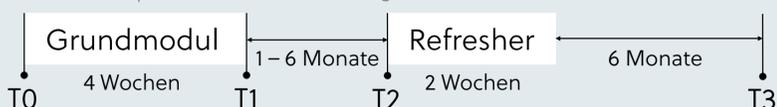
Komplexe Wechselwirkungen von kardiologischen und psychiatrischen Erkrankungen erfordern multi-professionelle und integrative psychokardiologische Rehabilitationsverfahren [1]. Insbesondere herzbezogene Ängste, in Form von Befürchtungen, übersteigter Körperwahrnehmung und entsprechendem Vermeidungsverhalten, sind in dieser Patient*innen-gruppe klinisch relevante therapeutische Herausforderungen [2].

Im Rehabilitationszentrum Felbring (Niederösterreich) wird ein zweigeteiltes stationäres psychokardiologisches Heilverfahren (4 Wochen Grund- und 2 Wochen Auffrischungsmodul, im Abstand von ≤ 6 Monaten) angeboten. Das Pilotprojekt vereint klassische Elemente kardiologischer und psychologisch-psychotherapeutischer Rehabilitation und beinhaltet unter anderem psychologische/psychiatrische Diagnostik, interdisziplinäre Teamvisiten, Psychoedukation und wöchentliche Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Das Programm wurde erstmalig evaluiert.

Methode

Diese Studie ist eine prospektive, monozentrische, quantitative Follow-up-Studie ohne Kontrollgruppe. 90 von insg. 119 psychokardiologischen Rehabilitand*innen wurden zwischen Mai 2021 und Oktober 2022 rekrutiert (informed consent) und stellten Follow-up-Daten zur Verfügung. Assessments erfolgten bei Aufnahme/Entlassung (Grundmodul), bei erneuter Aufnahme (Refresher) sowie sechs Monate nach der Reha (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Messzeitpunkte der Evaluation des zweigeteilten Heilverfahrens



Primäre Evaluationsparameter waren Veränderung der herzbezogenen Angst (Herzangstfragebogen [3]), der psychischen Belastung (SCL-90-S [4]: Global Severity Index) und der physischen/psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12 [5]) im Kontext der bei der Erstaufnahme erhobenen sozialen Integration (SAS-SR [6]). Deskriptive Statistiken und eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (RM MANOVA) inklusive Effektstärken (partielles Eta-Quadrat, η_p^2) wurden mit IBM SPSS Statistics, Version 28.0 (Armonk, NY, USA), berechnet.

Abb. 2: Herzangst und psychische Belastung von Aufnahme bis Follow-up



Literatur

- Priegnitz, J., Langheim, E., Rademacher, W., Schmitz, C., & Köllner, V. (2020). Effektivität von psychokardiologischer Versorgung in der stationären Rehabilitation – ein Pilotprojekt. PPM-P-Psychotherapie- Psychosomatik: Medizinische Psychologie, 70(05), 190–196.
- Schmitz, C., Wedegärtner, S. M., Langheim, E., Kleinschmidt, J., & Köllner, V. (2022). Heart-Focused Anxiety Affects Behavioral Cardiac Risk Factors and Quality of Life: A Follow-Up Study Using a Psycho-Cardiological Rehabilitation Concept. Frontiers in Psychiatry, 13, 836750. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836750>
- Einsle, F., Köllner, V., Herzberg, P. Y., Bernardy, K., Nitschke, M., Dannemann, S., & Hoyer, J. (2009). Psychometrische Analysen zum Herzangstfragebogen bei kardiologischen Patienten. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 30(4), 439–457.
- Franke, G. H. (2014). SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard-Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical care, 220–233.
- Gameroff, M.J., Wickramaratne, P., & Weissman, M.M. (2012). Testing the Short and Screener versions of the Social Adjustment Scale-Self-report (SAS-SR). Int J Methods Psychiatr Res., 21(1), 52–65. <https://doi.org/10.1002/mpr.358>

Ergebnisse

Daten von 90 Rehabilitand*innen (\bar{x} -Alter: 53,6±6,7 Jahre; $\sigma^2 = 66\%$) wurden analysiert. Häufigste Aufnahmediagnosen nach ICD-10 waren ischämische Herzkrankheiten (I20-I25; 63,3 %) und sonstige Formen der Herzkrankheiten (I30-I52; 27,8 %), die in Kombination mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48; 53,3 %) oder affektiven Störungen (F30-F39; 43,3 %) vorlagen.

Sechs Monate nach der Rehabilitation lassen sich statistisch signifikante Reduktionen der herzbezogenen Angst ($\eta_p^2 = .144$) und der generellen psychischen Belastung ($\eta_p^2 = .057$) sowie Steigerungen der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($\eta_p^2 = .137$) im Vergleich zu den Aufnahmewerten feststellen. Generell nehmen die ermittelten Effektstärken erwartungsgemäß über die Messzeitpunkte hinweg ab. Die im Vergleich zur psychischen Lebensqualität bei allen Messzeitpunkten durchschnittlich höher ausgeprägte physische Lebensqualität blieb im Untersuchungszeitraum hingegen annähernd konstant (siehe Abb. 2/Abb. 3).

Das Ausmaß der subjektiven sozialen Integration bei Erstaufnahme ist dabei ein signifikanter prognostischer Faktor für herzbezogene Angst ($\eta_p^2 = .173$), generelle psychische Belastung ($\eta_p^2 = .390$) und psychische Lebensqualität ($\eta_p^2 = .409$), nicht jedoch für die physische Lebensqualität. Post-hoc-Analysen zeigen, dass sozial am stärksten integrierte Rehabilitand*innen auch deutlich stärkere Symptomreduktionen bzw. Lebensqualitätszuwächse erzielen als sozial schwächer integrierte Rehabilitand*innen.

Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse sind unter Berücksichtigung der methodischen Limitationen der Studie als Indizien für längerfristige Symptomreduktionen und Steigerungen der Lebensqualität nach der Rehabilitation anzusehen. Eine frühzeitige und zielgerichtete Zuweisung zur psychokardiologischen Rehabilitation sowie bedarfsorientierte und an den sozialen Lebensumständen ausgerichtete Nachsorgeangebote erscheinen essentiell, um optimale therapeutische Ergebnisse zu erzielen und langfristig im Sinne der Rehabilitand*innen zu erhalten.

Abb. 3: Physische und psychische Lebensqualität von Aufnahme bis Follow-up

