



DGK.

Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e.V.



ESC

European Society
of Cardiology

ESC Pocket Guidelines

Version 2025

European Society of Cardiology (ESC)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und
Kreislaufforschung (DGK) e.V.

Psychische Gesundheit und kardiovaskuläre Erkrankungen

Clinical Consensus Statement

Dieser Kurzfassung liegt das
„2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health
and cardiovascular disease“ in der zum Zeitpunkt der
Erstellung aktuellen Version zugrunde.
European Heart Journal; doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191.
Korrekturen und Aktualisierungen verfügbar auf
escardio.org/guidelines (EN) und auf herzmedizin.de/dgk/leitlinien (DE).

Herausgeber dieser von der ESC adaptierten Pocketversion ist der Vorstand der DGK,
bearbeitet wurden die Leitlinien im Auftrag
der Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin.

Auch als App für iOS
und Android:



Herausgegeben von:



Verlag:
Börm Bruckmeier Verlag GmbH
Emil-Geis-Straße 4
82031 Grünwald
E-Mail: info@media4u.com
978-3-89862-365-0

Präambel

Diese Pocketversion ist eine Kurzfassung des Clinical Consensus Statements und von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) übernommene Stellungnahme der European Society of Cardiology (ESC), die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergibt und Ärzten* die Entscheidungsfindung zum Wohle ihrer Patienten erleichtern soll. Sie ersetzt nicht die ärztliche Evaluation des individuellen Patienten und die Anpassung der Diagnostik und Therapie an dessen spezifische Situation. Die Pocketversion enthält gekennzeichnete Kommentare der Autoren, die deren Einschätzung darstellen und von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie getragen werden.

Die Erstellung des Papiers ist durch eine systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gekennzeichnet. Das vorgeschlagene Vorgehen ergibt sich aus der wissenschaftlichen Evidenz, wobei randomisierte, kontrollierte Studien bevorzugt werden.

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird darauf verzichtet, geschlechterspezifische Formulierungen zu verwenden. Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

ESC Pocket Clinical Consensus Statement

Psychische Gesundheit und kardiovaskuläre Erkrankungen*

2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease*

Developed by the task force on mental health and cardiovascular disease
of the European Society of Cardiology (ESC).

Endorsed by the European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA), the European
Psychiatric Association (EPA), and the International Society of Behavioral Medicine (ISBM).

Chairpersons

Héctor Bueno
Spain

Christi Deaton
United Kingdom

Task Force Members:

Marta Farrero (Task Force Co-ordinator) (Spain), Faye Forsyth (Task Force Coordinator) (United Kingdom), Frieder Braunschweig (Sweden), Sergio Buccheri (Sweden), Simona Dragan (Romania), Sofie Gevaert (Belgium), Claes Held (Sweden), Donata Kurpas (Poland), Karl-Heinz Ladwig (Germany), Christos D. Lionis (Greece), Angela H.E.M. Maas (Netherlands), Caius Ovidiu Merșă (Romania), Richard Mindham (United Kingdom), Susanne S. Pedersen (Denmark), Martina Rojnic Kuzman¹ (Croatia), Sebastian Szmit (Poland), Rod S. Taylor (United Kingdom), Izabella Uchmanowicz (Poland), Noa Vilchinsky² (Israel).

¹ Representing the European Psychiatric Association (EPA).

² Representing the European Health Psychology Society (EHPS).

ESC subspecialty communities having participated in the development of this document:

Associations: Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP), Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA).

Councils: Council for Cardiology Practice, Council of Cardio-Oncology.

Working Groups: Cardiovascular Pharmacotherapy.

Patient Forum

Bearbeitet von:

Karl-Heinz Ladwig (München), Hilka Gunold (Leipzig), Christoph Herrmann-Lingen (Göttingen), Ingrid Kindermann (Homburg/Saar)[#], Volker Köllner (Teltow), Boris Leithäuser (Hamburg), Julia Anna Lurz (Frankfurt a.M.), Peter Ong (Stuttgart), Monika Sadlonova (Göttingen) Eric Schulze-Bahr (Münster), Bernhard Schwaab (Timmendorfer Strand).

[#]Für die Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin der DGK

**Wir bedanken uns für das Lektorat durch die Sektion Young DGK bei:
Julia Knocks und Tina Stegmann.**

* Adapted from the 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease (European Heart Journal; doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191) published on 29 August 2025.

* Translated by the German Cardiac Society, the ESC cannot be held liable for the content of this translated document.

Inhalt

1. Einleitung	6
1.1 Der Zusammenhang zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit und Erkrankung	6
1.2 Anhaltende Probleme	9
1.3 Das Psycho-Kardio-Team	10
1.4 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	13
2. Einfluss der psychischen Gesundheit auf das Risiko, eine CVD zu entwickeln	14
2.1 Psychosozialer Stress	14
2.2 Psychische Belastungen als Risikofaktoren für CVD	15
2.2.1 Depression	15
2.2.2 Angst	16
2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung	16
2.3 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	17
3. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen bei Menschen mit CVD	17
3.1 Spezifische psychische Belastungen bei Menschen mit CVD: Prävalenz und prognostische Auswirkungen	18
3.1.1 Depression	18
3.1.2 Angst	19
3.1.3 Durch Herzerkrankungen verursachte posttraumatische Belastungsstörungen/ Symptome	21
3.2 Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse pflegender Angehöriger für Menschen mit CVD	22
3.3 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	23
4. Identifizierung, Prävention und Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme bei Menschen mit CVD	24
4.1 Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Menschen mit CVD	24
4.2 Identifizierung und Screening	24
4.3 Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit CVD	28
4.3.1 Kommunikation, Aufklärung und Unterstützung für Menschen mit psychischen Belastungen und CVD	30
4.3.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen	30
4.3.3 Psychoedukation	30

4.3.4	Das soziale Rezept „Social prescribing“	30
4.3.5	Weitere psychologische und psychotherapeutische Interventionen	31
4.3.6	Lebensstilinterventionen	31
4.4	Medikamentöse Interventionen	32
4.5	Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	34
5.	Schwere psychische Störungen und CVD	36
5.1	Erhöhtes Risiko für CVD bei Menschen mit schweren psychischen Störungen	37
5.2	Behandlung von CVD bei Menschen mit schweren psychischen Störungen	40
5.3	Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	45
6.	Psychische Gesundheit in bestimmten Bevölkerungsgruppen und spezifischen Situationen	46
6.1	Geschlechts- und genderspezifische Unterschiede bezogen auf psychische Gesundheit und CVD	46
6.2	Psychische Gesundheit und CVD bei Menschen mit Gebrechlichkeit und Multimorbidität	48
6.3	Psychische Gesundheit und CVD bei sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen	49
6.4	Psychische Gesundheit und CVD bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen (Kardio-Onkologie)	51
6.5	Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management	53
7.	Kernaussagen	54

Abkürzungen und Akronyme

ACS	akutes Koronarsyndrom (acute coronary syndrome)
CABG	koronararterielle Bypass-Operation (coronary artery bypass grafting)
CV	kardiovaskulär (cardiovascular)
CVD	kardiovaskuläre Erkrankung (cardiovascular disease)
EKG	Elektrokardiogramm
EMAH	Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen
GAS	generalisierte Angststörung
HTx	Herztransplantation
ICD	implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter defibrillator)
MI	Myokardinfarkt
PAH	pulmonalarterielle Hypertonie
PH	pulmonale Hypertonie
PHQ	Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten)
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
QTc	frequenzkorrigiertes QT-Intervall (corrected QT interval)
SMI	schwere psychische Störungen (severe mental illness)

1. Einleitung

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) hat kürzlich eine umfassende Überprüfung des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse und Daten aus klinischen Studien zu psychischer Gesundheit und kardiovaskulären Erkrankungen abgeschlossen.

Diese Pocketversion fasst die klinischen Behandlungsinformationen aus der Langfassung des 2025 ESC Clinical Consensus Statements zusammen. Weitere Einzelheiten dazu unter www.escardio.org/guidelines.

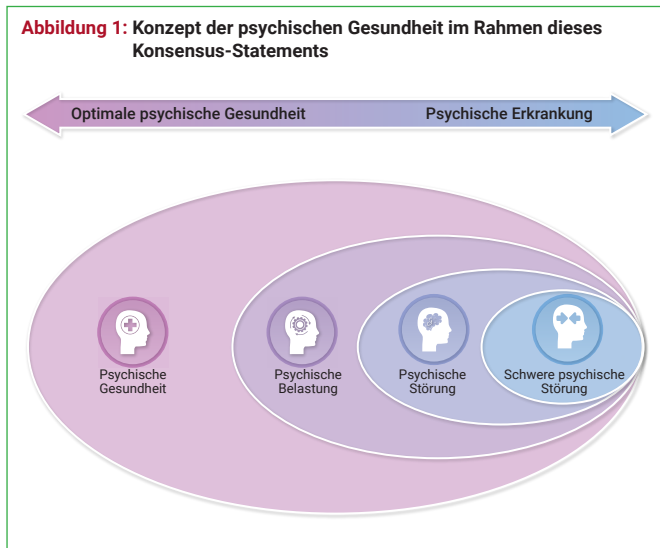
Die psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheit eines Menschen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert psychische Gesundheit als einen Zustand des psychischen Wohlbefindens, der es Menschen ermöglicht, die Belastungen des Lebens zu bewältigen, ihre Fähigkeiten zu entfalten, gut zu lernen und produktiv zu arbeiten sowie einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten. Trotz ihrer Bedeutung gibt es keine einheitliche Definition für psychische Gesundheit.

1.1 Der Zusammenhang zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit und Erkrankung

In diesem Konsensus-Statement wird psychische Gesundheit als übergreifendes Konzept eines komplexen Kontinuums betrachtet, das von optimaler psychischer Gesundheit mit dominanten Merkmalen wie Optimismus, Resilienz und Wohlbefinden bis hin zu negativen psychischen Gesundheitszuständen einschließlich schwerer psychischer Störungen reicht. Der Begriff „psychische Belastung“ wird in diesem Dokument verwendet, um psychosoziale Schwierigkeiten und andere psychische Zustände zu bezeichnen, die mit Leiden, Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen, veränderten emotionalen Reaktionen, verändertem Verhalten und Selbstverletzungsrisiko verbunden sind. Im Rahmen der psychischen Gesundheit beziehen sich psychische Störungen auf psychische Zustände, die durch eine klinisch signifikante Störung der kognitiven Fähigkeiten, der emotionalen Regulierung oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind und in der Regel mit Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen einhergehen. Zu den psychischen Störungen zählen schwere psychische Störungen (SMI), die durch eine erhebliche Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit gekennzeichnet sind, wie in **Abbildung 1** dargestellt.

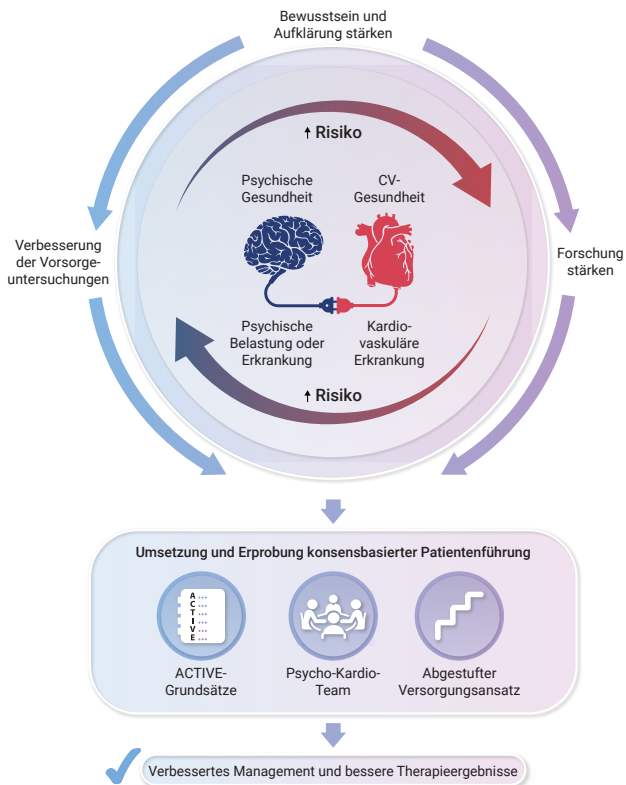
Definitionen und Diagnosekriterien für psychische Belastungen wurden in diesem Dokument entsprechend der ICD-11-Klassifikation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten in der 11. Revision) verwendet. Organische psychische Störungen, wie kognitive Beeinträchtigungen und Demenz, fallen nicht in den Geltungsbereich dieses Konsensus-Statements.

Abbildung 1: Konzept der psychischen Gesundheit im Rahmen dieses Konsensus-Statements



Psychische Gesundheit und psychische Belastungen stehen in einer multidirektionalen Wechselwirkung mit der kardiovaskulären Gesundheit (definiert als die Gesundheit von Herz und Blutgefäßen) und kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) ([Abbildung 2](#)).

Abbildung 2: Psychische/kardiovaskuläre Gesundheit, Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen und zukünftigen Entwicklungen



ACTIVE = Acknowledge (Anerkennen), Check (Überprüfen), Tools (Einsatz validierter Untersuchungsinstrumente), Implement (Umsetzen), Venture (Veränderungen wagen), Evaluate (Bewertung/Evaluierung), siehe [Abbildung 4](#); CV = kardiovaskulär.

Beispiel:

- Positive Merkmale der psychischen Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene stehen in Zusammenhang mit einer besseren kardiovaskulären Gesundheit. Menschen mit psychischen Belastungen haben ein höheres Risiko für CVD.
- Akute kardiovaskuläre Ereignisse oder chronische CVD haben Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, verschlechtern bereits bestehende psychische Belastungen oder lösen neue Erkrankungen aus.
- Das gleichzeitige Auftreten von CVD und psychischen Belastungen kann zu Wechselwirkungen führen, die sowohl die psychische Gesundheit als auch die kardiovaskuläre Prognose verschlechtern.
- Menschen mit psychischen Belastungen sind oft am stärksten benachteiligt, leiden unter sozialen und wirtschaftlichen Nöten und müssen sich mit Stigmatisierung, Stereotypen und Vorurteilen auseinandersetzen.
- Menschen mit psychischen Belastungen, insbesondere mit schweren psychischen Störungen, sind besonders gefährdet und erhalten seltener die gleichen Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen wie Menschen ohne psychische Belastungen.

1.2 Anhaltende Probleme

Trotz des starken Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit, kardiovaskulärer Gesundheit, CVD und deren klinischer Relevanz, gibt es verschiedene Probleme (siehe auch **Abbildung 2**), darunter:

- Unzureichendes Bewusstsein unter medizinischem Fachpersonal für die Prävalenz psychischer Belastungen in der Bevölkerung und deren Einfluss auf das erhöhte Risiko, eine CVD zu entwickeln.
- Unzureichende Wahrnehmung unter medizinischem Fachpersonal der Inzidenz und Prävalenz psychischer Belastungen und Störungen bei Menschen mit CVD sowie von deren Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Therapieadhärenz und die Prognose von CVD.
- Unzureichende Anerkennung der Stigmatisierung von schweren psychischen Störungen (SMI) in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen sowie deren Folgen nicht nur für die Menschen, die mit SMI leben, sondern auch für ihre Familien und für die Pflegepersonen.

- Fehlen von ausreichend evaluierten Methoden zur Umsetzung von psychokardiologischem Basiswissen in praxistaugliche, für den routinemäßigen Einsatz in der klinischen Praxis geeignete Instrumente in Screening und Diagnostik sowie für Konzepte der Behandlung psychisch belasteter CVD-Patienten.
- Geringes Wissen und kaum aktuelle Forschungsarbeit darüber, wie bei Menschen mit psychischen Belastungen und Störungen, die kardiovaskuläre Gesundheit verbessert und CVD verhindert werden können.
- Begrenzte Evidenz und wenig aktuelle Studien zu den besten Möglichkeiten, die psychische Gesundheit und Resilienz bei Menschen mit CVD und deren Familienangehörigen zu vermitteln, zu fördern, zu erhalten und zu verbessern.
- Wenig Anleitung dazu, wie die Versorgung von Menschen mit SMI verbessert werden kann, obwohl es starke Hinweise darauf gibt, dass Menschen mit SMI und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur eine schlechtere kardiovaskuläre Prävention, akute sowie chronische Versorgung erhalten, sondern auch eine schlechtere Prognose besitzen.
- Begrenztes Bewusstsein für die Bedeutung und die Bedürfnisse von Familie und Pflegepersonen, da sowohl CVD als auch psychische Belastungen das weitere soziale Umfeld einer Person beeinflussen.

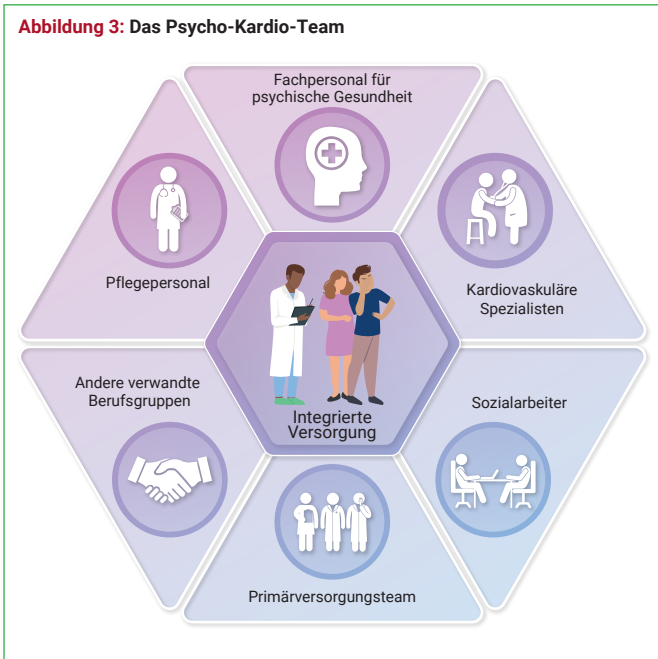
Im Mittelpunkt dieses Konsensus-Statements soll die Aufmerksamkeit auf den Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen medizinischem Fachpersonal der kardiovaskulären Versorgung und Fachpersonal für psychische Gesundheit gelenkt werden. Nur so kann eine optimale Versorgung mit optimalen Behandlungsergebnissen gewährleistet sein. Der Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung kann variieren, aber das multidisziplinäre CV-Team sollte eine Fachperson für psychische Gesundheit, einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie einschließen, um Menschen mit CVD und ihren Betreuern Anleitung für den Alltag und eine angemessene Unterstützung zu bieten (siehe das Psycho-Kardio-Team, Abschnitt 1.3).

1.3 Das Psycho-Kardio-Team

Multidisziplinäre Teams sind erforderlich, um einen ganzheitlichen Ansatz für die Gesundheitsförderung und das Gesundheitsmanagement bei Menschen mit CVD und psychischen Belastungen anzubieten. In diesem Konsensus-Statement wird dieses Team als Psycho-Kardio-Team bezeichnet, siehe

Abbildung 3. Die Kontinuität der Versorgung sollte durch die Koordination mit dem multidisziplinären Primärversorgungsteam sichergestellt werden. Psychosoziale Determinanten und mögliche soziale Interventionen sollten darüber hinaus mit Sozialarbeitern und Fachpersonal aus anderen relevanten Bereichen besprochen werden.

Abbildung 3: Das Psycho-Kardio-Team









©ESFC

Aus Gründen der Lesbarkeit beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen in der Abbildung auf alle Geschlechter.

Ein praxisorientierter Ansatz, um die routinemäßige klinische kardiovaskuläre Versorgung stärker personenzentriert zu gestalten, besteht darin, den Fokus auf das Bewusstsein für die psychische Gesundheit und die kardiovaskuläre Prävention von Patienten mit CVD und ihren Pflegepersonen, sowie auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen gemäß den sog. ACTIVE-Prinzipien zu richten (Abbildung 4).

Abbildung 4: Die ACTIVE-Prinzipien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der kardiovaskulären Versorgung

- A**  **Acknowledge:** Anerkennung der Zusammenhänge zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit und den bestimmenden Faktoren, Vorurteilen, Ungleichheiten und Stigmatisierungen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit.
- C**  **Check:** Regelmäßige Überprüfung auf Symptome oder psychische Belastungen im Rahmen kardiovaskulärer Untersuchungen sowie Überprüfung von kardiovaskulären Risikofaktoren im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen.
- T**  **Tools:** Verwendung validierter Untersuchungsinstrumente zur Erkennung von psychischen Symptomen und Belastungen im Rahmen von Screening und Diagnosestellung.
- I**  **Implement:** Umsetzung eines personenzentrierten Managements unter Anwendung gemeinsamer Entscheidungsfindung und abgestufter Behandlungsansätze.
- V**  **Venture:** Veränderungen in der kardiovaskulären Versorgung wagen, durch Umsetzung von strukturellen und funktionalen Änderungen, die erforderlich sind, um die psychische Gesundheitsversorgung in die kardiovaskuläre Praxis zu integrieren.
- E**  **Evaluate:** Bewertung des Bedarfs an pädagogischer Unterstützung, notwendigen Veränderungen im Management sowie Evaluierung der Fortschritte bei den kardiovaskulären und psychischen Outcomes.

1.4 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen stehen in einer multidirektionalen Wechselwirkung mit der kardiovaskulären Gesundheit und CVD.
2. Das gleichzeitige Vorliegen von CVD und psychischen Belastungen kann zu einer Wechselwirkung führen, die sowohl die psychische als auch die kardiovaskuläre Gesundheit verschlechtert und zu schlechteren Outcomes führt.
3. In der routinemäßigen kardiovaskulären klinischen Versorgung mangelt es an integrierten, systematischen Screeninguntersuchungen, Evaluierung, Kommunikation und Behandlung psychischer Erkrankungen.
4. Es gibt nur begrenzte Erkenntnisse darüber, wie die psychische Gesundheit und Resilienz von Menschen mit CVD und deren Familienangehörigen am besten vermittelt, gefördert, erhalten und verbessert werden kann.
5. Die Evidenzbasis für die Praxis in Bezug auf das Screening und die Behandlung psychischer Belastungen bei Menschen mit CVD ist begrenzt.

@ESC

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Die kardiovaskuläre Versorgung ist optimal, wenn sie personenzentriert ist und darauf abzielt, die allgemeine Gesundheit zu verbessern, wobei nicht nur die kardiovaskuläre, sondern auch die psychische Gesundheit als integraler Bestandteil berücksichtigt wird.
2. Ein multidisziplinäres Team einschließlich Fachpersonal für psychische Gesundheit, Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Fachärzten für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie (Psycho-Kardio-Team) ist in der kardiovaskulären Versorgung erforderlich, um Menschen mit CVD und ihren Pflegepersonen Handlungsempfehlungen für die Praxis sowie eine angemessene Beurteilung, Unterstützung und Behandlung der psychischen Gesundheit zu bieten.
3. Die kardiovaskuläre Versorgung sollte einen auf die lokale Bevölkerungsstruktur, den Versorgungskontext und auf die Ressourcen zugeschnittenen Psycho-Kardio-Team-Ansatz anstreben und umsetzen.
4. Die Umsetzung der ACTIVE-Prinzipien ist ein praktischer Ansatz, um die routinemäßige kardiovaskuläre Versorgung patientenorientierter zu gestalten und die psychokardiologische Betreuung in die routinemäßige kardiovaskuläre Praxis zu integrieren, um die Versorgung zu verbessern.

@ESC

2. Einfluss der psychischen Gesundheit auf das Risiko, eine CVD zu entwickeln

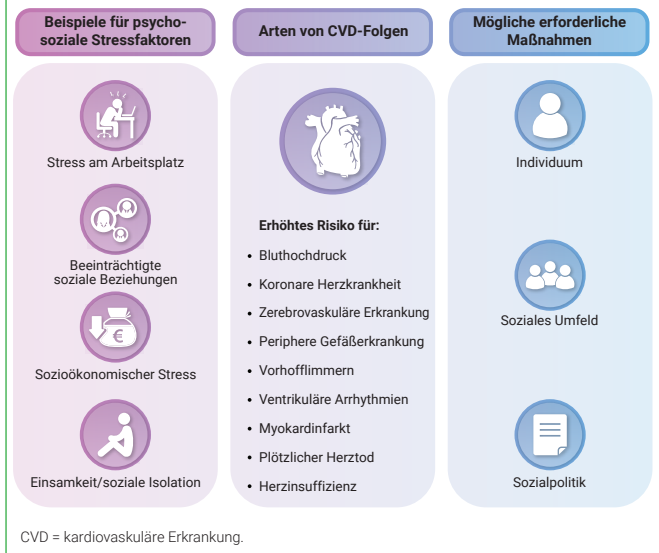
Dieser Abschnitt konzentriert sich auf den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und dem kardiovaskulären Risiko bei Personen ohne bekannte CVD. Ziel ist es, medizinischem Fachpersonal die ätiologischen Auswirkungen psychosozialer Stressfaktoren auf das Auftreten von CVD zu verdeutlichen. Die Evidenz unterstreicht den unabhängigen Einfluss psychosozialer Risikofaktoren auf die Vorhersage schwerwiegender Endpunkte, darunter die Gesamtmortalität und schwerwiegende kardiale Ereignisse (MACE).

2.1 Psychosozialer Stress

Psychosozialer Stress entsteht, wenn eine Person soziale Anforderungen (familiäre Probleme, soziale Isolation, finanziellen Druck und Arbeit) wahrnimmt und darauf reagiert, diese Anforderungen aber ihre Anpassungsfähigkeit oder ihren homöostatischen Regulationsbereich zur Bewältigung übersteigen. Verschiedene psychosoziale Risikofaktoren werden im Folgenden beschrieben und in **Abbildung 5** dargestellt.

Psychosoziale Faktoren sind insgesamt ebenso starke Risikofaktoren wie klassische Risikofaktoren. Chronischer psychischer Stress ist mit einem erhöhten Risiko für CVD verbunden. Der Umgang mit psychosozialen Stress und die Förderung des psychischen Wohlbefindens sollten daher integraler Bestandteil einer umfassenden kardiovaskulären Gesundheitsversorgung und Prävention sein.

Abbildung 5: Ursachen psychosozialen Stresses als Risikofaktoren für CVD



©ESC

2.2 Psychische Belastungen als Risikofaktoren für CVD

2.2.1 Depression

Die Prävalenz von Depressionen wird in der Allgemeinbevölkerung auf 4,4 % geschätzt (weltweit insgesamt 322 Millionen Menschen) und stellt somit eine erhebliche Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Depressionen haben sich als ebenso starker CV-Risikofaktor wie somatische Risikofaktoren erwiesen. Große Beobachtungs- und Fall-Kontroll-Studien zeigen, dass Depressionen unabhängig mit CV-Ereignissen, Gesamtmortalität und kombinierten Endpunkten aus CV-Ereignissen/Mortalität assoziiert sind, wobei die Hazard Ratios oder Odds Ratios von 1,14 bis 1,55 reichen. Metaanalysen haben gezeigt, dass Depressionen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten

von Herzinsuffizienz, neu auftretendem und wiederkehrendem Vorhofflimmern, ventrikulärer Tachykardie/Kammerflimmern und plötzlichem Herztod mit sich bringen.

2.2.2 Angst

Eine Vielzahl von Studien und Metaanalysen haben gezeigt, dass Angstzustände und Angststörungen (kombiniert oder einzeln) mit einem erhöhten Risiko für CVD und/oder CV-Mortalität assoziiert sind. Der Zusammenhang zwischen Angstzuständen und Herzrhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz ist weniger eindeutig, da die Ergebnisse heterogen sind. Auch fand sich eine Assoziation zwischen Panikstörungen, Panikattacken und CVD-Ereignissen. Insgesamt deuten die Erkenntnisse darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Angstzuständen oder Ängsten und dem Risiko für CVD so groß ist, dass medizinisches Fachpersonal sich dieser Beziehung bewusst sein sollte, um frühzeitig Vorsorgeuntersuchungen in Betracht zu ziehen, sofern dies klinisch angezeigt ist.

2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein wichtiger Risikofaktor für CVD, sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als auch ihres Fortschreitens. PTBS bei Veteranen der Streitkräfte wurde im Vergleich zu Personen ohne PTBS mit einem um 25 % bis 50 % höheren Risiko für CVD, einschließlich Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt und CV-Mortalität, selbst nach Adjustierung für Depressionen und weitere Faktoren, in Verbindung gebracht. Die Mechanismen, durch die PTBS das CV-Risiko erhöhen kann, sind noch nicht vollständig geklärt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass PTBS psychologische, physiologische und Verhaltensreaktionen hervorruft, die zu einem erhöhten Risiko führen.

2.3 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Indikatoren für eine positive psychische Gesundheit, wie Optimismus, Glück und hohe Lebenszufriedenheit, stehen in Zusammenhang mit einem geringeren kardiovaskulären Risiko.
2. Risikobehaftete psychosoziale Faktoren (z. B. soziale Isolation, finanzieller Druck und schwieriges Arbeitsumfeld) sind mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von CVD verbunden.
3. Psychische Belastungen wie Depressionen, Angststörungen und PTBS sind mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von CVD verbunden.
4. Medizinisches Fachpersonal hat die Verantwortung:
 - › sich über diese Zusammenhänge zu informieren
 - › während der Konsultation auf Risikofaktoren zu achten
 - › Risikopatienten bei Bedarf zu informieren, zu beraten und entsprechend an Fachpersonal zu überweisen
 - › sich gegebenenfalls für Maßnahmen zur Verbesserung von Prozessen oder Strukturen einzusetzen

@ESC

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Der Umgang mit psychosozialen Stress und die Förderung des psychischen Wohlbefindens sind wesentliche Bestandteile einer integrierten CV-Prävention.
2. Es wird empfohlen, Screenings auf Depressionen, Angststörungen und PTBS in die CV-Risikobewertung zu integrieren.

@ESC

3. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen bei Menschen mit CVD

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Prävalenz psychischer Belastungen bei Menschen mit CVD, deren Auswirkungen auf die CV-Prognose, Selbstmanagement und Therapieadhärenz, sowie mit den Auswirkungen von CVD auf die psychische Gesundheit von Familienangehörigen oder Pflegepersonen.

3.1 Spezifische psychische Belastungen bei Menschen mit CVD: Prävalenz und prognostische Auswirkungen

3.1.1 Depression

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Belastungen bei Menschen mit CVD und sind ein bekannter Risikofaktor für eine schlechte Prognose. Die weltweite Prävalenz von Depressionen bei Menschen mit CVD wird anhand verschiedener Fragebögen, basierend auf Selbstauskünften, auf 18 % geschätzt. **Tabelle 1** enthält Beispiele für Studien, die zeigen, wie die Depressionsraten je nach Erkrankung, Diagnosemethoden und Bevölkerungsstruktur variieren.

Tabelle 1: Prävalenz von Depressionen/depressiven Symptomen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen

CVD	Geschätzte Prävalenz	Spezifische Population
ACS/ Post-MI	31 %	Nach Myokardinfarkt
	40 % Frauen, 22 % Männer	< 60 Jahre bei Krankenhausaufnahme
	21 % Frauen, 15 % Männer	> 60 Jahre bei Krankenhausaufnahme
	32,3 % Frauen, 21,2 % Männer	≥ 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt
Chronische Herzinsuffizienz	21,5 %	Nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz
	32,7 % Frauen, 26,1 % Männer	Nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz
Fortgeschrittene Herzinsuffizienz/ HTx	25 %–35 %	Nach einer Herztransplantation
	35 %	Vor der Herztransplantation
	15 %–39 %	Herzunterstützungssysteme
Vorhofflimmern	38 %	Vorhofflimmern
ICD	15,4 %	Alle Zeitpunkte nach ICD-Implantation

Tabelle 1: Prävalenz von Depressionen/depressiven Symptomen bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Fortsetzung)

CVD	Geschätzte Prävalenz	Spezifische Population
EMAH	24 %	EMAH
PH/PAH	28 %	Pulmonale Hypertonie
	9 %–70 %	Pulmonalarterielle Hypertonie

©ESC

ACS = Akutes Koronarsyndrom; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; EMAH = Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen; HTx = Herztransplantation; ICD = implantierbarer Kardioverter-Defibrillator; MI = Myokardinfarkt; PAH = pulmonalarterielle Hypertonie; PH = pulmonale Hypertonie.

3.1.2 Angst

Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen haben ergeben, dass die Prävalenz von Angstzuständen bei Menschen mit CVD zwischen 28,9 % und 32,9 % liegt. **Tabelle 2** enthält Beispiele für Studien, die zeigen, wie die Häufigkeit von Angstzuständen je nach Erkrankung, Diagnosemethoden und Bevölkerungsstruktur variiert.

Tabelle 2: Prävalenz von Angstzuständen/Angstsymptomen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen

CVD	Geschätzte Prävalenz	Spezifische Population
ACS/ Post-MI	22 %–64 % Frauen 12 %–42 % Männer	CABG, PCI, nach MI und ACS ≥ 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt
	10 % starke Angstzustände	3 Monate nach MI
	41 % leichte Angstzustände 16 % mäßige bis starke Angstzustände	Spontane Koronararteriendi- ssektion

©ESC

Tabelle 2: Prävalenz von Angstzuständen/Angstsymptomen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen (Fortsetzung)

CVD	Geschätzte Prävalenz	Spezifische Population
Chronische Herzinsuffizienz	72 %	Nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz
	23 % Angstsymptome 32 % Angstzustände und Depression	Nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz
Nach HTx	11 %	Nach Herztransplantation
Vorhofflimmern	28 % Ausgangswert 37 % ≥ 6 Monate	Vorhofflimmern
	30 %	Kardioversion oder Ablation
ICD	36 % Frauen 20 % Männer	Überlebende eines Herzstillstands außerhalb des Krankenhauses
	32 %	18 Monate nach Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses
	23 %	ICD zu allen Zeitpunkten nach der Implantation
	15 %	24 Monate nach ICD-Implantation
EMAH	13 %	EMAH
PH/PAH	37 %	Pulmonale Hypertonie
	9%–58 %	Pulmonale arterielle Hypertonie

ACS = akutes Koronarsyndrom; CABG = koronararterielle Bypass-Operation; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; EMAH = Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen; HTx = Herztransplantation; ICD = implantierbarer Kardioverter-Defibrillator; MI = Myokardinfarkt; PAH = pulmonalarterielle Hypertonie; PCI = perkutane Koronarintervention (percutaneous coronary intervention); PH = pulmonale Hypertonie.

3.1.3 Durch Herzerkrankungen verursachte posttraumatische Belastungsstörungen/Symptome

Die durch Herzerkrankungen verursachte PTBS oder posttraumatische Belastungssymptome (PTSS), definiert als posttraumatische Symptome bis hin zu einer vollständigen Störung, die aus einem akuten kardiovaskulären Ereignis oder Eingriff hervorgehen, treten bei verschiedenen Arten von CVD unterschiedlich häufig auf. **Tabelle 3** enthält Beispiele für Studien, die zeigen, wie die Häufigkeit von PTBS und PTSS je nach Erkrankung, Diagnosemethoden und Bevölkerungsdemografie variiert.

Tabelle 3: Prävalenz von posttraumatischer Belastungsstörung/ posttraumatischen Belastungssymptomen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen

CVD	Geschätzte Prävalenz	Spezifische Population
ACS/ Post-MI	12 % PTBS 0 %–26 % PTSS	Nicht näher bezeichnetes ACS
	7 %–20 % PTBS	Nach CABG
	28 %–35 % PTBS	Spontane Koronararteriendissektion
EMAH	1 %–30 % PTBS	EMAH
Post-HTx	11 %–19 % PTBS	Nach Herztransplantation
ICD	12 %–38 % PTBS	Überlebende eines Herzstillstands
	OR 6,0 (95 %-KI 1,5–24,6) PTBS	Erleben von ≥ 1 angemessenen ICD-Schocks

©ESC

ACS = akutes Koronarsyndrom; CABG = koronararterielle Bypass-Operation; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; EMAH = Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen; HTx = Herztransplantation; ICD = implantierbarer Kardioverter-Defibrillator; KI = Konfidenzintervall; MI = Myokardinfarkt; OR = Odds Ratio; PTBS = posttraumatische Belastungsstörung; PTSS = posttraumatische Belastungssymptome (post-traumatic stress symptoms).

3.2 Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse pflegender Angehöriger für Menschen mit CVD

Die Pflege durch Angehörige/nicht-professionelle Pflegepersonen kann für diese selbst eine erhebliche Belastung darstellen. Die emotionale und praktische Unterstützung einer Person, die mit einer CVD zu kämpfen hat, kann zu emotionaler und/oder körperlicher Beanspruchung bei der Pflegeperson führen.

Durch die Unterstützung für pflegende Angehörige wird ein empathisches und dauerhaft tragfähiges Gesundheitssystem für die Behandlung von CVD gefördert, das für einen langfristigen Erfolg unerlässlich ist. **Abbildung 6** zeigt konkrete Maßnahmen, die die Mitglieder des Psycho-Kardio-Teams ergreifen können, um die Belastung von pflegenden Angehörigen zu beurteilen und zu lindern.

Abbildung 6: Vorschläge zur Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen



Zuhören

Pflegende Angehörige müssen angehört werden, da sie eine unschätzbare Informationsquelle sind und oft unter großer Belastung stehen.



Beruhigen/ Sicherheit vermitteln

Pflegenden Angehörigen sollte versichert werden, dass sie nicht allein sind und dass ihre emotionalen Reaktionen sowohl berechtigt als auch wichtig sind.



Unterstützen

Pflegende Angehörige benötigen Unterstützung, um sich neues Wissen anzueignen, Informationen zu vermitteln, Behandlungsanweisungen zu befolgen und Lebensstiländerungen umzusetzen.



Ermutigen

Pflegende Angehörige sollten ermutigt werden, relevante medizinische und soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sowohl für den Patienten als auch für sich selbst.



Überweisen

Pflegende Angehörige sollten an entsprechende Fachdienste überwiesen werden, um ihre gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse zu unterstützen.

3.3 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Es besteht ein multidirektionaler Zusammenhang zwischen CVD und psychischen Belastungen wie Depressionen, Angstzuständen und PTBS, die sich gegenseitig in ihrer Risikowirkung verstärken.
2. Psychische Belastungen bei Menschen mit CVD, wie z. B. Depressionen, können sich negativ auf das Selbstmanagement auswirken, einschließlich der Therapieadhärenz und der Änderung des Lebensstils, und sind mit schlechteren Outcomes verbunden.
3. Die Auswirkungen von Angstzuständen und PTBS auf die Therapieadhärenz und die kardiovaskulären Ergebnisse sind weniger klar und könnten zeitabhängig sein.
4. Pflegende Angehörige spielen eine wesentliche Rolle, ihre Familienmitglieder, die mit einer CVD zu kämpfen haben, dabei zu unterstützen, dauerhafte Änderungen ihres Lebensstils vorzunehmen und sich an Behandlungspläne zu halten: Die Beurteilung und Förderung des Wohlbefindens von pflegenden Angehörigen kommt beiden Seiten zugute.

©ESC

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Es ist sinnvoll, Menschen mit nachgewiesener CVD auf Depressionen, Angstzustände und PTBS zu untersuchen, da diese Erkrankungen sehr häufig gemeinsam auftreten und das Outcome dadurch beeinflusst werden kann. Bei Bedarf sollten die Betroffenen fachärztlich überwiesen werden.
2. Chronischer Stress und Einsamkeit stehen bei Menschen mit CVD in Zusammenhang mit negativen Outcomes. Sollte diese Symptomatik im Rahmen der klinischen Beurteilung identifiziert werden, dann sollten die Betroffenen umgehend fachärztlich überwiesen werden.
3. Die Einbeziehung der Einschätzung und Unterstützung des Wohlbefindens pflegender Angehöriger ist im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes für die psychische und kardiovaskuläre Gesundheit ratsam.

©ESC

4. Identifizierung, Prävention und Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme bei Menschen mit CVD

4.1 Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Menschen mit CVD

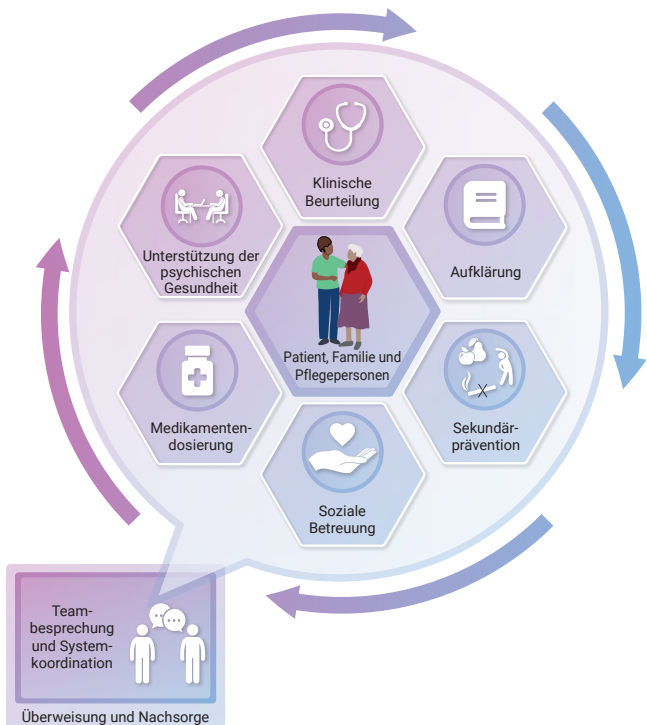
Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Belastungen bei Menschen mit CVD sowie deren Auswirkungen auf die Outcomes und die Therapieadhärenz, sollte der psychische Gesundheitszustand beurteilt werden. Diese Beurteilung kann irgendwann während der spezifischen fachärztlichen Behandlung erfolgen und eine sinnvolle Strategie darstellen, den Gesundheitszustand zu verbessern.

Menschen mit CVD, die mögliche Symptome psychischer Belastungen aufweisen, sollten einem formellen Screening unterzogen werden. Zudem sollte bei Menschen mit CVD niedrigschwellig ein formelles Screening auf psychische Symptome erfolgen. Betroffene mit CVD berichten über die Herausforderungen, denen sie nach der Diagnose begegnen. Sie machen außerdem auf Lücken in der Versorgung und bisher nicht erfüllte Bedürfnisse aufmerksam. Vorschläge für ein bedarfsorientiertes, personenzentriertes, zugängliches, individuelles und multidisziplinäres Netzwerk zur langfristigen Unterstützung sind in **Abbildung 7** dargestellt.

4.2 Identifizierung und Screening

Die Zusammenarbeit mit Fachpersonal aus dem Bereich psychische Gesundheit (dem Psycho-Kardio-Team) kann dabei helfen, ein Protokoll für Maßnahmen zum Screening und Empfehlungen zur fachspezifischen Überweisung zu entwickeln. Dieses Protokoll sollte sich nach dem Schweregrad der psychischen Belastung und den lokalen Gegebenheiten richten. Idealerweise sollte ein Screening auf Angstzustände und Depressionen nach einer neuen CVD-Diagnose oder einem akuten CV-Ereignis, mindestens einmal während der Nachsorge und in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich oder bei klinischer Indikation) durchgeführt werden. Kurze Screening-Maßnahmen mit einem Zwei-Punkte-Fragebogen stellen sicher, dass der Zeitaufwand für das Erstscreening begrenzt ist (siehe Abschnitt 5.2.1 in der Langfassung der ESC-Guidelines). **Abbildung 8** zeigt einen Vorschlag in Bezug auf den Zeitpunkt, die Ausführenden und die Vorgehensweise beim Screening auf psychische Belastungen bei Menschen mit CVD.

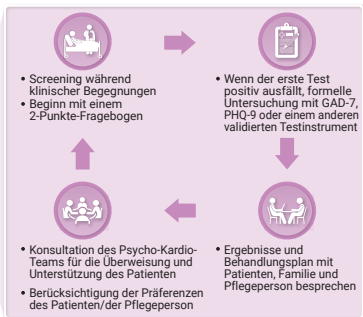
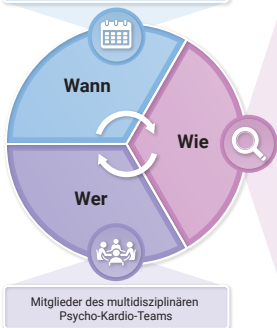
Abbildung 7: Visualisierung eines „On-Demand“-Unterstützungssystems für Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit



Team zur Unterstützung von Betroffenen mit kardiovaskulären Erkrankungen in Bereitschaft. Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, Familienangehörige und Pflegepersonen haben Zugang zu den entsprechenden Gesundheitsdienstleistern oder -fachpersonal oder anderen Ressourcen, die ihren unmittelbaren Bedürfnissen entsprechen. Der Prozess ist zyklisch, sodass bei Bedarf wiederholt darauf zugegriffen werden kann.

Abbildung 8: Screening auf psychische Belastungen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen

Nach einer neuen CVD-Diagnose/Ereignis, regelmäßig und wenn klinisch angezeigt



CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; GAD-7 = Modul des PHQ zur generalisierten Angststörung; PHQ = Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten).

©ESC

Zwei-Punkte-Screening-Tools, deren Beantwortung nur wenige Minuten dauert, sind die einfachste Methode zur Einschätzung von Depressionen und Angstzuständen. Drei Messmethoden werden hervorgehoben: die Whooley-Fragen (Zwei-Fragen-Test), der Patient Health Questionnaire (PHQ)-2- und der Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2-Test.

Die Whooley-Fragen sind ein aus zwei Punkten bestehendes Screening-Instrument zur Erkennung von Depressionen, das aufgrund seiner hohen Sensitivität und moderaten Spezifität zum Erst-Screening auf Depressionen eingesetzt werden kann. Die zwei und sieben Punkte enthaltenden GAD-2/7-Fragebögen sowie die aus zwei und neun Punkten bestehenden PHQ-Module für Depressionen, werden häufig eingesetzt und weisen bei Menschen mit CVD eine gute Sensitivität und Spezifität auf (Tabelle 4).

Die Whooley-Fragen (Zwei-Fragen-Test)

- „Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?“
- „Haben Sie im letzten Monat oft darunter gelitten, dass Sie wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten hatten?“

„Ja“ zu einer (oder beiden) Fragen = positives Testergebnis (erfordert weitere Untersuchung). „Nein“ zu beiden Fragen = negatives Testergebnis (nicht depressiv).

Tabelle 4: Psychometrische Eigenschaften von Screening-Instrumenten für Angst- und Depressionssymptome

Psychometrische Eigenschaft	Whooley-Fragen (Zwei-Fragen-Test) ^a	GAD-2 ^b	PHQ-2 ^b ≥ 2 Punkte
Sensitivität	95 %	91 %	97 %
Spezifität	65 %	37 %	48 %

GAD-2 = Modul des PHQ zur generalisierten Angststörung; PHQ = Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten).

^a Validiert in einer uneingeschränkten Population, d. h. nicht speziell bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

^b Validiert in einer australischen Population.

Psychische Belastungen können sich im Laufe der Zeit entwickeln und episodisch auftreten. Daher müssen medizinische Fachpersonen, die an der Langzeitbehandlung von Menschen mit CVD beteiligt sind, auf deren psychisches Wohlbefinden und dessen Veränderungen achten. Idealerweise sollte die Beurteilung dieses Wohlbefindens nahtlos in die Routineversorgung integriert werden (**Tabelle 5**).

Diese Task Force hält es für angebracht, Personen nach einer neu diagnostizierten CVD oder einem CV-Ereignis zu screenen und das Screening dann regelmäßig zu wiederholen (z. B. jährlich und mindestens einmal während der Nachsorge) sowie immer dann, wenn die klinische Beurteilung dies für notwendig erachtet (**Tabelle 5**). Die Untersuchung kann während des Krankenhausaufenthalts erfolgen, wenn es die Zeit erlaubt.

Tabelle 5: Zeitpunkt und Screening-Instrumente in Hinblick auf Angst- und Depressionssymptome

Zeitpunkt des Screenings	Messung	
	Angst-symptome	Depressive Symptome
Nach der neuen Diagnose einer CVD, einem kardiovaskulären Ereignis oder Eingriff. Kann während des Krankenhausaufenthalts erfolgen.		
Bei der Nachsorge (z. B. jährlich), um die Veränderung gegenüber dem Ausgangswert oder der vorherigen Messung zu ermitteln.	GAD-2, gefolgt von GAD-7, falls positiv	PHQ-2, gefolgt von PHQ-9, falls positiv
Jederzeit auf Grundlage der klinischen Beurteilung		

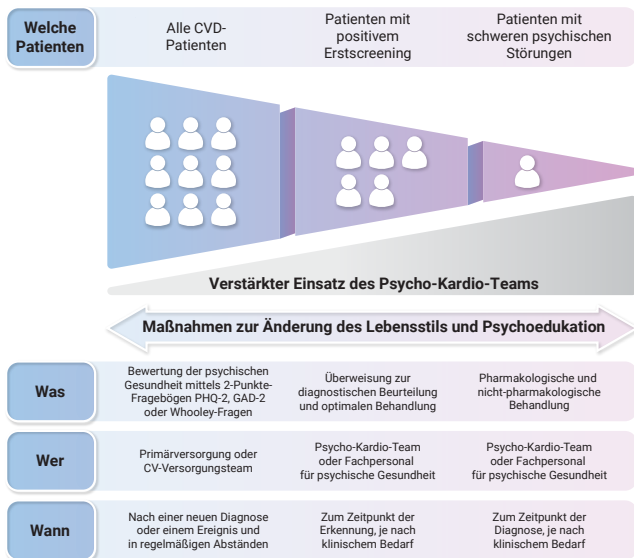
CV = kardiovaskulär; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; GAD-2/7 = Module des PHQ zur generalisierten Angststörung; PHQ = Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten).

©ESC

4.3 Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit CVD

Ein schlechter psychischer Gesundheitszustand kann die Therapieadhärenz, den Lebensstil, die Lebensqualität und die Prognose negativ beeinflussen. Auch können steigende Versorgungs- oder Behandlungskosten damit einhergehen. Menschen mit erhöhten Werten in Angst- und/oder Depressionsfragebögen sowie Menschen mit einer Diagnose von Angststörungen, Depressionen oder PTBS sollten daher als potenzielle Kandidaten für eine Behandlung in Betracht gezogen werden. In Anbetracht der unterschiedlichen Ausprägungen von Stress, Angstzuständen, Depressionen und PTBS und der damit verbundenen unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse, wäre ein abgestufter Versorgungsansatz (**Abbildung 9**) ein möglicher Weg.

Abbildung 9: Abgestuftes Versorgungsmodell zur Beurteilung und Behandlung psychischer Belastungen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen



CV = kardiovaskulär; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; GAD-2 = Modul des PHQ zur generalisierten Angststörung; PHQ = Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten).

©ESC

Aus Gründen der Lesbarkeit beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen in der Abbildung auf alle Geschlechter.

4.3.1 Kommunikation, Aufklärung und Unterstützung für Menschen mit psychischen Belastungen und CVD

Einfühlungsvermögen und aktives Zuhören sind essenziell, um die potenziellen Schwierigkeiten und Sorgen zu verstehen, mit denen Menschen mit CVD und ihre Familienangehörigen konfrontiert sein können. Medizinisches Fachpersonal sollte gewährleisten, dass die Betroffenen sowohl in Bezug auf ihre körperliche als auch ihre psychische Gesundheit Unterstützung erhalten, um unerwünschte psychische oder emotionale Reaktionen zu verhindern oder abzuschwächen, um die Therapieadhärenz und die klinischen Outcomes möglicherweise zu verbessern.

4.3.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen

Als psychologische und psychotherapeutische Therapieoptionen für Menschen mit CVD wurde ein breites Spektrum von Strategien vorgeschlagen, die von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), Psychoedukation und Achtsamkeitstechniken, bis hin zu Programmen zur Änderung des Lebensstils und Selbsthilfegruppen reichen, einschließlich internetbasierter Interventionen und digitaler Gesundheitsanwendungen.

4.3.3 Psychoedukation

Psychoedukation ist eine Intervention zur strukturierten Wissensvermittlung über eine Erkrankung und ihre Behandlung. Sie integriert emotionale und motivationale Aspekte, um Betroffene zu befähigen, mit der Erkrankung umzugehen und die Therapieadhärenz und Wirksamkeit der Behandlung zu verbessern. Sie gilt als wichtiger Bestandteil der Behandlung sowohl bei somatischen als auch bei psychischen Belastungen. Die Effekte psychoedukativer Interventionen auf Depressions- und Angstsymptome sind, basierend auf anerkannten Schwellenwerten, in Metaanalysen als groß einzustufen.

4.3.4 Das soziale Rezept „Social prescribing“

Das sog. soziale Rezept bzw. social prescribing ist ein transformativer Ansatz im Gesundheitswesen, der Menschen mit nicht-medizinischen Ressourcen in Verbindung bringt, um ihr ganzheitliches Wohlbefinden zu verbessern. Das zentrale Konzept hinter dem sozialen Rezept ist es, Betroffenen personalisierte Interventionen anzubieten, die über traditionelle medizinische Verordnungen hinausgehen und eine Vielzahl an gemeindebasierten Aktivitäten und Ressourcen umfassen. Ziel ist es, durch den erleichterten Zugang zu unterstützenden

Angeboten in der Gemeinschaft verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit, wie soziale Isolation, Einsamkeit, Stress und Angst, anzugehen.


4.3.5 Weitere psychologische und psychotherapeutische Interventionen

Eine systematische Cochrane-Übersichtsarbeit und Metaanalyse untersuchte randomisierte, kontrollierte Studien zu psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei Koronarer Herzkrankheit, darunter Entspannungstechniken, kognitive Techniken, emotionale Unterstützung, klientenzentrierte Gespräche sowie ergänzende Pharmakotherapie. Im Vergleich zur Kontrollgruppe mit der üblichen Standardversorgung zeigte sich durch diese psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen eine Senkung der kardiovaskulären Mortalität (von 7,3 % auf 5,5 %). Die KVT gilt als sichere Methode, die nachweislich psychische Symptome, insbesondere Depression, sowie die Lebensqualität von Betroffenen mit CVD und Herzinsuffizienz verbessern kann. Da sie keine potenziellen Nebenwirkungen oder Arzneimittelinteraktionen aufweist, könnte sie eine sinnvolle therapeutische Option darstellen. Die Expositionstherapie kann hilfreich für Betroffene mit CVD sein, die aufgrund ihrer Erkrankung aus Angst vor einem weiteren kardiovaskulären Ereignis Aktivitäten meiden, die sie früher gerne ausgeübt haben. Diese Vermeidung kann das Risiko einer depressiven Entwicklung fördern.

4.3.6 Lebensstilinterventionen

Ein ganzheitlicher Ansatz, der Lebensstiländerungen einschließt, kann die psychische Gesundheit, das kardiovaskuläre Wohlbefinden, Risikofaktoren und CV-Outcomes wirksam verbessern. Beispiele für Änderungen des Lebensstils sind regelmäßige körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung, Stressbewältigungstechniken (wie Achtsamkeit und Yoga), ausreichender Schlaf und positive Bewältigungsstrategien.

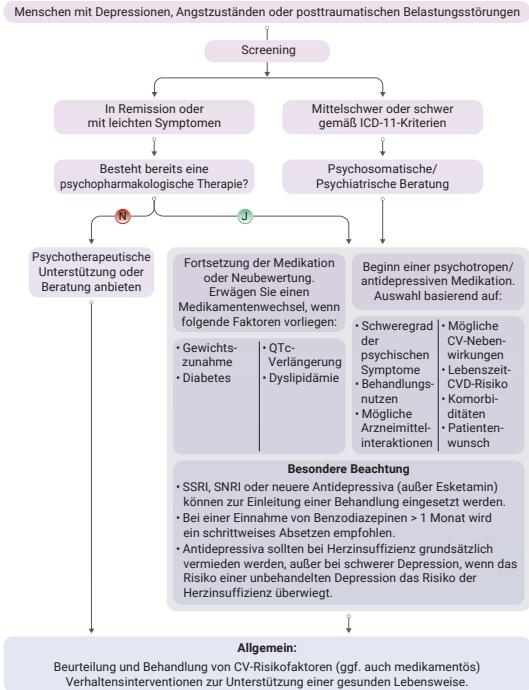


1  In Kapitel 6.3.8 der Langfassung wird darauf hingewiesen, dass körperliche Aktivität und Bewegungstherapie bei Patienten mit KHK und Herzinsuffizienz einen eigenen antidepressiven Effekt haben, bei sehr positivem kardiovaskulären Nebenwirkungsprofil. In Metaanalysen bei Patienten ohne CVD zeigt sich ein antidepressiver Effekt, der oft mit Psychotherapie und Antidepressiva vergleichbar ist. In Deutschland stehen mit ambulanten Herzgruppen und Rehasport flächendeckend Versorgungsangebote zur Verfügung, die auch als antidepressive Ressource genutzt werden können.

4.4 Medikamentöse Interventionen

Bei der Behandlung von Depressionen, Angststörungen und PTBS sind Antidepressiva die pharmakologische Erstlinientherapie, während zusätzliche Medikamente, einschließlich Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika, kurzfristig eingesetzt werden können. Je nach Schweregrad der Symptome können auch andere Medikamente wie Phasenprophylaktika und Antipsychotika zum Einsatz kommen. **Abbildung 10** zeigt einen Algorithmus für die pharmakologische Behandlung von Depressionen, Angstzuständen und PTBS bei CVD.

Abbildung 10: Pharmakologische Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen und Depressionen, Angstzuständen oder posttraumatischen Belastungsstörungen



CV = kardiovaskulär; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; ICD (-11) = International Classification of Diseases; SNRI = Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SSRI = selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer.

2 Da die aufgelisteten Medikamente 3-4 Wochen benötigen, um ihre Wirkung zu entfalten, sollten sie für mindestens 4 Wochen in der Initialdosierung verabreicht und erst danach ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit beurteilt und die Dosierung ggf. angepasst werden.

4.5 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Idealerweise sollte die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands routinemäßig im Rahmen der kardiovaskulären klinischen Versorgung durchgeführt und umgesetzt werden, soweit die lokalen Ressourcen und Möglichkeiten dies zulassen.
2. Depressionen und Angstzustände können bei der routinemäßigen Versorgung von Menschen mit CVD leicht übersehen und/oder als „normale“ Reaktionen auf die individuelle klinische/prognostische Belastung durch die Erkrankung angesehen werden.
3. Anhand der Patientenhistorie lassen sich psychische Symptome erkennen. Bei klinischem Verdacht wird ein formelles Screening mit validierten Instrumenten empfohlen.
4. Psycho-Kardio-Teams sind erforderlich, um strukturierte Abläufe für folgende Bereiche zu gewährleisten:
 - Screening
 - Überweisung
 - Behandlung von Menschen mit CVD und vermuteten oder nachgewiesenen psychischen Belastungen.
5. Fachärztlich psychosomatische oder psychiatrische Interventionen, können für Menschen mit CVD erforderlich sein, bei denen psychische Belastungen diagnostiziert wurden, insbesondere bei schweren Symptomen von Depressionen, Angstzuständen oder PTBS.
6. Bei manchen Menschen mit CVD kann eine Kombinationstherapie aus psychotherapeutischen Interventionen und medikamentöser Therapie sinnvoll sein.

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Nach einer neuen Diagnose oder einem kardiovaskulären Ereignis wird eine Untersuchung der psychischen Gesundheit mit validierten Screening-Instrumenten empfohlen, mindestens einmal während der Nachsorge und jederzeit nach klinischer Beurteilung der Notwendigkeit.
2. Ein erstes einfaches Screening mit einem Zwei-Punkte-Fragebogen (z. B. Whooley-Fragen, PHQ-2, GAD-2) kann in die Routineversorgung integriert werden.
3. Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Belastungen bei Menschen mit CVD und deren Einfluss auf klinische Outcomes wird niedrigschwellig ein Screening der psychischen Gesundheit bei CVD-Betroffenen empfohlen.
4. Nach einem auffälligen Ergebnis im initialen Screening sollte ein längeres, validiertes Screening-Instrument verwendet werden, um die Schwere der Erkrankung als niedrig, mittel oder hoch einzustufen.
5. Psycho-Kardio-Teams müssen festlegen, wer für die Beurteilung der psychischen Belastungen verantwortlich ist, wie und wann diese erfolgt und dies an den jeweiligen Kontext sowie die verfügbaren Ressourcen anpassen.
6. Jedes Psycho-Kardio-Team kann nach sorgfältiger Prüfung der Validität, Reliabilität und Anwendbarkeit auf die eigene Patientengruppe ein bestimmtes Screening-Instrument auswählen. Standardisierte Screening-Tools werden jedoch für die Beurteilung psychischer Erkrankungen bevorzugt.
7. Personen mit hohen Scores in einem Screening-Fragebogen müssen zur diagnostischen Beurteilung und angemessenen Behandlung an einen Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie und/oder Psychologischen Psychotherapeuten überwiesen werden.
8. Zur Behandlung psychischer Belastungen oder Störungen bei Menschen mit CVD ist ein abgestufter Ansatz unter Berücksichtigung von Präferenzen, Symptomschwere, Erkrankungsstadium und verfügbaren Ressourcen sinnvoll.
9. Die Entwicklung und Evaluation maßgeschneiderter Interventionsprogramme zur Linderung der Belastung von Patienten mit CVD und ihren Pflegepersonen kann sinnvoll sein.
10. Lebensstilmaßnahmen und Psychoedukation sind für alle Menschen mit CVD sinnvoll, während Psychotherapie besonders bei Depressionen und/oder Angstzuständen hilfreich sein kann.

©ESC

GAD-2 = Modul des PHQ zur generalisierten Angststörung; PHQ-2 = Modul des PHQ zur Major Depression; PHQ = Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten).

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT (Fortsetzung)

11. Die kardiologische Rehabilitation bietet die Möglichkeit, Menschen auf Depressionen und Angstzustände zu untersuchen, die psychische Gesundheit nach CV-Ereignissen zu verbessern oder kann eine Gelegenheit sein, psychische Belastungen zu erkennen und zu behandeln.

12. Benzodiazepine sollten als Erstlinientherapie bei der Behandlung von Angstzuständen und Depressionen vermieden werden.

13. Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika werden in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei älteren Menschen und Menschen mit psychischen Belastungen, übermäßig eingesetzt und verschrieben; daher ist eine sorgfältige Auswahl der Indikationen ratsam.

14. Bei Patienten mit mittelschweren bis schweren Angststörungen und Depressionen wird die Einnahme von Antidepressiva unter Anleitung von Fachärzten für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie empfohlen.

15. Die Anwendung von Antidepressiva bei Herzinsuffizienz ist nur bei schweren Depressionssymptomen ratsam, wenn das Risiko einer unbehandelten Depression das Risiko der Einnahme von Antidepressiva überwiegt.

16. Bei Patienten mit ventrikulären Arrhythmien sollte von Antidepressiva, die das QTc-Intervall verlängern können (z. B. trizyklische Antidepressiva und möglicherweise Citalopram/Escitalopram in Dosierungen > 20 mg), auf neuere Antidepressiva mit besserem Sicherheitsprofil umgestellt werden.

17. Angesichts der häufigen Interaktionen zwischen Antidepressiva und Herz-Kreislauf-Medikamenten, die deren Wirksamkeit und Sicherheit beeinträchtigen, wird ein therapeutisches Arzneimittelmonitoring empfohlen, um die Pharmakotherapie zu optimieren und mögliche Nebenwirkungen und klinisch relevante Arzneimittelinteraktionen zu minimieren.

©ESC

5. Schwere psychische Störungen und CVD

Schwere psychische Störungen sind durch eine erheblich beeinträchtigte psychosoziale Funktionsfähigkeit gekennzeichnet und umfassen in der Regel Störungen wie Schizophrenie, bipolare Störungen und schwere rezidivierende Major Depression (siehe **Abbildung 11**). CVD spielen eine wichtige Rolle bei der ursachenspezifischen Mortalität von Personen mit schweren psychischen Störungen, während schwere psychische Störungen die Inzidenz und Prävalenz von CVD erhöhen.

Abbildung 11: Schwere psychische Störungen

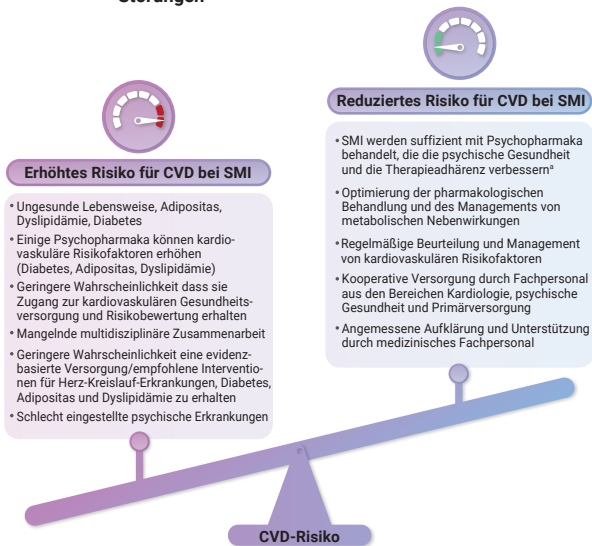


©ESCC

5.1 Erhöhtes Risiko für CVD bei Menschen mit schweren psychischen Störungen

Die Ätiologie von CVD bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ist multifaktoriell und umfasst genetische/biologische, krankheits- und behandlungsspezifische Auswirkungen sowie Lebensstilfaktoren und Behandlungsunterschiede, die miteinander verflochten sind. Eine Zusammenfassung dieser Faktoren ist in **Abbildung 12** dargestellt.

Abbildung 12: Multifaktorielle Ätiologie des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Menschen mit schweren psychischen Störungen



CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; SMI = schwere psychische Störung.

^a Wahl von Psychopharmaka, die weniger wahrscheinlich zu Adipositas und metabolischen Nebenwirkungen führen.

©ESC

Zu den krankheitsspezifischen und medikamenteninduzierten Faktoren zählen Nebenwirkungen von Medikamenten, Adipositas, Diabetes, Hypertriglyceridämie und Hypercholesterinämie. Es bleibt unklar, inwieweit metabolisch bedingte Nebenwirkungen nach Einnahme von Psychopharmaka unabhängige Prädiktoren für CVD bei Menschen mit SMI sind.

Antipsychotika unterscheiden sich in ihrer Neigung, modifizierbare CVD-Risikofaktoren zu induzieren. Eine Zusammenfassung der Auswirkungen von Antipsychotika auf modifizierbare CVD-Risikofaktoren ist in **Tablelle 6** dargestellt.

Tabelle 6: Zusammenfassung der negativen Auswirkungen verschiedener Antipsychotika auf kardiovaskuläre Risikofaktoren

Medikament	Gewichtszunahme	Hyperglykämien	LDL-Cholesterin	HDL-Cholesterin	Gesamtcholesterin	Triglyceride
Haloperidol	0	++	ND	ND	++	++
Ziprasidon	0	+	0	0	+	+
Aripiprazol	+	++	+	+	++	+
Lurasidon	+	0	+	+	+	+
Cariprazin	+	++	0	+	0	+
Fluphenazin	+	ND	ND	ND	ND	ND
Amisulprid	+	0	ND	+++	++	++
Brexpiprazol	+	+	++	0	++	0
Flupentixol	+	ND	ND	ND	ND	ND
Asenapin	++	0	ND	ND	ND	ND
Risperidon	++	+	++	++	++	+
Paliperidon	++	+	++	++	++	+
Quetiapin	++	+	+++	++	+++	++
Iloperidon*	++	++	ND	ND	+	++
Sertindol	+++	+	ND	ND	++	+
Zotepin	+++	+++	ND	ND	ND	+++
Clozapin	+++	+++	ND	ND	+++	+++
Olanzapin	+++	++	+++	+++	+++	+++

HDL = High-Density-Lipoprotein; LDL = Low-Density-Lipoprotein; + = Wirkungsstärke; ND = keine Daten.

* in Deutschland nicht zugelassen.

5.2 Behandlung von CVD bei Menschen mit schweren psychischen Störungen

Die Behandlung von CVD bei Menschen mit SMI erfordert eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen für Psychiatrie und Kardiologie. Potenzieller Stigmatisierung sollte Rechnung getragen werden, um Versorgungsunterschiede zu minimieren und die Autonomie der Betroffenen zu respektieren und zu fördern. Es ist wichtig, auf modifizierbare Risikofaktoren sowie sachgerechte Anpassung der Pharmakotherapie (Wechselwirkungen und Therapieadhärenz) zu achten. Die Behandlung und Sekundärprävention bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in **Abbildung 13** zusammengefasst.

Legende zu Abbildung 13

CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; EKG = Elektrokardiogramm; GLP-1 RA = GLP-1-Rezeptoragonisten; SGLT-2i = Natrium-Glukose-Cotransporter-2-Hemmer; SMI = schwere psychische Störung.

^aVareniclin oder Bupropion können zur Unterstützung von Verhaltensinterventionen zur Raucherentwöhnung eingesetzt werden. ^bWenn möglich Monotherapie bei SMI; Antipsychotika mit geringerer Neigung zur Verschlechterung des CVD-Risikos (Empfehlung durch Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie) -> Auswahl basierend auf Schweregrad der Symptome, Rückfallrisiko, Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, Komorbiditäten und personenzentrierten/gemeinsamen Entscheidungspräferenzen. ^cGLP-1 RA und SGLT-2i bei Diabetes; Metformin als Erstlinientherapie bei antipsychotikaassoziiierter Gewichtszunahme.

Abbildung 13: Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und schweren psychischen Störungen

Individuelle Beurteilung der psychischen Gesundheit und des kardiovaskulären Risikos

SMI in Remission oder mit leichten Symptomen

Neue oder nicht remittierte SMI (mittelschwer/schwer)

Besteht Therapieadhärenz der psychiatrischen und kardiovaskulären Behandlung?

Psychiatrische Beratung und Einleitung oder Umstellung der Psychopharmakotherapie

N

J

- Behandlung beurteilen
- Förderung der Therapieadhärenz durch Verhaltensinterventionen^a
- Anwendung langwirksamer, injizierbarer Präparate erwägen

- Bewertung der kardiovaskulären Nebenwirkungen von Psychopharmaka
- Im Fall von kardiovaskulären Auswirkungen, Änderung der Medikation erwägen
- Arzneimittelinteraktionen überprüfen
- therapeutisches Arzneimittelmonitoring einleiten, wenn erforderlich

- Nach Möglichkeit Medikamente mit geringerer Neigung zur Auslösung eines metabolischen Syndroms auswählen
- Monotherapie, wenn möglich^b
- Langwirksame, injizierbare Präparate können die Therapieadhärenz verbessern

Verwendung eines personenzentrierten multidisziplinären Ansatzes mit gemeinsamer Entscheidungsfindung und Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des Psycho-Kardio-Teams

- EKG-Kontrolle nach Beginn der Einnahme neuer Antipsychotika in Woche 1 und 6.
- Bewertung der Risikofaktoren, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten in Woche 6 und 12, danach jährlich.
- Überwachung der Einhaltung der CVD- und Antipsychotika-Therapie.
- Psychoedukation und Verhaltensberatung zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Einhaltung der Therapie
- CVD-Medikamente gemäß Indikation; bei kardiovaskulären Nebenwirkungen sollte ein Wechsel der Medikation in Betracht gezogen werden^c

Menschen mit SMI haben ein erhöhtes Risiko, supraventrikuläre und ventrikuläre Arrhythmien zu entwickeln, die letztendlich zu einem plötzlichen Herztod führen können. Dieses erhöhte Arrhythmierisiko ist multifaktoriell bedingt und umfasst Belastungen infolge der SMI selbst, die hohe Prävalenz von Risikofaktoren, ungesunde Lebensgewohnheiten, häufig bei SMI auftretende kardiovaskuläre Komorbiditäten sowie Nebenwirkungen der eingenommenen Psychopharmaka. Darüber hinaus sind autonome Dysfunktionen, chronische Entzündungen und oxidativer Stress bei Betroffenen mit SMI häufig und werden mit einem erhöhten Arrhythmierisiko in Verbindung gebracht.

Bei Menschen mit SMI und Arrhythmien sollte ein Zusammenhang zwischen den Arrhythmien und der Einnahme von Antipsychotika überprüft werden. Besteht ein klinischer Verdacht auf einen solchen Zusammenhang, kann ein Wechsel zu Präparaten mit geringerer Neigung zu Herzrhythmusveränderungen in Erwägung gezogen werden. Dieser Schritt muss jedoch gegen das Risiko eines Rückfalls der SMI abgewogen werden. Clozapin ist das einzige Medikament, das bei Menschen mit behandlungsresistenter Schizophrenie indiziert ist, und aufgrund des hohen Rückfallrisikos oft schwer zu ersetzen. Ein Entscheidungsalgorithmus ist in **Abbildung 14** dargestellt, zusätzliche Informationen finden sich in **Tabelle 7**.

Legende zu Abbildung 14

AVNRT = AV-Knoten-Reentrytachykardie (atrioventricular nodal re-entrant tachycardia); AVRT = atrioventrikuläre Reentrytachykardie über eine akzessorische Leitungsbahn; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; EKG = Elektrokardiogramm; ESC = Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology); PSVT = paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie; SMI = schwere psychische Störung; VES = ventrikuläre Extrasystole; VT = ventrikuläre Tachykardie.

^a Anamnese, Symptome, klinischer Status, 12-Kanal-EKG, Langzeit-EKG und/oder Ereignisrekorder, Echokardiographie, Blutbild und gegebenenfalls weitere Untersuchungen.

^b Siehe **Abbildung 13**.

^c Wie Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, ischämische Herzerkrankung, Elektrolytstörungen, Arrhythmie oder Synkope in der Anamnese, plötzlicher Herztod in der Familienanamnese.

^d Besondere Vorsicht bei Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Iloperidon, Amisulprid, Sertindol.

^e Siehe **Tabelle 7**.

^f Wie Anämie, Hyperthyreose, Infektion/Sepsis, Schmerzen.

^g Besondere Vorsicht bei Clozapin, Chlorpromazin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon.

^h Siehe Abschnitt 7.6.1 in der Langfassung des ESC-Clinical Consensus Statements.

Abbildung 14: Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen und Herzrhythmusstörungen

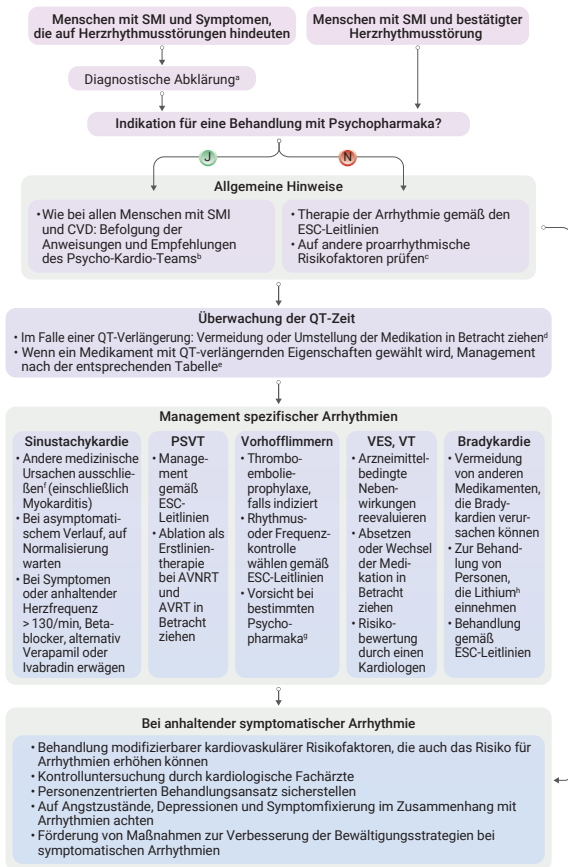


Tabelle 7: Management von Psychopharmaka mit QT-Zeit-verlängernden Eigenschaften

Maßnahme	Zusätzliche Informationen
Symptome beurteilen	In der Regel asymptomatisch Bei Torsade-de-Pointes-Tachykardie: Herzklopfen, Schwindel, Ohnmacht, Herzstillstand
Diagnostische Abklärung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 12-Kanal-EKG zur Ermittlung des QTc-Intervalls zu Therapiebeginn und 1, 6 und 12 Wochen nach Beginn der medikamentösen Therapie ➤ Bei QT-Verlängerung häufigere EKG-Kontrollen ➤ Verwendung der Fridericia-Formel zur Herzfrequenzkorrektur bei Tachykardien ➤ Elektrolyte kontrollieren: Kalium, Calcium, Magnesium ➤ Ambulante EKG-Überwachung bei Personen mit Symptomen ➤ Hereditäres Long-QT-Syndrom ausschließen
Management	<p>Besondere Vorsicht bei: Sertindol, Amisulprid, Ziprasidon, Iloperidon, Risperidon, Olanzapin und Quetiapin</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Immer die niedrigste wirksame Dosis anstreben ➤ Auf andere QT-verlängernde Medikamente prüfen ➤ Auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten prüfen ➤ Besondere Vorsicht bei Beginn einer neuen Medikation ➤ Spezifische Information zu den Auswirkungen von QT-verlängernden Medikamenten ist zu finden unter https://www.crediblemeds.org/ ➤ Korrektur von Elektrolytstörungen ➤ Behandlung von reversiblen Faktoren, die zu einer QT-Verlängerung führen können (z. B. Bradykardie, Hypothyreose, Hunger/Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Myokardischämie). <p>Beachtung irreversibler QT-verlängernder Faktoren z. B.: Herzinsuffizienz, ventrikuläre Hypertrophie, kürzlich Konversion von Vorhofflimmern in Sinusrhythmus, eingeschränkte Leber-/Nierenfunktion, weibliches Geschlecht, Alter über 65 Jahre. Wenn das QTc-Intervall zu Beginn der Behandlung verlängert ist (> 470 ms), wird die Einleitung einer Behandlung im Allgemeinen nicht empfohlen und sollte auf der Grundlage einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung sorgfältig abgewogen werden (Psycho-Kardio-Team).^a</p>

Tabelle 7: Management von Psychopharmaka mit QT-Zeit-verlängernden Eigenschaften (Fortsetzung)

Maßnahme	Zusätzliche Informationen
Besondere Vorsichtsmaßnahmen	Die Behandlung mit Antipsychotika (und anderen potenziell QT-verlängernden Medikamenten) ist abzubrechen, wenn: <ul style="list-style-type: none"> ➤ QTc > 500 ms^b ➤ Anstieg des QTc-Wertes um > 60–70 ms gegenüber dem Ausgangswert^c.

©ESG

EKG = Elektrokardiogramm; QTc = frequenzkorrigiertes QT-Intervall.

^a Eine QTc-Verlängerung (> 470 ms) während der Behandlung erfordert eine wiederholte EKG-Dokumentation und eine gründliche Bewertung der Symptome und zusätzlicher Risikofaktoren für eine QT-Verlängerung. In ausgewählten Fällen kann nach einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung eine Dosisreduktion oder ein Wechsel zu einem anderen Antipsychotikum in Betracht gezogen werden (Psycho-Kardio-Team). ^b Dringende Konsultation des Psycho-Kardio-Teams/Kardiologen anfordern.

^c Dringende Konsultation des Psycho-Kardio-Teams/Kardiologen anfordern, EKG wiederholen.

5.3 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Das Vorliegen einer SMI erhöht das kardiovaskuläre Risiko, insbesondere bei jüngeren Menschen.
2. Eine regelmäßige CV-Risikobewertung ist bei Menschen mit SMI unabhängig vom Alter unerlässlich, um die Entwicklung oder das Fortschreiten von CVD zu verhindern. Idealerweise beginnt diese vor der Verschreibung von Psychopharmaka und erfolgt dann in regelmäßigen Intervallen in allen Stadien der Erkrankung.
3. Die Behandlung von CVD bei Menschen mit SMI zielt darauf ab, veränderbare CV-Risikofaktoren zu reduzieren, darunter Gewichtszunahme, Diabetes, Bluthochdruck, Dyslipidämie, Rauchen, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel.
4. Die Behandlung von CVD bei Menschen mit SMI profitiert von einer Optimierung der medikamentösen SMI-Therapie:
 - (i) Bevorzugung einer Monotherapie, (ii) Verwendung von Medikamenten, die weniger wahrscheinlich zu Gewichtszunahme oder anderen kardiovaskulären Risiken führen, (iii) Überwachung auf mögliche Interaktionen und Nebenwirkungen von Medikamenten und (iv) Sicherstellung der Einhaltung der Medikamenteneinnahme.
5. Bei Menschen mit SMI sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Auswirkung psychosozialer und stressbedingter Faktoren zu mildern.

©ESG

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Alle Angehörigen der Gesundheitsberufe tragen Verantwortung für den Abbau von Stigmatisierung und das leitlinienkonforme Management von CVD bei Menschen mit SMI.

2. Die kardiovaskuläre Versorgung von Menschen mit SMI kann durch einen ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz verbessert werden, der eine enge Zusammenarbeit des Psycho-Kardio-Teams mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie, Allgemeinmedizinern und weiteren Fachdisziplinen vorsieht, um die Teilnahme von Menschen mit SMI an solchen interdisziplinär betreuten Programmen proaktiv zu fördern.

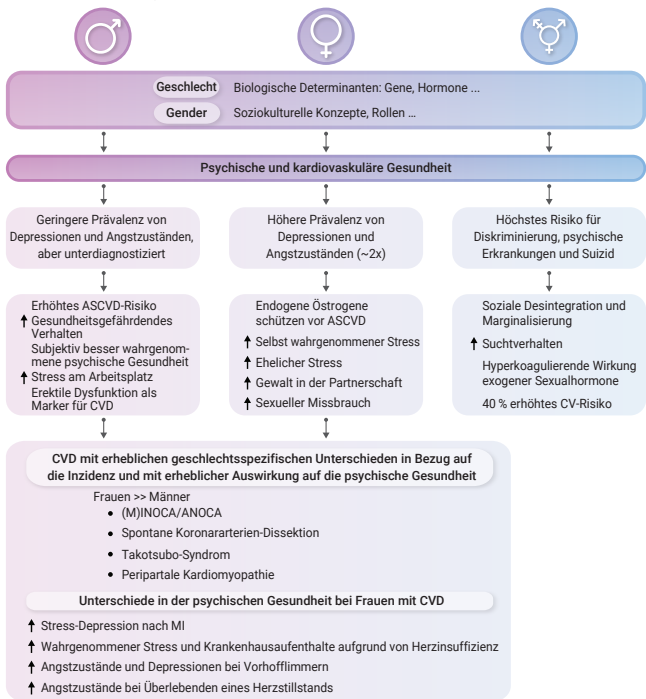
eESC

6. Psychische Gesundheit in bestimmten Bevölkerungsgruppen und spezifischen Situationen

6.1 Geschlechts- und genderspezifische Unterschiede bezogen auf psychische Gesundheit und CVD

Biologische („Geschlecht“) und soziokulturelle („Gender“) Aspekte können Unterschiede oder Disparitäten zwischen Frauen und Männern hinsichtlich Inzidenz, Prävalenz, Symptomatik, Diagnose, Behandlung und Ansprechen auf die Behandlung von CVD und psychischen Belastungen erklären (**Abbildung 15**). Das soziale Geschlecht interagiert mit dem biologischen Geschlecht und beeinflusst Merkmale, die Frauen, Männer und intersexuelle Personen auszeichnen. Schwangerschaft und Menopause sind eindeutige Beispiele für den unterschiedlichen Einfluss von biologischem Geschlecht und sozialkulturellem Geschlecht auf das kardiovaskuläre und psychische Wohlbefinden. Weitere Beispiele sind die stärkere inflammatorische Stressreaktion bei Frauen im Vergleich zu Männern, die mit ungünstigeren kardiovaskulären Outcomes assoziiert ist, sowie die erektile Dysfunktion als Risikomarker für zukünftige CVD bei Männern. Transgender-Personen weisen im Vergleich zu Nicht-Transgender-Personen ein deutlich höheres Risiko für psychische Belastungen auf, darunter Suizidalität, soziale Desintegration und Marginalisierung.

Abbildung 15: Geschlechts- und Genderunterschiede in der psycho-kardialen Interaktion

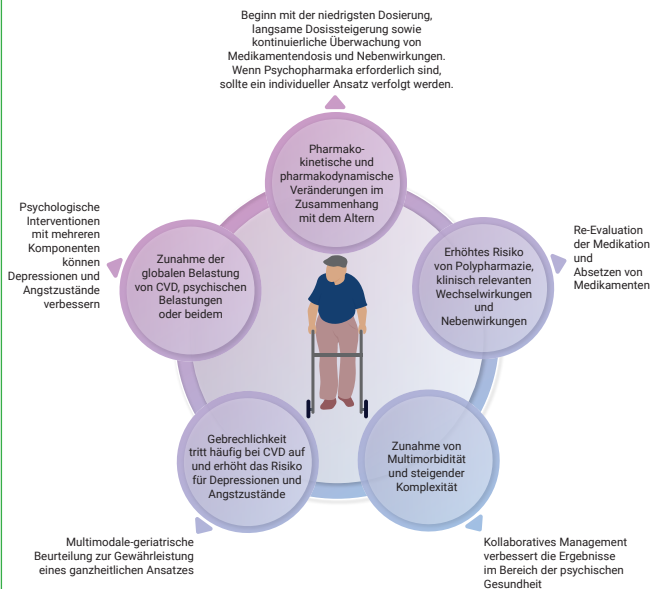


ANOCA = Angina pectoris mit nicht-obstruktiven Koronararterien (Angina pectoris with non-obstructive coronary arteries); ASCVD = atherosklerotische Herz-Kreislaufkrankung (atherosclerotic cardiovascular disease); CV = kardiovaskulär; CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; MI = Myokardinfarkt; (M)INOCA = (Myokardinfarkt) ohne obstruktive Koronararterienkrankung (Myocardial Infarction) with Non-Obstructive Coronary Arteries.

6.2 Psychische Gesundheit und CVD bei Menschen mit Gebrechlichkeit und Multimorbidität

Ältere Erwachsene haben ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen wie CVD, psychische Belastungen, Multimorbidität und Gebrechlichkeit. Diese Erkrankungen erhöhen, zusammen mit der Polypharmazie, die Komplexität der Behandlung und erfordern das Fachwissen des Psycho-Kardio-Teams. Eine Zusammenfassung der Kernpunkte bei der Behandlung älterer Erwachsener mit CVD, Multimorbidität und Polypharmazie ist in **Abbildung 16** dargestellt.

Abbildung 16: Altern, psychische Belastungen und CVD



CVD = kardiovaskuläre Erkrankung.

6.3 Psychische Gesundheit und CVD bei sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Psychische Belastungen nach CVD treten häufiger bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status auf. Die Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsdienste nach einem Myokardinfarkt ist bei Männern und Frauen, die in Gebieten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Menschen derselben ethnischen Minderheit und materieller Benachteiligung leben, häufiger. Es wurden mehrere Faktoren als mögliche Mechanismen postuliert, die einen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und einem höheren Risiko für psychische Belastungen und CVD herstellen (Abbildung 17).

Abbildung 17: Mechanismen, durch die sozioökonomische Benachteiligung zum kardiovaskulären Risiko beiträgt



Migranten und Geflüchtete sind als gefährdete Gruppen einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen und Störungen ausgesetzt, oft mit einer höheren Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren und sozioökonomischer Benachteiligung. Insbesondere Migranten weisen höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufgrund von CVD auf als die Bevölkerung des Aufnahmelandes. Die psychischen Herausforderungen in Migrantenpopulationen sind in **Abbildung 18** dargestellt.

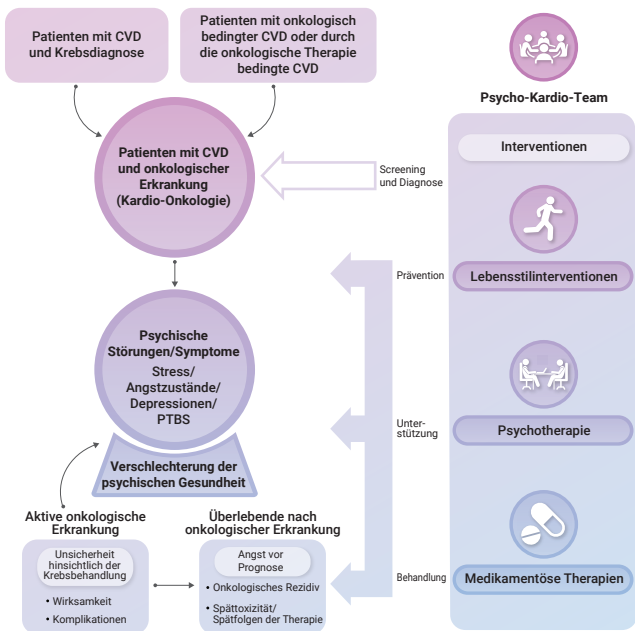
Abbildung 18: Psychische Gesundheitsprobleme in Migrantenpopulationen



6.4 Psychische Gesundheit und CVD bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen (Kardio-Onkologie)

Die Diagnose einer malignen Erkrankung und der Beginn der Behandlung können psychische Belastungen verursachen oder verstärken, was zu einem erhöhten Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse (Herzinsuffizienz, ischämischer Schlaganfall, akutes Koronarsyndrom, Vorhofflimmern) führt, wobei die höchste Inzidenz 6 bis 12 Monate nach der Krebsdiagnose auftritt. In der Kardio-Onkologie ist ein umfassender Ansatz erforderlich, da sowohl die kardiovaskuläre Gesundheit als auch die psychische Gesundheit während und nach der onkologischen Therapie überwacht werden sollten. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Schritte zur Behandlung der psychischen Gesundheit in der Kardio-Onkologie und der wichtigsten Behandlungsansätze ist in **Abbildung 19** dargestellt.

Abbildung 19: Behandlung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischen Erkrankungen



CVD = kardiovaskuläre Erkrankung; PTBS = posttraumatische Belastungsstörung.

Aus Gründen der Lesbarkeit beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen in der Abbildung auf alle Geschlechter.

6.5 Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Konsensus-Statements zum Management

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE

1. Depressionen, Angstzustände und chronischer Stress treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern und sind mit einem erhöhten Risiko für CVD verbunden.
2. Frauen mit CVD weisen eine höhere Rate an psychischen Belastungen auf, die mit schlechteren Outcomes verbunden sind, insbesondere Depressionen.
3. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der multidirektionalen Beziehung zwischen kardiovaskulärer Gesundheit und psychischer Gesundheit deuten auf eine Rolle biologischer und soziokultureller Komponenten (Gender) hin.
4. Die Bewertung der psychischen Gesundheit und Gebrechlichkeit älterer Menschen mit CVD ist von großer Bedeutung.
5. Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen höhere Raten an CVD und psychischen Störungen auf und erfordern besondere Aufmerksamkeit.
6. Onkologische Erkrankungen, CVD und psychische Störungen weisen signifikante Interaktionen mit gemeinsamen Risikofaktoren auf.

©ESC

KONSENSUS-STATEMENTS ZUM MANAGEMENT

1. Psycho-Kardio-Teams müssen ihre Interventionen möglicherweise an die Besonderheiten der Zielgruppe anpassen, wobei Geschlechtsunterschiede, Alter, Gebrechlichkeit und sozioökonomischer Status besonders zu berücksichtigen sind.
2. Die Eignung von Antidepressiva, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Nebenwirkungen bei multimorbiden, älteren und gebrechlichen Menschen muss von einem multidisziplinären Team sorgfältig geprüft werden.
3. Migranten und Geflüchtete können aufgrund ihrer hohen Prävalenz von Erkrankungen und ihrer potenziellen Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem von gezielten proaktiven Programmen zur Beurteilung ihrer kardiovaskulären und psychischen Gesundheit profitieren.

©ESC

7. Kernaussagen

1. Das Zusammenspiel zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit sollte bekannt sein und anerkannt werden, um eine ganzheitliche und integrierte Versorgung zu gewährleisten.
2. Medizinisches Fachpersonal sollte bestrebt sein, einen integrierten psycho-kardiologischen Teamansatz zu implementieren, der den lokalen Gegebenheiten angepasst ist.
3. Die ACTIVE-Prinzipien (Acknowledge, Check, Tools, Implement, Venture, Evaluate) können als praktischer Ansatz zur Umsetzung einer integrierten psychischen Gesundheitsversorgung in der kardiologischen Praxis verwendet werden.
4. Das Screening auf psychische Belastungen (hauptsächlich Angstzustände, Depressionen und PTBS) und psychosoziale Risikofaktoren könnte dazu beitragen, die kardiovaskuläre Risikobewertung bei gesunden Personen zu verbessern.
5. Das Screening auf psychische Belastungen bei Menschen mit CVD ist wichtig, da diese sehr häufig vorkommen und mit schlechteren Outcomes assoziiert sind.
6. Das erste Screening kann mit einem Zwei-Punkte-Fragebogen durchgeführt werden, gefolgt von längeren validierten Instrumenten, wenn Bedenken hinsichtlich der psychischen Gesundheit bestehen.
7. Ein abgestufter Behandlungsansatz für die psychische Gesundheit bei CVD ist ratsam: Die Intensität der psychischen Gesundheitsversorgung sollte auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein.
8. Es gibt Evidenz mit geringer bis mittlerer Sicherheit dafür, dass Psychotherapie Depressionen, Angstzustände und die Lebensqualität bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen positiv beeinflussen kann. Die Evidenz für eine Reduktion schwerwiegender kardiovaskulärer Ereignisse (MACE) und der Mortalität ist schwächer oder nicht vorhanden.
9. Die pharmakologische Behandlung mit Anxiolytika oder Antidepressiva bei Menschen mit CVD und psychischen Belastungen sollte unter Berücksichtigung von Arzneimittel-Interaktionen und -Nebenwirkungen gegen die Risiken abgewogen werden.

10. Pflegende Angehörige von Menschen mit CVD, die eine wichtige Rolle für deren Wohlbefinden und Therapieadhärenz spielen, sind oft selbst mit psychischen Herausforderungen konfrontiert, was die Notwendigkeit von Strategien zur Beurteilung und Unterstützung ihrer psychischen Gesundheit unterstreicht.
11. Menschen mit schweren psychischen Störungen haben schlechtere CV-Outcomes. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, um Stigmatisierung zu reduzieren und eine optimale, leitliniengerechte kardiovaskuläre Versorgung zu gewährleisten, wobei besonderes Augenmerk auf die Einhaltung der Therapieadhärenz und die klinisch relevanten Arzneimittel-Interaktionen zu legen ist.
12. Spezifische Merkmale (Geschlecht, Alter, Gebrechlichkeit, sozioökonomischer Status, Komorbiditäten, Begleitmedikation) sollten sorgfältig bewertet werden, da sie die Wechselwirkung zwischen CVD und psychischer Gesundheit beeinflussen und möglicherweise individuelle Ansätze erfordern.



© 2025 **European Society of Cardiology**

European Society of Cardiology
Les Templiers – 2035, Route des Colles
CS 80179 Biot
06903 Sophia Antipolis Cedex – France
Phone: +33 (0)4 92 94 76 00
Email: guidelines@escardio.org
www.escardio.org/guidelines



Download the App

Diese von der ESC adaptierte Pocketversion darf in keiner Form, auch nicht auszugsweise, ohne ausdrückliche Erlaubnis der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. vervielfältigt oder übersetzt werden.

Haftungsausschluss:

Die von der DGK adaptierten ESC-Leitlinien geben die Ansichten der ESC/DGK wieder und wurden unter sorgfältiger Prüfung der wissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse und der zum Zeitpunkt ihrer Datierung verfügbaren Evidenz nach bestem Wissen und Gewissen erstellt.

Die ESC/DGK sind nicht verantwortlich für Widersprüche, Diskrepanzen und/oder Uneindeutigkeiten zwischen den ESC/DGK-Leitlinien und anderen von den zuständigen Gesundheitsinstitutionen veröffentlichten offiziellen Empfehlungen oder Leitlinien, insbesondere in Bezug auf gebotene Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung oder auf Behandlungsstrategien. Die Angehörigen der Heilberufe werden ermutigt, die ESC/DGK-Leitlinien bei der Ausübung ihrer klinischen Diagnosen sowie bei der Festlegung und Umsetzung präventiver, diagnostischer oder therapeutischer medizinischer Strategien umfänglich zu berücksichtigen. Die ESC/DGK-Leitlinien heben jedoch in keiner Weise die individuelle Verantwortung der Angehörigen der Heilberufe auf, angemessene und sachgerechte Entscheidungen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des einzelnen Patienten und gegebenenfalls in Absprache mit diesem und dem Pflegepersonal des Patienten zu treffen. Die ESC/DGK-Leitlinien befreien die Angehörigen der Heilberufe auch nicht davon, die einschlägigen offiziellen aktualisierten Empfehlungen oder Leitlinien der zuständigen Gesundheitsinstitutionen sorgfältig und umfassend zu berücksichtigen, um den Fall jedes einzelnen Patienten im Lichte der wissenschaftlichen Erkenntnisse und gemäß den jeweiligen einschlägigen ethischen und beruflichen Pflichten zu behandeln. Ebenso liegt es in der Verantwortung der Angehörigen der Heilberufe, die zum Zeitpunkt der Verordnung geltenden Regeln und Vorschriften für Arzneimittel und Medizinprodukte zu beachten und sich vor einer klinischen Entscheidung zu vergewissern, ob die Pocket-Leitlinie zwischenzeitlich aktualisiert wurde.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.
German Cardiac Society

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Tel: +49 (0) 211 600 692 - 0

Fax: +49 (0) 211 600 692 - 10

E-Mail: info@dgk.org

Web: dgk.org

Börm Bruckmeier Verlag GmbH

978-3-89862-365-0



9 783898 623650