

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

## Aufgaben und Möglichkeiten integrierter psychokardiologischer Versorgung

Titscher G, Schöppl Ch, Gaul G

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology* 2010; 17

(1-2), 36-42

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

**Datenschutz:**

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

**Lieferung:**

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

**Abbestellen:**

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

**Journal für Kardiologie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

# Aufgaben und Möglichkeiten integrierter psychokardiologischer Versorgung

G. Titscher, Ch. Schöppl, G. Gaul

**Kurzfassung:** Der zunehmende Nachweis der Wirksamkeit biopsychosozialer Faktoren bei kardialen Erkrankungen unterstreicht den Bedarf an psychokardiologischen Einrichtungen. Bislang gibt es im Bereich der stationären Krankenhausversorgung aber kaum diesbezügliche Initiativen.

Die einzelnen Möglichkeiten einer psychokardiologischen Versorgung richten sich nach den allgemeinen psychosomatischen Modellen im Akutkrankenhaus, das sind der Konsiliardienst und das Konsiliar-Liaison-Modell. Diese verschiedenen Organisationsformen werden unter den speziellen Aspekten der Kardiologie besprochen und ein eigenes integriertes psychokardiologisches Versorgungsmodell vorgestellt, der Psychokardiologie-Schwerpunkt. Anhand dieses Beispiels werden die Aufgaben (psychokardiologische Visite, fallbezogene Teamgespräche,

Beratungsstelle) und Therapieziele der Psychokardiologie dargestellt.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des psychokardiologischen Ansatzes, unterschiedliche Wissenschaftsparadigmata und ärztliche Haltungen sowie Kooperationsprobleme, werden thematisiert.

## **Abstract: Challenge and Possibilities of Implemented Psycho-Cardiological Care.**

The increasing evidence for the mutual influence of bio-psycho-social factors with cardiac diseases undersigns the necessity for psychocardiological facilities. However, there are only few initiatives to cover this issue in hospital medicine.

The different possibilities for a psychocardiological care are dependent on the general

psychosomatic policies within the hospital, being mostly the consultation model or the consultation-liaison model. These different kinds of implementation of psychosomatic medicine in clinical cardiology are discussed and our own integrated psycho-cardiological model of care is presented: the centre of psycho-cardiology. Thereby, we present the specific assignments of psycho-cardiology, i.e. psycho-cardiological rounds, case-related team supervision, and counseling, and we define the therapeutic endeavours.

Difficulties with the realization of the psychosomatic strategies, with different scientific paradigms and different medical positions and standpoints are defined and resulting problems with cooperation are discussed. **J Kardiol 2010; 17: 36–42.**

## ■ Einleitung

Das vorherrschende kardiologische Verständnis von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist rein körperorientiert. Dementsprechend sind kardiologische Abteilungen somatisch-interventionell ausgerichtet und organisiert. Psychokardiologische Angebote sind in der Regel nicht integrierter Teil der Versorgung, sie müssen von außen an die Abteilungen herangebracht werden. Optionen dafür leiten sich vor allem von den Modellen allgemeiner stationärer psychosomatischer Versorgung ab.

An kardiologischen Abteilungen gibt es erwiesenermaßen einen besonders hohen Prozentsatz von Patienten<sup>1</sup> mit psychosozialen Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Stress), psychischer Komorbidität (z. B. Depressivität, Angststörungen) und Krankheitsbewältigungsproblemen (z. B. nach Myokardinfarkt, Koronardilatation, AICD-Implantation oder Herztransplantation). Das bedeutet einen erhöhten Bedarf an psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung, der aber bis jetzt nicht zu einer verstärkten Institutionalisierung psychokardiologischer Angebote geführt hat.

Im Beitrag werden mögliche Modelle psychosomatischer Versorgung in der Akutkardiologie vorgestellt und anhand des Beispiels des Psychokardiologie-Schwerpunktes im

Hanusch-Krankenhaus in Wien Aufgaben, Ziele und auch Schwierigkeiten einer integrierten Psychosomatik dargestellt.

## ■ Psychokardiologischer Bedarf für kardiologische Abteilungen

Bei mindestens 30 % der internistischen Patienten im Akutkrankenhaus mit somatischen Beschwerden bestehen ätiologisch und prognostisch relevante psychosomatische Störungen [1]. Der Anteil psychosozialer Probleme bzw. Risikofaktoren liegt bei kardiologischen Patienten deutlich höher. So findet sich beispielsweise bei ca. 50 % der Koronarpatienten eine depressive Verstimmung [2, 3].

Im klinischen Alltag werden diese Störungen häufig nicht erkannt bzw. nicht adäquat berücksichtigt. Dies kann zu vermehrter nicht-indizierter Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie, zu längeren und wiederholten, eventuell unnötigen Krankenhausaufenthalten, zu Unterversorgung, Chronifizierung und Sekundärkomplikationen führen [4].

Erhebungen des Psychokardiologie-Schwerpunktes (2. Med. Abteilung, Hanusch-Krankenhaus Wien) ergeben folgenden versorgungsrelevanten Bedarf: Die Indikation für ein psychosomatisches Erstgespräch besteht bei 46 % der kardiologischen Patienten. Die Notwendigkeit und entsprechende Motivation für weitere Gespräche während des Krankenhausaufenthaltes ergibt sich bei 50–60 %. Eine supportive Psychotherapie über die Spitalsphase hinaus benötigen ca. 20 % der im Psychokardiologie-Schwerpunkt gesehenen Patienten.

Diese Zahlen zeigen die Diskrepanz zwischen dem Bedarf und der Realität an Versorgungsmöglichkeiten. Die Unterversorgung spiegelt sich auch darin, dass nur 10 % der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland über einen psychosomati-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form gewählt, sie gilt für beide Geschlechter.

Eingelangt und angenommen am 22. September 2009.

Aus der 2. Medizinischen Abteilung, Hanusch-Krankenhaus Wien

**Korrespondenzadresse:** OA Dr. Georg Titscher, Psychokardiologie-Schwerpunkt, 2. Medizinische Abteilung, Hanusch-Krankenhaus, A-1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30; E-Mail: georg.titscher@wgkk.at

schen Konsiliar-Liaison-Dienst (C/L) verfügen [5], in Österreich ist der Prozentsatz noch deutlich niedriger.

## ■ Das Konsiliarmodell

Der psychosomatische Konsiliardienst entspricht der in anderen Fächern üblichen Organisationsform des Konsiliums auf Anforderung des bettenführenden Arztes. Er stellt die Minimalanforderung einer psychosomatischen Versorgung im Krankenhaus dar. Die Betreuung ist primär einzelfallorientiert, ergänzend können aber diagnosespezifische Vereinbarungen zur Überweisung getroffen werden (z. B. sollen alle Patientinnen mit Tako-Tsubo-Syndrom oder alle Herztransplantationskandidaten überwiesen werden).

Dieses Modell kann aus mehreren Gründen keine effiziente psychosomatische Versorgung garantieren. Die Anforderung hängt davon ab, welche Patienten der Stationsarzt als „psychosomatisch“ einschätzt, d. h. von seinem Ausbildungsgrad in Psychosomatik und vom persönlichen bzw. institutionellen Verhältnis zwischen ihm und dem Konsiliarius. Es findet eine Patientenselektion statt, bei der vor allem „schwierige“ Patienten überwiesen werden, das sind besonders solche mit Interaktionsproblemen mit dem Personal und psychisch oder sozial auffällige Personen. Viele Patienten, die eine psychosomatisch/psychotherapeutische Betreuung brauchen, wirken aber angepasst und unauffällig, da sie ihre Bedürfnisse nicht äußern können. Nur mit entsprechender Ausbildung können diese Patienten als „psychosomatisch“ identifiziert werden. Auch der depressive Patient, der still und zurückgezogen ist, wird im Stationsalltag nicht als psychisch bedürftig wahrgenommen und daher dem Konsiliardienst selten vorgestellt.

Die Anforderungshäufigkeit hängt auch sehr stark von der Einschätzung der eigenen Kompetenz und Handlungsfähigkeit des behandelnden Arztes ab. Bei Patienten, bei denen es kardiologisch-somatische Therapieoptionen gibt, wird die Notwendigkeit eines psychosomatischen Konsils unabhängig von der Bedürftigkeit wesentlich seltener gesehen als bei Patienten, bei denen sich keine somatischen Behandlungsmöglichkeiten anbieten, wie bei Patienten mit somatoformen Störungen oder „austherapierten“ Patienten. In solchen Fällen ist die therapeutische Hilflosigkeit des Kardiologen der Motor für die Konsilanforderung und nicht eine patientenorientierte Indikation.

Häufig werden Patienten vom Stationsarzt über die Konsultation nicht oder nicht adäquat informiert, die Gesprächsbereitschaft ist dadurch gering bzw. die Skepsis hoch („Ich bin nicht psychisch krank“, „Ich hab’s doch nicht mit den Nerven“).

Die Anforderungsquote psychosomatischer Konsilien ist zwar auf internistischen Abteilungen im Vergleich mit anderen Fachabteilungen am höchsten, beträgt aber auch dort nur ca. 1 % der stationären Patienten [6]. Das Konsiliargespräch dient überwiegend der diagnostischen Abklärung, der Indikationstellung für z. B. sozialarbeiterische Interventionen und der Erstellung einer Psychotherapieindikation, nur in einem geringen Prozentsatz führt es zu weiteren therapeutischen Interventionen während des stationären Aufenthalts [7].

Insgesamt gesehen stellt das Konsiliarmodell keine ausreichende psychokardiologische Versorgung dar, die Implementierung eines biopsychosozialen Ansatzes ist damit nicht möglich. Der Konsiliardienst kann nur dort als Minimallösung akzeptiert werden, wo keine andere Möglichkeit besteht und sollte durch ein Liaisonmodell oder eine integrierte Form der Psychokardiologie ersetzt werden.

## ■ Konsiliar-Liaisonmodell (C/L-Modell)

Im Liaisonmodell kommt der Psychosomatiker auch aus einer anderen Organisationsstruktur an die Abteilung, ist aber im Gegensatz zum Konsiliardienst auf der Station präsent. Er nimmt regelmäßig, meist wöchentlich, an den Visiten teil, kann daher selbst abklärungsbedürftige Patienten identifizieren und bespricht diese mit dem Stationsarzt und der Stationschwester. Besonderer Wert wird auch auf die Bearbeitung von Interaktionsproblemen zwischen Team und Patienten gelegt.

Aufgaben des Liaisondienstes sind über die modifizierte Konsiliartätigkeit hinaus auch Unterstützung, Beratung und Weiterbildung des somatischen Teams. Er ermöglicht ein besseres Erkennen psychosozialer Probleme und bietet eine wesentlich flexiblere, den Bedürfnissen angepasste Betreuung.

Der Anteil der vom psychosomatischen Liaisondienst auf internistischen Abteilungen betreuten Patienten liegt mit ca. 25 % deutlich höher als beim Konsiliarmodell [6].

Ein psychokardiologischer Liaisondienst sollte von einer psychosomatischen Fachabteilung ausgehen (Prinzip der zentralisierten Dezentralisation). Für den Liaisonpsychosomatiker ist es wichtig, selbst in einem eigenen Team verankert zu sein, das identitätsstärkend wirkt und z. B. in Form von Super- oder Interventionen und gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen den notwendigen fachlichen Rückhalt bietet.

## Nutzen von C/L-Interventionen

Studien zur Wirkung von psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen C/L-Interventionen zeigen (nicht kardiologiespezifisch) zum Zeitpunkt der Entlassung und/oder bei der Katamnese eine

- Besserung der psychischen und körperlichen Symptomatik (ebm I–II),
- Verbesserung der Lebensqualität (ebm I–II),
- Verringerung der Krankenhausaufenthaltsdauer bei frühzeitigen Interventionen (ebm I–II),
- Erhöhung der Psychotherapieakzeptanz (ebm II–III),
- höhere Patientenzufriedenheit (ebm III) und
- einen höheren Anteil älterer Patienten, die nach Hause, statt in ein Pflegeheim entlassen werden können (ebm I–II) [8].

## ■ Der Psychokardiologie-Schwerpunkt

Der Psychokardiologie-Schwerpunkt der 2. Medizinischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses in Wien ist ein integriertes Modell psychokardiologischer Versorgung innerhalb einer Kardiologischen Fachabteilung. Es ist die einzige Einrichtung dieser Art. Das Alleinstellungsmerkmal ist aus der Entwicklung heraus zu erklären. Bereits 1982 wurde eine Psy-



chosomatische Beratungsstelle als Einzelinitiative gegründet, die schrittweise ausgebaut wurde.

### Personelle Ausstattung

- 1 Oberarzt (Kardiologie und Psychotherapeut)
- 1 Klinische und Gesundheitspsychologin
- 1 Ausbildungsstelle für Klinische und Gesundheitspsychologin
- 1 Therapeutin für averbale Psychotherapie (Kunsttherapie oder Konzentrierte Bewegungstherapie)
- ½ Stelle für Sekretärin

Seit 1998 ist das Psychosomatik-Diplom (Psy II-Modul) für die Facharztausbildung an der Abteilung obligat, seit 2006 die Absolvierung des Psychosomatik-Curriculums der „Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft“. Infolgedessen hat ein Großteil des Ärzteteams eine psychosomatische Grundausbildung, die Verständnis für einen biopsychosozialen Ansatz garantiert.

Durch die Anwesenheit des Psychosomatikers als Kardiologe auf der Abteilung entfällt die Schwellenangst der Patienten vor dem „Psychoarzt“. Die Integration in die Kardiologie bewirkt auch einen besseren Anerkennungsgrad durch das somatische Team. Gerade für kardiologische Patienten, besonders Koronarkranke, ist der Stellenwert, das Prestige der angebotenen Behandlungen infolge ihrer Außenorientierung von großer Bedeutung. Sie spüren genau, ob die vorgeschlagene psychosomatische Intervention von den Kardiologen nur geduldet oder als gleichwertige diagnostische und therapeutische Maßnahme anerkannt ist und machen ihre Motivation davon abhängig.

### Strukturelle Organisation

#### Die psychokardiologische Visite

Die Visite ist der zentrale diagnostisch-therapeutische Fixpunkt im Tagesablauf einer internistischen Abteilung. Im üblichen Stationsalltag dient sie vor allem der wechselseitigen Information zwischen Arzt und Patienten und der Erarbeitung diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Strategien.

Klinische Psychosomatik geht davon aus, dass Zusammenhänge zwischen Krankheit und Verhalten bzw. Konflikten von Patienten bestehen. Der kranke Mensch präsentiert sich im Krankenhaus mit seinen Beziehungsangeboten und Verhaltensweisen, er stellt damit unbewusst seine Konflikte dar. Zwischen diesen beobachtbaren Phänomenen und dem Beobachter bestehen Wechselwirkungen, Krankheit kann demnach nicht unabhängig von Interaktionsprozessen gesehen werden. Diese Prozesse stellen sich auch in der Begegnung zwischen Arzt und Patient bei der Visite dar, bleiben aber üblicherweise unbemerkt, solange es nicht zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung kommt. Die Psychosomatik-Visite berücksichtigt diese immer (aber sonst unbewusst) ablaufenden Interaktionsphänomene, untersucht sie systematisch und ermöglicht deren Veränderungen. Oftmals dienen sie der Entwicklung eines therapeutischen Konzeptes.

Die psychokardiologische Visite kann zur Simultandiagnostik, d. h. zur gleichzeitigen Klärung somatischer und psychi-

scher Zusammenhänge, genutzt werden. Dies ermöglicht, falls erforderlich, eine raschere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Interventionen und kann unnötige somatische Diagnostik einsparen.

Die Gesprächssituation bietet die Möglichkeit der „therapeutischen Visite“. Dabei soll der Patient zur aktiven Beteiligung am diagnostischen und therapeutischen Prozess ermutigt werden. Je nach Situation und Indikation können mehr stützende oder konfrontierende Maßnahmen angewendet werden. Gelingt es, während der psychosomatischen Visite den Patienten im Beisein des Teams zu erreichen, wird oft ein Prozess (z. B. Krankheitsverarbeitung) in Gang gesetzt, der bei den täglichen Visiten durch den Kardiologen fortgesetzt werden kann.

Darüber hinaus führt die psychosomatische Visite zu einer verstärkten Patientenorientierung auch der übrigen Arzt-Pflegeperson-Patienten-Kontakte.

#### Die psychokardiologische Beratungsstelle

Die psychokardiologische Beratungsstelle ist Anlaufstelle für überwiesene stationäre oder ambulante Patienten. Ambulante Patienten werden von den einzelnen Ambulanzen der kardiologischen Abteilung (Hochdruck-, Herzinsuffizienzschrittmacherambulanz, Koronartraining) zugewiesen. Auswärtige Patienten können aus Gründen mangelnder Ressourcen nur in Ausnahmefällen übernommen werden.

#### Therapeutische Angebote

- Diagnostische/therapeutische Orientierungsgespräche
- Psychologische Diagnostik und Beratung (Lebensstilmodifikation, Raucherberatung, Stressbearbeitung)
- Entspannungstraining (einzeln und in Gruppen)
- Averbale bzw. körperorientierte Einzel- und Gruppentherapie (Kunsttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie)
- Fokalpsychotherapie (Einzel- und Paartherapie bis zu 10 Stunden)
- Psychopharmakotherapie (bes. bei Depressivität)
- Angehörigenbetreuung

### Aufgaben eines Psychokardiologie-Schwerpunktes

#### 1. Diagnostik

Wichtigstes diagnostisches Instrument ist das Gespräch in Form des psychosomatischen Erstgesprächs und der Psychosomatikvisite. Es dient dem Beziehungsaufbau, der biopsychosozialen Befunderstellung, Anamnese und Diagnose und beinhaltet auch motivierende und therapeutische Elemente.

Zusätzlich kommen psychometrische Verfahren zur Anwendung, bei kardiologischen Patienten vor allem zur Erhebung von Angst, Depressivität, Kontrollüberzeugungen, Typ D („distressed personality“), Lebensqualität und Befindlichkeit.

Eine psychokardiologische Abklärung trägt zur Vermeidung nicht-indizierter somatischer apparativer Diagnostik bei, wie die wiederholten kardialen Durchuntersuchungen von Patienten mit somatoformen Herzbeschwerden, und verhindert chronifizierte Patientenkarrieren dieser Patientengruppe.

## 2. Motivierung der Patienten

Eine Hauptaufgabe ist die Motivationsarbeit. Patienten werden zur Abklärung und/oder Therapie von Herzbeschwerden stationär aufgenommen, sie haben daher primär eine somatische Krankheitsattribution. Viele von ihnen haben lange diagnostische und therapeutische Vorerfahrungen, die dieses Krankheitsverständnis unterstützt und gefestigt haben. Oft ist das Gespräch auf der Station der erste Kontakt mit einer psychosozialen Medizin. Das erfordert Informationen nicht nur über den Sinn des Gesprächs, sondern besonders über Leib-Seele-Zusammenhänge bei kardialer Symptomatik.

Bei Patienten mit Panikstörung etwa wird man die physiologischen vegetativen Begleitreaktionen der Angst, wie Herzklopfen, Schweißausbruch, Zittern, erklären. Koronarkranke werden nicht nur über einzelne Risikofaktoren aufgeklärt, was meist schon durch den Kardiologen geschehen ist, sondern über die Wechselbeziehungen zwischen den sogenannten somatischen Risikofaktoren, Emotionen und Verhaltensweisen. Bei Hypertonikern trägt das Wissen über die Wirkung chronischen Ärgers oder des Missverhältnisses zwischen Anspannung und Entspannung auf das Herz-Kreislauf-System dazu bei, die Reflexion darüber in Gang zu setzen.

Im Gespräch können zeitliche Koinzidenzen zwischen dem Auftreten der Erkrankung bzw. von Symptomen (Auslösesituationen) deutlich werden, die den Patienten über Zusammenhänge nachdenken lassen und ihn dazu motivieren können, weitere psychosomatisch/psychotherapeutische Angebote anzunehmen.

Allein durch die Art der Gesprächsführung unter Einbeziehung psychischer und sozialer Themen bekommt der Patient vermittelt, dass solche Faktoren bei seinen Beschwerden eine Rolle spielen können, d. h. das psychosomatische Erstgespräch hat implizit informativen und motivierenden Charakter.

## 3. Behandlung bzw. Behandlungsempfehlung

Die psychosomatischen Behandlungsmöglichkeiten sind auf einer Akutkardiologie durch die immer kürzer werdende Liegedauer der Patienten eingeschränkt. Umso wichtiger ist die Präsenz des Psychosomatikers auf der Station, um die jedem Konsiliararzt geläufigen Überweisungen am Vortag der Entlassung zu vermeiden und rechtzeitig ein Erstgespräch zu veranlassen, um weitere Maßnahmen einleiten zu können. So gelingt es im eigenen Patientenkollektiv, bei 42 % 2 oder mehr (bis 5) Gespräche noch auf der Station zu führen.

Der Zeitdruck, der auf vielen kardiologischen Abteilungen besteht, und die fortschreitende Technisierung und Zunahme der Interventionen in der Kardiologie führen zu einer Reduktion des Gesprächs zwischen Kardiologen und Patient. Viele Patienten sehen das Gespräch mit der Psychologin oder dem Psychokardiologen als Ersatz dafür und Chance, die Fragen zu stellen, zu denen sie sonst keine Gelegenheit mehr finden.

## Behandlungsziele der Psychokardiologie

- *Besserung des psychischen Befindens von Patienten mit starkem Leidensdruck*  
Vor allem bei Patienten auf der Coronary Care Unit (CCU) Verringerung der Angst bei akutem Myokardinfarkt oder

nach Reanimation. Psychische Vorbereitung vor Interventionen wie PTCA, AICD-Implantation oder Herzoperationen.

- *Entwicklung eines angemessenen Krankheitsverhaltens*  
z. B. Bearbeitung von Verleugnungstendenzen, Erlernen von Angstbewältigungsstrategien, Stressmodifikation.
- *Unterstützung der Krankheitsverarbeitung*  
Hilfe bei der Trauerarbeit nach Infarkt, Regression und Depressivität.
- *Vermittlung zwischen Station und Patient*  
Unterstützung bei Interaktionsproblemen zwischen Personal und Patient. Hilfe bei der Klärung von Zustimmung oder Ablehnung vorgeschlagener diagnostischer oder therapeutischer Interventionen.
- *Beratung und Angehörigenarbeit*  
Entlastung und Betreuung v. a. der Partner von Infarktpatienten und Sterbenden.
- *Sterbebegleitung*  
von chronisch Kranken, z. B. Herzinsuffizienz- oder Vitienpatienten
- *Pharmakotherapie einer Depression und Angstsymptomatik*  
Kardiale Patienten haben eine besonders starke Abwehr gegen diese Diagnose, weil sie Depression und Angst häufig mit Kontrollverlust, Schwäche und Geisteskrankheit gleichsetzen. Nur nach einem eingehenden patientenorientierten informativen Gespräch ist es möglich, eine antidepressive bzw. anxiolytische Medikation einzuleiten, die der Patient zu akzeptieren bereit ist.
- *Stationäre und poststationäre Behandlungsempfehlungen, Vermittlung und/oder Einleitung von Psychotherapie*

Gelingt die Motivationsarbeit, ist eine Differenzialindikation für das weitere psychotherapeutische Vorgehen zu stellen und zu klären, was während des stationären Aufenthalts für den Patienten notwendig und von den Ressourcen her leistbar ist. Vor der Entlassung sind poststationäre Behandlungsoptionen (z. B. spezifische kardiologisch-psychosomatische Rehabilitation, ambulante Psychotherapie, Herzgruppe etc.) zu besprechen und bei Bedarf zu vermitteln.

## 4. Teambesprechungen, Fortbildung des Behandlungsteams

Ein bedeutender Teil ist die Arbeit mit dem kardiologischen Personal (Ärzten, Pflegepersonen, Physiotherapeuten) in Form von fallorientierten wöchentlichen Teamgesprächen. Wichtig ist eine fixe Institutionalisierung, da sonst bei dem auf kardiologischen Abteilungen bestehenden Zeitdruck und großen Arbeitspensum keine Zeit dafür bleibt.

Dabei wird vom Team ein Patient ausgewählt, der besprochen wird. Schwerpunkte sind die psychosoziale Anamnese, die Beziehungsangebote des Patienten an das Personal und dessen Reaktionen auf den Patienten. Bei längerer Erfahrung des Personals können auch Übertragungs- und Gegenübertragungssphänomene zur Sprache kommen.

Die Fallbesprechung dient der direkten Beratung bei „schwierigen“ Patienten, hat supervisorischen Charakter und ist ein Mittel zur Fortbildung in der Diagnostik psychosomatischer Störungen, in kommunikativen Fähigkeiten und sozialer Kompetenz. Sie ist außerdem durch das Bewusstmachen und Verbalisieren der Emotionen dem Patienten gegenüber ein wichtiges Element in der Burnout-Prophylaxe.

### Häufige Themen der Teamgespräche

- *Schwierige Patienten*  
Fordernde, aggressive, unkooperative, passive, demente oder misstrauische Patienten
- *Copingprobleme*  
Fehlende Krankheitseinsicht (Verleugnung), Complianceproblematik, Depression, Angst
- *Umgang mit Patienten*  
Bei sexuellen Anspielungen gegenüber den Schwestern, Vorwürfen und Beschwerden, aber auch Verhalten bei Rückzug des Patienten
- *Grenzen setzen*  
Abgrenzung gegen Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Vorgesetzte. Grenzen setzen gegen Störungen von außen bei den Teamgesprächen (Telefon, Angehörige etc.).
- *Sterben, Tod*  
Umgang mit der Todesangst von Patienten, den Ängsten der Angehörigen, eigenen Ängsten, dem Sterbewunsch von Patienten, der Beziehung zu Sterbenden und der Hilflosigkeit bzw. Omnipotenzphantasien des Personals
- *Kommunikation*  
Diagnosemitteilung, Überbringen schwerwiegender Informationen, Kommunikation mit beatmeten Patienten
- *Stationsinterne Probleme*  
Stehen bei Fallkonferenzen nicht im Vordergrund, sondern gehören in den Bereich der Supervision. Gelegentlich ist es aber nicht möglich, über Patienten zu sprechen, ohne vorher interne Schwierigkeiten zu klären, v. a. Probleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegepersonal, Organisationsprobleme, zu großes Arbeitspensum.

## ■ Schwierigkeiten für die Psychokardiologie im kardiologischen Umfeld

Abschließend werden Probleme, mit denen der Psychosomatiker auf einer Kardiologie konfrontiert ist, und persönliche Erfahrungen bei der Etablierung einer integrierten Psychokardiologie dargestellt.

### 1. Unterschiedliche ärztliche Haltungen

Die Kardiologie versteht sich als lebensrettende Akutmedizin, es müssen sehr rasch weitreichende Entscheidungen mit großer Verantwortung getroffen werden, häufig geht es um Leben oder Tod. Daraus resultiert eine handlungsorientierte aktive Haltung des Kardiologen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter realem oder subjektiv erlebtem Zeitdruck. Die Arzt-Patient-Beziehung wird selten bewusst reflektiert und stark durch die Persönlichkeit des Kardiologen bestimmt.

Die psychotherapeutische Haltung der Psychokardiologie ist im Vergleich dazu offen anbietend, eher abwartend (da vom Motivationsgrad des Patienten abhängig), aber strukturierend. Die bewusste Gestaltung des Beziehungsaufbaus und die Reflexion über Patientenangebote spielen eine zentrale Rolle. Die Haltung des Psychokardiologen steht, vereinfacht gesagt, in der Mitte zwischen der aktiven des Kardiologen und der passiven des „nicht-psychosomatischen“ Psychotherapeuten.

Wichtig ist bei psychosomatischen Überlegungen die subjektive Wirklichkeit des Patienten hinsichtlich Krankheitsver-

ständnis und der subjektiven Bedeutung medizinischer Handlungen. Im kardiologischen Medizinverständnis hat aber die subjektive Wirklichkeit des Patienten wenig Relevanz, sie ist gegebenenfalls durch das „richtige“ Verständnis des Arztes mittels Information zu korrigieren.

Diese sehr unterschiedlichen Ansätze können zu Auffassungsunterschieden bei kardiologischen Fällen und zu persönlichen Differenzen führen. Der Kardiologe erwartet rasch Unterstützung bei schwierigen Patienten, Entscheidungshilfen und aktive Behandlung. Diese Erwartungen können oft nicht erfüllt werden und zur Enttäuschung des Kardiologen führen. Umgekehrt fühlt sich der Psychosomatiker in solchen Fällen zur Aktivität gedrängt, nicht verstanden und in seiner Arbeit entwertet.

### 2. Unterschiedliche wissenschaftliche Paradigmen

Bei Kooperationsproblemen spiegeln sich auch prinzipielle wissenschaftstheoretische Unterschiede, die verschiedenen Paradigmen einer kausal-mechanistischen Kardiologie und einer biopsychosozialen Psychosomatik. Die Kardiologie folgt, mehr als andere internistische Spezialdisziplinen (z. B. Endokrinologie oder Immunologie), mit ihren Interventionen erfolgreich einem offensichtlich mechanistischen Medizinmodell, wie an PTCA, Bypassoperation und Herztransplantation erkennbar ist. Wissenschaftlich ist sie Hauptvertreterin einer „evidence based medicine“. Die biopsychosoziale Medizin als hermeneutische Wissenschaft hat andere Wissenschaftskriterien. Sie bemüht sich aber – sozusagen zwischen den Stühlen der Paradigmen sitzend – auch den Anforderungen einer naturwissenschaftlichen Medizin zu entsprechen, es gelingt ihr aber nur bei sehr umschriebenen Fragestellungen (z. B. Depressivität bei KHK). Die Anerkennung als Wissenschaft durch die Kardiologie ist deshalb eine nur bedingte, was Anlass für die wiederkehrende Missachtung der Psychosomatik sein kann.

### 3. Kooperationsprobleme bei der Psychosomatikvisite

Eine gemeinsame Visite vom stationsführenden Kardiologen und dem Psychosomatiker verlangt von beiden große Kooperationsbereitschaft. Für die Kardiologie hat das Zeitargument immer besonders hohe Priorität, es ist deshalb nicht einfach, einen Kompromiss zwischen dem Anspruch nach Zeiteffizienz im Verständnis des Kardiologen und dem für den Beziehungsaufbau und diagnostischen Prozess nötigen Zeitaufwand zu finden.

Die Psychosomatikvisite stellt die Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt, damit ist der Arzt selbst zum Thema geworden, er wird gefordert, sich, seine Tätigkeit und Reaktionen zu reflektieren. Für Ärzte ohne psychotherapeutische Orientierung ist das ungewohnt, die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen kann eine Bedrohung bedeuten, die abgewehrt werden muss.

Viele Ärzte erleben sich als psychosomatisch kompetent (unabhängig von der tatsächlichen Qualifikation) und haben auch den Anspruch an sich, ihre Patienten ohnedies ausreichend psychosomatisch zu versorgen. Die Gegenwart eines Psychosomatikers konfrontiert sie mit der Tatsache, dass sie für

einen Bereich des Patienten nicht ausreichend ausgebildet sind. Die Reaktion darauf kann sein, nachweisen zu wollen, dass eine Psychosomatikvisite ohnedies vom Kardiologen abgedeckt wird, zu viel Zeit braucht, ineffizient ist und daher nicht benötigt wird.

Ganz klar muss gesagt werden, dass nicht jeder Kardiologe die nötige Bereitschaft für den Mehraufwand und das erforderliche Verständnis für einen biopsychosozialen Zugang aufbringt und für seine kardiologische Tätigkeit auch nicht aufbringen muss. Das bedeutet, dass eine psychokardiologische Visite unter diesen Umständen nicht abgehalten werden kann.

Eine gute persönliche Interaktion und Kooperation ist Voraussetzung dafür, eine Atmosphäre schaffen zu können, in der Patienten auf biopsychosoziale Zusammenhänge ansprechbar sind und sich öffnen können. Immer wieder ist es beeindruckend, wie sehr vertrauensvolle Stimmung, gewöhnende Haltung und offene Fragestellung das Bild, das während der Visite vom Patienten entsteht, verändern und sich daraus neue Behandlungskonsequenzen ergeben können.

#### 4. Schwierigkeiten bei den Teamgesprächen

Auch bei den fallorientierten Teamgesprächen spielt der mehrmals erwähnte Zeitdruck eine große Rolle, wird er doch als Hauptgrund für das unregelmäßige Zustandekommen angegeben. Vor allem Ärzte nehmen häufig nicht teil, wobei nicht nur großer Arbeitsaufwand, sondern auch die oben besprochenen Gründe mitverantwortlich sein dürften. Gespräche im Team werden auf einer Kardiologie häufig nicht als Arbeit gesehen, sondern sogar als arbeitsverhindernd, weil währenddessen die Routinetätigkeit nicht erledigt werden kann.

Die teilnehmenden Personen fluktuieren infolge turnusmäßigen Wechsels oder wechselnder Dienstzeiten stark. Das erschwert das Entstehen eines kontinuierlichen prozesshaften Verständnisses und schafft immer wieder Situationen, bei denen grundlegendes Wissen um biopsychosoziale Zusammenhänge nicht vorausgesetzt werden kann.

Die jedem Psychotherapeuten bekannte Furcht, von Gesprächspartnern „durchschaut“ zu werden, zeigt sich anfangs und bei den neu Hinzugekommenen regelmäßig und hindert manche daran, aktiv teilzunehmen. Die Möglichkeit sich einzubringen, hängt natürlich auch stark vom Grad des Vertrauens im Team ab. Für den Gesprächsleiter ist es bei schwierigen Gesprächssituationen gelegentlich nicht leicht zu erkennen, ob Kommunikationsprobleme des Teams verantwortlich sind oder ob sich Patientenprobleme spiegeln.

Störungen des Gesprächsablaufs von außen (Telefon, Pager, Angehörige etc.) sind häufig und schwer zu verhindern. Zu groß ist der Anspruch auf einer kardiologischen Abteilung, immer erreichbar sein zu müssen. Hilfreich ist es, die Störun-

gen selbst zum Thema zu machen und die Durchlässigkeit für Störungen zu überprüfen.

#### ■ Schlussfolgerungen

Die Integration der Psychosomatik in die stationäre Kardiologie ist möglich. Unbedingte Voraussetzung ist die volle Unterstützung des kardiologischen Abteilungsvorstandes, dessen Autorität vor allem beim Aufbau, d. h. etwa die ersten 3 Jahre, zur Durchsetzung nötig ist. Nur eine Duldung durch den Leiter bietet zu wenig Rückhalt gegen verändernde Tendenzen, z. B. auf der Oberarztbene. Die Autoren halten einen integrativen Ansatz, eine weitgehende Einbeziehung der Psychokardiologie in den Stationsalltag und die organisatorischen Strukturen der Abteilung für am ehesten erfolgversprechend. Ein Modell auf Konsiliarbasis ist wegen der beschriebenen Schwierigkeiten nicht zu empfehlen.

Vorteile des Schwerpunkt-Modells sind die einfachere Integration psychosomatischer Kompetenz in den Stationsbetrieb, die schon bei der Aufnahme der Patienten und der Anamnese eingesetzt werden kann und den kurzen Liegezeiten entgegenkommt, die fehlende Schwellenangst der Patienten und die Auswirkungen auf die Patientenorientierung der Abteilung.

Nachteile sind die fehlende eigene organisatorische Verankerung des psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachpersonals, die fehlende Personalhoheit, das Fehlen zugeordneter Betten und die Abhängigkeit von einer fachfremden Hierarchie [9].

Auf der institutionellen Ebene wäre ein Psychokardiologie-Department innerhalb einer kardiologischen Abteilung die beste Möglichkeit für eine integrierte Psychosomatik, d. h. die beste Voraussetzung für einen biopsychosozialen Ansatz und eine psychokardiologische Versorgung stationärer Patienten.

#### Literatur:

1. Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W. Psychotherapeutische Medizin. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1999
2. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58: 99–110.
3. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003; 65: 201–10.
4. Klapp B, Danzer G. Ergebnisse der Psychosomatik in der Inneren Medizin. In: Deter H-Ch (Hrsg). Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Verlag Hans Huber, Bern, 2001; 319–28.
5. Herzog T, Stein B, Söllner W, Franz M. Praxisleitlinien für die Konsiliar- und Liaisonversorgung in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2002.
6. Herzog T, Stein B. Konsiliar-/Liaisonpsychosomatik. In: Deter H-Ch (Hrsg). Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Verlag Hans Huber, Bern, 2001; 243–51.
7. Köhle K, Siol T. Zur Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In: Uexküll Th v (Hrsg). Psychosomatische Medizin. Verlag Urban & Fischer, München/Jena, 2003; 567–615.
8. Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung; 2006. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-021-m.htm>
9. Expertise des ÖBIG „Psychosomatische Versorgung im stationären Akutbereich“, 2000; 26.



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## ☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## ☒ Bestellung e-Journal-Abo

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

**Impressum**

**Disclaimers & Copyright**

**Datenschutzerklärung**