

Psychokardiologische Rehabilitation

Ein Fächer-integrierendes Behandlungsmodell

V. Köllner^{1,2}; J. Glatz³; P. Langner¹; W. Rademacher³; J. Uhlig²; E. Langheim³

¹Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow; ²Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin; ³Abteilung Kardiologie, Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

Schlüsselwörter

Psychokardiologie, Rehabilitation, Herzangst, koronare Herzkrankheit, sozialmedizinische Beurteilung

Zusammenfassung

Psychische Komorbidität kann den Verlauf einer koronaren Herzerkrankung oder einer Herzinsuffizienz entscheidend beeinflussen und erhöht die Mortalität signifikant. Umgekehrt können Herzerkrankungen und invasive Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. bedrohliche Herzrhythmusstörungen oder eine Serie von AICD-Schocks (automatischer implantierbarer Defibrillator) eine Angsterkrankung oder eine PTBS auslösen. Für die Rehabilitation sind diese Zusammenhänge von besonderer Bedeutung, da die psychische Komorbidität Aktivität und Teilhabe oft stärker einschränkt als die organische Herzkrankheit. Diese Wechselwirkungen erfordern integrierte Behandlungskonzepte, die in unserem nach Fachdisziplinen organisierten Versorgungssystem bisher noch zu selten angeboten werden. Dieser Beitrag beschreibt ein solches integriertes Behandlungsmodell, das auch an das Konzept der integrierten Medizin im Sinne Thure v. Uexkülls anknüpft: Die psychokardiologische Rehabilitation. Seit Ende 2016 gibt es im Rehasentrum Seehof eine Behandlungseinheit, bei der im Rahmen eines Modellprojekts 12 Patienten interdisziplinär psychosomatisch und kardiologisch behandelt werden, am Ende steht eine gemeinsame sozialmedizinische Beurteilung. Dargestellt werden das Behandlungskonzept sowie Daten über die ersten 50 interdisziplinär betreuten Patienten. Diese ersten Ergebnisse sprechen für die Effektivität des Konzepts.

Keywords

Psychocardiology, rehabilitation, cardiac anxiety, coronary heart disease, social assessment

Summary

Psychological comorbidity can critically influence the course of coronary heart disease or cardiac insufficiency and significantly increase mortality. Conversely, cardiac disease and invasive treatments, e.g., severe cardiac arrhythmia or a series of AICD shocks, can elicit fear disorders or PTBS. These interconnections are particularly relevant for rehabilitation as clinical comorbidity often restricts activity and participation more strongly than organic heart disease does. Reciprocal effects demand integrated treatment concepts, which in a healthcare system of specialized fields are thus far seldom suggested. This article describes such an integrated treatment model, which also ties on the concept of integrated medicine according to Thure v. Uexküll: the psychocardiology rehabilitation. Since the end of 2016 the medical rehabilitation center Seehof has implemented a treatment unit within a pilot project; 12 patients receive interdisciplinary psychosomatic and cardiologic care which concludes with a joint socio-medical assessment. The treatment concept and data on the first 50 patients receiving interdisciplinary care are presented. The results indicate the concept's effectiveness.

Rehabilitation in psychocardiology: An integrative model

Ärztliche Psychotherapie 2017; 12: 219–226

Psychokardiologie: Aktuelle Bedeutung

In den letzten 20 Jahren hat unser Wissen darüber, welche Bedeutung psychosoziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von Herz- Kreislauferkrankungen haben, stark zugenommen. Beispielhaft sollen einige für die psychotherapeutische Arbeit mit Patientinnen und Patienten besonders relevante Befunde dargestellt werden (Literaturübersicht z. B. bei 1, 8):

- Depression und chronische Erschöpfung stellen bei primär herzgesunden Patienten einen psychosozialen Risikofaktor für eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität dar, der im mittleren Bereich des Effekts der klassischen somatischen Risikofaktoren liegt (20).
- In der INTERHEART-Fallkontrollstudie an fast 30 000 Patienten in unterschiedlichen Regionen der Welt erklärte ein erhöhter psychosozialer Stressindex bezogen auf Arbeit, Familie, Finanzen, Lebensereignisse, Depressionen und geringe Kontrollüberzeugungen im Jahr zuvor 33% des Risikos für einen akuten Myokardinfarkt.
- Ein Missverhältnis von hohen Anforderungen und geringen Kontrollmöglichkeiten im Beruf (Job Strain) einerseits und das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Missverhältnis zwischen hoher Verausgabung und geringer wahrgenommener Belohnung/Anerkennung im Beruf) erhöhen das Risiko für eine koronare Herzkrankheit um das 2–4-fache (8).
- Eine komorbide Depression hat einen negativen Einfluss auf verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie Rauchen, Bewegungsmangel, Adipositas oder Diabetes. Depressive haben ein höheres Risiko, diese Risikofaktoren zu entwickeln und eine schlechtere Chance, sie im Erkrankungsfall positiv beeinflussen zu können.
- Sowohl eine klinisch manifeste Depression als auch bereits eine subklinisch erhöhte Depressivität können den Verlauf nach einem Herzinfarkt (8) oder bei Herzinsuffizienz (9) negativ beeinflussen und sind mit einer mehr um das Doppelte erhöhten Mortalität verbunden.
- Auch die Mortalität des Typ-2-Diabetes wird durch eine komorbide Depression um mehr als das Doppelte erhöht. Ebenso kommt es gehäuft zu Folgekomplikationen (18).
- Vor allem der sozialen Unterstützung bzw. Eingebundenheit kommt ein kardioprotektiver Effekt zu (8).
- Nach belastenden medizinischen Interventionen oder lebensbedrohlichen Krankheitsepisoden kann es zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Sowohl bei Patienten nach AICD-Implantation als auch nach Herztransplantation war eine hierauf bezogene PTBS einer der stärksten Prädiktoren einer erhöhten Mortalität (16).
- Mit der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie (auch Stress-Kardiomyopathie genannt) wurde eine direkt durch psychosozialen oder körperlichen Stress ausgelöste Form der akuten Herzinsuffizienz beschrieben.

- Komorbide Angsterkrankungen haben keinen so ausgeprägten Einfluss auf die Mortalität, verschlechtern die Lebensqualität der Betroffenen aber stark (8).
- Wenn nicht gezielt in einem Screening nach einer Depression, Angststörung oder PTBS bei kardiologischen Patienten gesucht wird, bleiben diese in der somatisch-klinischen Routine meist unerkant (8, 23).

Insgesamt ist die Bedeutung psychosozialer Risiko- und Einflussfaktoren bei Herz- Kreislauferkrankung besonders groß, weil hier im Vergleich z. B. zu Krebserkrankungen (mit Ausnahme des Bronchialkarzinoms) verhaltensbezogene Risikofaktoren einen starken Effekt haben und es eine direkte und schnelle Beeinflussung des Herz-Kreislaufsystems durch physiologische oder dysfunktionale Stressreaktionen gibt.

Diese Befunde stellen eine doppelte Herausforderung für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie dar: Zum einen gilt es, Strategien im Konsil- und Liaisondienst zu entwickeln, die dazu beigetragen, psychosoziale Schutz- und Risikofaktoren im Verlauf kardialer Erkrankungen schnell zu erkennen und ggf. zu behandeln. Zum anderen sollten wir bei Patienten, die primär wegen psychischer Störungen wie einer Depression oder einer PTBS in unsere Behandlung kommen, auf das erhöhte kardiovaskuläre Risiko achten, dies mit den Patienten thematisieren und unsere Interventionen z. B. im Sinne einer Optimierung von Selbstfürsorge und Gesundheitsverhalten hierauf abstimmen. So ist es bei Patienten mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko z.B. sinnvoll, im Gesamtbehandlungsplan den antidepressiven und gleichzeitig kardioprotektiven Effekt von Bewegung (12) mit zu nutzen oder durch Strategien der motivierenden Gesprächsführung ggf. eine Motivation zur Nikotinabstinenz aufzubauen und den Weg dorthin therapeutisch zu begleiten (17). Herz- Kreislauferkrankungen sind weltweit nach wie vor die führende Todesursache, alleine in Deutschland verstarben 2013 129.000 Menschen an den Folgen einer KHK (8). Diese Zahl macht deutlich, dass es unter unseren Psychotherapiepatienten eine hohe Rate an Patienten mit einer kardialen Komorbidität geben muss.

Collaborative Care

Die oben beschriebenen Wechselwirkungen legen integrierte Versorgungskonzepte nahe. Die Versorgungsrealität sieht jedoch meist anders aus. Herrmann-Lingen (7) stellt hierzu fest: „Die verschiedenen Versorgungsbereiche führen jedoch vielfach noch ein weitgehend getrenntes Dasein, indem der Kardiologe im Wesentlichen die organischen Krankheitsanteile, der Psychologe oder Psychiater im Wesentlichen die psychische Störung behandelt. Herzkrankung und psychosoziale Risikofaktoren oder psy-

chische Folgeprobleme bzw. -erkrankungen sind aber beim einzelnen Patienten nicht als voneinander getrennte Entitäten zu betrachten, sondern sollten als sich wechselseitig bedingende Krankheitsaspekte idealerweise im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts behandelt werden.“ In der deutschen Versorgungslandschaft muss ein Zuweiser jedoch immer noch entscheiden, ob er einen Patienten auf eine psychosomatische oder eine kardiologische Station einweist. Viele psychokardiologische Patienten erleben sich primär als herzkrank und stehen einer psychosomatischen Behandlung daher zunächst skeptisch bis ablehnend gegenüber. In den USA wurden daher zunehmend Konzepte der „Collaborative Care“ entwickelt und evaluiert, bei denen Teams aus Kardiologen und Psychosomatikern die Hausärzte und die betreuenden Pflegekräfte beraten (13). Schon früh wurde die Notwendigkeit einer Integration von Psychosomatik und Organmedizin von v. Uexküll formuliert (24).

Besondere Herausforderungen in der Psychokardiologischen Rehabilitation

Durch ihr primär multimodal und interprofessionell angelegtes Konzept hat die Rehabilitation eine lange Tradition darin, Herzerkrankungen bio-psycho-sozial zu betrachten und Gesundheitsressourcen zu aktivieren. Seit über 30 Jahren sind Psychologen fest in die Stellenpläne kardiologischer Rehabilitationskliniken integriert und psychologische Diagnostik und Interventionen sind ein Bestandteil der Reha-Therapiestandards für die koronare Herzkrankheit (2). Evidenzbasierte Praxisempfehlungen wurden erarbeitet und von der Deutschen Rentenversicherung herausgegeben (22). Insgesamt sind die Stellenpläne jedoch so ausgelegt, dass zwar Psychoedukation und Psychodiagnostik, nicht aber Psychotherapie und eine sozialmedizinische Diagnostik auf psychosomatischem Fachgebiet möglich sind. Somit stellt sich für Patienten, die sowohl eine rehabedürftige psychosomatische als auch eine kardiale Erkrankung haben, das Problem, dass im traditionellen Reha-Setting jeweils eines der beiden Krankheitsbilder nicht angemessen behandelt werden kann. In der Psychosomatischen Rehabilitation fehlt es z.B. meist an der Möglichkeit einer kardiologischen Diagnostik und Leistungseinschätzung, so dass oft lange unklar bleibt, in wieweit die Patienten körperlich belastet werden dürfen, was bei diesen wiederum Unsicherheit erzeugt und Ängste perpetuiert. Für die kardiologische Rehabilitation stellt sich das Problem, dass der sozialmedizinische Verlauf und die Erwerbsprognose in der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts stärker von der psychischen Komorbidität als von der kardialen Grunderkrankung bestimmt werden (23), so dass bei komorbiden Patienten psychosomatische Kompetenz benötigt wird, um das Rehaziell zu erreichen.

Ausgehend von diesen Überlegungen und anknüpfend an Erfahrungen mit der interdisziplinären Kooperation (21) wurde daher im Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung ein Konzept zur integrierten, interdisziplinär geleiteten Psychokardiologischen Rehabilitation entwickelt. Eine Evaluation des Konzeptes ist in einem parallelen Forschungsprojekt für die nächsten zwei Jahre vorgesehen.

Das Psychokardiologie-Konzept am Rehasentrum Seehof

Zugangsweg und Eingangsdagnostik

Indikation: Psychokardiologische Rehabilitation ist bei Patienten indiziert, die sowohl unter einer kardialen als auch einer psychischen Erkrankung leiden und beide einer rehabilitativen fachärztlichen Behandlung bedürfen. Dies sind beispielsweise Patienten mit spezifischen Herzrhythmusstörungen und einer im Zuge dessen sich entwickelnden Angsterkrankung (ggf. mit Vermeidungsverhalten o.ä.), Patienten mit KHK und komorbider depressiver Störung, Patienten mit einer PTBS als Folge einer Herzerkrankung oder Patienten mit massiven Anpassungs- und Adhärenz-Störungen an eine Herz-/Kreislauferkrankung. Der Rehabedarf ergibt sich – wie bei der Psychosomatischen Rehabilitation auch – aus der hierdurch drohenden oder bereits vorhandenen Einschränkung der Teilhabe am Erwerbsleben oder dem Leben in der Gesellschaft (14). Bei Patienten mit herzbezogenen Ängsten ohne organische Herzerkrankung ist eine psychosomatische Rehabilitation ausreichend, während in der Postakutphase einer kardialen Erkrankung bzw. ohne rehabedürftige psychische Komorbidität eine rein kardiologische Rehabilitation indiziert ist.

Zugangsweg: Die Mehrzahl der Rehabilitanden kommt über die direkte Zuweisung der Deutschen Rentenversiche-

Tab. 1 Kardiologische Untersuchungen im Rahmen der Psychokardiologischen Rehabilitation (fett = obligate Untersuchungen; kursiv = indikative Zusatzuntersuchungen)

| |
|--|
| EKG, Belastungs-EKG, |
| Echokardiographie, |
| Langzeit-EKG |
| Laborchemische Kontrolle |
| Langzeitblutdruckmessungen |
| Schrittmacher- bzw. ICD-Kontrollen |
| Schlafapnoe-Screening |
| Spiroergometrische Diagnostik oder Stressechokardiographie |

rung Bund bzw. der Regionalträger der Rentenversicherung. Als Kostenträger kommen aber auch die gesetzliche oder private Krankenversicherung in Frage. Wenn die DRV Kostenträger ist, sollten im Befundbericht zum Rehaantrag je mindestens eine den Rehabedarf begründende kardiologische und psychosomatische Diagnose angegeben werden. Zusätzlich sollte der Bedarf nach einer integrierten psychokardiologischen Rehabilitation im Feld „Bemerkungen“ im Befundbericht angegeben werden. Klinikintern erfolgt eine erneute Prüfung der Rehabilitationsanträge durch die Leitung der Kardiologie und der Psychosomatik. Der Zugangsweg ist nur über Heilverfahren und nicht als Anschlussrehabilitation (AHB) möglich. Es erfolgt eine Kostenzusage für zunächst 5 Wochen (= Zeitkontingent der psychosomatischen Rehabilitation), wobei eine Verkürzung oder Verlängerung je nach individuellem Behandlungsbedarf möglich ist. Aktuell stehen im Rahmen des Modellprojekts 12 Behandlungsplätze zur Verfügung. Eine Ausweitung auf 24 Plätze ist für 2018 geplant.

Diagnostik und Therapieplanung: Die Patienten werden im Rahmen unseres psychokardiologischen Konzeptes zunächst durch eine(n) Arzt/Ärztin internistisch aufgenommen, wobei in diesem Rahmen bereits das medizinische Programm der Rehabilitationsbehandlung festgelegt wird. Es beinhaltet zu Beginn der Rehabilitation ein ausführliches, nicht invasives kardiologisches Untersuchungsprogramm, das in Tab. 1 dargestellt ist. Gestützt durch die Anamnese und die Untersuchungsbefunde wird die individuelle Trainingsintensität des Bewegungsprogrammes während der Rehabilitation festgelegt. In der Physiotherapie werden – neben einem therapeutisch über-

wachten Ergometer- und Kraftausdauertraining, Gymnastik, Walking und Nordic Walking – auch kontemplative Verfahren wie QiGong und progressive Muskelrelaxation angeboten. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit gezielt in physiotherapeutischen Einzelbehandlungen individuell, z.B. durch die Reflektorische Atemtherapie, vorzugehen.

Die psychosomatische Aufnahme erfolgt durch einen ärztlichen oder psychologischen Bezugstherapeuten der Psychosomatischen Abteilung. Hier wird die gegenwärtige psychische Problematik diagnostisch erfasst, deren Entwicklung nachgezeichnet und im Rahmen einer Bedingungsanalyse die möglichen Zusammenhänge mit der kardiologischen Erkrankung eruiert. Neben der biografischen Anamnese, anhand derer die Lerngeschichte des Patienten nachvollzogen werden kann, erfolgt zudem neben der üblichen Testdiagnostik (SCL90-R, Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)) zu Beginn sowie gegen Ende der Behandlung eine psychometrische Diagnostik mit dem Herzangstfragebogen (HAF), der deutschen Version des Cardiac Anxiety Questionnaires (3, 4, 5; kostenlos abrufbar z.B. unter <http://www.zpid.de/Testarchiv>). Je nach Indikation können spezifische psychometrische Test oder auch neuropsychologische Leistungsdiagnostik hinzukommen.

Am Ende der diagnostischen Phase steht das gemeinsame Erarbeiten der Reha-Ziele bezogen auf die Ebenen

- Körperliche Gesundheit (z. B. Verbesserung von Fitness und Ausdauer, Abbau von Risikoverhalten, Lernen der Selbsteinstellung auf Antikoagulantien)
- Psychosoziale Gesundheit (z. B. Erarbeiten eines biopsychosozialen Krankheitskonzepts, Überwinden von herzbezogenen Ängsten oder von sozialem Rückzugsverhalten, Erarbeiten von Ressourcen zur Krankheitsbewältigung)
- Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft (z. B. Überwinden von arbeitsbezogenen Ängsten, Verbesserung von Stressbewältigungsstrategien, Planung der Rückkehr in den Beruf ggf. mit Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Wiederaufbau einer Tagesstruktur, Üben der Aufnahme von sozialen Kontakten).

Tab. 2 Kernelemente des Psychokardiologie-Konzepts

| |
|---|
| Die Aufnahme und Behandlung erfolgt durch einen kardiologischen Stationsarzt und einen psychosomatischen Bezugstherapeuten |
| Wöchentlich eine kardiologische Visite und eine interdisziplinäre Teambesprechung 14-tägig Teamvisite mit den Chef-/Oberärzten aus beiden Abteilungen |
| Psychotherapie: Mindestens 2 x 30' Einzeltherapie und 2 x 90' indikative Gruppe Psychokardiologie / Woche |
| Psychoedukative Seminare der Kardiologie und der Psychosomatik |
| Sport- und Bewegungstherapie nach kardiologischem Standard (4 x 30' Ergometer-training/Woche mit Herz-Kreislaufmonitoring, Gymnastik/Wassergymnastik in Abhängigkeit von der kardialen Belastbarkeit, indikativ Kraft-/Ausdauertraining und (Nordic-) Walking |
| Erlernen eines Entspannungsverfahrens (PMR) oder Qi Gong |
| Sozialberatung und Sozialtherapie |
| Je nach Indikation Ergotherapie, kognitives Training, künstlerische Therapien. |
| Integrierte sozialmedizinische Begutachtung nach doppeltem Facharztstandard |

Elemente des Multimodalen Konzepts der Rehabilitation

Patientenschulung: Der kardiologische Anteil der Rehabilitation ist neben körperlichem Training und medikamentöser Optimierung geprägt von einem umfangreichen Schulungsprogramm. Themen wie koronare Herzerkrankung, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Herzklappenerkrankungen, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, gesunde Ernährung und Herzrhythmusstörungen sind hier zu nennen. Patienten mit Herzinsuffizienz, Herzschrittmachern- oder Defibrillatoren erhalten ein ausführliches Kompe-

tenztraining. Ziele sind hier eine sachliche, patientennahe Darstellung der Krankheitsbilder anzubieten, die Adhärenz der Patienten zu verbessern und dadurch zu einem adäquateren Umgang mit der Erkrankung zu kommen (6). Aus unserer Erfahrung kann durch diese Patientenedukation oftmals auch eine Entängstigung der Betroffenen erreicht werden, insbesondere, wenn Wege der Selbstfürsorge zur Kontrolle der Risikofaktoren aufgezeigt werden können. Ergänzend können die Patienten auch die Seminare der Psychosomatik zu ihren jeweiligen Störungsbildern (v. a. Angststörungen, Depression, PTBS) besuchen.

Psychotherapie: In der Einzeltherapie wird an der psychischen Symptomatik mit verhaltenstherapeutischen Techniken gearbeitet. Dabei kommen spezifisch auf die im Zusammenhang mit der Herzerkrankung stehenden psychischen Beeinträchtigung abgestimmte psychotherapeutische Herangehensweisen zum Tragen. So können z. B. Übungen zu einer hilfreichen Diskriminierung von nicht als bedrohlich zu wertenden versus tatsächlich auf eine mögliche kardiale Problemlage hinweisenden Symptome genutzt werden. Bei phobischen Ängsten oder bei Intrusionen im Rahmen einer PTBS kommen auch Exposition in vivo oder Traumakonfrontation zur Anwendung, wobei diese in enger Absprache mit der Kardiologie an die Belastbarkeit der Patienten adaptiert werden (15). Die Patienten sollen befähigt werden, wieder selbstverantwortlicher ihren Alltag gestalten zu können; zudem geht es vielfach um eine Verbesserung des Zutrauens in sich selbst und in die eigene psychische Belastbarkeit. Anhand der biographischen Anamnese können die Wurzeln z. B. eines dysfunktionalen Leistungsverhaltens oder mangelnder Selbstfürsorge erarbeitet und verstanden werden – dies kann dann die Basis für eine nachhaltige Verhaltensänderung sein.

In der Gruppentherapie liegt der Fokus auf der Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes, der Verbesserung der Krankheitsakzeptanz, dem Aufbau einer positiven Lebensperspektive im Sinne der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) sowie Abbau von Risikoverhalten und Verbesserung der Adhärenz hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Des Weiteren gilt es, Strategien zur Bewältigung herzbezogener Ängste zu erarbeiten [angeleitete Exposition, eigenes Verhalten nicht von Ängsten lenken lassen, Vermeidungsverhalten abbauen, Verhaltensexperimente im Sinne von Reaktionsexposition; Diskriminationslernen (kardiale vs. psychische Symptome); verhaltenstherapeutische Behandlung komorbider depressiver Symptome, Aktivitätsaufbau, Stressbewältigung durch Entspannungsverfahren. Kennzeichnend ist zudem eine regelmäßige Teilnahme eines Facharztes für Kardiologie im vierwöchentlichen Rhythmus, um auf konkrete Fragen der Patienten hinsichtlich kardialer Erkrankungen eingehen zu können. Diese Fragerunde in Anwesenheit der

Psychotherapeuten ist sehr hilfreich, um die Art der Informationsverarbeitung der Patienten beobachten und Missverständnissen vorbeugen zu können.

Ergänzt wird die Psychotherapie durch nonverbale Angebote wie v. a. Kunst- und gelegentlich auch Tanztherapie, das Erlernen eines Entspannungsverfahrens (PMR) und fakultativ auch durch meditative Bewegungstherapie (Qi Gong).

Sport- und Bewegungstherapie: Die Sport- und Bewegungstherapie ist ein Herzstück der kardiologischen Rehabilitation. Die Trainingsbelastung wird in Abhängigkeit vom Belastungs-EKG festgelegt und beträgt normalerweise 70–80% der maximal erreichten Herzfrequenz. Inhalte sind in Tabelle 2 dargestellt. Gleichzeitig wirkt regelmäßiges Ausdauertraining ähnlich gut antidepressiv wie ein Antidepressivum (10, 11) und hilft den Patienten, wieder Vertrauen in ihr Herz zurückzugewinnen. Patienten mit herzbezogenen Ängsten vermeiden häufig alles, was zu einem Pulsanstieg führt und sie ihr Herz spüren lässt, da kardiale Sensationen Angst auslösen. In diesem Zusammenhang wird häufig Sport und auch jede andere Art der körperlichen Belastung vermieden, was zu einem ausgeprägten Konditionsverlust mit Dyspnoe und oft auch Schwindel bereits bei geringer Belastung führt. Dies wird dann wiederum als Symptom einer schweren Herzerkrankung interpretiert. Ausdauertraining ist hier ein sehr guter Weg zur Selbstexposition und kann den o. g. Teufelskreis umkehren, da die im Rahmen der Rehabilitation wieder besser werdende Kondition das Vertrauen in den eigenen Körper verbessert. Das Ergometertraining wird ergänzt durch Kraftausdauertraining, Gymnastik und Bewegung im Freien (v.a. Nordic Walking) und wenn möglich im Wasser.

Sozialtherapie: Soziotherapeutisch werden mit den Patienten berufliche Belange wie z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), stufenweise Wiedereingliederungen oder BEM-Verfahren vorbereitet, bedarfsweise Kontakt zum Arbeitgeber hergestellt, finanzielle Fragestellungen soweit möglich geklärt und Seminare zum Vorbereiten von Bewerbungen und Bewerbungsgesprächen, Seminare zur Konfliktlösung am Arbeitsplatz etc. angeboten. Dies hat sich als sehr wichtig erwiesen, da die kardialen sowie die psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen häufig auch zu beruflichen Sorgen und ggf. Veränderungsbedarf führen und derartige Themen die Patienten zusätzlich belasten (mitunter auch im Sinne von die psychische Symptomatik aufrechterhaltenden Bedingungen). Finanzielle Probleme als Folge der Erkrankung stellen einen nicht zu unterschätzenden Belastungsfaktor für einen erheblichen Teil der Patienten dar, der in der Psychotherapie oft aus Scham nicht angesprochen wird.

Ergotherapie: Ergotherapeutisch werden vor allem salutotherapeutische Aspekte berücksichtigt. Die überwie-

| a) Psychosomatische Diagnosen | ICD-10 | Häufigkeit (N) | % |
|---|--|----------------|----|
| Depressive Episode | F32.x | 15 | 30 |
| Rezidivierende Depressive Störung | F33.x | 10 | 20 |
| Phobische Störungen (v. a. Agoraphobie) | F40.x | 3 | 6 |
| Andere Angststörungen (v. a. Panikstörung) | F41.x | 5 | 10 |
| Spezifische herzbezogene Ängste | F41.8 | 18 | 36 |
| PTBS | F43.1 | 2 | 4 |
| Anpassungsstörung | F43.2, F43.8 | 15 | 30 |
| Psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen (u. a. gestörte Adhärenz) | F54 | 9 | 18 |
| Sonstige (Nikotinabusus, Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen....) | | 15 | 30 |
| b) Kardiologische Diagnosen | ICD-10 | Häufigkeit (N) | % |
| KHK mit und ohne Myokardinfarkt | I21.x, I25.x | 28 | 56 |
| Klappenvitien | I34.x, I35.x | 4 | 8 |
| Kardiomyopathie/ Myokarditis | I41.x, I42.x | 4 | 8 |
| Herzrhythmusstörungen | I47.x, I48.x, I49.x | 10 | 20 |
| Arterielle Hypertonie | I10.x | 16 | 32 |
| Sonstige | I44.7, I45.8, I50.0, I70.2; I71.2, I95.0 | 5 | 10 |

Tab. 3
Diagnosespektrum der ersten 50 Patienten

gend erlebnisorientierte Behandlung soll der Wiedererlangung von Genussfähigkeit und Wohlbefinden dienen. Die Patienten sollen Fertigkeiten für einen besseren Ausgleich von An- und Entspannung entwickeln, wobei auch der Transfer dieser Fertigkeiten in den Alltag vorbereitet wird. Sowohl im Rahmen einer Depression als auch bei Herzinsuffizienz sind kognitive Defizite ein häufiges Begleitsymptom. Dem wird mit intensivem PC-gestütztem kognitiven Training in der Kleingruppe entgegengewirkt.

Medikamentöse Behandlung: Psychopharmakologisch wird unter Berücksichtigung der kardialen Vorerkrankung und möglicher Wechselwirkungen mit der bestehenden internistischen Medikation, eine Behandlung abgewogen und mit den Patienten besprochen. Im Einzelfall kann es sowohl zu einer Neueinstellung auf Antidepressiva, einer Optimierung der Therapie (z. B. Umstellung auf Präparate mit möglichst geringem kardialen Risiko) oder – nicht selten – zu einem Absetzversuch von Psychopharmaka unter den kontrollierten Bedingungen des stationären Aufenthalts kommen. Parallel hierzu erfolgt die Optimierung der medikamentösen kardiologischen Therapie.

Visiten und Konferenzen: Die Patienten haben wöchentlich eine internistisch-kardiologische Visite. Dabei werden der somatische Verlauf beurteilt, Befunde besprochen und das medizinische Therapieprogramm angepasst. In der Aufnahmewoche und danach 14-tägig erfolgt eine gemeinsame

kardiologisch-psychotherapeutische Team-Visite mit dem Patienten unter Anwesenheit der Co-Therapeuten (Physio-, Ergo- und Sozialtherapeuten). Dabei werden die Reha-Ziele und Schwerpunkte der weiteren Behandlung zusammen besprochen. Des Weiteren ist einmal pro Woche eine kardiologisch-psychotherapeutische Teambesprechung, ebenfalls in Anwesenheit möglichst aller Co-Therapeuten, vorgesehen. Hier erfolgt eine ergänzende Besprechung der einzelnen Patienten, insbesondere liegt der Schwerpunkt in der sozialmedizinischen Begutachtung ergänzt durch die Planung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Auch für organisatorische Themen ist hier Raum. Die interdisziplinären Visiten und Fallbesprechungen nehmen zwar viel Zeit in Anspruch, sind aber entscheidend für das Gelingen des Konzepts und werden von beiden Fachrichtungen als bereichernd erlebt. Sie versuchen die Forderung von Herrmann-Lingen (7) zu erfüllen, „dass zunächst eine gemeinsame Sprache zwischen Kardiologen, Patienten und Psychotherapeuten gefunden werden muss, die erst eine Verständigung über die unterschiedlichen Krankheitsdimensionen ermöglicht.“

Die Gestaltung des Arztbriefes erfolgt ebenfalls interdisziplinär. Dieser umfasst zwar teilweise gesonderte kardiologische bzw. psychosomatische Beschreibungen, mündet bei einem noch im arbeitsfähigen Alter befindlichen Patienten jedoch in einer gemeinsamen psychokardiologischen und sozialmedizinischen Beurteilung.

Tab. 4 Auswertung des Herzangstfragebogens (HAF) und des HADS (N=47; T0=Aufnahme; T1=Entlassung); *Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$; **Effektstärke Cohen's d: kleiner Effekt 0,2–0,4; mittlerer Effekt 0,5–0,8; großer Effekt > 0,8; *** Für Patienten > 55–66 Jahre ist ein Wert > 1,35 als auffällig anzusehen (5)

| | Skalen | Messzeitpunkt | MW (KI 95%) | SD | Sig. (p)* | d** |
|--------|----------------|---------------|------------------------|-------|-----------|-------|
| HAF*** | Gesamt | T0 | 1,97 (1,794 – 2,136) | 0,582 | 0,001 | 1,047 |
| | Gesamt | T1 | 1,70 (1,535 – 1,866) | 0,563 | | |
| | Furcht | T0 | 2,18 (1,962 – 2,393) | 0,734 | 0,002 | 0,950 |
| | Furcht | T1 | 1,90 (1,684 – 2,108) | 0,721 | | |
| | Vermeidung | T0 | 1,69 (1,422 – 1,950) | 0,899 | 0,001 | 1,016 |
| | Vermeidung | T1 | 1,36 (1,105 – 1,607) | 0,854 | | |
| | Aufmerksamkeit | T0 | 1,85 (1,612 – 2,090) | 0,813 | 0,062 | 0,565 |
| | Aufmerksamkeit | T1 | 1,67 (1,483 – 1,853) | 0,630 | | |
| HADS-D | Angst | T0 | 10,85 (9,701 – 12,001) | 3,912 | 0,001 | 1,081 |
| | Angst | T1 | 8,60 (7,276 – 9,915) | 4,495 | | |
| | Depression | T0 | 9,70 (8,470 – 10,934) | 4,196 | 0,000 | 1,219 |
| | Depression | T1 | 7,43 (5,875 – 8,976) | 5,282 | | |

Bisherige Erfahrungen

Die so ursprünglich geplanten Abläufe wurden umgesetzt und haben sich im praktischen Ablauf gut etabliert. Die Patientenklientel profitiert von der guten Abstimmung der Therapeuten der verschiedenen Fachrichtungen untereinander. Etwaige Verunsicherungen durch unterschiedliche Aussagen verschiedener Behandler werden durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf ein Minimum reduziert. Auch die Behandler werden entlastet – die kardiologischen Kolleginnen und Kollegen dadurch, dass die Patienten mit den mitunter komplexen und verständlichen, aber häufig dysfunktionalen Bearbeitungsweisen psychotherapeutisch unterstützt werden. Für die Psychotherapeuten ist es von großem Nutzen, von den kardiologischen Kollegen informiert zu werden z. B. darüber, wie beängstigend bzw. verunsichernd das kardiale Ereignis für den Patienten tatsächlich sein muss, wie der weitere Verlauf einzuschätzen ist und inwieweit der Patient belastbar ist, z. B. für Expositionen in vivo oder Traumakonfrontation. Für den Kostenträger ist vor allem die doppelte sozialmedizinische Beurteilung relevant, da doppelte Gutachten oder gar ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen entfallen können.

Nach Start des Projekts im November 2016 und Erfahrung mit inzwischen 50 behandelten Patienten kann im Rückblick gesagt werden, dass das Konzept von den Patienten sehr gut angenommen wird und wir in unserer Vorgehensweise durch deren positive Rückmeldung bestätigt werden. Es wird von den Patienten häufig zurückgemeldet, dass sie sich eine ähnliche Verzahnung der unter-

schiedlichen Disziplinen auch im ambulanten Bereich sehr wünschen würden. Auch wir sind der Ansicht, dass es derartiger interdisziplinärer Kooperationen auch im ambulanten Bereich bedarf, sowohl im Sinne einer besseren Patientenversorgung als auch aus gesundheitsökonomischen Erwägungen heraus. Die gemeinsame kardiologische und psychosomatische Verantwortung für die Patienten hat sich als gut praktikabel erwiesen und die gemeinsamen Visiten und Fallbesprechungen haben die Kooperation zwischen beiden Abteilungen insgesamt positiv beeinflusst.

Im Folgenden soll eine erste Auswertung der Daten dieser 50 Patienten dargestellt werden. Tabelle 3 zeigt das psychosomatische (3a) und das kardiologische (3b) Diagnosespektrum. Psychosomatisch dominieren Depressionen und Angststörungen sowie Anpassungsstörung, PTBS und Probleme mit der Adhärenz. Kardiologisch stehen erwartungsgemäß die KHK, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz im Vordergrund. Für uns eher unerwartet war die Zuweisung einer relevanten Anzahl von Patienten mit aufgrund einer gestörten Adhärenz oder einer „Blutdruckphobie“ schwer einstellbaren Hypertonie.

Wie in Tabelle 4 deutlich wird, zeigten sich im prä/post-Vergleich signifikante Rückgänge sowohl der allgemeinen wie der herzbezogenen Angst und der Depressivität. Die Effektstärken lagen hierbei durchweg im hohen Bereich. Die Depressivität lag im Gruppenmittel bei Aufnahme im oberen Grenzbereich und ging in den unauffälligen Bereich zurück, die allgemeine Angst reduzierte sich vom klinisch auffälligen in den grenzwertigen Bereich. Bei den herzbezogenen Ängsten zeigten sich die deutlichsten Verbesserungen in den Bereichen Furcht und Vermeidung

während sich die herzbezogene Aufmerksamkeit nur mit mittlerer Effektstärke reduzierte. Insgesamt war die herzbezogene Angst bei der eher hoch chronifizierten Stichprobe aber auch bei Behandlungsende im Vergleich zu einer herzgesunden Normstichprobe noch deutlich erhöht. Bei den hier vorgestellten Daten handelt es sich um eine vorläufige Auswertung der ersten 50 Patienten. Eine Studie mit historischer Kontrollgruppe und 6-Monats-Kathamnese ist in Vorbereitung.

Fazit

Die Psychokardiologische Rehabilitation als integriertes Behandlungskonzept hat sich nach ersten klinischen Erfahrungen bewährt. Es zeigte sich ein sehr großer Bedarf nach fächerintegrierender Rehabilitation, sodass es wünschenswert wäre, wenn ähnliche Konzepte auch an anderen Orten entwickelt und evaluiert würden.

Interessenkonflikt

Nach Angabe der Autoren besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- Albus C, Köllner V. Psychokardiologie. Themenheft der Zeitschrift Psychotherapie im Dialog. Stuttgart: Thieme 2011.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Reha-Therapiestandards koronare Herzkrankheit für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stand März 2016. Im Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/KHK/rts_khk_download.pdf?__blob=publicationFile&tv=18 Abruf vom 10.08.2017.
- Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, Frazer NL, Haddad JW, Davig J. The Cardiac Anxiety Questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy* 2000; 38: 1039–1053.
- Einsle F, Köllner V, Herzberg PY, Bernardy K, Nitschke M, Bley S, Hoyer J. Psychometrische Analysen zum Herzangstfragebogen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2009; 30: 439–457.
- Fischer D, Kindermann I, Karbach J, Herzberg PY, Ukena C, Barth C, Mahfoud F, Einsle F, Dannemann S, Böhm M, Köllner V. Heart-focused anxiety in the general population. *Clinical Research in Cardiology* 2012; 101: 109–116.
- Glatz J, Langheim E. Rehabilitation bei Herzinsuffizienz. *Herzmedizin. MGO-Fachverlage* 2014; 6: 12–16.
- Herrmann-Lingen, C. Integrierte Psychokardiologie. *Aktuel Kardiologie* 2015; 4: 370–374.
- Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg). *Psychokardiologie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2014.
- Herrmann-Lingen C, Albus C. Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen. In Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W. (Hrsg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin*, 8. Auflage, München: Elsevier 2017, 889–998.
- Hoffmann BM, Baybalk MA, Craighead WE, Sherwood A, Doraiswamy PM, Coons MJ, Blumenthal JA (2011). Exercise and pharmacotherapy in depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med* 73: 127–133.
- Holz E, Michael T. Sport und Bewegungstherapie bei Depression – ein vielversprechender Ansatz mit Forschungsbedarf. *Psychotherapie im Dialog* 2013; 14(3): 61–63.
- Huber G, Köllner V. Bewegung und Ausdauertraining. In: Senf W, Broda M, Wilms B. (Hrsg.): *Techniken der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme 2013, 202–206.
- Katon WJ, Lin EHB, von Korff M et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010; 363: 2611–2620.
- Köllner V. Psychosomatische Rehabilitation. *Ärztliche Psychotherapie* 2014; 9: 182–189.
- Köllner V, Einsle F, Rüdell H. Angst, Herzkrankheit und Verhaltenstherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2011; 12: 23–28.
- Köllner V. Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer, 4. Aufl. 2013, 441–453.
- Kraft D, Köllner V. Tabakabhängigkeit: Die unbeachtete Sucht – eine Aufgabe für PsychotherapeutenInnen? *Psychotherapie im Dialog* 2012; 4: 28–32.
- Kruse J, Kulzer B, Lange K, Diabetes Mellitus. In Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W. (Hrsg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin*, 8. Auflage, München: Elsevier, 2017: 841–854.
- Ladwig KH, Lederbogen F, Albus; Angermann C, Borggrefe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass M, Jordan J, Jünger J, Kindermann I, Köllner V, Kuhn B, Scherer M, Seyfarth M, Völler H, Waller C, Herrmann-Lingen C. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie Update 2013. *Kardiologie* 2013; 7: 7–27.
- Ladwig KH, Baumert J, Marten-Mittag B et al. Room for depressed and exhausted mood as a risk predictor for all-cause and cardiovascular mortality beyond the contribution of the classical somatic risk factors in men. *Atherosclerosis*. 2017; 257: 224–231.
- Linden M, Lieberei B, Glatz J, Kiwus U. Psychokardiologie, Kardiopsychosomatik und interdisziplinäre Kardiopsychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 2009; 4: 85–92.
- Reese C, Mittag O. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation – Koronare Herzerkrankung. 2013. Im Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Psychologische_Interventionen.pdf?__blob=publicationFile&tv=6 Abfrage vom 10.8.2017
- Schneider W, Becker D, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Gündel H, Henningsen P, Köllner V. Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Ein diagnostisches Modell. *Ärztliche Psychotherapie* 2011; 6: 21–27.
- Uexküll T. Was ist und will "Integrierte Psychosomatische Medizin?" In: Adler W, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K, v. Uexküll T (Hrsg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer 1992, S. 17–34.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
E-Mail: volker.koellner@charite.de