

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**ESC-Konsens zur Psychokardiologie
– Psychische Gesundheit und
kardiovaskuläre Erkrankungen:
klinische Relevanz, Screening und
integrierte Versorgung // Mental
health and cardiovascular disorders
– clinical relevance, screening and
integrated care**

Kunschitz E, Zechtl E

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2026; 33

(7-8), 147-151

Homepage:

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

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

ESC-Konsens zur Psychokardiologie – Psychische Gesundheit und kardiovaskuläre Erkrankungen: klinische Relevanz, Screening und integrierte Versorgung

E. Kunschitz, E. Zechtl

Kurzfassung: Herz-Kreislauferkrankungen stehen in engem Zusammenhang mit Stress und psychischen Erkrankungen. Im September 2025 wurde am letzten ESC ein Konsenspapier präsentiert, welches auf die wichtigen Zusammenhänge hinweist und ein Modell für ein adäquates und zeitgerechtes Reagieren präsentiert. Die Ergebnisse der psychokardiologischen Forschung sind evidenzbasiert, gut belegt und zusammengefasst im Konsenspapier der deutschen AG für Psychokardiologie 2024.

Psychische Erkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einer höheren Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer schlechteren Prognose verbunden. Das Risiko für negative Folgen ist doppelt so hoch wie bei Menschen ohne diese Erkrankungen. Die Beziehung ist bidirektional, da Herz-Kreislauf-Erkrankungen psychosozial belasten und auch psychische Folgeerkrankungen auslösen können. Die Kombination aus biologischen, verhaltensbezogenen und gesundheitsbezogenen Faktoren geht mit einer suboptimalen Herz-Kreislauf-Gesundheit und -Versorgung einher.

Es besteht eine erhebliche Lücke in der Diagnose und Behandlung bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren sowie

in vulnerablen Gruppen. Hier wurde ein einfaches schrittweises Vorgehen vorgestellt. Interventionen, die psychosozialen Determinanten der Gesundheit betreffend, sind durch die Etablierung von Psycho-Kardio-Teams und die interdisziplinäre Zusammenarbeit leichter umzusetzen. Für eine optimale Versorgung sind schrittweises Screening, Diagnose und Behandlung erforderlich, um den komplexen Bedürfnissen von Herzpatienten und ihren Angehörigen gerecht zu werden.

Schlüsselwörter: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bio-psycho-sozial, psychische Gesundheit, Screening, Psycho-Kardio-Team

Abstract: Mental health and cardiovascular disorders – clinical relevance, screening and integrated care. Cardiovascular diseases (CVD) are closely linked to stress and mental health conditions. In September 2025, a consensus paper was presented at the most recent ESC, which addressed the key highlights of these connections and presents a model for appropriate and timely response. The findings of psychocardiological research are evidence-based and well-documented.

Mental health conditions are associated with an increased risk of cardiovascular disease, a higher mortality from CVD is associated with a poorer prognosis. The risk of negative consequences is twice as high as in people without these conditions. The relationship is bidirectional – cardiovascular diseases place a psychosocial burden on patients and can also lead to secondary mental health conditions. The combination of biological, behavioral, and health-related factors is associated with suboptimal cardiovascular health and care.

There is a significant gap in diagnosis and treatment of people with cardiovascular diseases and their risk factors, as well as in vulnerable groups like older patients and different gender. A simple, step-by-step approach is presented here. Interventions of psychosocial determinants of health are established by Psycho-Cardio Teams that make interdisciplinary collaboration easier to implement. To ensure optimal care, step-by-step screening, diagnosis, and treatment are necessary to meet the complex needs of heart patients and their caregivers. **J Kardiologie 2026; 33 (7–8): 147–51.**

Keywords: cardiovascular disease, CVD, mental health, screening, psycho-cardio-team

■ Einleitung

Das 2025 publizierte ESC Clinical Consensus-Statement zur Beziehung zwischen psychischer Gesundheit und kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) stellt eindrücklich heraus, dass psychische und kardiovaskuläre Gesundheit in einer bidirektionalen, klinisch hochrelevanten Wechselwirkung stehen [1].

■ Psychosoziale Risikofaktoren

Psychosoziale Belastungen und manifeste psychische Störungen erhöhen das Risiko für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen (OR 2,51, 95 %, CI 2,15–2,93) und in weiterer Folge führen akute kardiale Ereignisse und chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu Angststörungen, Depression, chronischem Stress oder Traumafolgestörungen. Es verschlechtern sich die Lebensqualität, die Adhärenz sowie das Selbstmanagement [1]. Das Dokument versteht psychosoziale

Gesundheit als ein Kontinuum, das von optimalem Wohlbefinden, Resilienz und Sinnhaftigkeit bis hin zu psychischen Störungen und schweren psychischen Erkrankungen reicht.

Für die kardiovaskuläre Medizin ist diese weite Perspektive bedeutsam, weil nicht nur psychiatrisch diagnostizierte Erkrankungen, sondern auch subklinische Belastungszustände wie Erschöpfungssyndrom inkl. Burnout, chronischer Ärger, Dysthymie und Typ-D-Verhaltensmuster (Gefühle werden hauptsächlich körperlich und nicht sprachlich verarbeitet) mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko assoziiert sind.

Patienten mit psychischen Erkrankungen wurden bisher weitgehend von kardiovaskulären Studien ausgeschlossen bzw. wurden psychosoziale Faktoren im Risikoprofil nur selten berücksichtigt [2]. Weiters finden psychosoziale Stressfaktoren wenig Resonanz in der klinischen Betreuung.

In den letzten Guidelines der ESC für Vorhofflimmern, Herzklappenerkrankungen, der akuten und chronischen Koronarsyndrome, Hypertonie, PAVK und Aortenerkrankungen, der Kardiomyopathien, CCS und Diabetes, Endokarditis, Pulmonale Hypertonie, ventrikuläre Arrhythmien und plötzlicher Herztod, Herzinsuffizienz, Prävention, angeborene Herzfehler,

Eingelangt am: 07.06.2026, angenommen am: 16.06.2026

Aus der 2. Medizinischen Abteilung (Psychokardiologie-Schwerpunkt), Hanusch-Krankenhaus, Wien

Korrespondenzadresse: OÄ Dr. Evelyn Kunschitz, Hanusch-Krankenhaus, 2. Medizinische Abteilung, A-1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30, E-mail: Evelyn.kunschitz@oegk.at

Sportkardiologie und Fettstoffwechselstörungen finden sich signifikante Hinweise auf Zusammenhänge und Behandlungsbedarf [3–19].

Zu den wesentlichen psychosozialen Risikofaktoren für die Entstehung von CVD zählen chronischer Stress, berufliche Belastung, Arbeitslosigkeit, niedriger sozioökonomischer Status, Diskriminierung, soziale Isolation, Einsamkeit, belastende Kindheitserfahrungen sowie partnerschaftliche Gewalt. Depression, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen sind als unabhängige Risikofaktoren für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität belegt. Die zugrunde liegenden Mechanismen umfassen autonome Dysregulation, neuroendokrine Aktivierung, proinflammatorische Prozesse sowie gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, Bewegungsmangel und schlechte Therapieadhärenz.

Bei bereits bestehender kardiovaskulärer Erkrankung liegt die Prävalenz psychischer Symptome bei 25–40 %. Depression zählt zu den bedeutendsten psychischen Komorbiditäten bei CVD und tritt beispielsweise nach Myokardinfarkt, bei Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, nach ICD-Implantation, bei pulmonaler Hypertonie oder nach Herztransplantation deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung (Prävalenz 18 %). Auch Angststörungen und kardial induzierte posttraumatische Belastungssymptome sind häufig (um 35 %). Diese Störungen sind nicht nur Begleitphänomene, sondern mit ungünstigem Verlauf assoziiert:

- Depressionen verschlechtern die Prognose nach akutem Koronarsyndrom, erhöhen Hospitalisationsraten bei Herzinsuffizienz, stehen in Zusammenhang mit Rhythmusstörungen, v.a. mit dem Wiederauftreten von Vorhofflimmern nach Rhythmisierung, und beeinträchtigen die Teilnahme an Bewegungstherapie und kardiologischer Rehabilitation.
- Angst zeigt ein differenzierteres Bild, kann aber ebenfalls mit reduzierter Lebensqualität, erhöhter Symptomlast und in bestimmten Kollektiven mit erhöhter Mortalität verbunden sein.
- Posttraumatische Belastungssymptome nach akutem kardialen Ereignis sind mit Wiederaufnahmen, Non-Adhärenz und erhöhter Ereignisrate v.a. bei Rhythmusstörungen assoziiert.

■ Psychosoziale Faktoren erhöhen das Risiko für Rhythmusstörungen

Lebensereignisse mit belastenden Umständen und starken Emotionen können Arrhythmien auslösen. Auch die Dekompensation einer vorbestehenden psychosozialen Belastung ist häufig mit dem Auftreten einer Arrhythmie assoziiert. Vor allem depressive Erkrankungen korrelieren mit einem erhöhten Risiko für Vorhofflimmerrezidive nach elektrischen Kardioversionen [20] und Pulmonalvenenisolation [21].

Vor der Implantation eines ICD bzw. einer CRTD-Implantation lassen sich bei etwa 44 % der Betroffenen klinisch relevante herzbezogene Ängste nachweisen. Bei einem Drittel der Patienten war eine depressive Symptomatik nachweisbar. Nach Implantation kommt es zwar zu einer leichten Verbesserung, doch bleiben vor allem bei Patienten mit Therapieabgaben

Ängste bis hin zu einem depressiven Vermeidungsverhalten aufrecht. Hier ist es wichtig, Angehörige miteinzubeziehen und Themen wie Sexualität und Umgang mit dem ICD am Lebensende zu besprechen [22].

■ Angst, Depression und Herzinsuffizienz

Die hohe Koinzidenz von Herzinsuffizienz und depressiver Erkrankung wurde in den letzten Jahren in zahlreichen Reviewarbeiten belegt [23]. Die Verschlechterung der Lebensqualität beziehungsweise der Schweregrad der Depression hängt stark mit dem Schweregrad der Herzinsuffizienz zusammen. Das erklärt sich über neurohumorale und endokrine Zusammenhänge sowie auch auf Verhaltensebene. Eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz schränkt den Lebensradius deutlich ein und vermindert die Lebensqualität [23].

Eine integrierte psychosomatische Behandlung, welche auf die aktuellen Fragen und Anliegen der Patienten eingeht und gleichzeitig den medizinischen Handlungsbedarf abdeckt, ist hier besonders gefragt. Das Einbeziehen der Angehörigen, der „Caregivers“, wird im ESC-Konsenspapier besonders betont [1].

Einen besonderen Stellenwert nimmt die akute reversible Herzinsuffizienz – Takotsubo-Syndrom – ein. Bei über 40 % der Patientinnen mit einem Takotsubo-Syndrom (TTS) findet sich eine psychische Störung wie eine Depression oder eine Angststörung, die als vulnerable Faktoren für eine ungünstige Stressverarbeitung gesehen werden. In funktionellen MRT-Untersuchungen des Gehirns zeigt sich auch eine veränderte Stressverarbeitung: So findet sich eine vermehrte Aktivität der Amygdalae. Es wird eine multimodale psychokardiologische Behandlung mit Einschluss der Angehörigen bereits während des Krankenhausaufenthaltes empfohlen [24].

■ Herzoperationen und Prärehabilitation

Der Betreuungsbedarf bei Patienten, welche sich einer Herzoperation unterziehen müssen, beginnt bereits nach der Diagnose- und Indikationsstellung. Bei diesem Patienten finden sich zahlreiche psychosoziale Risikofaktoren, welche als Prädiktoren eines negativen Outcomes identifiziert werden konnten: Neben Alter und Geschlecht, niedrigem sozioökonomischen Status, niedriger Bildung, ungesundem Lebensstil wie Rauchen und Bewegungsmangel, negativer krankheitsbezogener Überzeugung und negativer Erwartungshaltung finden sich Depression, Angst und posttraumatische Belastungsstörungen in der Anamnese [24]. Prärehabilitative Maßnahmen, welche nicht nur die Frailty, medizinische Ausgangslage, sondern auch kognitive und psychische Faktoren miterheben, können erheblich dazu beitragen, dass der postoperative Verlauf, insbesondere eine Verkürzung der Delirdauer, der Umgang mit Enttäuschungen und die Hebung der Lebensqualität, einen positiven Verlauf nimmt. Auch ethische Problemstellungen, v.a. bei älteren Patienten, sind zu bedenken.

Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EHMA) sind bereits seit ihrer Kindheit intensiv medizinisch betreut und haben meist schon zahlreiche kardiochirurgische Eingriffe hinter sich. Diese Patienten, aber auch ihre Angehörigen,

zeigen bereits enorme Anpassungsleistungen. Wenn psychosoziale Ressourcen nicht mehr ausreichen, verschlechtert sich auch die Prognose.

■ Protektive Faktoren

Erstmals wurde in diesem ESC-Papier auch auf protektive Faktoren und die dazu gehörigen Studien hingewiesen. „Well-being“ sowie positive mentale Zustände wie Optimismus, subjektives Wohlbefinden und Resilienz wirken protektiv und gehen mit einem günstigeren kardiovaskulären Risikoprofil und besserer Prognose einher [25].

■ Psychoneurophysiologische Zusammenhänge

Andauernde psychosoziale Belastungen wie Angststörungen und depressive Erkrankungen, aversiv chronische psychosoziale Stressbedingungen jeglicher Art wie Stress am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft und soziale Isolation sowie anhaltender ökonomischer Stress und belastende Kindheitserfahrungen erfordern psychoneurophysiologische Anpassungen. Hierbei spielen die autonomen, endokrinen und immunologischen Systeme eine zentrale Rolle [26]. Eine Sympathikushyperregulation oder eine anhaltende Dysbalance zwischen sympathikogener und parasympathischer Regulation lassen sich relativ leicht klinisch messen: Eine erhöhte Herzfrequenz, erniedrigte Herzfrequenzvariabilität, ein überschießender Herzfrequenzanstieg bei Belastungen und eine reduzierte Baroreflexsensitivität weisen auf die vegetative Dysbalance hin [24].

Im endokrinen System spielt vor allem das Kortisol eine zentrale Rolle als klassischer endokriner Stressmarker. Er zeigt sich als Endprodukt der unter anderem durch psychosozialen Stress ausgelösten Aktivierung der HPA- (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-) Achse. Chronisch psychisch belastete Individuen weisen oft niedrigere Kortisol-Antworten auf akute Stressbelastungen im Vergleich zu Gesunden auf [27]. Auch dem Leptin kommt in der Stressregulation bei kardiovaskulären Erkrankungen eine neue Rolle zu [28].

Die bidirektionale Beziehung zwischen Stress und Immunsystem ist durch zahlreiche klinische Studien gut belegt. Stress führt über die Aktivierung des ANS und die Freisetzung von Stresshormonen zur Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen und zu einer vermehrten Bildung von Monozyten. Die Leukozytenproduktion wird durch eine verstärkte hämatopoetische Stammzellproliferation gefördert [29]. Stressanfälligkeit führt zu einer Zunahme entzündungsfördernder Monozyten in Gefäßplaques und kann die schädliche Auswirkung hoher Cholesterinwerte auf die Atherosklerose verstärken [30]. Psychosoziale Stressoren führen zur Freisetzung von Chemokinen durch lokal gebildetes Noradrenalin, können zu einer Amygdala-Aktivierung mit nachfolgender Stimulation des Knochenmarks und inflammatorischer Gefäßinfiltration führen, welche das kardiovaskuläre Risiko erhöhen [31]. Bereits subklinisch aktivierte immunologische Parameter wie Akutphase-Proteine und proinflammatorische Zytokine sind sowohl als eigenständige Risikofaktoren für Depressionen wie auch das Auftreten einer Atherosklerose der Koronarien sowie der mikrovaskulären Gefäßveränderungen zu verstehen. Die-

se Faktoren spielen bei der Aufrechterhaltung der chronischen kardiovaskulären Erkrankung und bei Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz eine wesentliche Rolle [24].

■ Vulnerable Gruppen

Besondere Aufmerksamkeit gilt außerdem vulnerablen Gruppen, darunter Frauen, ältere Menschen [32], gebrechliche und multimorbide Patienten [33], sozial benachteiligte Populationen, Queer-Personen [34], Migranten und Geflüchtete sowie Patienten im Bereich der Kardioonkologie. In all diesen Gruppen modulieren psychosoziale, biologische und strukturelle Faktoren die Wechselwirkung zwischen psychischer und kardiovaskulärer Gesundheit zusätzlich.

Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, bipolarer Störung oder schwerer rezidivierender Depression haben ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, eine verkürzte Lebenserwartung und erhalten häufig weniger leitliniengerechte Diagnostik und Therapie. Ursache ist ein komplexes Zusammenspiel aus Lebensstilfaktoren, metabolischen Effekten, psychotroper Medikation, struktureller Unterversorgung, Stigmatisierung und diagnostischem „Overshadowing“. Gefordert werden daher regelmäßige kardiovaskuläre Risikoevaluation, engmaschiges metabolisches Monitoring unter Antipsychotika, rationale Psychopharmakotherapie, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein aktives Gegensteuern gegen Versorgungsungleichheit [2].

Bei der Pharmakotherapie mahnt das Dokument zu differenzierter Risiko-Nutzen-Abwägung. Antidepressiva können bei mittelgradigen bis schweren Depressionen oder Angststörungen indiziert sein, erfordern bei CVD jedoch besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich QT-Zeit-Verlängerung, Blutungsrisiko, metabolischer Effekte und Interaktionen mit kardiovaskulären Medikamenten. Insbesondere bei Herzinsuffizienz wird ein zurückhaltender Einsatz empfohlen. In Arrhythmiekollektiven ist wegen möglicher Proarrhythmie besondere Vorsicht geboten.

Bevorzugt werden, wenn nötig, SSRI mit vergleichsweise günstigerem Nebenwirkungsprofil. Benzodiazepine sollen nicht als First-line-Therapie verwendet werden und wenn doch, sobald wie möglich wieder abgesetzt werden.

■ Screening auf psychosoziale Einflussfaktoren

Ein zentrales Anliegen des Konsensusdokuments ist die systematische Erkennung psychischer Belastungen in der kardiovaskulären Versorgung. Die ESC empfiehlt, psychische Symptome nach Erstdiagnose einer CVD oder nach akutem kardiovaskulärem Ereignis mindestens einmal im Verlauf sowie bei klinischer Indikation aktiv zu erfassen.

Wer soll screenen? Wer soll gescreent werden? Alle Behandler! Alle Patienten!

Für das Initialscreening werden kurze validierte Instrumente wie Whooley-Fragen, PHQ-2 und GAD-2 (PHQ-4) (Abb. 1) empfohlen [35].

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert ☐ Etwas erschwert ☐ Relativ stark erschwert ☐ Sehr stark erschwert ☐

Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen? JA ☐ NEIN ☐

Abbildung 1: Gesundheitsfragebogen PHQ-4

Depressions-Subskala: Summe der ersten zwei Fragen: 3 oder mehr Punkte: positiv für ein Depressions-Screening

Angst-Subskala: Summe der letzten zwei Fragen: 3 oder mehr Punkte: positiv für ein Angst-Screening [35]

■ Diagnostik psychischer Erkrankungen

Bei auffälligem Befund soll eine vertiefte Diagnostik mit validierten Fragebögen und ggf. fachpsychiatrischer oder psychologischer Beurteilung erfolgen. Die Autoren betonen zugleich, dass Screening nur dann sinnvoll ist, wenn klare Versorgungswege für Weiterbehandlung, Beratung und Verlaufskontrolle bestehen [1], z. B. das Stepped-Care-Modell, bei dem Intensität und Art der Intervention an Symptomschwere, klinischen Kontext, Patientenpräferenzen und lokale Ressourcen angepasst werden.

■ Psycho-Kardio-Team

Als strukturelles Leitbild schlägt das Dokument das Konzept eines „Psycho-Kardio-Teams“ vor: Gemeint ist eine multidisziplinäre personenzentrierte Versorgung unter Einbezug von Kardiologie, Pflege, Psychologie/Psychotherapie/Psychiatrie, Sozialarbeit, Physiotherapie und weiteren Gesundheitsberufen sowie die Primärversorgung. Die psychokardiologische Betreuung soll nicht additiv am Rand, sondern integriert in die kardiovaskuläre Routineversorgung erfolgen.

Dazu gehört nicht nur eine psychosomatische Grundhaltung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, sondern auch eine reflektierte Teamorganisation. Hilfreich haben sich dafür multidisziplinäre Teamsitzungen, gezielter Einsatz von evidenzbasierter Kommunikation (z. B. nach ÖPGK-tEACH) und reflektierende Supervision (z. B. Balintgruppen) erwiesen.

■ Therapeutische Vielfalt

Als praktische Implementierungsstrategie werden die ACTIVE-Prinzipien formuliert: Zusammenhänge anerkennen, systematisch prüfen, validierte Instrumente nutzen, personenzentriert umsetzen, strukturelle Veränderungen anstoßen und Ergebnisse evaluieren.

■ Therapeutische Möglichkeiten

Basismaßnahmen für alle Patienten mit CVD umfassen patientenzentrierte Kommunikation (z. B. nach den ÖPGK-tEACH-Prinzipien, Motivational Interviewing [37]), Psychoedukation (z. B. „Herzensbildung“ – wird in den meisten Wiener Krankenhäusern angeboten, DEFI-Gruppen), Unterstützung im Selbstmanagement sowie Förderung gesundheitsrelevanter Lebensstilfaktoren. Psychologische Interventionen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, psychoedukative Programme und stressbezogene Verfahren (z. B. Stressbewältigungsprogramme, Entspannungsverfahren) können Symptome von Depression und Angst reduzieren und die Lebensqualität verbessern. Die Evidenz für eine Reduktion harter kardiovaskulärer Endpunkte ist dagegen bislang begrenzt.

Körperliche Aktivität, Bewegungstherapie, Schlafhygiene, Rauchstopp und gegebenenfalls soziale Verordnungsmodelle („social prescribing“) werden als sinnvolle Bestandteile eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts hervorgehoben.

Die kardiologische Rehabilitation wird ausdrücklich als wichtige (psycho-) kardiologische Interventionen betrachtet. Derzeit gibt es in Österreich drei Zentren, die spezifische psychokardiologische Rehabilitation anbieten: RZ Felbring, RF Bad Tatzmannsdorf und RZ Bad Schallerbach.

In der Herzchirurgie etabliert sich zunehmend das Konzept der Prärehabilitation, welches bereits vor der Aufnahme nochmals den körperlichen (Frailty, Labor, Eisenstatus, Vitamin D) und kognitiven und psychischen Zustand der Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen erfasst, offene Fragen klärt und damit den Angstpegel deutlich senken kann. Im Nachhinein zeigt sich der Erfolg in kürzeren Delirdauern, einer geringeren postoperativen Komplikationsrate und einer rascheren Erholungszeit.

In einigen Ländern Europas sind bereits multidisziplinäre Teams zur Versorgung von chronisch kranken Herzpatienten im Sinne einer „Collaborative Care“ etabliert [38].

■ Zusammenfassung

Zusammenfassend markiert die ESC-Konsensusarbeit einen wichtigen Paradigmenwechsel: Optimale kardiovaskuläre Versorgung ist ohne Berücksichtigung psychosozialer Gesundheit nicht vollständig. Für die kardiologische Praxis folgt daraus die Notwendigkeit, psychosoziale Belastung systematisch

mitzudenken, niedrigschwellig zu screenen, interdisziplinäre Versorgungsstrukturen aufzubauen und Patienten wie Angehörige personenzentriert zu begleiten. Die Evidenzbasis ist in manchen Bereichen noch begrenzt, die klinische Relevanz jedoch bereits heute unstrittig. Jetzt liegt es an gesundheitspolitischem Willen und engagierten Kolleginnen und Kollegen, um die Vorteile einer integrierten, evidenzbasierten Behandlung allen Patienten zukommen zu lassen.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

- Bueno H, Deaton C, Farrero M, et al., ESC Scientific Document Group. 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* 2025; 46: 4156–225.
- Vaccarino V, Prescott E, Shah AJ, et al. Inequalities and disparities in cardiovascular health mental health disorders and their impact on cardiovascular. *Lancet Reg Health Eur* 2025; 56: 101373.
- Van Gelder IC et al., ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2024; 45: 3314–414.
- Praz F et al., ESC / EACTS Scientific Document Group. 2025 ESC / EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2025; 46: 4635–736.
- Vrints C et al., ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2024; 45: 3415–537.
- McEvoy JW et al., ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024; 45: 3912–4018.
- Mazzolai L et al., ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J* 2024; 45: 3538–700.
- Byrne RA et al., ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023; 44: 3720–826.
- Arbelo E et al., ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *Eur Heart J* 2023; 44: 3503–626.
- Marx N et al., ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J* 2023; 44: 4043–140.
- Rehan R, Kotchetkova I, Cordina R, Celermajer D. Adult congenital heart disease survivors at age 50 years: medical and psychosocial status. *Heart Lung Circ* 2021; 30: 261–6.
- Delgado V et al., ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J* 2023; 44: 3948–4042.
- Humbert M et al., ESC / ERS Scientific Document Group. 2022 ESC / ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2023; 61: 3618–731.
- Zeppenfeld K et al., ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J* 2022; 43: 3997–4126.
- McDonagh T et al., ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021; 42: 3599–726.
- Visseren F et al., ESC National Cardiac Society, ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021; 42: 3227–337.
- Baumgartner H et al., ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J* 2021; 42: 563–646.
- Pelliccia A et al., ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2021; 42: 17–96.
- Mach F et al., ESC Scientific Document Group. 2019 ESC / EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020; 41: 111–88.
- Herrmann-Lingen C, Wachter R. Psychological stress and incidence of atrial fibrillation. *Eur J Prev Cardiol* 2021; 28: 631–2.
- Zhuo C, Ji F, Lin X, Jiang D, Wang L, Tian H. Depression and recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation: a meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord* 2020; 271: 27–32.
- Kindermann I, Wedegärtner SM, Bernhard B, et al. Changes in quality of life, depression, general anxiety, and heart-focused anxiety after defibrillator implantation. *ESC Heart Fail* 2021; 8: 2502–12.
- Ladwig KH, Baghai TC, Doyle F, et al. 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* 2022; 29: 1124–41.
- Kindermann I, Köllner V, Albus C, et al. Importance of psychosocial factors in cardiology Update 2024. Position paper of the German Cardiac Society. *Kardiologie* 2024; 18: 412–43.
- Martin-Maria N, Miret M, et al. The impact of subjective well-being on mortality: a meta-analysis of longitudinal studies in the general population. *Psychosom Med* 2017; 79: 565–75.
- Slusher AL, Acevedo EO. Stress induced pro-inflammatory adaptations: Plausible mechanisms for the link between stress and cardiovascular disease. *Front Physiol* 2023; 14: 1124121.
- Karl S, Johar H, Ladwig K, Peters A, Lederbogen F. Dysregulated diurnal cortisol patterns are associated with cardiovascular mortality: Findings from the KORA-F3 study. *Psychoneuroendocrinol* 2022; 141: 105753.
- Cao B, Chen Y, Brietzke E, et al. Leptin and adiponectin levels in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018; 238: 101–10.
- Hinterdobler J, Schott SS, Jin H, et al. Acute mental stress drives vascular inflammation and promotes plaque destabilization in mouse atherosclerosis. *Eur Heart J* 2021; 42: 4077–88.
- Fisher E, Sclaro B, Civeri G, Schlamp F, Delbare S. Stress drives myelopoiesis to impair atherosclerosis resolution. *Res Sq (Preprint)* 2025 Jun 9; rs.3.rs-6727599.
- Mohanta SK, Peng L, Li Y, et al. Neuroimmune cardiovascular interfaces control atherosclerosis. *Nature* 2022; 605: 152–9.
- Jiang J, Li L, Suo X, et al. Temporal dynamics of intrinsic brain activity in older women with subclinical depression. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2025; 80: glaf084.
- Smith SM, Wallace E, Clyne B, Boland F, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Syst Rev* 2021; 10: 271.
- van Zijverden LM, et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol* 2024; 190: S13–S24.
- Loewe B, Blankenberg S, Wegscheider K, et al. Depression screening with patient-targeted feedback in cardiology: DEPSCREEN-INFO randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 132–9.
- Schertz A, Herbeck Belnap B, Chavanon ML, Edelmann F, Wachter R, Herrmann-Lingen C. Motivational interviewing can support physical activity in elderly patients with diastolic heart failure: results from a pilot study. *ESC Hear Fail* 2019; 6: 658–66.
- Sadlonova M, Belnap H. Efficacy of team-based collaborative care for distressed patients in secondary prevention of chronic coronary heart disease: results from the multicenter randomized controlled TEACH trial. *Psychother Psychosom* 2025; 94: 324–42.

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