

Unbedingt interdisziplinär

Vorstellung eines Rahmenkonzepts für ein kombiniertes Rehabilitationsverfahren, das die Leitlinien kardiologischer und psychischer Erkrankungen berücksichtigt.

Die multimodale Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) bewirkt nicht nur eine Steigerung körperlicher Leistungsfähigkeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität, sondern kann auch zu einer Reduktion der Mortalität führen (1, 2). Auch bei Herzinsuffizienz lässt sich durch eine Rehabilitation mehr Lebensqualität erreichen, auch wenn hier kein Effekt auf die Mortalität nachgewiesen werden konnte (3). In einer S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation wurden allgemeine und spezialisierte Rehabilitationsverfahren nach aktueller Evidenzlage dargestellt (4).

Auch bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen sind Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation etabliert und Bestandteil der relevanten Leitlinien (5–9). Rehabilitation ist vor allem dann erforderlich, wenn durch die Psychopathologie Einschränkungen der beruflichen und/oder sozialen Teilhabe resultieren.

Kardiologische Rehabilitationskliniken bieten eine psychologische Mitbetreuung insbesondere für Patienten an, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung oder Hilfestellung bei psychischen Belastungen benötigen. Dies kann als vorbeugendes Element einer psychopathologischen Entwicklung, insbesondere von Depression und Angststörungen, gesehen werden (10).

Eine gezielte Psychotherapie ist in der kardiologischen Rehabilitation allerdings nicht möglich, da nur 1 Psychologiestelle für ca. 80 Patienten vorgesehen ist. Es gibt Ansätze einer sogenannten verhaltensme-

dizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation (VOR) mit ergänzenden Möglichkeiten zu mehr psychisch orientierter Behandlung (11). Eine begleitende Psychotherapie im engeren Sinne ist jedoch auch in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation nicht umsetzbar.

Einschränkungen der monodisziplinären Rehabilitationsverfahren bestehen auch darin, dass komorbide psychosomatische und kardiologische Erkrankungen nur eingeschränkt vom jeweiligen Therapeutenteam gemeinsam betrachtet werden können. Die zum Ende der Rehabilitation notwendige sozialmedizinische Begutachtung bei berufstätigen Patienten kann und darf nur aus einem der Fachgebiete erfolgen, was oft lange Wartezeiten auf Folgegutachten mit der Gefahr einer möglichen Chronifizierung psychischer Störungen zur Folge hat.

Um dem komplexen Wechselspiel von Herz-Kreislauf- und psychischen Erkrankungen gerecht zu werden, gibt es zunehmend Angebote einer **psychokardiologischen Rehabilitation**, bei der sich Elemente interdisziplinär ergänzen und auch gezielte Psychotherapie angeboten werden kann (12–16). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine interdisziplinäre Behandlung auf „Augenhöhe“ erfolgt. In einer Pilotstudie konnte nachgewiesen werden, dass bei Komorbidität kardiologischer und psychosomatischer Krankheitsbilder eine bessere Nachhaltigkeit mit der interdisziplinären psychokardiologischen Rehabilitation im Vergleich zur monodisziplinären Rehabilitation erreicht werden kann (17).



Foto: Prostock-studio stock.adobe.com

Rahmenkonzept

In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) wurden Qualitätskriterien für psychokardiologische Angebote in Rehabilitationskliniken definiert. Dabei wurden Leitlinien sowohl für die kardiologische Rehabilitation als auch für die rehabilitative Behandlung psychischer Erkrankungen (4, 6–9, 18) berücksichtigt. Die Kernelemente aus den von der Deutschen Rentenversicherung vorgegebenen „Reha-Therapiestandards (RTS)“, Depressive Störungen (19) und Koronare Herzerkrankung (20), wurden ebenfalls einbezogen.

Für den Bereich der Psychokardiologie gibt es im engeren Sinne 2 unterschiedliche Stufenmodelle:

1) Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR): Hierzu gibt es ein ausführliches Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund (11). Eine Indikation für eine VOR besteht, wenn eine kardiologische Funktionseinschränkung im Vordergrund steht und diese von einer wesentlichen psychischen Komponente der Fähigkeitseinschränkung begleitet wird. Steht die psychische Störung im Vordergrund der gefährdeten Erwerbsfähigkeit, ist VOR nicht geeignet.

Vorgesehen ist eine 4-wöchige Rehabilitationsdauer im Rahmen der schwerpunktmäßigen kardiologischen Rehabilitation. Kennzeichnend ist eine Betreuung in geschlossenen psychotherapeutischen sowie bewegungstherapeutischen Gruppen. Hierfür ist ein erhöhter Personalschlüssel im Bereich Psychotherapie notwendig (1:20), approbierte Psychotherapeut/-innen müssen entsprechend der verbindlichen Vorgabe der DRV vorhanden sein.

2) Psychokardiologische Komplexrehabilitation beziehungsweise duale Rehabilitation:

Die Indikation zur psychokardiologischen Rehabilitation besteht bei Patienten, die *sowohl* unter einer kardialen *als auch* einer psychosomatischen Erkrankung leiden, die beide einer rehabilitativen fachärztlichen (dualen) Diagnostik und Behandlung bedürfen. Dies sind zum Beispiel:

- Patienten mit spezifischen Herzrhythmusstörungen und einer im Zuge dessen entstandenen Angst-erkrankung mit Vermeidungsverhalten,
- Patienten mit KHK und komorbider depressiver Störung,
- Patienten mit einer PTBS als Folge einer schweren Herz-Kreislauf-Erkrankung oder
- Patienten mit massiven Anpassungs- und Adhärenzstörungen an eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Bei Patienten mit herzbezogenen Ängsten ohne organische Herzerkrankung ist eine psychosomatische Rehabilitation ausreichend, während in der Akutphase einer kardialen Erkrankung (nach Herzinfarkt oder Herz-OP) eine kardiologische Anschlussheilbehandlung indiziert ist.

Psychokardiologische Rehabilitation lässt sich optimal umsetzen an Kliniken, die sowohl über eine psychosomatische als auch eine kardiologische Fachabteilung verfügen. Eine nur konsiliarische Mitbetreuung entspricht dem nicht.

Die Rehabilitationsdauer beträgt analog zur psychosomatischen Rehabilitation 5 Wochen. Der Umfang der Psychotherapie orientiert sich an dem Umfang in der Psychosomatischen Rehabilitation (21). Angesichts der oft komplexen individuellen Problemkonstellationen in der Psychokardiologie ist ein höherer Anteil an Einzeltherapie sinnvoll, also mindestens 60 Minuten pro Woche.

TABELLE 1

Stufenmodell der psychologisch/psychotherapeutischen Betreuung in der Rehabilitation (15)

Einrichtung	Patientenbeispiel
Kardiologische Rehabilitation (1 Psychologe für 80 Patienten), 3 Wochen Regeldauer	Leichte depressive Verstimmung und Verunsicherung nach Herz-OP oder Infarkt, Bedarf nach Patientenschulung, intensive psychologische Betreuung oder Psychotherapie ist nicht erforderlich.
Kardiologische Rehabilitation mit VOR-Schwerpunkt (1 Psychologe für 20 Patienten), 4 Wochen Regeldauer	Kardiologische Erkrankung steht im Vordergrund, wird aber von einer wesentlichen psychischen Komponente der Fähigkeitseinschränkung begleitet (z. B. komorbide Depression oder Angststörung)
Psychosomatische Rehabilitation (1 ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut für 7,5 Patienten), 5 Wochen Aufenthaltsdauer	Im Vordergrund steht die psychische Erkrankung, es besteht aktuell keine rehabedürftige Herzerkrankung, zum Beispiel Panikanfälle und Herzangst bei herzgesundem Patienten, Depression mit Herzinfarkt in der Vorgeschichte
Psychokardiologische Rehabilitation (1 ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut für 7,5 Patienten), 5 Wochen Aufenthaltsdauer sowie fachärztliche kardiologische Betreuung (doppelter Facharztstandard)	PTBS nach ICD-Schockserie; manifeste Depression oder Angststörung nach Myokardinfarkt oder bei Herzinsuffizienz; schwer einstellbare arterielle Hypertonie mit massiven Adherence-Problemen, problematische Krankheitsverarbeitung bei angeborenen Herzfehlern oder nach Herztransplantation.

Personal

Ärztliche Leitung mit kardiologischer und psychotherapeutischer Kompetenz: Kennzeichen ist der doppelte Facharztstandard, also die kollegiale Leitung/Kooperation durch einen FA für Kardiologie und einen FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (alternativ: FA für Psychiatrie und Psychotherapie mit psychosomatischer Expertise). Hierzu gehört auch eine integrierte sozialmedizinische Begutachtung durch beide Fachgebiete.

Mehrere Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der Abteilungen sollten die Fortbildung psychokardiologische Grundversorgung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) absolviert haben. Externe Supervision für das gesamte Team sollte einmal pro Monat vorgehalten werden.

Personalschlüssel Psychokardiologie:

- Kollegiale Leitung: Facharzt Kardiologie sowie Facharzt aus dem psychotherapeutischen Bereich
- Je nach Patientenzahlen zusätzliche OA-Stelle
- Stellenschlüssel laut Rentenversicherung pro 100 Patienten (inklusive Leitung und Psychologen):
in der kardiologischen Versorgung 6 Ärzte,
1 Psychologe; Patienten => 1:15
in der psychosomatischen Versorgung (21)
9 Ärzte, 4 Psychologen; Patienten => 1:8

Weitere Berufsgruppen (19):

- Sport- und Bewegungstherapeuten, Sportlehrer;
- Physiotherapeuten;
- Kunst-, Musik-, Tanz- Theatertherapeut;
- Ergotherapeuten;
- Sozialdienst;
- Oecothrophologen, Diätassistenten;
- Pflegedienst mit psychologischer Fortbildung

Die Therapieangebote umfassen psychokardiologische Gruppen (180 min/Woche) (23), psychotherapeutische Einzelgespräche (60 min/Woche), Sport- und Bewegungstherapie (4, 7, 8, 18, 19, 20, 21, 24), Psychoedukation unter anderem durch Patientenschulung und Seminarangebote, Entspannungsverfahren (4, 7, 8, 18, 21, 25), Ergotherapie (26), Künstlerische Therapien (27, 28), Ernährungstherapie und Sozialberatung (je nach Bedarf) sowie Hilfe bei der Vermittlung von weiterführenden Therapien (ambulante Psychotherapie, Ambulante Herzgruppen, Reha-Nachsorge).

In der Aufnahmewoche und danach 14-tägig erfolgt eine gemeinsame kardiologisch-psychosomatische Teamvisite unter Einbeziehung der Co-Therapeuten (v. a. Bewegungs- und Sozialtherapeuten), um die Ziele und Schwerpunkte der weiteren Behandlung zu besprechen (20 min/Rehabilitand/Visite).

Teambesprechungen sind unverzichtbarer Teil der psychokardiologischen Rehabilitation. Erforderlich sind mindestens 60 Minuten pro Woche für je 12 Patienten. Eine zusätzliche Fallsupervision ist sehr sinnvoll.

Aus diesen Überlegungen lässt sich eine Therapievorgabe für die psychokardiologische Rehabilitation entwickeln, die auch für die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung im Sinne der Reha-Therapiestandards (RTS) genutzt werden kann. Eine Übersicht rehabilitativer Angebote, die bei Komorbiditäten einer sowohl psychischen als auch einer kardiologischen Erkrankung bestehen, können *Tabelle 1* entnommen werden.

Fazit

- Die Therapie einer relevanten Komorbidität von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depression, Angststörung oder posttraumatischer Belastungsstörung wird in den bestehenden Reha-Konzepten zu selten abgebildet.
- In Rehabilitationskliniken, die sich dieser Patientengruppe im Sinne einer „dualen“ psychokardiologischen Rehabilitation annehmen, kommen bisher überwiegend selbstentwickelte Konzepte zur Anwendung. Standards fehlen.
- Ein erstes konsentiertes Rahmenkonzept kann nunmehr als Grundlage für die Entwicklung von Therapiestandards für die Kostenträger (z. B. Rentenversicherungen und Krankenkassen) und für Rehabilitationskliniken dienen.
- Psychokardiologische Rehabilitation erübrigt die für Zuweiser oftmals unbefriedigende Entscheidung zwischen zwei monodisziplinären Konzepten.

DOI: 10.3238/PersKardio.2021.04.16.08

Die Langversion zu diesem Rahmenkonzept sind auf den Homepages der DGPR (www.dgpr.de) und DGPPR (www.dgppr.de) nachzulesen.

Dr. med. Rainer Schubmann

ehemaliger Chefarzt Kardiologie und Psychokardiologie,

Dr. Becker Klinik Mönnesee

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Chefarzt der Abteilung Psychosomatik, Reha-Zentrum Seehof der

Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Dr. med. Christa Bongarth

Ärztliche Direktorin der Klinik Höhenried, Bernried

Dr. rer. medic. Annett Salzwedel

Stellv. Leiterin der Professur für Rehabilitationsmedizin, Fakultät für

Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

Dr. med. Thomas Witt

Chefarzt der Fachklinik für Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

MEDICLIN Albert Schweitzer Klinik, Königswald

Dr. med. Eike Langheim

Chefarzt der Abteilung Kardiologie, Reha-Zentrum Seehof der

Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Interessenkonflikt: Dr. Witt erhielt ein Vortragshonorar von AstraZeneca. Die anderen Autoren geben an, dass bei ihnen keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1521

Unbedingt interdisziplinär

Vorstellung eines Rahmenkonzepts für ein kombiniertes Rehabilitationsverfahren, das die Leitlinien kardiologischer und psychischer Erkrankungen berücksichtigt.

1. Rauch B, Davos CH, Doherty P, et al.: The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies – The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: 1914–39.
2. Salzwedel A, Jensen K, Rauch B, et al.: Effectiveness of comprehensive cardiac rehabilitation in coronary artery disease patients treated according to contemporary evidence based medicine: Update of the Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS-II). *European Journal of Preventive Cardiology* 2020; 27: 1756–74.
3. Bjarnason-Wehrens B, Nebel R, Jensen K, et al.: Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with reduced left ventricular ejection fraction: The Cardiac Rehabilitation Outcome Study in Heart Failure (CROS-HF): A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2020; 27: 929–52.
4. S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum Europas (D-A-CH). 7. Januar 2020, AWMF-Registernummer: 133–001.
5. Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340–6.
6. Schulz H, Büscher C, Koch U, et al.: Leitlinien für die rehabilitative Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006; 54: 53–64. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.1.53>.
7. Bandelow B, Wiltink J, Alpers G, et al.: Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. https://www.awmf.org/uploads/tx_s3leitlinien/051-0281_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_1.pdf (2014) (last accessed on 29 March 2021)
8. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de.
9. S3-Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Posttraumatische Belastungsstörung: (Federführende Fachgesellschaft DeGPT) AWMF-Register Nr. 155/001 Klasse: S3 Version: 19. Dezember 2019.
10. Albus C, Herrmann-Lingen C, Jensen K, et al.: Additional effects of psychological interventions on subjective and objective outcomes compared with exercise-based cardiac rehabilitation alone in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2019; 26: 1035–49.
11. Worrigen U: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV-Bund 2017.
12. Schubmann R: Indikationsübergreifende psychokardiologische Komplexrehabilitation – eine neue Verbindungsdisziplin. *J Kardiologie* 2020; 27: 94–9.
13. Rademacher W, Glatz J, Langner P, Köllner V, Langheim E: Psychokardiologische Rehabilitation – interdisziplinäre Behandlung als Pilotprojekt. *Kardiologie* 2019; 13: 40–8.
14. Langheim E, Kleinschmidt J, Köllner V: Psychokardiologische Rehabilitation. In: Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340–6.
15. Langheim E, Rademacher W, Köllner V: Interdisziplinär in der Reha? Idee und Konzept der psychokardiologischen Rehabilitation. *Psychotherapie im Dialog* 2021; Heft 2, im Druck.
16. Seekatz B, Schubmann R, Brüser J, Müller-Holthausen T, Vogel H: Umsetzung und Evaluation eines psychokardiologischen Behandlungskonzeptes für die kardiologische Rehabilitation. *PrävRehab* 2013; 25: 95–104.
17. Priegnitz J, Langheim E, Rademacher W, Schmitz C, Köllner V: Effektivität von psychokardiologischer Versorgung in der stationären Rehabilitation – ein Pilotprojekt. *Psychother Psych Med* 2019; DOI: 10.1055/a-1023-4609.
18. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie, Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie 2. Auflage, 1. Update 2018 (Langversion); Springer 2. Oktober 2018, AWMF-Registernummer 038–020; ISBN 978–3–662–58283–1 978–3–662–58284–8 (eBook), <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>.
19. DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *Reha-Therapiestandard Koronare Herzkrankheit*. Berlin: DRV Bund 2016.
20. DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *Reha-Therapiestandard Depressive Störungen*. Berlin: DRV Bund 2016.
21. DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund: Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen, Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 1. Januar 2018.
22. DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung*, 2. überarb. und erweiterte Ausgabe Berlin: DRV Bund 2014.
23. Schroth S, Köllner V: Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) bei körperlichen Erkrankungen. *Ärztliche Psychotherapie* 2020; 15: 177–83.
24. Fischer T, Dick M: Sport- und Bewegungstherapie in der psychosomatischen Rehabilitation In Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340–6.
25. Van Dixhoorn JJ, Duivenvoorden HJ: Effect of relaxation therapy on cardiac events after myocardial infarction: A 5-year follow-up study. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 19: 178–85.
26. Linden M: Ergotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: In: Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340–6.
27. Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Ay ES, Becker T, Riedel-Heller SG: Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? *Nervenarzt* 2012; 83 (7): 855–60.
28. Martius P: Kunsttherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: Grundlagen und Anwendung: In: Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340–6.
29. Katon WJ, Lin EH, von Korff M, et al.: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2611–20.