

Konsentiertes Rahmenkonzept für psychokardiologische Rehabilitationsangebote

(akzeptiert am 03.02.2021)

Rainer Schubmann^{1,3} (für die DGPR)

Volker Köllner^{2,5,6} (für die DGPPR)

Christa Bongarth⁴

Boris Leithäuser⁷

Annett Salzwedel^{1,9}

Thomas Witt⁸

Eike Langheim⁵

1) Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V., Koblenz

2) Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation e.V., Düsseldorf

3) Dr. Becker Klinik Möhnesee, Möhnesee

4) Klinik Höhenried, Bernried

5) Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

6) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

7) Praxis für Kardiologie und Psychokardiologie, Hamburg

8) MEDICLIN Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld

9) Professur für Rehabilitationsmedizin, Gesundheitswissenschaftliche Fakultät Brandenburg, Universität Potsdam

Zusammenfassung

In Deutschland sind sowohl für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch für psychische Erkrankungen Rehabilitationsverfahren etabliert. Sie haben die Verbesserung der Lebensqualität und eine optimierte Teilhabe der Patienten zum Ziel. Bei Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit kann die Rehabilitation auch die Mortalität reduzieren.

Die Therapie einer relevanten Komorbidität von Patienten der jeweiligen Fachgebiete, wie sie z.B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem gleichzeitigen Auftreten von Depression, Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung häufig zu finden ist, wird aber in den bestehenden rehabilitationstherapeutischen Konzepten zu selten abgebildet. Es gibt zunehmend Rehabilitationskliniken, die sich dieser Patientengruppe im Sinne einer „dualen“ psychokardiologischen Rehabilitation annehmen. Dabei kommen bisher überwiegend selbstentwickelte klinikinterne Therapiekonzepte zur Anwendung. Standards zur Durchführung einer solchen Rehabilitation sowie zur personellen und materiellen Ausstattung einer interdisziplinären psychokardiologischen Rehabilitation liegen nicht vor. Mit dieser Arbeit soll ein erstes konsentiertes Rahmenkonzept unter Beteiligung der nationalen Fachgesellschaften sowohl für kardiologische als auch psychosomatische Rehabilitation für ein solches kombiniertes komplexes Rehabilitationsverfahren vorgestellt werden. Dieses Rahmenkonzept kann in einem nächsten Schritt als Grundlage für die Entwicklung von Therapiestandards für die Kostenträger (z.B. Rentenversicherungen und Krankenkassen) und für Rehabilitationskliniken dienen.

Stichworte: Psychokardiologie, psychokardiologische Rehabilitation, Therapiestandards

Summary:

In Germany, rehabilitation programs are established for both cardiovascular and mental illness. They aim to improve quality of life and social participation. In the case of coronary artery disease, rehabilitation also reduces mortality. Cardiovascular and psychological disease are often co-existing: cardiovascular patients are at risk for depression, anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. A relevant comorbidity of both disciplines is not reflected in the standardized rehabilitation programs implemented yet. However, there is an increasing number of centers that take care of affected patients in terms of psychocardiological rehabilitation. Clinical-internal concepts are predominantly used. There are no standards for the implementation of such a rehabilitation program or for the personnel and material equipment for interdisciplinary psychocardiological rehabilitation. This article provides a framework for a combined rehabilitation program in agreement with the national societies for cardiac and psychosomatic rehabilitation. This framework may serve to develop standards for funding organisations and for rehabilitation centers.

Keywords: psychocardiology, psychocardiological rehabilitation, therapy standards

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nicht nur die häufigste Todesursache in Deutschland und anderen Industrienationen sondern auch häufige Ursache für gesundheitliche Einschränkungen, dies gilt ebenso für Depressionen und Angststörungen [1, 2, 3]. Diese psycho-sozialen Faktoren können zum einen Risikofaktoren für die Entstehung und den Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein, zum anderen können diese Leiden aber auch durch das Vorliegen einer Herz-

Kreislaufkrankung ausgelöst werden [4, 5]. Diese Wechselwirkungen und gegenseitige Abhängigkeiten werden sowohl wissenschaftlich als auch therapeutisch u.a. durch Psychosomatik und Kardiologie im Sinne interdisziplinärer Psychokardiologie adressiert [6].

Eine psychopathologische Entwicklung kann bei vielen Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen einen wesentlich größeren Effekt auf die Lebensqualität haben als die zugrundeliegende Herzerkrankung. Im Praxisalltag spielen daher bei gleichzeitigem Vorliegen sowohl die kardiologische als auch psychische Erkrankungen sowie deren Zusammenspiel eine wichtige Rolle, konkrete Behandlungsangebote haben eine hohe Bedeutung.

Bisher: getrennte kardiologische und psychosomatische Rehabilitation

In der Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben sich Rehabilitationsverfahren etabliert. Die multi-modale Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung bewirkt dabei nicht nur eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sondern kann – auch vor dem Hintergrund moderner medikamentöser und interventioneller Behandlungsverfahren – zu einer Reduktion der Mortalität führen [7, 8]. Auch bei Herzinsuffizienz lässt sich durch eine Rehabilitation eine bessere Leistungsfähigkeit mit mehr Lebensqualität erreichen, auch wenn hier kein Effekt auf die Mortalität nachgewiesen werden konnte [9].

In der aktuell neu erstellten S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation wurden allgemeine und spezialisierte Rehabilitationsverfahren nach aktueller Evidenzlage dargestellt [10]. Auch hier wird auf die besondere Bedeutung psychosozialer Faktoren bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingegangen.

Bei einigen psychischen Erkrankungen sind Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation etabliert und Bestandteil der Leitlinien [11-15]. Rehabilitation ist vor allem dann erforderlich, wenn durch die Psychopathologie Einschränkungen der beruflichen und/oder sozialen Teilhabe resultieren.

Für die häufigsten Erkrankungen der Fachgebiete Kardiologie (koronare Herzerkrankung) und Psychosomatik (Depression) gibt es sogenannte Reha-Therapiestandards (RTS) und definierte Anforderungen an

Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung als wichtigster Rehabilitationsträger, in denen die Therapieangebote während einer Rehabilitation und strukturelle Voraussetzungen weitgehend verbindlich festgelegt werden [16-20].

Kardiologische Rehabilitationskliniken bieten demnach eine psychologische Mitbetreuung insbesondere für Patienten an, die beispielsweise Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung oder Hilfestellung bei psychischen Belastungen benötigen. Eine gut gestaltete kardiologische Rehabilitation mit psychologischer Betreuung kann hier auch als vorbeugendes Element einer psychopathologischen Entwicklung insbesondere von Depression und Angststörungen gesehen werden [21]. Eine gezielte Psychotherapie ist in der kardiologischen Rehabilitation allerdings nicht möglich, da nach RTS nur eine Psychologiestelle für ca. 80 Patienten vorgesehen ist. Es gibt Ansätze einer sogenannten verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation (VOR) mit ergänzenden Möglichkeiten zu mehr psychisch orientierter Behandlung [22]. 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. Therapeutinnen und Therapeuten in der psychosomatischen Rehabilitation können Herzerkrankungen nicht ausreichend bewerten und daher deren Bedeutung mit Verweis auf die somatische Medizin nicht in ihre Therapie und Beratung einbeziehen. In der kardiologischen Rehabilitation können andererseits die psychischen Anteile an der Symptomatik und dadurch bedingte Teilhabestörungen nicht richtig fachlich eingeordnet, behandelt und begutachtet werden.

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.

Psychokardiologische „duale“ Komplexrehabilitation

Um dem komplexen Wechselspiel von Herz-Kreislaufkrankungen und psychischen Erkrankungen gerecht zu werden, gibt es zunehmend Angebote einer **psychokardiologischen Rehabilitation**, bei der sich Elemente der kardiologischen und der psychosomatischen Rehabilitation interdisziplinär ergänzen und auch gezielte Psychotherapie angeboten werden kann [23-27]. Solche Konzepte sind immer dann gut vorstellbar, wenn eine Rehabilitationsklinik sowohl eine kardiologische als auch eine psychosomatische Abteilung führt. Möglich ist auch, dass eine der Abteilungen entsprechendes Fachpersonal vorhält, um eine interdisziplinäre Behandlung zu ermöglichen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine interdisziplinäre Behandlung auf „Augenhöhe“ erfolgt. Zentrales Anliegen ist, dass in einer solchen Rehabilitation sowohl die Angebote der kardiologischen Rehabilitation und Diagnostik genutzt werden können als auch mit einem entsprechenden Stellenschlüssel eine Psychotherapie parallel erfolgen kann. Patienten profitieren in diesem Zusammenhang erfahrungsgemäß sehr davon, dass wichtige Behandlungsanteile beider Fachgebiete angewendet werden. In einer monozentrischen Pilotstudie konnte nachgewiesen werden, dass bei Komorbidität kardiologischer und psychosomatischer Krankheitsbilder bezüglich wichtiger Parameter eine bessere Nachhaltigkeit der interdisziplinären psychokardiologischen Rehabilitation im Vergleich zur monodisziplinären Rehabilitation erreicht werden kann [28]. Auch die Sozialversicherungsträger profitieren von der Möglichkeit eines umfassenderen interdisziplinären sozialmedizinischen Gutachtens.

Da diese relativ neuen interdisziplinären psychokardiologischen Rehabilitationskonzepte bisher eher individuell von einzelnen Rehakliniken ohne Vorgaben umgesetzt wurden, fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz. Die Konzepte basieren überwiegend auf Expertenmeinungen. Reha-Therapiestandards der Rehabilitationsträger zur psychokardiologischen Behandlung oder auch konkrete Vorgaben, wie eine psychokardiologische Rehabilitation gestaltet werden könnte, liegen bisher nicht vor.

Eine Übersicht rehabilitativer Angebote, die bei Komorbiditäten einer psychischen und einer kardiologischen Erkrankung bestehen, können Tabelle 1 entnommen werden:

Tabelle 1: Stufenmodell der psychologisch/psychotherapeutischen Betreuung in der Rehabilitation [26]

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 psychol. Betreuung oder Psychotherapie ist nicht erforderlich.
Kardiologische Rehabilitation mit VOR-Schwerpunkt (1 Psychologe für 20 Patienten), 4 Wochen Regeldauer	Kard. 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, z. B. 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.

Rahmenkonzept für eine psychokardiologische Rehabilitation

In einem gemeinsamen Abstimmungsprozess unter Mitwirkung von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Erfahrung in psychokardiologischer Rehabilitation wie auch der Vorstände und vorstandsnaher Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) wurden in einem längeren Abstimmungsprozess Qualitätskriterien für psychokardiologische Angebote in Rehabilitationskliniken definiert. Dabei wurden Leitlinien sowohl für die kardiologische Rehabilitation als auch für die rehabilitative Behandlung psychischer Erkrankungen

[10, 12-15, 29] berücksichtigt, aber auch gemeinsame interdisziplinäre Entscheidungen auf Basis einer Expertenmeinung herangezogen.

Die wichtigsten Kernelemente aus den von der Deutschen Rentenversicherung verbindlich vorgegebenen „Reha-Therapiestandards (RTS)“ Depressive Störungen [17] und Koronare Herzerkrankung [16] wurden im hier erarbeiteten Rahmenkonzept berücksichtigt.

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

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)

Hierzu gibt es ein ausführliches Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund [22]. Eine Indikation für eine VOR besteht, wenn eine gravierende 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 die VOR nicht geeignet. Vorgesehen ist eine 4-wöchige Rehabilitationsdauer im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation. Kennzeichnend ist eine Betreuung in geschlossenen (=festen) psychotherapeutischen sowie bewegungstherapeutischen Gruppen. Hierfür ist ein erhöhter Personalschlüssel im Bereich Psychotherapie notwendig (1:20), approbierte PsychotherapeutInnen müssen entsprechend der verbindlichen Vorgabe der DRV vorhanden sein.

Psychokardiologische Komplexrehabilitation bzw. 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 z.B. Patienten mit spezifischen Herzrhythmusstörungen und einer im Zuge dessen entstandenen Angsterkrankung 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, z. B. nach akutem Herzinfarkt oder nach einer Herz-OP eine kardiologische Anschlussheilbehandlung indiziert ist.

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

Psychokardiologische Rehabilitation lässt sich optimal umsetzen an Kliniken, die sowohl über eine psychosomatische als auch eine kardiologische Fachabteilung verfügen, da auf diese Weise sichergestellt wird, dass die Patienten die erforderlichen Behandlungselemente aus beiden Bereich erhalten können. Eine konsiliarische Mitbetreuung aus der Psychosomatik für die Kardiologie bzw. aus der Kardiologie für die Psychosomatik ist keine psychokardiologische Rehabilitation in dem hier genannten Sinne.

Die Rehabilitationsdauer beträgt analog zur psychosomatischen Rehabilitation 5 Wochen. Der Umfang der Psychotherapie orientiert sich an dem Umfang in der Psychosomatischen Rehabilitation [20]. Angesichts der oft komplexen individuellen Problemkonstellationen in der Psychokardiologie ist hier ein höherer Anteil an Einzeltherapie sinnvoll, also z. B. 180 Minuten pro Woche Gruppentherapie und 60 Minuten Einzeltherapie pro Woche.

Personal

Ärztliche Leitung mit kardiologischer und psychotherapeutischer Kompetenz:

- Duale Facharztkompetenz Kardiologie und Psychotherapie, für jeden dieser Fachbereiche muss es einen angemessenen qualifizierten ärztlichen leitenden Mitarbeiter geben, also einen Facharzt für Kardiologie und einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. einen FA für Psychiatrie und Psychotherapie mit psychosomatischer Expertise.

- Da psychokardiologische Rehabilitation möglichst in Kliniken stattfindet, in denen beide Fachabteilungen vorhanden sind, können die Chefarzte der kardiologischen und der psychosomatischen Abteilungen zugleich die ärztlichen Leiter in der Abteilung Psychokardiologie sein.

Mehrere Ärzte und Psychologen der Abteilungen sollten den Kurs psychokardiologische Grundversorgung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) absolviert haben.

Psychologen sollten approbiert sein

- ggf. zusätzlich nicht approbierte Psychologen möglichst mit psychokardiologischer Grundversorgung

Externe Supervision für das gesamte Team sollte einmal pro Monat vorgehalten werden.

Personalschlüssel Psycho-Kardiologie:

- Leitungen: Facharzt Kardiologie und adäquate Stellvertretung sowie Facharzt aus dem psychologischen Bereich mit adäquater Stellvertretung
- Je nach Patientenzahlen zusätzliche OA-Stelle oder Funktions-OA-Stelle
- Stellenschlüssel nach der Strukturvorgabe der Rentenversicherung in der kardiologischen Versorgung: pro 100 Patienten 6 Ärzte, 1 Psychologe; Patienten =>1:15 (inklusive Leitungsebenen und Psychologen)
- Stellenschlüssel nach der Strukturvorgabe der Rentenversicherung in der psychosomatischen Versorgung [20]: pro 100 Patienten 9 Ärzte, 4 Psychologen; Patienten =>1:8 (inklusive Leitungsebenen und Psychologen).

Weitere Berufsgruppen (nach den Strukturvorgaben der DRV (19)):

- Sport- und Bewegungstherapeuten / Sportlehrer
- Physiotherapeuten
- Kunsttherapeut / Musiktherapeut / Tanztherapeut / Theatertherapeut
- Ergotherapeuten
- Sozialdienst

- Oecothrophologen / Diätassistenten
- Pflegedienst mit psychologischer Fortbildung

Da die Hinführung zu einem aktiven Lebensstil und die Motivation zu regelmäßigem Herz- / Kreislauftraining (auch im Sinne von Angstexposition) zu den zentralen Rehabilitationszielen in der Psychokardiologie gehört, kommt der Berufsgruppe der Sport- und Bewegungstherapeuten eine besondere Bedeutung zu. Diese sollte auch in den interdisziplinären Besprechungen und Visiten vertreten sein. Empfohlen wird ggf. auch eine spezifische Weiterbildung zum „Sport- und Bewegungstherapeuten“; sinnvoll ist auch Erfahrung in der Leitung von ambulanten Herzgruppen (mit entsprechender Weiterbildung). Der Bewegungstherapeut leitet jeweils eine Gruppe während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme. Physiotherapie i. e. S. und physikalische Anwendungen haben im Vergleich hierzu eine geringere Bedeutung.

EXKURS

Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie ist in den Leitlinien zur kardiologischen Rehabilitation aber auch in den Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen verankert [10,12-15, 29]

Kennzeichen der Bewegungstherapie in der Psychokardiologischen Rehabilitation sind:

Ziele. Rehabilitanden sollen lernen, auf Warnzeichen des Körpers angemessen zu reagieren und Symptome der organischen Erkrankung von Belastungssymptomen und Symptomen bei Angst, Ärger oder Stress zu unterscheiden. Die Entwicklung eines achtsamen Umgangs mit dem eigenen Körper, die Stärkung des Selbstbewusstseins und Steigerung der körper- und krankheitsbezogenen Handlungssicherheit sind weitere Ziele der Bewegungstherapie.

Inhalte. In der Bewegungstherapiegruppe werden Körperwahrnehmungsübungen angeleitet und geübt, wiederholt und besprochen. Weitere Schwerpunkte sind die Mobilisation und Dehnung der Strukturen für mehr Flexibilität, eine veränderte Körperhaltung und die Förderung der Selbstwahrnehmung. Angespannte Muskulatur, z. B. im Schulter-Nacken- bzw. Thoraxbereich werden gezielt reduziert. Das Ergometertraining dient u.a. der Steigerung der Ausdauer und Durchhaltefähigkeit.

Durchführung, Dauer und Häufigkeit. Dieses richtet sich nach den Anforderungen aus dem aktuellen Katalog der therapeutischen Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung.

Diagnostikmöglichkeiten

(Sollten nach Standard Psychosomatik und Kardiologie (24, 25) vorhanden sein, aber auch der sinnvolle Einsatz ist wichtig: „keine Überdiagnostik“)

- EKG
- Ergometrie (ggf. Spiroergometrie)
- LZ-EKG
- LZ-RR
- Echokardiographie
- Sonographie
- Lungenfunktionstestung
- Schlafapnoe-Screening - MESAM
- Ggf. Messung der autonomen Balance, des Zustands des autonomen Nervensystems (z.B. HRV-Messungen)
- Psych. Befund (approbierte Psychotherapeuten)
- Psych. Fragebögen / Screening
- Labor

Therapieangebote

Psychokardiologische Therapiegruppen (180 Minuten pro Woche)

Inhalte sind u. a.:

- Krankheitsverarbeitung
- Psychoedukation
- Behandlung der ängstlichen und depressiven Symptomatik
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (35)
- Medizinische Informationen und Edukation
- Kommunikation

Psychotherapeutische Einzelgespräche, 60 Minuten pro Woche

Psychosoziale Interventionen [10, 29]:

- Bewegungs- und Physiotherapie nach den oben dargestellten Grundsätzen kardiologischer und psychosomatischer Rehabilitation [10, 13, 14, 16, 17, 20, 29, 30]
- Psychoedukative Intervention u.a. durch Patientenschulung und Seminarangebote des kardiologischen [10] und psychosomatischen Fachgebietes und durch Training von Alltags- und sozialen Fähigkeiten
- Ergotherapie [31] sollte je nach Bedarf angeboten werden (z. B.):
 - Kognitives Training
 - Ergotherapeutische Projektgruppe
 - Kreative Gestaltung
- Künstlerische Therapien [32, 33] sollten je nach Bedarf angeboten werden:
 - Kunsttherapie
 - Musiktherapie
 - Tanztherapie

(Anmerkung: Künstlerische Therapien einzeln oder in der Gruppe sind in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ der Deutschen Rentenversicherung Bund [18] im Kapitel F (Klinische Psychologie) unter den Ziffern F68, F69 und F70 in Indikation und Therapieziel beschrieben).

- Entspannungsverfahren [10, 13, 14, 20, 29, 34]
- Gesundheitsfördernde Interventionen: z.B. Hilfe bei der Vermittlung von weiterführenden Therapien: ambulante Psychotherapie, Ambulante Herzgruppen, Reha-Nachsorge (PSY-RENA, IRENA, Reha-Sport, etc.)

Psychokardiologische Teambesprechungen und Visiten

In der Aufnahmewoche einmalig und danach 14-tägig erfolgt eine gemeinsame kardiologisch-psychosomatische Teamvisite mit dem Patienten in Anwesenheit der Co-Therapeuten (v. a. Bewegungs- und Sozialtherapeuten). Die Beteiligung der Co-Therapeuten kann u.a. unter den besonderen Corona-Hygieneregeln in die Therapeuten-Teambesprechungen verschoben werden. Dabei werden die Reha-Ziele und Schwerpunkte der weiteren Behandlung gemeinsam besprochen. Hierfür sind 20 Minuten pro Rehabilitand / Visite einzuplanen.

Die Teambesprechungen sind unverzichtbarer Teil der psychokardiologischen Rehabilitation. Sie finden mindestens 60 Minuten pro Woche für je 12 Patienten statt.

Diskussion

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.

Ziel solcher Reha-Therapiestandards im Qualitätsmanagement der Deutschen Rentenversicherung als wichtigster Kostenträger der Rehabilitation ist es, die rehabilitative Behandlung von Patientinnen und Patienten auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Basierend auf dem Therapiekonzept der medizinischen Rehabilitation und den Ergebnissen von Literaturrecherchen zur Wirksamkeit wurden für die Reha-Therapiestandards sogenannte evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert. Die evidenzbasierten Therapiemodule haben bei allen Reha-Therapiestandards eine einheitliche Struktur und umfassen die vier folgenden Bereiche: *Therapeutische Inhalte, Formale Ausgestaltung, Leistungseinheiten nach Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL, Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden*. Mit diesen Qualitätsindikatoren kann die Deutsche Rentenversicherung die Anforderungen an die Behandlung erfassen und beurteilen.

Die daran angepassten Vorgaben können als Rahmenkonzept Tabelle 2 entnommen werden:

ETM		Mindestdauer	Mindestanteil der Patienten	Therapien (Beispiele)
1	Einzelpsychotherapie	mind. 60 Minuten pro Woche	mind. 90 %	60 Minuten pro Woche
2	Gruppenpsychotherapie	mind. 180 Minuten pro Woche	mind. 90 %	Therapiegruppe, Gruppe, Angstbewältigung, Achtsamkeit
3	Bewegungstherapie	mind. 240 Minuten pro Woche	mind. 80 %	Sportangebot mind. 4 x wöchentlich

4	Entspannungsverfahren	mind. 30 Minuten pro Woche	mind. 60 %	Biofeedback oder Muskelentspannung
5	Gesundheitsbildung	mind. 150 Minuten pro Reha	mind. 90 %	Vorträge bzw. Seminare: Hypertonie, KHK, Sozialdienst, Ernährung
6	Ernährung	mind. 60 Minuten pro Woche	mind. 50 %	Lehrküche, mediterrane Ernährungsweise
7	Ergotherapie, Künstlerische Therapie	mind. 60 Minuten pro Woche	mind. 30 %	Werken, Kunsttherapie, Kognitives Training, Gartentherapie etc.
8	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Minuten pro Reha	mind. 70 %	Sozialdienst Einzel
9	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Minuten pro Reha	mind. 80 %	Sozialmedizinische Visite
10	Tabakentwöhnung	mind. 200 Minuten pro Reha	mind. 5 %	Raucherentwöhnung

Tabelle 2: Vorschlag zu Reha-Therapiestandards (RTS) Psychokardiologie, angepasst an die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung Bund

ETM = evidenzbasierte Therapiemodule aus der Qualitätssicherung der DRV

Die Anwendung dieser interdisziplinären (dualen) psychokardiologischen Rehabilitation muss bezüglich wichtiger Endpunkte aber vor allem in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Maßnahme weiter wissenschaftlich evaluiert werden. Studien zu dieser Thematik laufen bereits.

Inhaltliche Vorgaben sind aber vor dem Hintergrund der Inhomogenität solcher Verfahren und wegen des hohen Bedarfes für diese Rehabilitationsform erforderlich, um Mindestvoraussetzungen für die Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten aber auch für die Kostenträger zu definieren.

Literatur

[1] Deutscher Herzbericht 2019, Deutsche Herzstiftung: Frankfurt am Main, Oktober 2020

[2] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- [3] GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. DOI.
- [4] Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, Kindermann I, Köllner V, Leithäuser B, Marx N, Meesmann M, Michal M, Ronel J, Scherer M, Schrader V, Schwaab B, Weber C S, Herrmann-Lingen, C. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. *Kardiologie* 2018; (12): 312-331
- [5] Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol* 2015; 22: 1290–1306
- [6] Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. (Hrsg.): *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg, Springer, 3. Aufl. 2019
- [7] 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: 1914–1939
- [8] 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: 1756–1774
- [9] 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; 929–952
- [10] S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum Europas (D-A-CH). 07.01.2020, AWMF-Registernummer: 133–001
- [11] Köllner V, Bassler M (Hrsg.): *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München, Elsevier 2021; 340-346
- [12] 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>
- [13] Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G. et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html (2014)

- [14] 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
- [15] S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Posttraumatische Belastungsstörung: (Federführende Fachgesellschaft DeGPT) AWMF-Register Nr. 155/001 Klasse: S3 Version: 19.12.2019
- [16] DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandard Koronare Herzkrankheit. Berlin: DRV Bund 2016
- [17] DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandard Depressive Störungen. Berlin: DRV Bund 2016
- [18] DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage, Berlin: DRV Bund 2014
- [19] DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. 2. überarb. und erweiterte Ausgabe Berlin: DRV Bund 2014
- [20] 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, 01.01.2018
- [21] 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: 1035-1049
- [22] Worringen U: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV-Bund 2017
- [23] Schubmann, R. Indikationsübergreifende psychokardiologische Komplexrehabilitation – eine neue Verbindungsdisziplin. J Kardiologie 2020; 27: 94-99
- [24] Rademacher W, Glatz J, Langner P, Köllner V, Langheim E. Psychokardiologische Rehabilitation – interdisziplinäre Behandlung als Pilotprojekt. Kardiologie 2019; 13: 40-48
- [25] Langheim E, Kleinschmidt J, Köllner V. Psychokardiologische Rehabilitation. In Köllner V, Bassler M (Hrsg.): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München, Elsevier 2021; 340-346

[26] Langheim E, Rademacher W & Köllner V. Interdisziplinär in der Reha? Idee und Konzept der psychokardiologischen Rehabilitation. Psychotherapie im Dialog 2021; Heft 2, im Druck

[27] Seekatz B, Schubmann R, Brüser J, Müller-Holthusen T, Vogel H. Umsetzung und Evaluation eines psychokardiologischen Behandlungskonzeptes für die kardiologische Rehabilitation. PräVRehab 2013; 25: 95-104

[28] 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

[29] 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) Stand: 02.10.2018 Springer-Verlag 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>

[30] 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; 340-346

[31] Linden M, Ergotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: In Köllner V, Bassler M (Hrsg.): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München, Elsevier 2021; 340-346

[32] Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Ay E.-S., Becker T, Riedel-Heller S G. Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? Nervenarzt 2012; 83 (7): 855-860

[33] 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; 340-346

[34] 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: 178–185

[35] Schroth S, Köllner V. Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) bei körperlichen Erkrankungen. Ärztliche Psychotherapie 2020; 15: 177-183.