



Psychische Gesundheit und kardiovaskuläre Erkrankungen – DGK-Kommentar zur Konsensus-Erklärung der ESC (2025)

Aus der Kommission für Klinische Praxis und Leitlinien

Karl-Heinz Ladwig^{1,2} · Hilka Gunold³ · Christoph Herrmann-Lingen^{4,5} · Volker Köllner^{6,7} · Boris Leithäuser⁸ · Julia Lurz^{9,10} · Peter Ong¹¹ · Monika Sadlonova^{4,5,12,13} · Eric Schulze-Bahr¹⁴ · Bernhard Schwaab^{15,16} · Ingrid Kindermann^{17,18}

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitäts-Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland; ² Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), partner site München, München, Deutschland; ³ Klinik für Innere Medizin/Kardiologie, Herzzentrum Leipzig – Universitätsklinik, Leipzig, Deutschland; ⁴ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁵ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), partner site Niedersachsen, Göttingen, Deutschland; ⁶ Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow, Deutschland; ⁷ Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ⁸ Privatpraxis für Ganzheitliche Kardiologie, Prävention und Psychosomatik, Hamburg, Deutschland; ⁹ Zentrum für Kardiologie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹⁰ Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB), Agaplesion Markus-Krankenhaus, Frankfurt am Main, Deutschland; ¹¹ Abteilung für Kardiologie und Angiologie, Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; ¹² Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹³ Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹⁴ Institut für Genetik von Herzerkrankungen, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; ¹⁵ Curschmann Klinik, Timmendorfer Strand, Deutschland; ¹⁶ Medizinische Fakultät, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland; ¹⁷ Innere Medizin III (Kardiologie, Angiologie), Universitätsklinikum des Saarlandes, Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland; ¹⁸ Kommission für Klinische Praxis und Leitlinien, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Düsseldorf, Deutschland



Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Bei der Verwendung des generischen Maskulinums als geschlechtsneutrale Form sind alle Geschlechter impliziert.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Einleitung

Mit dem Konsensus-Statement zur psychischen Gesundheit und kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) [1] unterstreicht die *European Society of Cardiology* (ESC) den Einfluss psychosozialer Risikofaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Prognose von CVD. Gefordert wird ein integrativer Ansatz, bei dem die Herz-Kreislauf-Medizin und psychische Gesundheitsversorgung eng miteinander verknüpft werden, anstatt beide Bereiche getrennt zu betrachten. Das Konsensuspapier richtet sich an verschiedene medizinische Berufsgruppen, die im Rahmen einer interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung im Sinne eines Psycho-Kardio-Teams an der Betreuung der Betroffenen betei-

ligt sein sollten. Das Statement fasst die verfügbare Evidenz zur Wechselwirkung zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit zusammen und schärft das bislang teilweise unzureichende Bewusstsein für die Auswirkungen psychischer Erkrankungen im kardiovaskulären Kontext. Darüber hinaus werden praxisnah umsetzbare Empfehlungen für Screening, Diagnostik, Management sowie organisatorische Innovationen in der Versorgung formuliert.

Psychische Gesundheit wird dabei als ein Kontinuum verstanden, welches von optimalem Wohlbefinden, Resilienz und Lebenszufriedenheit über psychosoziale Belastungen bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen reicht. Von grundlegender Bedeutung für die Herz-

medizin ist die Erkenntnis, dass psychische Gesundheit und CVD in einer engen bidirektionalen Beziehung stehen: Psychische Belastungen und psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für CVD, während kardiovaskuläre Erkrankungen ihrerseits psychische Beschwerden auslösen oder bestehende psychische Erkrankungen verschlechtern können.

Zur Verbesserung der bislang teilweise unzureichenden psychokardiologischen Versorgung kardiovaskulär Erkrankter verfolgt das Konsensus-Statement mehrere übergeordnete Ziele:

- Bewusstsein schaffen für die klinische Bedeutung der Interaktion zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit,
- systematische Erfassung psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen im klinischen Alltag durch strukturierte Screeningverfahren,
- Verbesserung der Versorgung von Patienten mit CVD und psychosozialen Risikofaktoren bzw. psychischen Erkrankungen als auch der betreuenden An- und Zugehörigen durch interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie praxisnahe Handlungsempfehlungen,
- Reduktion der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen im kardiovaskulären Versorgungskontext,
- Förderung und Weiterentwicklung der psychokardiologischen Forschung.

Eine zentrale Vision für die interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung der Zukunft stellt das Psycho-Kardio-Team (**Abb. 1**) dar. Hierfür wird eine enge und strukturell verankerte Zusammenarbeit von Kardiologen, Herzchirurgen, Hausärzten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen als auch aus anderen nichtärztlichen Fachbereichen wie dem Sozialdienst gefordert. Ziel ist eine patientenzentrierte Versorgung, die kardiovaskuläre, psychische und psychosoziale Bedürfnisse von Patienten mit CVD sowie ihrer An- und Zugehörigen gleichermaßen berücksichtigt.

Unter dem Akronym „ACTIVE“ werden zentrale Maßnahmen zur Integration somatischer und psychischer Behandlungs-

ansätze zusammengefasst (**Abb. 2**). Die Bedeutung psychosozialer Faktoren soll anerkannt werden („Acknowledge“). Bei Herzpatienten sollen psychische Belastungen und bei psychisch Erkrankten kardiovaskuläre Risikofaktoren systematisch erfasst werden („Check“), idealerweise mithilfe validierter Instrumente („Tools“). Darüber hinaus werden die Implementierung gestufter, personenzentrierter Versorgungsansätze („Implement“), deren institutionelle Verankerung („Venture“) sowie eine kontinuierliche Evaluation der Versorgung („Evaluate“) empfohlen.

Schlüsselwörter

Mentale Gesundheit · Herzmedizin · Psychokardiologie · Psycho-Kardio-Team · Herz und Hirn

ansätze zusammengefasst (**Abb. 2**). Die Bedeutung psychosozialer Faktoren soll anerkannt werden („Acknowledge“). Bei Herzpatienten sollen psychische Belastungen und bei psychisch Erkrankten kardiovaskuläre Risikofaktoren systematisch erfasst werden („Check“), idealerweise mithilfe validierter Instrumente („Tools“). Darüber hinaus werden die Implementierung gestufter, personenzentrierter Versorgungsansätze („Implement“), deren institutionelle Verankerung („Venture“) sowie eine kontinuierliche Evaluation der Versorgung („Evaluate“) empfohlen.

Kommentar

Die Betonung interdisziplinärer Zusammenarbeit – etwa im Rahmen von Psycho-Kardio-Teams – adressiert eine der zentralen Schwächen der bisherigen Versorgung: die Fragmentierung zwischen somatischer und psychischer Medizin. Zwar wird die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Behandlung von Patienten mit CVD bereits durch neuere fachspezifische Empfehlungen gefordert [1–3], scheitert aber oft an unzureichendem Problembewusstsein und fehlenden kooperativen Versorgungsstrukturen. Dabei sind teambasierte Ansätze in der Herzmedizin, beispielsweise in Form von „Heart Teams“, längst etabliert. Eine Erweiterung um psychosoziale Expertise sowie – angesichts der häufigen Multimorbidität kardiovaskulär Erkrankter – weitere relevante Fachdisziplinen im Sinne eines Psycho-Kar-

dio-Teams erscheint daher naheliegend und grundsätzlich umsetzbar. Hierbei kann auf bestehende Versorgungsmodelle aus dem stationären (psychokardiologische Konsiliar- und Liaisondienste, psychokardiologische Spezialstationen), rehabilitativen (Psychologie in der kardiologischen Rehabilitation, verhaltensmedizinisch orientierte und psychokardiologische Rehabilitationsprogramme) sowie ambulanten Bereich (Praxisnetze, Blended Collaborative Care) zurückgegriffen werden. Eine wesentliche Herausforderung bleibt jedoch die bislang häufig fehlende oder unzureichende Vergütung entsprechender Versorgungsangebote.

Der Einfluss psychosozialer Risikofaktoren auf die Entstehung und Prognose kardiovaskulärer Erkrankungen

Psychosozialer Stress entsteht, wenn soziale oder persönliche Belastungen die individuellen Bewältigungs- und Anpassungsressourcen übersteigen und dadurch die psychophysiologische Homöostase beeinträchtigen [1]. Solche Belastungen können sich beispielsweise als Arbeitsstress, soziale Isolation oder Einsamkeit manifestieren. Weitere bedeutsame psychosoziale Risikofaktoren umfassen einen niedrigen sozioökonomischen Status, belastende Kindheitserfahrungen, Diskriminierung sowie chronische Konflikte in Partnerschaft und Familie [1, 3].

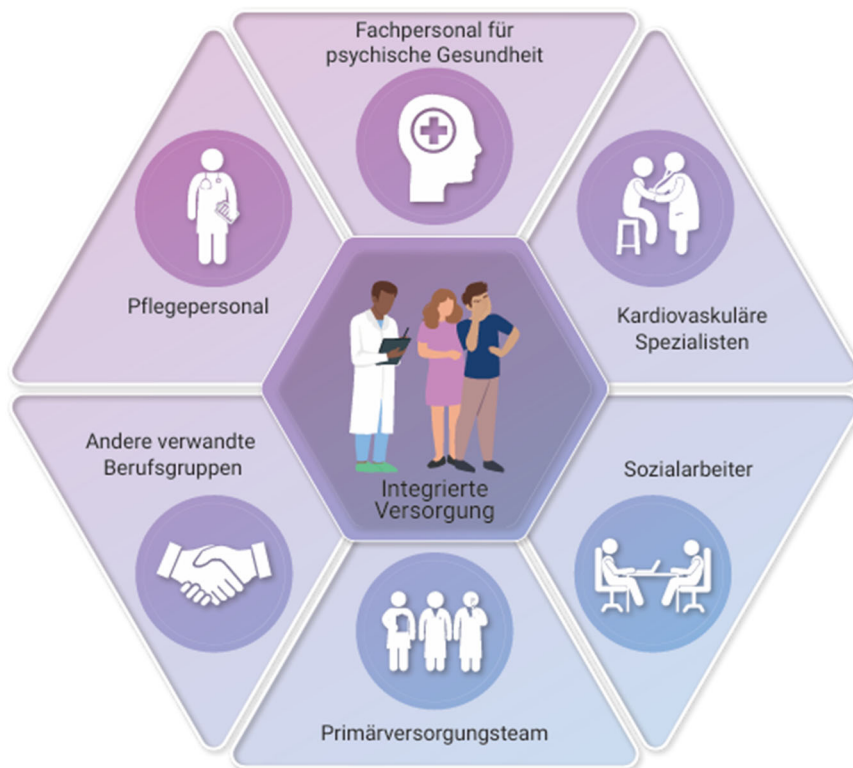


Abb. 1 ▲ Das Psycho-Kardio-Team zur interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung kardiovaskulär Erkrankter mit psychosozialen Risikofaktoren. (Mod. nach [1] mit freundl. Genehmigung von © ESC 2025. All Rights Reserved)

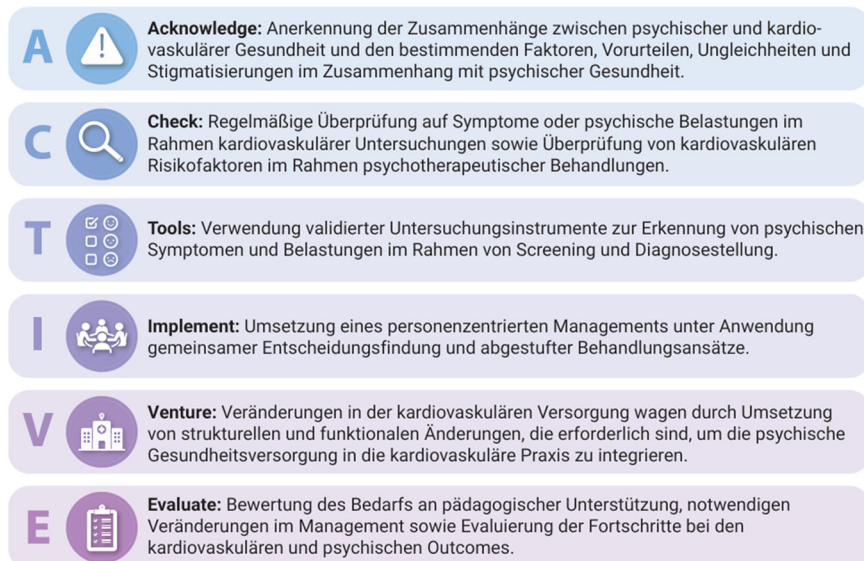


Abb. 2 ▲ Die ACTIVE-Prinzipien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der kardiovaskulären Versorgung. (Mod. nach [1] mit freundl. Genehmigung von © ESC 2025. All Rights Reserved)

Zahlreiche Studien und Metaanalysen belegen, dass psychosoziale Stressfaktoren einen direkten Einfluss auf die Entstehung, den Verlauf und die Prognose kardiovaskulärer Erkrankungen haben. Zu den zugrunde liegenden psychobiologischen Mechanismen zählen eine Dysregulation des autonomen Nervensystems, neuroendokrine Veränderungen, chronische inflammatorische Prozesse sowie oxidativer Stress. Darüber hinaus begünstigt psychosozialer Stress ein ungünstiges Gesundheitsverhalten, beispielsweise durch körperliche Inaktivität, Rauchen, ungesunde Ernährung oder eine verminderte Therapieadhärenz [1, 3].

Zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten bei Menschen mit CVD zählen Angststörungen und Depressionen. Die Depression gilt als unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung [4] und ist mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Auch Angststörungen gehen mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und einer ungünstigeren Prognose einher. Von besonderer Bedeutung ist zudem die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die beispielsweise nach lebensbedrohlichen Ereignissen wie einer Reanimation oder nach Schockabgaben eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators auftreten kann. Umgekehrt sind positive psychologische Faktoren mit einer besseren kardiovaskulären Gesundheit und Prognose verbunden. Hierzu zählen Lebenszufriedenheit, Sinnhaftigkeit, Freude und sexuelle Gesundheit ebenso wie Persönlichkeitsmerkmale und Ressourcen wie Kohärenzgefühl, emotionale Vitalität, positive Energie und Resilienz (■ Abb. 3).

Kommentar

Psychosoziale Stressfaktoren sowie psychische Erkrankungen wie Angststörung, Depression und PTBS beeinflussen die Entstehung, den Verlauf und die Prognose kardiovaskulärer Erkrankungen in klinisch relevantem Ausmaß. Die zugrunde liegenden Mechanismen sind vielschichtig und umfassen biologische, verhaltensbezogene und psychosoziale Prozesse. Daraus leitet sich die klare Empfehlung ab, (a) psychosoziale Risikofaktoren sowie psychische Störungen, insbesondere Angst, Depression und PTBS, systematisch zu screenen und (b) bei auffälligen Befunden ein bedarfsgerechtes Management

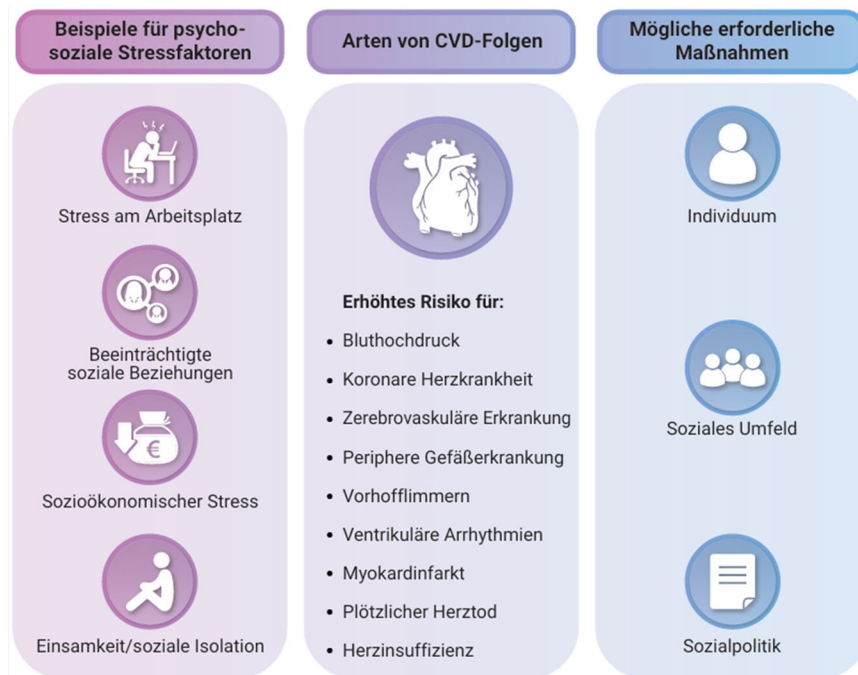


Abb. 3 ▲ Ursachen psychosozialen Stresses als Risikofaktor für CVD sowie verbessernde Maßnahmen. (Mod. nach [1] mit freundl. Genehmigung von © ESC 2025. All Rights Reserved)

psychosozialer Belastungen und psychischer Erkrankungen einzuleiten. Hierzu können neben etablierten psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen auch Ansätze der positiven Psychologie beitragen, die individuelle Ressourcen, Resilienz und psychisches Wohlbefinden gezielt fördern. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie unterstützt die Umsetzung dieser Empfehlungen u. a. durch die psychokardiologische Ausbildung Interessierter sowohl aus den ärztlichen als auch nichtärztlichen interdisziplinären Fachbereichen mit dem DGK-Akademie-Kurs „Psychosomatische Grundversorgung mit kardiologischem Schwerpunkt“ und der Tätigkeit der Arbeitsgruppe 30 „Psychosoziale Kardiologie“.

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Verlauf manifester Herzerkrankungen

Depression stellt mit einer Prävalenz von etwa 18 % die häufigste psychische Komorbidität bei Menschen mit CVD dar [5]. Für Depression ist der negative Einfluss auf die kardiale Prognose sowie auf das Selbstmanagement und die Therapieadhärenz am besten belegt. So ist eine Depression nach akutem Myokardinfarkt mit einer um etwa 22 % erhöhten Mortalität assoziiert [6]. Darüber hinaus zeigen betroffene Patienten eine geringere Adhärenz gegenüber me-

dikamentösen Therapien und Empfehlungen zur Nikotinabstinenz mit bis zu 20 % höheren Non-Adhärenzraten im Langzeitverlauf [7]. Auch Angststörungen und PTBS sind mit einer ungünstigeren Prognose vergesellschaftet, wobei die Evidenz hier weniger konsistent ist und die Effekte stärker vom zeitlichen Abstand zum kardialen Indexereignis abhängen.

Neben den Patienten selbst rücken zunehmend auch An- und Zugehörige in den Fokus der psychokardiologischen Versorgung. Sie übernehmen häufig eine zentrale Rolle in der Unterstützung und Betreuung ihrer erkrankten Familienmitglieder und sind dadurch selbst erheblichen psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, chronische Belastungen, psychische Beschwerden und Unterstützungsbedarf nicht nur bei den Erkrankten, sondern auch bei ihren An- und Zugehörigen regelmäßig zu erfassen. Neben einer gezielten Wissens- und Informationsvermittlung können bei Bedarf psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote sinnvoll sein. Eine stärkere Berücksichtigung der Belastungen betreuender Angehöriger kommt dabei nicht nur diesen selbst zugute, sondern kann auch die

Versorgung und Prognose der Patientinnen positiv beeinflussen.

Kommentar

Das Konsensus-Statement verdeutlicht die erhebliche Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Lebensqualität, Prognose, Therapieadhärenz und das Selbstmanagement von Menschen mit CVD. Besonders hervorzuheben ist die stärkere Berücksichtigung pflegender An- und Zugehöriger, für die konkrete Unterstützungsangebote im psychosozialen und gesundheitlichen Bereich empfohlen werden. Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit werden auf Grundlage der aktuellen Evidenz überzeugend dargestellt und zu einem schlüssigen Gesamtkonzept zusammengeführt.

Screening, Kommunikation, Management

Zur Erfassung psychischer Belastungen bei Patienten mit CVD empfiehlt das ESC-Statement ein strukturiertes, gestuftes Screening (Abb. 4), insbesondere nach akuten kardialen Ereignissen, bei Krankheitsprogression oder Therapieänderungen. Hierfür stehen kurze, validierte Instrumente wie PHQ-2/9, GAD-2/7 sowie der HAF und HADS zur Verfügung. Bei auffälligen Befunden sollte eine weiterführende diagnostische Abklärung erfolgen. Ergänzend wird die routinemäßige Erfassung von Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden empfohlen, beispielsweise mittels krankheitsspezifischer (HeartQoL, KCCQ) oder generischer Instrumente (EQ-5D, SF-12/36).

Niedrigschwellige Maßnahmen wie Psychoedukation, Beratung und unterstützende Gespräche sollen frühzeitig angeboten werden. Bei anhaltender oder stärker ausgeprägter Symptomatik werden psychotherapeutische Verfahren, Stressbewältigungsprogramme und achtsamkeitsbasierte Interventionen empfohlen. Idealerweise erfolgen diese Maßnahmen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle, beispielsweise in Psycho-Kardio-Teams oder Collaborative-Care-Konzepten. Lebensstilinterventionen zu körperlicher Aktivität, Ernährung, Rauchstopp, Schlaf und Stressmanagement stellen dabei eine wichtige Schnittstelle zwi-

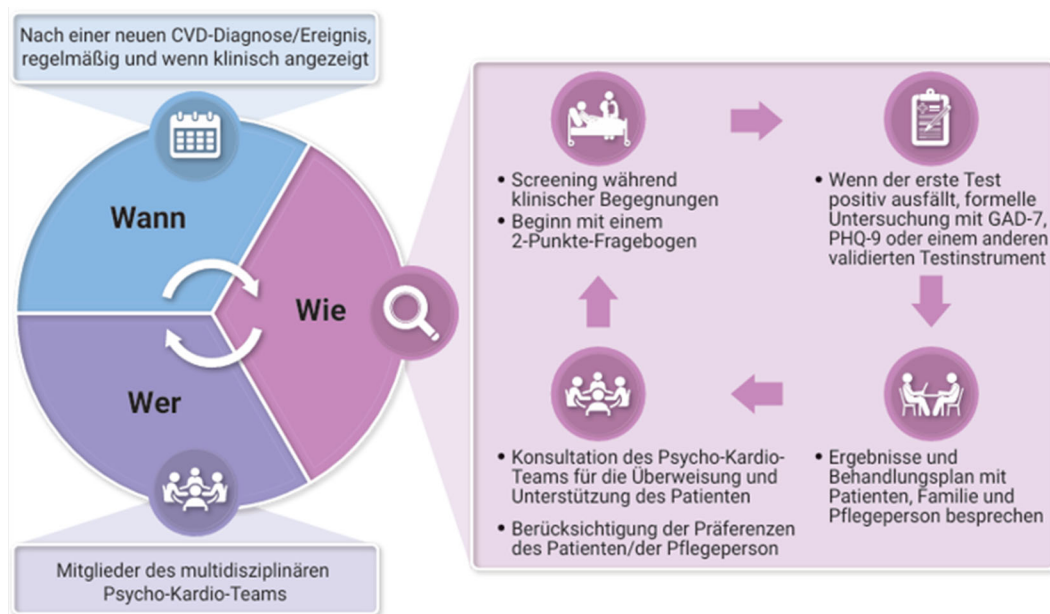


Abb. 4 ◀ Screening auf psychische Belastungen bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen. PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9 (Gesundheitsfragebogen für Patienten), GAD Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (Modul des PHQ zur generalisierten Angststörung). (Mod. nach [1] mit freundl. Genehmigung von © ESC 2025. All Rights Reserved)

schen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit dar.

Bei der pharmakologischen Behandlung psychischer Erkrankungen sind potenzielle kardiovaskuläre Nebenwirkungen sorgfältig zu berücksichtigen. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) gelten aufgrund ihres günstigen kardiovaskulären Sicherheitsprofils als Mittel der ersten Wahl, während trizyklische Antidepressiva und bestimmte Antipsychotika aufgrund proarrhythmischer und metabolischer Risiken nur zurückhaltend eingesetzt werden sollten. Da die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Herzinsuffizienz bislang nicht ausreichend belegt ist, wird ihr Einsatz nur bei schwereren depressiven Erkrankungen empfohlen. Voraussetzung für die Psychopharmakotherapie sind eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung, eine enge interdisziplinäre Abstimmung sowie regelmäßige Verlaufskontrollen.

Kommentar

Die Empfehlungen des ESC-Konsensuspapiers verdeutlichen, dass systematisches Screening, integrierte Versorgung und abgestufte Therapie zentrale Bestandteile einer qualitativ hochwertigen kardiovaskulären Behandlung darstellen. Psychische Gesundheit wird damit von einem bislang häufig als „additiv“ verstandenen Aspekt zu einem integralen Bestandteil der Herzmedizin. Die bidirektionale Beziehung zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit wird

nicht nur theoretisch beschrieben, sondern in konkrete Empfehlungen für Screening, Diagnostik und Behandlung übersetzt. Besonders hervorzuheben sind die konsequente Personenzentrierung sowie die Aufwertung psychischer Gesundheit zu einem eigenständigen Therapieziel. Psychosozialer Distress wird nicht mehr ausschließlich als Risikofaktor betrachtet, sondern als relevanter Endpunkt kardiovaskulärer Versorgung. Dies entspricht modernen Konzepten einer wertebasierten Medizin, in der Lebensqualität und „patient-reported outcomes“ (PROs) eine zentrale Rolle spielen. Innovativ ist zudem der strukturierte Stepped-Care-Ansatz, der eine ressourcenschonende und bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht. Gerade vor dem Hintergrund begrenzter psychotherapeutischer Kapazitäten stellt dieses Modell einen pragmatischen und skalierbaren Ansatz dar. Ebenso klinisch relevant ist die differenzierte Bewertung pharmakologischer Behandlungsoptionen, bei der psychische Symptomkontrolle und kardiovaskuläre Sicherheit gleichermaßen berücksichtigt werden.

Gleichzeitig bleibt die Umsetzung der Empfehlungen eine Herausforderung. Zeitdruck im klinischen Alltag, unzureichende Vergütung psychosozialer Leistungen, fehlende digitale Infrastruktur und begrenzte psychotherapeutische Ressourcen können die Implementierung erschweren. Ohne entsprechende strukturelle Anpassungen besteht die Gefahr, dass Screeningmaßnahmen zwar durchgeführt werden, daraus jedoch keine adäquate Weiterbehandlung resultiert. Insbesondere für wiederholte Screenings bedarf es klarer Verantwortlichkeiten, standardisierter Prozesse und digital unterstützter Dokumentationssysteme. Hier könnten automatisierte und in die Versorgung integrierte „pa-

tient-reported outcome measures“ (PROMs) künftig einen wichtigen Beitrag leisten.

Insgesamt überzeugen die Empfehlungen durch ihre konzeptionelle Klarheit, Praxisnähe und den expliziten Anspruch, psychische Gesundheit als Qualitätsmerkmal kardiovaskulärer Versorgung zu etablieren. Das Konsensuspapier liefert keinen starren Algorithmus, sondern einen flexiblen strukturellen Rahmen. Das bidirektionale Zusammenspiel zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit sowie die Bedeutung integrierter Versorgungsansätze im Sinne eines Psycho-Kardio-Teams unter Berücksichtigung der ACTIVE-Prinzipien werden in **Abb. 5** als zentrales Modell des ESC-Konsensuspapiers zusammengefasst.

Schwerwiegende psychische Erkrankungen und kardiovaskuläre Gesundheit

Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (SPE) wie Schizophrenie oder bipolaren Störungen weisen eine deutlich erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität auf. Ihr Sterberisiko ist etwa 2,5-fach erhöht, und die Lebenserwartung liegt im Durchschnitt um mehr als 10 Jahre unter derjenigen psychisch gesunder Personen [8]. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für supraventrikuläre und ventrikuläre Arrhythmien, was zu einem etwa 11-fach erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztod beiträgt [9]. Auch eine manifeste Herzinsuffizienz tritt bei SPE-Patienten im Mittel rund 7 Jahre früher auf als in der

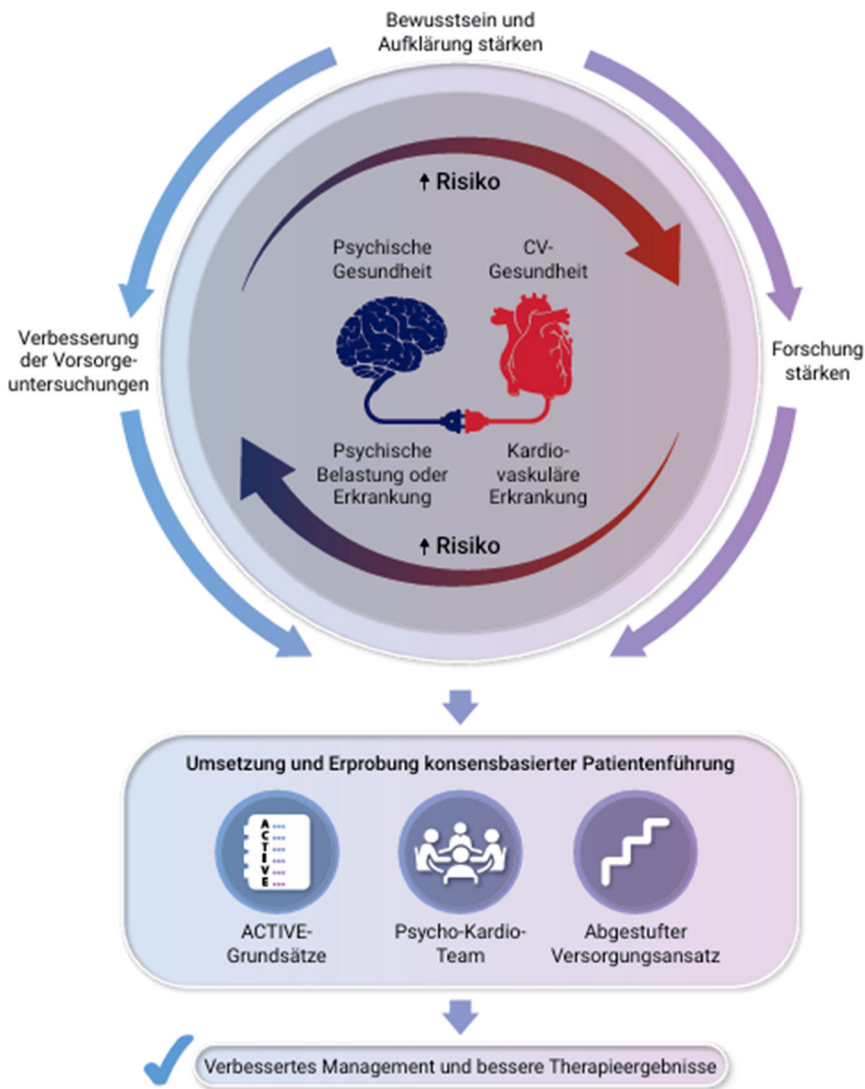


Abb. 5 ▲ Zusammenspiel zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit/Erkrankung sowie innovative Versorgungskonzepte zur Verbesserung des Managements von Patienten mit CVD und psychosozialen Risikofaktoren bzw. psychischen Erkrankungen. (Mod. nach [1] mit freundl. Genehmigung von © ESC 2025. All Rights Reserved)

Allgemeinbevölkerung und ist mit einer deutlich ungünstigeren Prognose assoziiert [10]. Die hohe Evidenzbasis für diese Zusammenhänge wird unter anderem durch eine Mega-Metaanalyse mit mehr als 3,2 Mio. Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und über 113 Mio. Kontrollpersonen gestützt [11].

Die Ursachen dieser erheblichen kardiovaskulären Mehrbelastung sind multifaktoriell. Neben möglichen genetischen Faktoren tragen insbesondere metabolische und verhaltensbezogene Risikofaktoren wesentlich dazu bei. Adipositas, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Nikotinkonsum, körperliche Inaktivität und

Alkoholmissbrauch treten bei SPE-Patienten deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Gleichzeitig können moderne Antipsychotika zwar zur Stabilisierung der psychischen Erkrankung beitragen und dadurch möglicherweise die Gesamtmortalität senken, sind jedoch häufig mit Gewichtszunahme, Dyslipidämien und Hyperglykämien assoziiert, die ihrerseits die Entwicklung und Progression von CVD fördern [1, 12]. Darüber hinaus können einige Antipsychotika zu einer QTc-Verlängerung führen, die das Risiko für das Auftreten von Torsade-de-pointes-Tachykardien erhöht. Daher werden EKG-Kontrollen

vor Therapiebeginn, nach Dosisanpassungen sowie im weiteren Verlauf empfohlen.

Das ESC-Konsensuspapier betont, dass die Prävention und Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Patienten mit SPE häufig unzureichend berücksichtigt werden. Es empfiehlt daher ein konsequentes Screening auf somatische Risikofaktoren in allen Krankheitsstadien und unabhängig vom Lebensalter. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Gewichtszunahme unter antipsychotischer Therapie, für die Metformin als additive Behandlungsoption erwogen werden kann [13]. Ebenso stellen Rauchen und körperliche Inaktivität zentrale modifizierbare Risikofaktoren dar. Eine erfolgreiche Raucherentwöhnung verbessert nicht nur die kardiovaskuläre Prognose, sondern kann auch zu einer Reduktion des Bedarfs an antipsychotischer Medikation beitragen.

Zusätzliche Herausforderungen ergeben sich aus den krankheitsbedingten Einschränkungen vieler Betroffener. Während akuter psychotischer Episoden können Patienten kardiovaskuläre Symptome möglicherweise nicht adäquat wahrnehmen, einordnen oder kommunizieren. Auch die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen kann erschwert sein. In solchen Situationen können die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit sowie gegebenenfalls die Einbindung gesetzlicher Betreuungsstrukturen erforderlich werden.

Kommentar

Das ESC-Konsensuspapier widmet der kardiovaskulären Versorgung von Patienten mit SPE erstmals einen breiten Raum und macht auf relevante Versorgungslücken aufmerksam. Es betont, dass diese Patientengruppe ein besonders hohes kardiovaskuläres Risiko aufweist, Prävention und Behandlung somatischer Risikofaktoren jedoch häufig vernachlässigt werden. Die Einbindung eines psychokardiologischen, interdisziplinären und interprofessionellen Teams erscheint daher insbesondere bei diesen Patienten sinnvoll, um somatische, psychische und soziale Aspekte der Erkrankung ganzheitlich zu berücksichtigen.

Psychische Gesundheit bei kardiovaskulären Erkrankungen in spezifischen Populationen

Depression, Angststörungen und chronischer Stress treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern und sind mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert. Zudem bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Symptomatik, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen [14]. Auch Transgender-Personen weisen ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko auf, das sowohl durch den Einfluss exogener Sexualhormone als auch durch psychosoziale Belastungen wie Diskriminierung, soziale Ausgrenzung und mangelnde soziale Unterstützung mitbedingt ist [15, 16].

Besondere Aufmerksamkeit erfordern ältere und gebrechliche Menschen mit CVD. Psychische Erkrankungen werden in dieser Patientengruppe aufgrund von Symptomüberschneidungen mit Herzinsuffizienz, kognitiven Einschränkungen oder Demenz häufig übersehen, was Diagnostik und Krankheitsmanagement erschwert. Ebenso weisen sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine erhöhte Prävalenz sowohl kardiovaskulärer als auch psychischer Erkrankungen auf und benötigen gezielte Unterstützungsangebote. Auch onkologische Patienten sind durch die Krebsdiagnose selbst sowie durch potenziell kardiotoxische Therapien erheblich belastet. Da die medikamentöse Behandlung mit einem erhöhten Risiko für Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Herzrhythmusstörungen einhergehen kann, empfiehlt das Konsensuspapier eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kardiologie, Psychoonkologie und Psychokardiologie.

Psycho-Kardio-Teams sollten ihre Interventionen an die Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppen anpassen und dabei Geschlecht, Alter, Gebrechlichkeit, Multimorbidität sowie sozioökonomische Faktoren berücksichtigen. Migranten sowie Geflüchtete profitieren aufgrund der hohen Krankheitslast und bestehender Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem von proaktiven Programmen zur Förderung der kardiovaskulären und psychischen Gesundheit.

Kommentar

Das ESC-Konsensuspapier hebt die besonderen Anforderungen der psychokardiologischen Versorgung in vulnerablen Patientengruppen hervor. Die Wechselwirkungen zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit werden wesentlich durch individuelle, soziale und kulturelle Faktoren beeinflusst und erfordern daher differenzierte, patientenzentrierte Versorgungsansätze. Besonders wichtig sind eine konsequent sex- und gendersensible Versorgung sowie die Berücksichtigung von Frailty, Multimorbidität, sozialer Unterstützung und individuellen Therapiezielen.

Fazit für die Praxis

Die wichtigsten Kernaussagen des ESC-Statements lauten:

- *Psychische Gesundheit ist ein integraler Bestandteil der kardiovaskulären Gesundheit.* Psychosoziale Risikofaktoren und psychische Erkrankungen sind nicht lediglich Begleiterkrankungen, sondern beeinflussen Entstehung, Verlauf und Prognose von CVD unmittelbar. Dieses Zusammenspiel ist bidirektional und wird durch biologische, verhaltensbezogene und soziale Mechanismen vermittelt.
- *Zur Gewährleistung einer ganzheitlichen Versorgung empfiehlt die ESC die Implementierung interdisziplinärer und interprofessioneller Psycho-Kardio-Teams*, in denen kardiologische, psychosomatische, psychiatrische, psychotherapeutische und weitere Gesundheitskompetenzen gebündelt werden.
- *Das Screening auf psychische Erkrankungen* wie Depression, Angststörungen und PTBS sowie auf psychosoziale Risikofaktoren wie Arbeitsstress oder Einsamkeit sollte fester Bestandteil der kardiovaskulären Versorgung sein und mit klaren diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen verknüpft werden.
- *Psychologische und psychosoziale Interventionen verbessern patientenrelevante Endpunkte*, insbesondere Lebensqualität, Angst und Depression. Bei psychopharmakologischen Behandlungen sind Nutzen, potenzielle Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen sorgfältig gegeneinander abzuwägen.
- *An- und Zugehörige sowie pflegende Personen spielen eine zentrale Rolle in der Versorgung von Menschen mit CVD.* Sie sollten aktiv in die Behandlung einbezogen sowie bei Bedarf informiert, beraten und psychosozial unterstützt werden.
- *Vulnerable Patientengruppen* wie ältere und gebrechliche Menschen, sozial benachteiligte Personen, Migranten, Geflüchtete sowie onkologische Patienten benötigen besondere Aufmerksamkeit

und individualisierte Versorgungskonzepte. Ebenso sollten geschlechts- und genderspezifische Unterschiede in Symptomatik, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen berücksichtigt werden.

- *Trotz erheblicher Fortschritte bestehen weiterhin relevante Wissenslücken.* Insbesondere fehlen evidenzbasierte, kosteneffektive und zielgruppenspezifische psychokardiologische Präventions- und Interventionskonzepte. Das ESC-Statement betont daher die Notwendigkeit weiterer Forschungsaktivitäten in diesem Bereich.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Ladwig

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitäts-Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München Ismaninger Str. 22, 81675 München, Deutschland
karl-heinz.ladwig@tum.de

Förderung. Für diese Arbeit wurde keine Förderung erhalten.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Datenverfügbarkeit. In dieser Arbeit wurden keine Originaldaten verwendet, sondern basiert auf Evidenz von Metaanalysen und empirischen Arbeiten, die an anderer Stelle publiziert worden sind.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Den Interessenkonflikt der Autoren finden Sie online auf der DGK-Homepage unter <https://herzmedizin.de/fuer-aerzte-und-fachpersonal/dgk/leitlinien> bei der entsprechenden Publikation.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung,

Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bueno H, Deaton C, Farrero M et al (2025) ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 46(41):4156–4225. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191>
- Ladwig KH, Baghai TC, Doyle F et al (2022) Mental health-related risk factors and interventions in patients with heart failure: a position paper endorsed by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol* 29(7):1124–1141. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac006>
- Kindermann I, Köllner V, Albus C et al (2024) Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. *Kardiologie*. <https://doi.org/10.1007/s12181-024-00708-6>
- Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA et al (2008) Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 118:1768–1775. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>
- Rafiei S, Raoofi S, Baghaei A et al (2023) Depression prevalence in cardiovascular disease: global systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 13:281–289. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003884>
- Meijer A, Conradi HJ, Bos EH et al (2013) Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *Br J Psychiatry* 203:90–102. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111195>
- Lapa ME, Swabe GM, Rollman BL et al (2022) Assessment of depression and adherence to guideline-directed medical therapies following percutaneous coronary intervention. *JAMA Netw Open* 5:e2246317. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.46317>
- Walker ER, McGee RE, Druss BG et al (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72:334–341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Paratz ED, van Heusden A, Zentner D et al (2023) Sudden cardiac death in people with schizophrenia: higher risk, poorer resuscitation profiles, and differing pathologies. *JACC Clin Electrophysiol* 9:1310–1318. <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2023.01.026>
- Polcwiartek C, Loewenstein D, Friedman DJ et al (2021) Clinical heart failure among patients with and without severe mental illness and the association with long-term outcomes. *Circ Heart Fail* 14:e008364. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.008364>
- Correll CU, Solmi M, Veronese N et al (2017) Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 16:163–180. <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
- Pillinger T, Arumham A, McCutcheon RA et al (2025) The effects of antidepressants on cardio-metabolic and other physiological parameters: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 406(10515):2063–2077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01293-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01293-0)
- Paulzen M (2025) Psychopharmakainduzierte Gewichtszunahme – sind Inkretine/Twinkretine eine Option? *Nervenarzt* 96:93–96. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01788-1>
- Baessler A, Bauer P, Becker M et al (2024) Geschlechterspezifische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen. DKG-Positionspapier. *Kardiologie* 18:293–321. <https://doi.org/10.1007/s12181-024-00694-9>
- Streed CG Jr, Beach LB, Caceres BA et al (2021) Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 144:e136–e148. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001003>
- van Zijverden LM, Wiepjes CM, van Diemen JJK et al (2024) Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol* 190:S13–S24. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad170>

Keywords

Mental health · Cardiology · Psychocardiology · Psycho-cardio team · Heart and brain

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.