Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Förderkennzeichen:	01NVF19019
Akronym:	PSY-KOMO
Projekttitel:	PSY-KOMO – Komorbide somatische Erkrankungen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen zur Reduktion somatischer Komorbidität und erhöhter Mortalität
Autorinnen und Autoren:	Anja Viehmann, Stefan Wilm, Andrea Icks für die PSY-KOMO Study Group; Auszüge stammen aus dem Evaluationsbericht sowie dem Transferkonzept (Anlage 19)
Förderzeitraum:	01.09.2020 - 31.08.2024
Ansprechpartner:	Prof. Dr. med. Dr. PH Dr. rer. oec. Andrea Icks Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie Centre for Health and Society Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsklinikum Düsseldorf Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf Tel: +49 211 81-19781, Fax: +49 211 81-16205 E-Mail: Andrea.Icks@uni-duesseldorf.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt PSY-KOMO wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19019 gefördert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis 5
II Abbildungsverzeichnis 6
III Tabellenverzeichnis 6
1 Zusammenfassung 8
2 Beteiligte Projektpartner 9
3 Projektziele 14
3.1 Hintergrund 14
3.2 Ziel der neuen Versorgung und des Projekts 16
4 Projektdurchführung 18
4.1 PSY-KOMO – Beschreibung der neuen Versorgungsform 18
4.1.1 Studienspezifisches Training für Psychiater*innen 22
4.1.2 Qualifikation, Aufgaben und Training der GBs 23
4.1.3 PSY-KOMO – Die Versorgungsstudie 25
4.1.4 Rekrutierung 26
4.1.5 Ethikvotum und Studienregistrierung 26
4.2 Rechtsgrundlage 27
4.3 Durchgeführte Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung der neuen Versorgungsform in die Versorgung 27
4.3.1 Rekrutierung 28
4.3.2 Unvorhergesehene Herausforderungen 29
5 Methodik 30
5.1 Effektevaluation 31
5.1.1 Studiendesign 31
5.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien 32
5.1.3 Fallzahlkalkulation 33
5.1.4 Datenquellen und Matching 33
5.1.5 Datenauswertung 35
5.2 Prozessevaluation 37
5.2.1 Entwicklung von Dokumentationsbögen und Leitfäden für Interviews und Fokusgruppen 37
5.2.2 Rekrutierung 38

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.2.3 Datenerhebung 39
5.2.4 Auswertung 39
5.3 Gesundheitsökonomische Evaluation 40
5.3.1 Datenbasis und Falldefinition 40
5.3.2 Indikatoren zur Analyse der Kosteneffektivität 40
5.3.3 Auswertung 42
5.4 Analyse von Krankenkassendaten 43
5.4.1 Hauptauswertung 46
5.4.2 Erweiterungsanalyse - Selektionsanalyse 49
5.4.3 Erweiterungsauswertung - versorgungsbezogene Analysen 51
6 Projektergebnisse 54
6.1 Effektevaluation 54
6.1.1 Stichprobenbeschreibung 54
6.1.2 Analyse des primären Endpunkts: Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten (KV-Routinedaten) 70
6.1.3 Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung somatischer Komorbiditäten (KV-Routinedaten) 74
6.1.4 Verbesserung von Prävention und Früherkennung (KV-Routinedaten) 79
6.1.5 Deskriptionen der Endpunkte für die Population Greifswald 82
6.2 Ergebnisse der Prozessevaluation 87
6.2.1 Stichprobe 87
6.2.2 Strukturen und Prozesse im Rahmen des PSY-KOMO Projektes 88
6.2.3 Nutzung und Bewertung des neuen Versorgungsangebotes 90
6.2.4 Präventionsangebote und Zusammenarbeit in der Versorgung 95
6.2.5 Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform 97
6.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation 99
6.3.1 Stichprobenbeschreibung 99
6.3.2 Kosteneffektivitätsanalysen 101
6.3.3 Schätzung der Inanspruchnahme 103
6.3.4 Gesamtkosten 103
6.4 Ergebnisse der Analysen der Krankenkassendaten 104
6.4.1 Hauptauswertung 104

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.4.2 Erweiterungsanalysen: Selektionsanalysen 107
6.4.3 Erweiterungsauswertung: Versorgung von Personen mit SMI und ohne SMI .. 111
7 Diskussion der Projektergebnisse 115
8 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 120
9 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 125
IV Literaturverzeichnis 127
V Anlagen 129

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

AG	Analysegruppe
AME	Average Marginal Effekt
AOK BW	AOK Baden-Württemberg
AOK RhHH	AOK Rheinland/Hamburg
ATT	Average Treatment Effect on the Treated, Average Treatment Effect on the Treated
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMI	Body-Mass-Index
chs	Centre for Health and Society
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DMP	Disease-Management-Programm
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GB	Gesundheitsbegleiter*innen
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLMM	Lineare gemischte Modelle
ICC	Intra-Class-Correlation
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis
ifam	Institutes für Allgemeinmedizin
IG	Interventionsgruppe
IVG	Instituts für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
KF	Konsortialführung
KG	Kontrollgruppe
KHK	Koronare Herzkrankheit
KP	Konsortialpartner
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OR	Odds Ratio
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PHB	Psychologische Hochschule Berlin
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PQ	Personenquartale
Q	Quartal
SGB	Sozialgesetzbuch
SMI	Severe mental illness
T2DM	Typ-2-Diabetes mellitus

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
VG	Vergleichsgruppe
VHF	Vorhofflimmern
WTP	Willingness to Pay

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Intervention 21

Abbildung 2: Design für die Primär- und KV-Routinedatenerhebungen 32

Abbildung 3: Consort-Flow-Diagramm der Teilnehmenden an PSY-KOMO und Ableitung der Analysepopulation 56

Abbildung 4: Unterschied in den vorhergesagten Werten der Detektion somatischer Komorbiditäten zwischen IG und KG 73

Abbildung 5: Unterschied in den vorhergesagten Werten der Wahrscheinlichkeit für eine leitliniengerechte Versorgung zwischen IG und KG, Subgruppenanalyse 78

Abbildung 6: Deskriptive Ergebnisse zur mittleren Anzahl von wahrgenommenen Untersuchungen zur Früherkennung und Prävention nach Studiengruppe und Geschlecht .. 80

Abbildung 7: Deskriptive Ergebnisse zur mittleren Anzahl von wahrgenommenen Leistungen zur Früherkennung und Prävention nach Subgruppe, Studiengruppe und Geschlecht 81

Abbildung 8: Entwicklung der Versorgungskosten im Studienverlauf (t0 vs. t1) 100

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner 9

Tabelle 2: Primäre und sekundäre Endpunkte der Evaluation (H1-Hypothesen) 17

Tabelle 3: Änderungen der relevanten Diagnosegruppen für die somatischen Komorbiditäten in PSY-KOMO 29

Tabelle 4: Übersicht der verschiedenen Populationsanalysen mit Ihren Datenquellen und Zielen der Auswertungen 44

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung anhand von KV-Routinedaten 58

Tabelle 6: Deskription der Studienpopulation anhand der Primärdaten 65

Tabelle 7: Primärer Endpunkt: Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten 71

Tabelle 8: Deskriptive Ergebnisse der leitliniengerechten Behandlung nach Studiengruppe und Beobachtungszeitraum* 74

Tabelle 9: Deskriptive Ergebnisse zur Anzahl von wahrgenommenen Untersuchungen zur Früherkennung und Prävention nach Studiengruppe und Geschlecht 79

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 10: Deskriptive Ergebnisse zur Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten 82

Tabelle 11: Deskriptive Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in den letzten fünf Jahren vor Einschluss nach Standort 84

Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen seit Einschluss in PSY-KOMO am Standort Greifswald 85

Tabelle 13: Deskriptive Ergebnisse zu Bewegung zur Einschluss- und Nachbefragung..... 86

Tabelle 14: Befragte nach Geschlecht 87

Tabelle 15: Befragte nach Gruppe und Region 88

Tabelle 16: Entwicklung der Versorgungskosten im Studienverlauf (t0 vs. t1) 100

Tabelle 17: Ergebnisse der modellbasierten Kosteneffektivitätsanalysen für die Ebenen Studienteilnehmende und Bundesebene 102

Tabelle 18: Schätzungen der bundesweiten Teilnehmerzahlen von PSY-KOMO im ersten Jahr seiner Implementierung 103

Tabelle 19: Gesamtkosten und Patient*innen mit erreichtem Interventionsziel 104

Tabelle 20: Deskription der Interventionsgruppe 104

Tabelle 21: Populationen der IG und VG inkl. Drop-Outs 108

Tabelle 22: Deskription von Strukturparametern für die IG und KG 109

Tabelle 23: Populationen AG und VG inkl. Drop-Outs 111

Tabelle 24: Inzidenzen verschiedener somatischer Erkrankungen stratifiziert nach AG und VG 112

Tabelle 25: Anteil leitliniengerecht behandelter Personen der AG und VG 114

Tabelle 26: Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen stratifiziert nach AG und VG.... 115

Tabelle 27: Erreichen der Endpunkte von PSY-KOMO 116

Tabelle 28: Leistungen und zugehörige Aufwände bei einer Verortung in PIA 122

Tabelle 29: Änderungen an der KSVPsych-RL infolge einer Integration von PSY-KOMO 123

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illnesses = SMI) haben ein multifaktoriell bedingtes höheres Risiko für das Auftreten von somatischen Komorbiditäten (körperliche Begleiterkrankungen) wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, was zu einer geringeren mittleren Lebenserwartung führt. Das sogenannte Overshadowing-Phänomen und Stigmatisierung tragen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei, indem die klinische Aufmerksamkeit oft primär auf psychiatrische Erkrankungen der Patient*innen fokussiert wird, was deren körperliche Gesundheitsprobleme vernachlässigt. Stigmatisierung und andere, Patient*innen-seitige Faktoren beeinflussen zudem die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Patient*innen selbst. Die PSY-KOMO-Versorgung für Patient*innen mit SMI zielt auf die Verbesserung der Erkennung (Detektion/Diagnostik) und Behandlung (Therapie) somatischer Erkrankungen sowie deren Vorbeugung (Prävention) durch interdisziplinäre Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsbegleiter*innen (GB).

Intervention/Neue Versorgungsform: PSY-KOMO umfasste: Screening von SMI-Patient*innen durch trainierte Psychiater*innen zur Erfassung somatischer Erkrankungen, von Medikation, Lebensstil und Versorgung; Überweisung von Risikopatient*innen an Haus-/Fachärzte und Präventionsempfehlungen, u.a. unterstützt durch eine eigene Homepage (www.psy-komo-tut-mir-gut.de); sechsmonatige Gesundheitsbegleitung (Unterstützung z.B. bei Arztkommunikation, Terminen, Prävention); lokaler Netzwerkaufbau; telefonisches Konsil für Ärzte/Ärztinnen zur Überprüfung und Anpassung komplexer Medikationsregime.

Methoden: Multizentrische, nicht-randomisierte, mit externer Gruppe kontrollierte Studie, die Elemente der klinischen Effektivitäts- und Implementierungsforschung kombiniert. Die Erprobung erfolgte in Frankfurt, Greifswald, Göppingen/Ulm und Neuss. Eine PSY-KOMO-Interventionsgruppe (IG) wurde mit einer externen gematchten Kontrollgruppe (KG) verglichen (quasi-experimentelles Design). Für die IG wurden 1.838 erwachsene, gesetzlich Versicherte mit Schizophrenie, affektiven Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Quartal (Q) 3/2021 bis Q2/2023 über psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) oder niedergelassene Psychiater*innen rekrutiert. Die Evaluation basierte auf Primärdaten und Routinedaten der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung (KV); für das Studienzentrum Greifswald lagen nur Primärdaten vor. Als primärer Endpunkt wurde (1) die Verbesserung der Krankheitserkennung (Inzidenz) gewählt, weitere Endpunkte waren (2) Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung und (3) Verbesserung von Prävention und Screening. Diese Endpunkte wurden mit Hilfe von Regressionsmodellen zwischen der IG und der externen KG verglichen. Zudem wurden eine Prozessevaluation und eine gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt. Für zwei Regionen ermöglichten Abrechnungsdaten der GKV vertiefende Analysen, u.a. zu stationären Daten.

Ergebnisse: PSY-KOMO verbesserte im prospektiven Beobachtungszeitraum von bis zu 8 Quartalen die Erkennung bisher nicht dokumentierter somatischer Komorbiditäten (IG 11 % vs. KG 6 % in Regelversorgung) und erhöhte die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Eine Odds Ratio von 2,08 weist auf einen Effekt von PSY-KOMO hin. Bei fast allen analysierten somatischen Komorbiditäten wurden prozentual mehr Patient*innen in der IG neu diagnostiziert als in der KG, v.a. bei Bluthochdruck (5,5 % vs. 3,2 %), Asthma/COPD (3,4 % vs. 1,4 %) und Diabetes Typ 2 (3,3 % vs. 1,3 %). In

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Sensitivitätsanalysen war der Effekt robust. Für Personen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie zeigte sich eine verbesserte leitliniengerechte somatische Versorgung. Die Prozessevaluation zeigte eine positive Bewertung von PSY-KOMO durch Psychiater*innen und Patient*innen. Als besonders hilfreich wurden Screening, Gesundheitsbegleitung und Informationsangebote bewertet. GB sind demnach besonders wichtig für Patient*innen mit stark eingeschränkter Alltagskompetenz, da sie Schnittstellen schließen und Versorgungslücken verringern können. Die Umsetzungskosten von PSY-KOMO wurden zwischen 114,00 € und 281,60 € im 1. Jahr/Patient*in geschätzt, die Kosteneffektivität (Kosten-Nutzenverhältnis) könnte langfristig durch vermiedene stationäre Aufnahmen steigen. Die Ergebnisse der Hauptevaluation deuten auf eine stärkere Nutzung ambulanter somatischer Versorgung durch Personen der IG hin, dies bilden auch die Auswertungen der Abrechnungsdaten ab.

Diskussion: Die Erkenntnisse aus der Ergebnisevaluation zeigen relevante Vorteile der Versorgung von SMI-Patient*innen in PSY-KOMO im Vergleich zur Regelversorgung für alle drei aufgestellten Hypothesen der Hauptevaluation. Die Durchführung der Erprobung in mehreren Regionen impliziert eine Übertragbarkeit auf andere Regionen Deutschlands. Psychiater*innen empfinden die GB als entlastend. Der Aufbau interdisziplinärer Vernetzung wird als zentral für eine erfolgreiche Versorgung betrachtet. Die Erkenntnisse der Ergebnisevaluation sprechen für eine Empfehlung der Übernahme von PSY-KOMO in die Regelversorgung, wofür konkrete Umsetzungsvorsachläge gemacht werden.

2 Beteiligte Projektpartner

PSY-KOMO wurde von der Konsortialführung (KF) des Instituts für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG) und des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam), beide Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät, Heinrich Heine-Universität Düsseldorf und Universitätsklinikum Düsseldorf, mit weiteren internen und externen Konsortialpartnern (KP) und Kooperationspartnern durchgeführt (Tabelle 1). Das Konsortium verfügte über umfangreiche Expertise im Bereich der Versorgungsforschung, der Patient*innenversorgung, Gesundheitsbegleitungen und sowohl der Primär- als auch Sekundärdatenerhebung und -analyse.

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Institution	Institut / Abteilung	Verantwortlich	Verantwortlichkeit/Kurzbeschreibung der Rolle
Heinrich-Heine-Universität (HHU); im Auftrag handelnd: Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD)	Ärztlicher Direktor UKD, im Ruhestand	Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider	Konsortialführung, Wissenschaftliche Leitung
	Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)	Prof. Dr. Dr. Andrea Icks	Konsortialführung / übergeordnete koordinative Tätigkeiten, administrative Konsortialbetreuung und Projektabwicklung,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

			Finanzen, Vergabe von Aufträgen, Vergütung der verschiedenen Akteure, Handling Vertragsangelegenheiten, Unterstützung Steuerungsausschuss, Qualitätssicherung der Schnittstellen zwischen allen Beteiligten und Evaluator, Evaluation (Teil 4)
	Institut für Allgemeinmedizin (ifam)	Prof. Dr. med. Stefan Wilm	Konsortialführung / Administration, übergeordnete koordinative und operative (Feld-) Tätigkeiten: Monitoring, Erstellung und Evaluation der (Online-) Schulungen, Koordination der Rekrutierungsstrategie, Entwicklung und Implementierung der Behandlungspfade Unterstützung Gesundheitsbegleiter im Bereich Netzwerkmanagement/ Schulung; Online-Präventionsangebot, Evaluation (Teil 2)
	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf	Prof. Dr. Eva Meisenzahl-Lechner	Konsortialpartner / telemedizinische Pharmaberatungen; (Verwaltungstechnisch der Konsortialführung zugeordnet)
	Koordinierungszentrum für Klinische Studien KKS	Dr. Andreas Stoer	Konsortialpartner / Datenmanagement, Datenhaltung; übergreifende Dokumentation und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

			Controlling, Unterstützung der Behandlungspfade mit Blick auf IT-Prozesse, Datenschutzaspekte (Verwaltungstechnisch der Konsortialführung zugeordnet)
Alexius/Josef Krankenhaus Neuss (St. Augustinus Gruppe)		Dr. Martin Köhne	Konsortialpartner / Lokale Projektkoordination und -leitung: Rekrutierung von Ärzten und Patienten; Zertifizierung Psychiater und Hausärzte; Einstellung und Zertifizierung von Gesundheitsbegleitern; Begleitung der Ärzte und Patienten im Projekt; Datenmonitoring; Aufbau eines lokalen Netzwerkes, Verbundtreffen
UK Frankfurt/M.	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Andreas Reif	
Klinikum Christophsbad Göppingen		Prof. Dr. Walter Hewer Prof. Dr. Nenad Vasic	
UK Greifswald	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Hans J. Grabe	
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)	Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie	Prof. Dr. Frank Jacobi	Konsortialpartner / Erstellung und Evaluation der (Online-) Schulungen, Betreuung der Gesundheitsbegleitung; Entwicklung und Qualitätssicherung der Schulungen und Zertifizierungen für Gesundheitsbegleiter und Ärzte sowie der Maßnahmen der Stufe 2P; Verbundtreffen
KV Nordrhein		Dr. Frank Bergmann	Konsortialpartner / Unterstützung der neuen Strukturen und Prozesse Information, Beratung und Unterstützung; Datenaustausch; Durchführung der Abrechnung; Verbundtreffen;
KV Hessen		Frank Dastych	
KV Baden-Württemberg		Dr. Norbert Metke	

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

			Unterstützung zum Transfer in die Regelversorgung
Zi für die kassenärztliche Versorgung		Dr. Dominik Graf von Stillfried	Konsortialpartner / Meilensteinplanung für einen Transfer in die Regelversorgung, Analyse der Implementierbarkeit (Barrieren und förderliche Faktoren); Auswertung der retrospektiven Daten der Patienten (Eigenkontrollgruppe) bzw. gematchten Kontrollgruppen zur Überführung der Strukturen in die Regelversorgung; ökonomische Bewertung; Meilensteinplanung und Validierung Transferkonzept; Verbundtreffen
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)		Dr. Catharina Scholl	Konsortialpartner / Beratung zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und Wechselwirkungen; Medikamentenanalyse mit elektronischen Interaktionstools; Beteiligung telemedizinisches Konsil; Weiterleitung an europäisches Pharmakovigilanzsystem
Evaluationsinstitut (IGES)		Hans-Dieter Nolting	Auftragnehmer / Erfassung und Evaluation der Outcome-Parameter; Entwicklung des Evaluationskonzeptes; Unterstützung bei der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

			Erstellung der Erhebungsinstrumente für die Outcome-Parameter; fortlaufende Datenanalysen; Verbundtreffen; Teilnahme am Steuerungsausschuss; Evaluationsbericht
AOK Rheinland/Hamburg		Matthias Mohrmann Christoph Rupprecht	Auftragnehmer / Unterstützung der neuen Strukturen und Prozesse; Information, Beratung und Unterstützung; Öffentlichkeitsarbeit; Unterstützung bei der Rekrutierung der Patienten; Datenaustausch; Verbundtreffen; Unterstützung zum Transfer in die Regelversorgung
AOK Baden-Württemberg			Kooperationspartner / Unterstützung der neuen Strukturen und Prozesse; Information, Beratung und Unterstützung; Öffentlichkeitsarbeit; Datenaustausch; Verbundtreffen; Unterstützung zum Transfer in die Regelversorgung

Das Konsortium hat sich teils aus bestehenden Netzwerken konstituiert, größerenteils hat es sich jedoch zur Bearbeitung des Projekts zusammengefunden. Im Rahmen eines Auftakttreffens zu Projektbeginn wurden Absprachen zur Kommunikation getroffen, Expertisen und Verantwortlichkeiten benannt und darauf abgestimmte Arbeitspakete übernommen. Zur Bearbeitung der Arbeitspakete wurden innerhalb des Konsortiums Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet (AG Neue Versorgung, AG Daten, AG Regulatorik, AG Öffentlichkeitsarbeit, AG Wissenschaft). Erst nach Projektbeginn ist die AOK BW dem Projekt beigetreten.

Aufgrund der SARS Covid-19 Pandemie waren zunächst teils starke Einschränkungen für die Zusammenarbeit zu verzeichnen. Aufgrund der pandemischen Situation wurden verstärkt Kommunikationswege wie Telefon- und Videokonferenzen genutzt. Während der gesamten

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Projektlaufzeit wurden E-Mail-Korrespondenzen, regelmäßige Telefon- und Videokonferenzen sowie Projekttreffen durchgeführt. Das Gesamtkonsortium traf sich vierteljährlich zu Konsortialtreffen, online (in Hochphasen der Pandemie ausschließlich) und Präsenz, zusätzlich fanden Videokonferenzen in den Arbeitsgruppen statt. Die Häufigkeit des Austausches und die jeweilige Zusammensetzung der sich austauschenden Personen der Arbeitsgruppen richteten sich nach dem aktuellen Projektstand und den zu besprechenden Themen. Der Steuerungsausschuss traf sich jährlich im Rahmen der Erstellung des Risikoberichts (Präsenz, online oder auch hybrid). Ein Projekttreffen zum Ende des Förderzeitraums hat im Sommer 2024 stattgefunden. Ein weiteres, bei dem vertiefend über die Ergebnisse und die Dissemination diskutiert werden wird, ist für Q2 2025 geplant.

Die Koordination des PSY-KOMO-Projektes wurde durch die KF ausgeführt. Eine Konsortialvereinbarung mit allen KP wurde geschlossen, in der die Zusammenarbeit innerhalb des Projektes festgelegt wurde. Mit Auftrag-nehmenden Parteien und den Kooperationspartnern wurden ebenfalls Verträge geschlossen. Die jeweiligen Vereinbarungen regelten Projektbeiträge (inkl. der Pflichten aller KP), die Aufgabenteilung, Öffentlichkeitsarbeit, Haftung, Geheimhaltung, Mittelweiterleitung, Laufzeit und den Datenschutz. Sowohl die Planungs-, die Umsetzungs- als auch die Abschlussphase erfolgten in enger Absprache mit allen KP. Notwendige Änderungsanträge (z.B. Anpassung der Fallzahl, Verlängerung der Projektlaufzeit, Mittelumwidmungen, etc.) wurden von allen Partnern einstimmig mitgetragen.

Kontaktdaten der Ansprechperson für das Konsortium bei Rückfragen zur Studie, zu den Berichten und zur Überleitung in die Regelversorgung:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Andrea Icks MBA

Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf

Gebäude 17.11

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

+49 211 81-19781

Andrea.Icks@uni-duesseldorf.de

3 Projektziele

3.1 Hintergrund

Patient*innen mit SMI, wie Schizophrenie, affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, zeigen eine deutlich erhöhte Prävalenz somatischer Komorbiditäten. Studien deuten darauf hin, dass diese somatischen Begleiterkrankungen bei

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

dieser Patient*innengruppe in 30% bis zu 80% der Fälle auftreten (1, 2, 8). Menschen mit SMI haben somit ein besonders hohes Risiko für gleichzeitige körperliche (komorbide somatische) Erkrankungen und weisen im Vergleich zu Menschen ohne psychische Erkrankungen eine erheblich höhere Sterblichkeit (Mortalität) auf. Gleichzeitig ist deren somatische Gesundheitsversorgung teilweise defizitär (3, 4). Es resultieren Lebenszeitreduktionen zwischen 6 und 12 Jahren und teilweise auch noch mehr Jahren, abhängig von der psychischen Diagnose, dem Alter und dem Geschlecht der Patient*innen (5–8).

Diese hohe Prävalenz somatischer Komorbiditäten ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Viele Psychopharmaka, insbesondere Antipsychotika, können metabolische Veränderungen wie Gewichtszunahme, Dyslipidämie, Insulinresistenz und Hyperglykämie verursachen und somit das Risiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen erhöhen (9–12). Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente bei somatischen Komorbiditäten und SMI birgt ein besonders hohes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und -wechselwirkungen, was einen individuell zugeschnittenen Behandlungsbedarf erforderlich macht (15).

Zudem weisen Patient*innen mit SMI häufig ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf (16). Komorbidität und Mortalität werden bei psychisch Kranken insbesondere durch sozioökonomische Aspekte (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Isolation) und durch teils dadurch modulierte Lebensstilfaktoren (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, ungesunde Ernährung, körperliche Inaktivität, psychische Traumatisierungen) verstärkt (4). Auch hat ein Teil der Patient*innengruppe einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung (10, 17). Dies und weitere spezifische Hindernisse führen dazu, dass die somatische Gesundheit weniger Aufmerksamkeit erhält und hierdurch seltener körperliche Untersuchungen, z.B. im Rahmen einer hausärztlichen Versorgung, erfolgen, Vorsorgemaßnahmen nicht in Anspruch genommen werden oder Behandlungen schwerer zu organisieren und anzunehmen sind. Zudem steht die psychische Erkrankung bei SMI-Personen und behandelnden Psychiater*innen, aber auch z.B. Hausärzten/-ärztinnen oft im Vordergrund (Overshadowing) (4, 18, 19).

Weiterhin können sowohl Selbst- als auch Fremdstigmatisierung dazu führen, dass somatische Beschwerden bei psychisch erkrankten Menschen nicht ausreichend ernst genommen werden (3, 19, 20). Die Konsequenzen dieser Umstände sind gravierend (10, 21): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben eine drastisch verkürzte Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wobei etwa 60 % dieser Übersterblichkeit auf behandelbare somatische Erkrankungen zurückzuführen sind. Besonders alarmierend ist, dass viele dieser somatischen Erkrankungen unentdeckt und damit unbehandelt bleiben.

Gründe für eine inadäquate Versorgung somatischer Komorbiditäten von Patient*innen mit SMI liegen auch in Defiziten der derzeitigen Versorgungssituation, das heißt einer mangelnden Koordination zwischen psychiatrischer und somatischer Versorgung, fehlenden spezifischen Versorgungsangeboten für diese Patient*innengruppe, einer geringeren Inanspruchnahme von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen und einer unzureichenden Unterstützung bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Lebensstilveränderungen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2 Ziel der neuen Versorgung und des Projekts

Das Hauptziel des Projekts ist die Verbesserung der Behandlungs- und Prozessqualität bei einer (somatischen) Hochrisikopopulation, deren Zugang zur und Verbleib in der Regelversorgung somatischer Erkrankungen aufgrund von krankheits- ebenso wie systembezogenen Problemen im Versorgungssystem beeinträchtigt ist (4). Die neue Versorgungsform zielt darauf, die Prävention oder/und diagnostische Erkennung/Abklärung von somatischen Erkrankungen bei SMI-Patient*innen zu verbessern und eine stärkere Orientierung ihrer somatischen Behandlung an Leitlinien zu erreichen. Sekundär sollen somatische Notfälle und Hospitalisierungen vermindert, UAW reduziert und die Therapieadhärenz erhöht werden. Durch spezifische Unterstützung der Patient*innen sollen ihre Gesundheitskompetenz und Lebensqualität gesteigert werden. In der Langzeitperspektive ist das Ziel, dass die Lebenszeitreduktion dieser Population kleiner wird und sich die Zahlen für Personen mit und ohne SMI angleichen.

Übergeordnete Ziele des Projekts und der neuen Versorgung:

- Die Verbesserung der somatischen Versorgung von SMI-Patient*innen sowie die Reduktion ihrer somatischen Komorbidität und erhöhten Mortalität
- Die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit SMI und somatischer Komorbidität
- Die Prävention von somatischen Komorbiditäten durch Lebensstilberatung sowie durch Zugangsschaffung und Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
- Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Therapie von somatischen Erkrankungen
- Die Verbesserung der leitliniengerechten somatischen Behandlung
- Die Entwicklung von Behandlungspfaden für somatische Komorbiditäten bei SMI-Patient*innen
- Der Aufbau lokaler und multiprofessioneller Versorgungs-Netzwerke
- Das Verständnis der Prozesse sowie der Ressourcen und Hindernisse der neuen Versorgungsform
- Die Entwicklung eines Transferkonzepts für die Überführung von PSY-KOMO in die Regelversorgung mit Abschätzung der Kosten einer Umsetzung.

Ziele der Evaluation von PSY-KOMO

Effektevaluation

- Wirksamkeitsnachweis, ob die modulare PSY-KOMO-Versorgung zu einer Verbesserung der Detektion von somatischen Komorbiditäten (primärer Endpunkt) führt
- Analyse der leitliniengerechten Behandlung von somatischen Komorbiditäten (sekundärer Endpunkt)
- Analyse der Inanspruchnahme von Prävention und Früherkennung (sekundärer Endpunkt)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Analyse einer möglichen Veränderung im Lebensstil (ergänzende Fragestellung für die Region Greifswald)
- Zentrale Hypothesen sind in Tabelle 2 aufgeführt:

Tabelle 2: Primäre und sekundäre Endpunkte der Evaluation (H1-Hypothesen)

Endpunkt	Hypothese / Fragestellung
Verbesserung der Detektion von somatischen Komorbiditäten (primärer Endpunkt)	Durch die Intervention werden bestehende somatische Erkrankungen entdeckt und diagnostisch abgeklärt, die zuvor nicht diagnostiziert waren und die ohne die Intervention zumindest kurzfristig weiter unentdeckt geblieben wären. In der IG werden im prospektiven Zeitraum (Q1-Q8) mehr somatische Komorbiditäten neu diagnostiziert als in der KG.
Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung von somatischen Komorbiditäten (sekundärer Endpunkt)	Die Intervention führt dazu, dass sowohl bereits bekannte als auch im Beobachtungszeitraum erstmals diagnostizierte somatische Erkrankungen zu einem höheren Anteil entsprechend der jeweils krankheitsspezifischen Leitlinien behandelt werden. In der IG werden im prospektiven Beobachtungszeitraum (Q1-Q4) anteilig mehr Personen leitliniengerecht behandelt als in der KG.
Verbesserung von Prävention und Früherkennung (sekundärer Endpunkt)	Die Intervention führt dazu, dass Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen in höherem Maße durchgeführt bzw. in Anspruch genommen werden. In der IG werden im prospektiven Beobachtungszeitraum (Q1-Q8) mehr Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen als in der KG.
Veränderung im Lebensstil (ergänzende Fragestellung)	Die Lebensstilfaktoren Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum und Tabakkonsum zeigen eine positive Veränderung über den Interventionszeitraum. Vergleich zu t0 bewegen sich die Teilnehmenden zu t1 mehr, zeigen einen weniger riskanten Alkoholkonsum und rauchen seltener.

- Quelle: Evaluationskonzept

Prozessevaluation

- Ermittlung des Erlebens und der Bewertung von Strukturen und Prozessen durch die rekrutierenden Psychiater*innen, insbesondere in Bezug auf Patient*innenrekrutierung und -versorgung, Qualität des Trainings, Umsetzung von Leitlinien, Angebot und Nutzung von Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Kommunikation und Integration in den Praxisalltag und der Behandlungspfade
- Untersuchung des Erlebens der Behandlungsqualität und -auswirkungen auf die einbezogenen Patient*innen in verschiedenen Settings (Praxis, PIA)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Erhebung des Erlebens und des Umgangs der Patient*innen mit ihrer Erkrankung, ihrer Wahrnehmung und Nutzung von Präventionsangeboten und Früherkennungsuntersuchungen sowie ihrer Bedarfe und Bedürfnisse in der Umsetzung der neuen Versorgungsform
- Untersuchung der Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform.

Gesundheitsökonomische Evaluation

- Berechnung der Kosteneffektivität (Kosten/Nutzen) und Hochrechnung der Ergebnisse auf Bundesebene
- Schätzungen der Inanspruchnahme und der zugehörigen Kosten zur Abschätzung des potenziellen Versorgungsvolumens für den Fall einer bundesweiten Umsetzung.

Analysen von Krankenkassendaten (zwei Regionen/zwei Krankenkassen)

- Vertiefte Evaluation der Versorgungs-Outcomes (Hauptauswertung) durch den Einbezug von Daten zu stationären Aufenthalten und Rehabilitations-Leistungen für die Regionen Neuss und Göppingen/Ulm
- Selektionsanalyse des PSY-KOMO-Kollektivs unter Einbeziehung von Daten aller SMI-Versicherten für die Region Rheinland
- Vergleich der somatischen Gesundheit und Versorgung von Personen mit SMI und Personen ohne SMI für die Region Rheinland.

Weitere Projektziele

- Erfassung des Erlebens des Prozesses, der Erfahrungen und Impulse der am Projekt Beteiligten (Trainingspersonal, Mitarbeiter*innen, GB, Vertreter*innen der Konsortial- und Kooperationspartner und der Konsortialführung)
- Strukturierung/Standardisierung der Trainings für PSY-KOMO Psychiater*innen und GB
- Erarbeitung und Bereitstellung von edukativen Materialien für ärztlich Tätige und Patient*innen
- Entwicklung und Bewertung eines Transferkonzepts unter Berücksichtigung verschiedener Möglichkeiten.

4 Projektdurchführung

4.1 PSY-KOMO – Beschreibung der neuen Versorgungsform

PSY-KOMO ist speziell für Personen mit SMI entwickelt worden. Das Konzept wurde durch versorgende Psychiater*innen entwickelt. Impuls für die Konzeptentwicklung waren Ergebnisse einer Analyse für Deutschland, die zeigten, dass Menschen mit SMI eine deutlich erhöhte Sterblichkeit haben und häufiger an körperlichen Begleiterkrankungen leiden. Die Ergebnisse weisen auf dringenden Verbesserungsbedarf in der allgemeinen medizinischen Versorgung hin (8).

Zielgruppe: Für die Untersuchung des Wirksamkeitsnachweises wurde die Population entsprechend der Zielpopulation der neuen Versorgung definiert: Personen mit

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20.x, F21, F22.x, F25.x), manische Episoden (F30.x), bipolare affektive Störungen (F31.x), schwere unipolare Depressionen (F32.2/33.2, F32.3/F33.3) und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3x). Um Unterschiede in der Prävalenz und den Behandlungsbedarfen zu berücksichtigen, werden die Ergebnisse Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (F20.x, F21.x, F22.x, F25.x und F60.3.x) und Patient*innen mit affektiver Störung (F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2 und F33.3) als Subgruppen differenziert dargestellt.

Die Probanden für die PSY-KOMO Studie wurden über teilnehmende PSY-KOMO Psychiater*innen rekrutiert und konnten für sechs Monate (an der Intervention) teilnehmen und PSY-KOMO nutzen. Hierzu gehört u.a. die Beratung/Begleitung durch die GBs.

PSY-KOMO Module (wesentliche Inhalte der Intervention)

Die neue Versorgung PSY-KOMO ist modular aufgebaut. Stufe 1 muss von jeder an der neuen Versorgung teilnehmenden Person durchlaufen werden, Elemente aus Stufe 2 können nach Bedarf genutzt werden (Abbildung 1).

Stufe 1 – Screening

Nach Einschluss werden bei allen Patient*innen standardisiert, ohne Berücksichtigung von Risiken, Vorerkrankungen, zu erwartenden UAWs und Folgeerkrankungen – einmalig eine strukturierte, standardisierte Anamnese mit Hilfe eines Dokumentationsbogens (Anlage 1) sowie bei Bedarf allgemeine körperliche, neurologische sowie spezifische Untersuchungen von trainierten, zertifizierten Psychiater*innen durchgeführt. Je nach individuellem Patient*innen-Bedarf und Erfahrung sowie Praxisausstattung werden Hausärzt*innen und ggf. Fachärzt*innen für weiterführende Diagnostik durch Überweisung hinzugezogen. Der Screening-Dokumentations-Bogen dient zur Orientierung und Identifikation möglicher Risikobereiche. Neben anamnestischen/medizinischen Untersuchungen werden verordnete somatisch und psychotrop wirksame Medikamente und ggf. aufgetretene unerwünschte Wirkungen (UAW) abgefragt.

Stufe 2

Patient*innenschulungen/Prävention

Auch bei unauffälligen somatischen Befunden existiert wegen der bestehenden schweren psychischen Erkrankung und ggf. wegen des Lebensstils ein erhöhtes Risiko, von einer zusätzlichen somatischen Erkrankung. Daher werden alle Patient*innen bei Interesse in lokal vorhandene Präventions- und Schulungsmaßnahmen und in die Angebote der Regelversorgung vermittelt, wie z.B. Bewegungstraining, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Schutzimpfungen. Online-Module z.B. zu Ernährung und Bewegung werden wegen ihres allgemeinen Informationscharakters allen Patient*innen angeboten; dafür steht eine Zielgruppen-spezifisch entwickelte Homepage (www.psy-komo-tut-mir-gut.de) in einfacher Sprache zur Verfügung (Anlage 17)[1].

[1] Die Projekthomepage wird bis mindestens 31.12.2026 weiter betrieben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Regelversorgung

Bei Verdacht auf Vorliegen von einer oder mehreren somatischen Erkrankungen, die bisher nicht oder unzureichend therapiert erscheinen, werden die Patient*innen durch behandelnde Psychiater*innen in eine hausärztliche/fachärztliche somatische Diagnostik und ggf. Behandlung der Regelversorgung durch Überweisung vermittelt.

Bei Bedarf erhalten die Patient*innen bei der Inanspruchnahme weiterer Untersuchungen und Versorgungsangebote Unterstützung durch die GB*innen; der Kontakt wird direkt in der Konsultation oder mit Hilfe eines lokal spezifischen Informationsblatts hergestellt.

Modul Gesundheitsbegleiter*innen (GB)

Um die adäquate Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten zu unterstützen und Motivation und Adhärenz der Patient*innen zu fördern, werden GB*innen eingeführt. GB*innen sind Personen aus Gesundheitsfachberufen, insbesondere Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte, und werden für das Projekt geschult und zertifiziert. Sie sollen die Patient*innen bei Bedarf über einen Zeitraum von sechs Monaten durch das Gesundheitssystem begleiten und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsleistung durch individuell angepasste Maßnahmen reduzieren. Die Gesundheitsbegleiter*innen haben jeweils an einem der vier Studienstandorte gearbeitet.

Modul Telefonkonsil zur Pharmakotherapie und UAW-Risikominimierung

Durch ein spezifisches medizinisches telefonisches Konsilangebot des LVR-Klinikums Düsseldorf werden die Behandler*innen in der Verordnung der psychotropen und somatischen Medikation (inkl. Polypharmazie), zu UAWs und Wechselwirkungen beraten, gerade im Hinblick auf die Interaktion somatischer und psychotroper Substanzen. Dies erfolgt in enger Kooperation mit der am BfArM aufgebauten Interaktionsdetektion. Häufig auftretende und besonders folgenreiche UAWs und Wechselwirkungen werden in edukativem Material (Flyer) erläutert, das den Versorgenden über den Projektverlauf zur Verfügung gestellt wird (Anlagen 10-18).

Regionen, zertifizierte Ärzt*innen und Praxisverbünde

An den vier regionalen Studienzentren stehen den zertifizierten Ärzt*innen ärztliche Projektmitarbeiter*innen (Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie) zur Verfügung, um die Patient*innenzentrierte Versorgung mit den beteiligten Ärzt*innen und den Gesundheitsbegleiter*innen zu koordinieren und zu unterstützen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

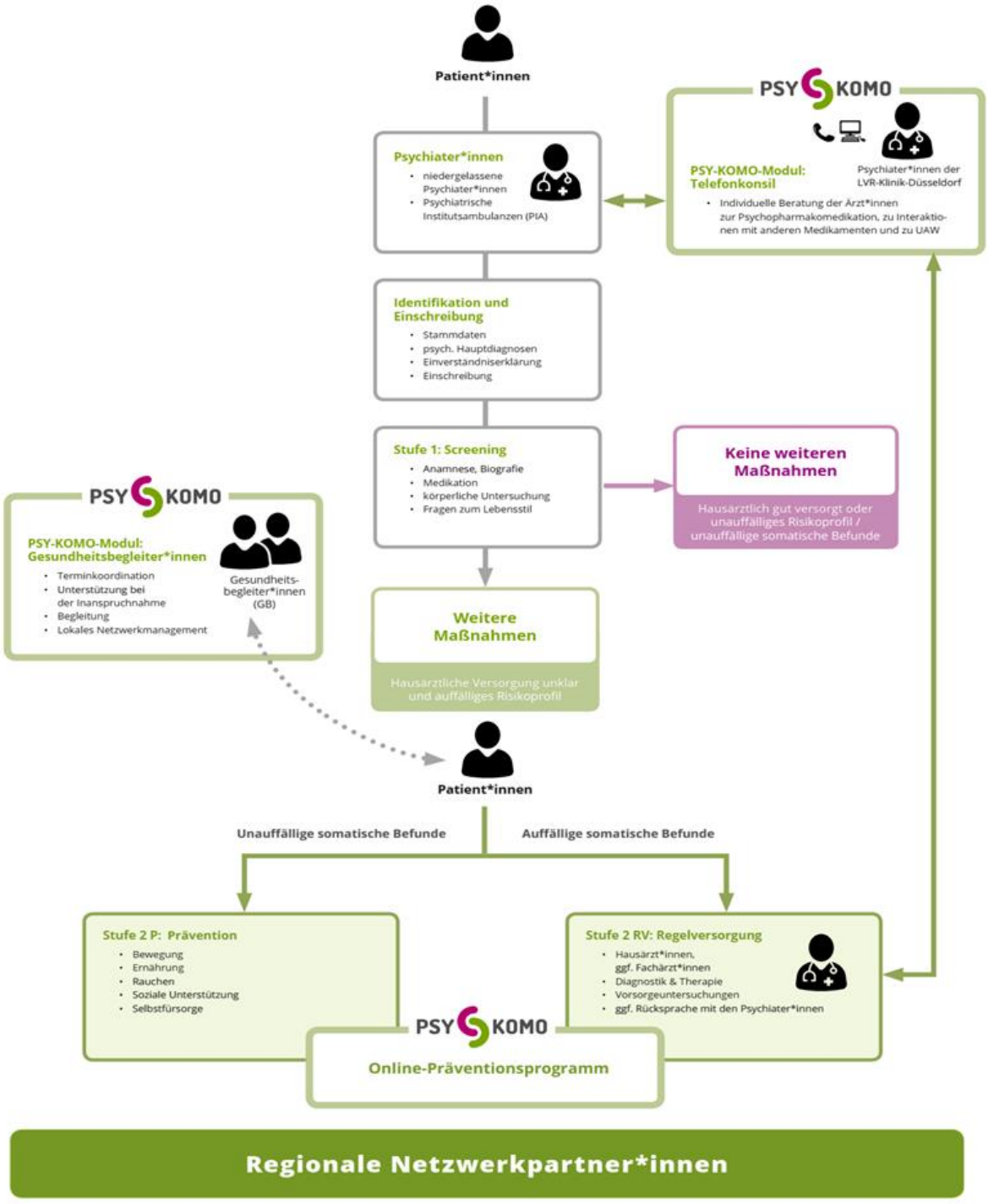


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Intervention

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Leistungen der neuen Versorgungsform PSY-KOMO

Screening
*Leistungserbringer: Psychiater*in*

- Durchführung des Screenings

Begleitung

*Leistungserbringer: Gesundheitsbegleiter*in*

- Bedarfsermittlung
- Gesundheitsförderung durch Sensibilisierung und Edukation
- Kommunikation mit der vertragsärztlichen Versorgung
- Beratung (teils mehrfach)
- Arztsuche, Terminvereinbarung, -planung und -vorbereitung
- Begleitung zu Arztterminen
- gesundheitsfördernde Kurse/Aktivitäten Suche und ggf. Buchung
- Gruppenangebote zur Gesundheitsförderung (z. B. Spaziergänge, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung)
- Vernetzung mit der vertragsärztlichen Versorgung (Hausärzte, somatische Fachärzte)
- Vermittlung an weitere Hilfesysteme (z. B. Beratungsstellen)
- Netzwerkaufbau- und pflege

Vgl. hierzu auch das Transferkonzept (Anlage_19).

4.1.1 Studienspezifisches Training für Psychiater*innen

Dazu gehörte beispielsweise die Vorstellung der Module, Rekrutierungsabläufe und Probandenaufklärung und das Screening. Entwickelt wurde das Training in einem multiprofessionellen Team (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften) und im Austausch mit Expert*innen für die Versorgung von SMI-Patient*innen. Folgende Inhalte wurden im Training vermittelt (vgl. Anlagen 7.1-7.2):

- Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- PSY-KOMO - die neue Versorgungsform
- Screening von Menschen mit SMI auf Risiken oder Anhaltspunkte für somatische Erkrankungen
- Modul Gesundheitsbegleiter*innen
- Modul Telefonkonsil
- Modul Präventionsportal
- Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Welche Daten werden im PSY-KOMO Projekt verarbeitet?
- Aufklärung und Einschluss von Patient*innen mit SMI
- Das Einschluss-Gespräch - Vorgehen und Datenerhebung
- Weiterleitung der erhobenen Daten
- Studienadministration/Organisatorisches

Zu Beginn wurden die Trainings auf Grund der Covid-19 Pandemie online und über alle Standorte hinweg durchgeführt. Im späteren Verlauf wurden neu teilnehmende Ärzt*innen und Ärzte auch in Präsenz trainiert.

4.1.2 Qualifikation, Aufgaben und Training der GBs

Qualifikation

Kern des Versorgungsangebots besteht in der Gesundheitsbegleitung (GB), die von Mitgliedern nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen durchgeführt wird. In der Erprobung des Angebots wurden hierfür insbesondere Pflegekräfte eingesetzt, teils Medizinische Fachangestellte (MFA).

Psychiatrische Pflegekräfte sind für die Gesundheitsbegleitung psychisch erkrankter Menschen aufgrund Ihres spezialisierten Fachwissens besonders geeignet. Ihre Ausbildung und berufliche Erfahrung vermitteln ihnen ein tiefes Verständnis für die Komplexität psychischer Erkrankungen, die Dynamik von Krisen und die Bedeutung therapeutischer Beziehungen. Zudem sind sie geschult, psychische Zustandsbilder differenziert zu beurteilen, Veränderungen im Befinden frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Ihr Wissen über psychopharmakologische und nicht-pharmakologische Therapieansätze ermöglicht es ihnen, Patientinnen und Patient*innen in ihrer individuellen Situation eine Gesundheitsbegleitung anzubieten, die mehr als nur administrative Unterstützung umfasst. Die Fähigkeit, eine empathische und gleichzeitig professionelle Beziehung aufzubauen, ist entscheidend, da so ein Vertrauensverhältnis, das für die Akzeptanz von Unterstützung und die aktive Teilnahme am Versorgungsprozess unerlässlich ist, schafft. Im professionellen Umgang mit Menschen mit SMI umfangreich geschulte Medizinische Fachangestellte kommen ebenso für die Gesundheitsbegleitung in Frage. Erfahrungen und Kompetenzen im Bereich der allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Versorgung charakterisieren häufig ihr fachliches Profil.

Aufgaben von GBs

Je nach Bedürfnis der Patientinnen und Patient*innen können die Versorgungsleistungen der Gesundheitsbegleiter*innen (GBs) in PSY-KOMO stufenweise eingesetzt werden und umfassen:

Grundversorgung: Ermittlung der Bedarfe der Patient*innen sowie deren Beratung und Gesundheitsförderung. Dies wird teils wiederholt durchgeführt, um dem Bedarf nach wiederholter Beratung und Planung somatischer Behandlung Rechnung zu tragen.

Verstärkte Begleitung: Planung und gemeinsame Vorbereitung von Arztbesuchen sowie Heraussuchen von lokalen Angeboten zur Gesundheitsförderung, wie z.B.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Entspannungskursen oder Bewegungsprogrammen.

Begleitung zu Terminen: Bei Bedarf, insbesondere bei starker psychischer Belastung oder kognitiver Einschränkung, Unterstützung bei der Wahrnehmung somatischer Behandlungstermine. Dies konnte die Begleitung bis ins Behandlungszimmer und die Unterstützung im Arztgespräch einschließen, sofern gewünscht und vom Praxispersonal ermöglicht.

Darüber hinaus übernehmen die GBs folgende Aufgaben:

Unterstützung im Zugang zum Versorgungssystem: Information und Beratung von Patient*innen und deren Angehörigen über die PSY-KOMO Versorgung, deren Ziele und Ablauf. Unterstützung der Patientinnen bei der Orientierung im komplexen Versorgungssystem.

Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe: Unterstützung der Patient*innen bei der Erkennung und Nutzung ihrer eigenen Stärken und Ressourcen. Ermutigung zur Selbstvertretung ihrer Interessen und zur Mitwirkung an Entscheidungen.

Dokumentation und Evaluation: Führen von standortspezifischen Dokumentationen über die erbrachten Leistungen und den Verlauf der Begleitung.

Netzwerkarbeit: Sensibilisierung von Akteuren des örtlichen Versorgungssystems für eine verbesserte somatische Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Bewerbung des Angebots durch bilateralen Kontakt oder Veranstaltungen. Diese Arbeit dient der Verankerung von PSY-KOMO in der medizinischen Versorgung vor Ort, indem Hausärzte/-ärztinnen und andere Vertragsärzte/-ärztinnen informiert und zur Zusammenarbeit motiviert werden, um die Aufmerksamkeit für somatische Erkrankungen ihrer SMI-Patientinnen zu erhöhen und ggf. eine Überweisung oder Empfehlung an PSY-KOMO auszusprechen.

Zusammenfassend spielen GB*innen bei PSY-KOMO eine zentrale Rolle als Brücke zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und unterstützen die Patientinnen dabei, selbstbestimmt Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen und erforderliche Untersuchungen/Behandlungen zu erhalten.

Training der GBs

Das Training für Gesundheitsbegleiter*innen im PSY-KOMO-Projekt zielte darauf ab, diese bei der Umsetzung des Versorgungselements im Projekt zu unterstützen. Das Training umfasste eine Vielzahl von Themen, die Gesundheitsbegleiter*innen auf ihre Rolle in der Versorgung von Patient*innen mit SMI vorzubereiten, um deren somatische Gesundheit zu verbessern. Zusätzlich wurden Studienspezifische Aspekte vermittelt, wie z.B. die Dauer der Begleitung einzelner Teilnehmenden im Rahmen der Evaluationsstudie (6 Monate).

Kerninhalte des Trainings waren:

- Grundlagen von PSY-KOMO:
    - Verbesserung der Behandlungsqualität bei SMI-Patient*innen.
    - Reduktion somatischer Komorbidität und Mortalität in dieser Patient*innengruppe.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

    - Ursachen für Versorgungsprobleme bei SMI-Patient*innen.
- Gesundheitliche Aspekte und -förderung:
    - Allgemeine Prinzipien der Unterstützung von SMI-Patient*innen.
    - Besonderheiten in Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigungen und -förderung bei dieser Zielgruppe.
- Rolle der Gesundheitsbegleiter*innen:
    - Abgrenzung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten.
    - Notwendiges Rollenverständnis.
- PSY-KOMO im Versorgungssystem:
    - Beteiligte am Projekt.
    - Patient*innenrekrutierung und -behandlungspfade.
    - Unterstützung bei Behandlung und Diagnostik.
- Praktische Fertigkeiten:
    - Gesprächsführung und Motivationsförderung.
    - Netzwerkarbeit mit lokalen Versorgern und Hilfeeinrichtungen.
    - Erstgespräch und Beziehungsaufbau.
- Weitere Aspekte:
    - Beispiele für Behandlungspfade
    - Gesundheitsförderung und Prävention (Bewegung, Ernährung, Rauchen)
    - Beitrag der Gesundheitsbegleiter*innen zur Weiterentwicklung der Versorgungsform
    - Dokumentation und Evaluation
    - Weitere Trainings und Supervision

Das Training betont die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit und die Notwendigkeit für Gesundheitsbegleiter*innen, Patient*innen effektiv durch das Versorgungssystem zu navigieren, ihre Selbstbestimmung zu fördern und zur Verbesserung ihrer somatischen Gesundheit beizutragen.

Informationen zur Konzeption des Trainings nebst Manual, Materialien und Handreichungen finden sich in Anlage 8.1-31. Eine interne Evaluierung zeigt, dass das Training gut angenommen werden konnte und lieferte Hinweise zur weiteren Optimierung (Anlage_8.15).

4.1.3 PSY-KOMO – Die Versorgungsstudie

Die Versorgung in PSY-KOMO wird anhand einer multizentrischen nicht-randomisierten Studie an den Standorten Frankfurt am Main, Greifswald, Göppingen / Ulm und Neuss untersucht. Dazu wird eine Interventionsgruppe (IG), die die neue Versorgung in PSY-KOMO erhält, mit einer externen Kontrollgruppe (KG) verglichen (quasi-experimentelles Design). Der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studieneinschluss der IG wird von an Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) tätigen Psychiater*innen oder von niedergelassenen Psychiater*innen durchgeführt. Die externe KG wird über ein multivariates Matchingverfahren gebildet. Für die Region Greifswald stehen ausschließlich Primärdaten zur Verfügung. Eine detaillierte Beschreibung der Methoden erfolgt in Kapitel 5.

4.1.4 Rekrutierung

In einem ersten Schritt wurden Psychiater*innen um Teilnahme gebeten, die dann an dem PSY-KOMO Training teilnehmen, die Probandenaufklärung durchführen und bei Vorliegen des Einverständnisses der Probanden das Screening vornahmen. Durch die KP, die für die Rekrutierung zuständig waren, erfolgt die Ansprache. Im ersten Schritt in den eigenen Einrichtungen und weitergehend dann im ambulanten Bereich und auch bei anderen PIAs.

Der Rekrutierungszeitraum (Einschluss der/des ersten Patient*in bis Einschluss der/des letzten Patient*in) erstreckte sich von Q3-2021 bis einschließlich Q2-2023. Die Intervention der zu letzt eingeschlossenen Probanden endete in Q4-2023, was insbesondere den Zugang bzw. die Begleitung durch die GB betrifft. Entsprechend der Zielpopulation wurden Personen mit folgenden Diagnosen um Teilnahme gebeten: Personen mit Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20.x, F21, F22.x, F25.x), manische Episoden (F30.x), bipolare affektive Störungen (F31.x), schwere unipolare Depressionen (F32.2/33.2, F32.3/F33.3) und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3x). Eingeschlossen wurden erwachsene Patient*innen (18 Jahre oder älter), die gesetzlich versichert waren.

Der Einschluss der/des ersten Patient*in fand am 09.09.2021 statt, der Einschluss der/des letzten Patient*in war am 30.06.2023. Die letzte Nachbefragung für die Stichprobe am Standort Greifswald wurde am 29.12.2023 erhoben.

Bei den Primärdaten liegt der Rücklauf der Einschlussbefragung (t0) bei n = 1.838 (roh). Von diesen Einschlüssen waren beispielsweise Probanden doppelt eingeschlossen oder die Bögen waren mehrfach an das KKSD übermittelt worden, sodass diese Daten nicht an den Evaluator einbezogen worden sind. Dem Evaluator für die Effektevaluation sind 1.816 Datensätze (Teilnehmende Screening) für die Ableitung der Analysepopulation der IG übermittelt worden. Von den 296 Patient*innen (Teil der 1.816) am Standort Greifswald liegen für n = 245 Fälle Daten zur Nachbefragung (t1) vor (n = 51 längsschnittliche Drop-outs). Die Fallzahlen, welche für die Analysen bereitstehen sind im Kapitel 5. Methodik dargestellt.

4.1.5 Ethikvotum und Studienregistrierung

Die Einreichung der Ethikvoten an den Standorten erfolgte sukzessive. Die Studie wurde zunächst in Düsseldorf bei der Konsortialführung eingereicht (Studien-Nr.: 2021-1366), im Anschluss bei den vier teilnehmenden Einrichtungen in den Modellregionen. Dieser Prozess hatte auf Grund eines Cyberangriffs auf das Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) deutlich länger gedauert als üblich (siehe dazu auch Kap. 4.3.1).

Die Zustimmung zur Studienteilnahme, zur Erhebung der Primärdaten (die im Rahmen des Screenings erhoben wurden) und die Zustimmung der Verknüpfung der Primärdaten mit den Abrechnungsdaten (KV-Daten) war Voraussetzung für die Nutzung von PSY-KOMO in der Versorgungsstudie.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die PSY-KOMO Studie wurde unter dem Identifier DRKS00030200 beim Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS) registriert: https://drks.de/search/de/trial/DRKS00030200

4.2 Rechtsgrundlage

Als Rechtsgrundlage für die PSY-KOMO Versorgung basiert auf Prinzipien und Pflichten des allgemeine Behandlungsvertrags § 630a BGB (Bürgerliches Gesetzbuch). § 630a BGB bildet die allgemeine Rechtsgrundlage für das Verhältnis zwischen Arzt (oder in diesem Fall dem Leistungserbringer im Rahmen der PSY-KOMO Versorgung) und Patient. Er definiert die Pflichten des Behandelnden zur Leistung der versprochenen Behandlung und die Rechte des Patient*innen auf eine dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung. Auch wenn PSY-KOMO eine spezielle Form der Versorgung darstellt, unterliegt sie letztendlich den allgemeinen Regeln des Behandlungsvertrages. Die spezifischen Elemente (z.B. interdisziplinäre Zusammenarbeit) konkretisieren die Art und Weise, wie die Behandlungspflichten gemäß § 630a BGB in diesem Kontext erfüllt werden. Die weiteren Paragraphen des Behandlungsvertrages (§§ 630b ff. BGB) ergänzen § 630a BGB und sind ebenfalls relevant für die ärztliche PSY-KOMO Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die Aufklärungspflicht (§ 630c BGB) und die Dokumentationspflicht (§ 630f BGB).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der allgemeine Behandlungsvertrag nach § 630a BGB die grundlegende rechtliche Basis für die PSY-KOMO Versorgung darstellt. Die spezifische Ausgestaltung der Versorgung wird durch die Besonderheiten des Projekts und die darauf aufbauenden Vereinbarungen konkretisiert, ohne jedoch die Gültigkeit der allgemeinen Regeln des Behandlungsvertrages aufzuheben.

4.3 Durchgeführte Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung der neuen Versorgungsform in die Versorgung

In der Versorgungspraxis wurden in drei Modellregionen Sprechstunden von Gesundheitsbegleiter*innen den jeweiligen Praxen oder vor Ort in den PIA angeboten. Diese räumliche Nähe zur eigenen Praxis/PIA, aber auch zu den Lebensräumen der Patient*innen wird sowohl von Psychiater*innen als auch Patient*innen als sinnvoll erlebt. Diese Formate bieten eine niederschwellige Möglichkeit, die Koordinierung der Versorgung zu unterstützen und die Zusammenarbeit zwischen den Akteur*innen zu verbessern. Bei der Implementierung der neuen Versorgungsform PSY-KOMO wäre es wichtig, auf die Nutzung bereits existierender evidenzbasierter Strukturen zu achten. Dies fördert die Nachhaltigkeit und Akzeptanz der Maßnahmen.

Ein zentrales Element für eine erfolgreiche Versorgung ist der Aufbau und die Stärkung interdisziplinärer sowie interprofessioneller Vernetzungsaktivitäten. Allerdings gestaltet sich die Vernetzung mit regionalen Versorger*innen in der Breite als herausfordernd. Es bestehen erhebliche Barrieren, wie der Mangel an Zeit und Vergütung für zusätzlichen Aufwand in der ambulanten medizinischen Versorgung, was die Zusammenarbeit erschwert. Weiterhin sind regionale Präventionsangebote nicht in ausreichender Anzahl vorhanden oder nicht angemessen auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten. In PSY-KOMO ist der systematische Aufbau interdisziplinärer Netzwerke zusätzlich zu den bereits bestehenden individuellen Vernetzungen in der Versorgung nicht gelungen. Hier bedarf es weiterer

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Konzepte und Anreizsysteme zur Förderung und Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

4.3.1 Rekrutierung

Covid-Pandemie

Die Covid-19 Pandemie nahm entscheidenden Einfluss auf die Rekrutierungsarbeiten und Prozesse der neuen Versorgungsform auf mehreren Ebenen mit unterschiedlicher Intensität im Projektverlauf. Die Belastungen und Effekte von Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pandemie auf das Gesundheitswesen sind hinlänglich bekannt: u.a. zeigten sich personelle Engpässe (Krankenstand, Betreuungsbedarfe im familiären Umfeld z.B. durch Schließung von Schul- und Kinderbetreuungseinrichtungen, etc.), starke Auslastung und Belastung des Personals, höhere Frequentierungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen und Praxen durch erhöhten Bedarf auf Patient*innenseite sowie besondere organisatorische Herausforderungen (z.B. tagesaktuelle Tests für den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen). Kurs- und Gruppenangeboten (Ernährung, Bewegung, Entspannung, Raucherentwöhnung) wurden zeitweise coronabedingt gänzlich eingestellt, so dass der Bedarf zeitweise nicht gedeckt werden konnte. Teilweise wurden die psychiatrischen Sprechstunden auch per Video/Telefon durchgeführt, so dass die Rekrutierung nicht erfolgen konnte.

Die Rekrutierung und die Zertifizierung von Psychiater*innen lag insbesondere aus diesen Gründen deutlich hinter den gesteckten Zielen. Die Gewinnung von niedergelassenen Psychiater*innen für das Projekt stellte sich als besondere Herausforderung dar. Auch aus diesem Grund hatte das Konsortium bei der Beantragung der ausgabenneutralen Verlängerung ebenfalls eine Ausweitung der Rekrutierungszeit berücksichtigt. Der Antrag auf ausgabenneutrale Verlängerung wurde im Oktober 2023 eingereicht. Lösungsansätze wurden gemeinsam durch die Vertreter*innen der Standorte erarbeitet, indem regelmäßig Online-Meetings abgehalten wurden, in denen Ideen ausgetauscht und diskutiert wurden. Diese virtuellen Treffen dienten nicht nur dem Sammeln von Vorschlägen, sondern auch dem Teilen von Erfahrungen und bewährten Vorgehensweisen, die an den verschiedenen Standorten erfolgreich umgesetzt worden waren. So konnten die Beteiligten voneinander lernen und kreative Lösungen entwickeln, die auf die spezifischen Herausforderungen an den einzelnen Standorten zugeschnitten waren. Auch die beteiligten KVen (KVNO, KVBW, KVH), die Krankenkassen (AOK RhHH/HH, AOK BW) und AG Öffentlichkeitsarbeit sowie weitere Mitglieder des Konsortiums waren eingebunden und verstärkt regional aktiv. Der kontinuierliche Austausch förderte die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis, was zu einer effektiveren Umsetzung der Projektziele führte.

Die Prozessevaluation zeigt darüber hinaus auf, dass Probleme bei der Rekrutierung für die Evaluation der PSY-KOMO Versorgungsform nicht durch Vorbehalte gegenüber der Versorgungsform, sondern durch Vorbehalte in der sozial-psychiatrischen Versorgung hinsichtlich der Teilnahme an Studien sowie Sorgen der SMI-Patient*innen im Umgang mit Gesundheitsdaten im Rahmen von wissenschaftlichen Studien entstanden sind.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.3.2 Unvorhergesehene Herausforderungen

Cyberangriff UKD und Goethe Universität Frankfurt: Am 10.09.2020 wurde das IT-System des UKDs durch einen Hackerangriff weitreichend und langanhaltend gestört. Zum einen kam es in Folgen eines Cyberangriffs zu Verzögerungen bei Verwaltungsprozessen am UKD (KF), diese Betrafen die Bearbeitung des Ethikantrags und bei der Ausarbeitung von Verträgen für die Zusammenarbeit mit den Rekrutierungszentren gemeinsam mit der Rechtsabteilung des UKD (siehe auch Kapitel 4.3.2). Der Cyberangriff auf das Universitätsklinikum Frankfurt am 6.10.2023 und blockierte ebenfalls die Systeme. Dies hatte insbesondere im Rahmen des Projektabschlusses in Bezug auf die Begleitung der letzten Patient*innen und Kommunikation mit dem lokalen Netzwerk Auswirkungen.

Anpassung der Fallzahlkalkulation

PSY-KOMO ging nach Berücksichtigung von Prävalenzen und angenommenen Teilnahmeraten ursprünglich davon aus, dass in den beteiligten Regionen maximal 7.724 Patientinnen und Patient*innen die Einschlusskriterien erfüllen und potentiell rekrutiert werden könnten.

Die im Evaluationskonzept angelegte Fallzahlkalkulation musste im Herbst 2022 aufgrund der Nicht-Berücksichtigung der Einschlüsse aus Greifswald (vgl. 4.3.1 Sekundärdaten für die Region Greifswald) für die Evaluation unter Einbeziehung von Sekundärdaten, einer allgemein geringeren Rekrutierung als erwartet und der Ergänzung weiterer zu untersuchenden somatischen Komorbiditäten verändert werden.

- Für die Region Greifswald, war es trotz intensiver Bemühungen des Konsortiums nicht möglich, Abrechnungsdaten für PSY-KOMO Teilnehmende und entsprechend auch nicht für Kontrollen zu akquirieren. Um diese Patient*innen dennoch in die Evaluation einzubeziehen, wurde nach ca. sechs Monate nach Einschluss ein modifizierter Screeningbogen erneut eingesetzt. Daher liegen für diese Teilnehmenden ausschließlich Primärdaten vor.
- Ergänzung der somatischen Komorbiditäten: Die Liste der relevanten somatischen Begleiterkrankungen wurde basierend auf medizinischer Expertise erweitert, um weitere wichtige Krankheitsbilder abzudecken (Tabelle 3).

Tabelle 3: Änderungen der relevanten Diagnosegruppen für die somatischen Komorbiditäten in PSY-KOMO

Ursprüngliche zu Untersuchende somatischen Komorbiditäten	Erweiterung der zu Untersuchenden somatischen Komorbiditäten
Hepatitis C (B18.2; B17.1)	Hepatitis, Chron. Lebererkrankungen (B15-B19, K70-K75)
Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	Diabetes mellitus Typ 2 (E10-E14)
Koronare Herzkrankheit (I25)	Koronare Herzkrankheit (I20-I25)
Herzinsuffizienz (I50)	Herzinsuffizienz (I50)
COPD (J44)	Chron. Bronchitis, COPD, Asthma (J41-J45)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Brustkrebs (C50)	Brustkrebs (C50)
-	Dickdarmkrebs (C18-C21)
-	Herzrhythmusstörungen inkl. Vorhofflimmern (I44-I49)
-	Periphere arterielle Verschlusskrankheit (I70- I74)
-	Arterielle Hypertonie und Folgeerkrankungen (I10-I15)

Die ursprüngliche Kalkulation basierte auf einer maximalen Rekrutierungszahl von 7.724 Patient*innen und basierte auf der Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten als primären Endpunkt. Es wurden verschiedene Szenarien bezüglich der Prävalenz von Komorbiditäten und des Anteils unentdeckter Fälle angenommen. Die benötigte Fallzahl für den primären Endpunkt wurde auf 1.208 Personen ohne bekannte Komorbiditäten berechnet und je nach Szenario auf bis zu 3.774 erhöht. Für die geplanten Subgruppenanalysen war eine Verdopplung auf 7.548 Fälle vorgesehen.

Aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen wurde die Fallzahlkalkulation für den primären Endpunkt angepasst (siehe auch Kapitel 5.1.3). Die Prävalenz somatischer Komorbiditäten wurden hier konservativer angenommen als zuvor (50% statt 80%). Die erwartete Detektionsrate unentdeckter Komorbiditäten wurde auf 6% in der Interventions- und 3% in der Kontrollgruppe angepasst. Die geplante separate Auswertung des primären Endpunkts auch für Subgruppen wurde dahingehend angepasst, dass nun lediglich deskriptiv und inferenzstatistisch analysiert werden sollte.

Die neu berechnete benötigte Fallzahl für den primären Endpunkt betrug 1.302, was bei der zum Zeitpunkt der Neukalkulation erreichten Rekrutierungsrate und durch eine zusätzliche Verlängerung des Rekrutierungszeitraums um zwei Quartale erreichbar erschien.

So war sichergestellt, dass auch bei geringeren Rekrutierungsrate und der Sondersituation von Greifswald, PSY-KOMO evaluiert werden konnte.

Die Rekrutierung wurde am 30.06.2023 abgeschlossen und die Begleitung zum 31.12.2023 an allen vier Standorten planmäßig beendet. Die neuberechnete Fallzahl konnte erreicht und mit insgesamt n=1.840 sogar leicht übertroffen werden.

Die posteriori Poweranalyse für die höhere Fallzahl und die Analysepopulation wird in Kapitel 5 im Detail beschrieben.

5 Methodik

Das vorliegende Kapitel orientiert sich an der CONSORT Guideline zur Beschreibung von Interventionsstudien.

PSY-KOMO wird über vier Evaluationsmethoden und unter Einbeziehung unterschiedlicher Datenquellen evaluiert. Die Effektevaluation erhält die Informationen über die Teilnahme am

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Projekt und die Daten aus dem Screening als Primärdaten. Für das Matching von Kontrollen und die Analyse zu den Hypothesen werden Abrechnungsdaten von drei KVen (KVNO, KVBW, KVHessen) genutzt. Die gesundheitsökonomische Evaluation bezieht sich u.a. auf diese Ergebnisse. Die Erhebung der Daten für Prozessevaluation erfolgte über qualitative Interviews. Für die vertiefenden Analysen von Krankenkassendaten wurden für die beiden Regionen Neuss und Göppingen/Ulm die Teilnehmenden über die Primärdatenerhebung identifiziert, die bei den jeweiligen AOKen versichert waren und für diese sowie für das Matching geeignete Kontrollen Daten bei den beiden Krankenkassen angefordert. Für die Analysen eines Selektionseffektes und für Analysen von Fragestellungen, die Personen mit SMI mit Personen ohne SMI verglichen haben, wurden Daten von der AOK RhHH analysiert.

5.1 Effektevaluation

5.1.1 Studiendesign

Die Evaluation der Versorgung im Projekt PSY-KOMO erfolgt mittels einer multizentrischen, nicht-randomisierten Studie an den Standorten Frankfurt am Main, Greifswald, Göppingen/Ulm und Neuss. Hierbei wird eine IG, die die neue PSY-KOMO-Versorgung erhält, mit einer externen KG verglichen (quasi-experimentelles Studiendesign). Die Rekrutierung der IG-Teilnehmerinnen wird von Psychiater*innen in PIAs oder niedergelassenen Psychiater*innen durchgeführt. Die externe KG wird durch ein multivariates Matchingverfahren gebildet (siehe Abschnitt 5.1.4). Der Zeitraum für die Studienteilnahme (vom Einschluss der ersten bis zur letzten Person) erstreckte sich vom dritten Quartal 2021 bis einschließlich des zweiten Quartals 2023.

Die spezifizierten Ziele der neuen Versorgungsform werden durch die Prüfung folgender Hypothesen evaluiert:

H1: Durch die Intervention werden bestehende somatische Erkrankungen entdeckt und diagnostisch abgeklärt, die zuvor nicht diagnostiziert waren und die ohne die Intervention zumindest kurzfristig weiter unentdeckt geblieben wären (Verbesserung der Krankheitsdetektion).

H2: Die Intervention führt dazu, dass sowohl bereits bekannte als auch im Beobachtungszeitraumerstmals diagnostizierte somatische Erkrankungen zu einem höheren Anteil entsprechend der Leitlinien behandelt werden (Verbesserung der leitlinienorientierten Behandlung).

H3: Die Intervention führt dazu, dass Maßnahmen der Prävention und Früherkennung von Krankheiten in höherem Maße durchgeführt bzw. in Anspruch genommen werden (Verbesserung von Prävention und Früherkennung).

Für die Auswertung werden sowohl Primärdaten (Erhebungen bei Studieneinschluss) der teilnehmenden Patient*innen als auch Abrechnungs- und Verordnungsdaten der KVen der beteiligten Standorte Frankfurt am Main, Göppingen/Ulm und Neuss (Hessen, Nordrhein, Baden-Württemberg) genutzt. Die KV-Routinedaten bilden dabei den überwiegenden Teil der gesamten Datengrundlage. Für die Patient*innen, die am Standort Greifswald in die Studie aufgenommen wurden, liegen ausschließlich Primärdaten vor (Daten aus der Einschluss- und einer Folgebefragung). Das Design der Datenerhebungen ist in Abbildung 2 dargestellt. Bei

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Aufnahme in PSY-KOMO erfolgt die erste Befragung (t0). Eine zweite Befragung (t1), die nur in Greifswald durchgeführt wird, findet etwa sechs Monate nach dem Einschluss statt. Der Zeitpunkt des Einschlusses definiert gleichzeitig das Einschlussquartal (Q0) in den KV-Routinedaten. Ausgehend von diesem Zeitpunkt werden rückblickend KV-Routinedaten der acht vorhergehenden Quartale (retrospektiver Beobachtungszeitraum, Q-8 bis Q-1) und vorausschauend KV-Routinedaten aus mindestens zwei bis acht nachfolgenden Quartalen (prospektiver Beobachtungszeitraum, Q+1 bis Q+2 bzw. Q+8) in die Evaluation einbezogen. Die Dauer des individuellen prospektiven Beobachtungszeitraums variiert je nach Einschlusszeitpunkt. Somit fließen pro Patient*in KV-Routinedaten aus mindestens elf Quartalen (Q-8 bis Q-1, Q0, Q+1 bis Q+2) bzw. bis zu 17 Quartalen (Q-8 bis Q-1, Q0, Q+1 bis Q+8) in die Analyse ein. Der gesamte Beobachtungszeitraum umfasst die Zeit von Q3-2019 bis einschließlich Q4-2023, was den Beginn der retrospektiven Daten der ersten Person bzw. das Ende der prospektiven Daten der letzten Person widerspiegelt.

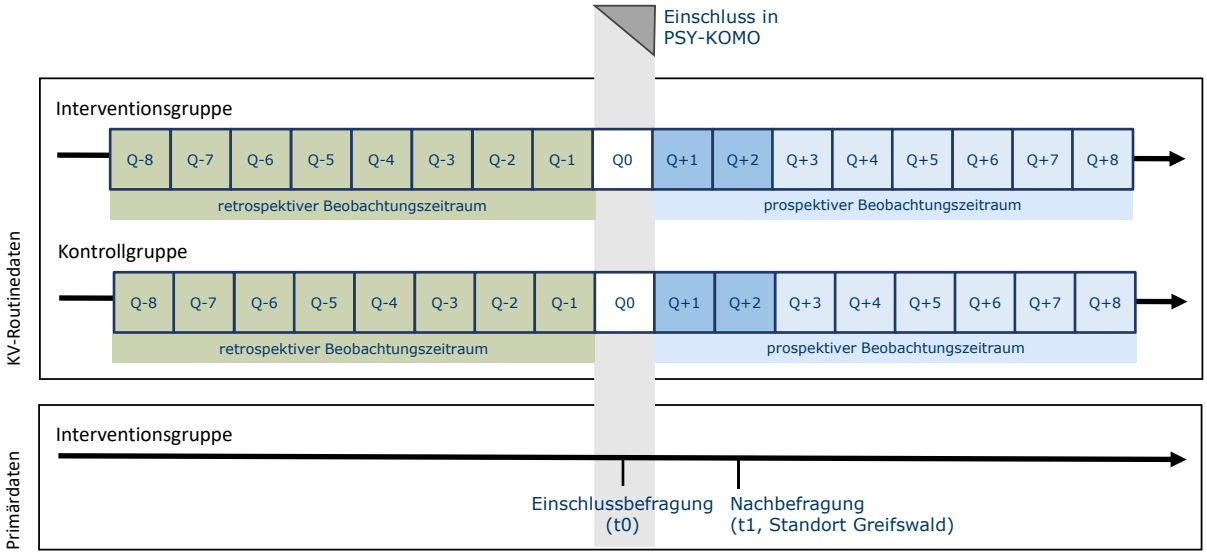


Abbildung 2: Design für die Primär- und KV-Routinedatenerhebungen

Quelle: IGES Institut; Evaluationsbericht, S. 13
Anmerkung: Der prospektive Beobachtungszeitraum erstreckt sich je nach Einschlusszeitpunkt im Rekrutierungszeitraum über mindestens zwei und maximal acht Quartale

5.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

Gesetzlich krankenversicherte Erwachsene mit einer schweren psychischen Erkrankung (ICD 10-Codes: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20.x, F21, F22.x, F25.x), manische Episoden (F30.x), bipolare affektive Störungen (F31.x), schwere unipolare Depressionen (F32.2/33.2, F32.3/F33.3) sowie emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3x).

Ausschlusskriterien:

Minderjährige, fehlenden Zustimmung bei Einschreibung.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.1.3 Fallzahlkalkulation

Für die Fallzahlkalkulation wird basierend auf diesen Studien angenommen, dass die Prävalenz von somatischen Komorbiditäten unter Patient*innen mit schweren psychischen Störungen bei 50 % liegt und in dieser Subgruppe bei 85 % die somatischen Komorbiditäten bereits diagnostiziert wurden. Bei einem Rekrutierungspotential (Menschen mit SMI in den Projektregionen laut Projektantrag) von 7.724 Personen ergeben sich somit 3.282 Personen, die aufgrund bereits vorliegender somatischer Komorbidität von den Analysen für den primären Endpunkt ausgeschlossen werden müssten. Es würden 4.441 Patient*innen für die Analysen verbleiben, wobei laut den Annahmen bei 579 Personen eine unentdeckte somatische Komorbidität vorliegt. Anhand dieser Parameter lässt sich bestimmen, dass in der PSY-KOMO Stichprobe für den primären Endpunkt, d. h. die Stichprobe mit Patient*innen, die im Zeitraum vor Einschluss keine Diagnose einer somatischen Komorbidität aufweisen, ein Potenzial von 13 % mit vorhandenen, aber noch nicht diagnostizierten somatischen Komorbiditäten besteht, die im Rahmen von PSY-KOMO neu diagnostiziert werden können.

Poweranalyse

Für die a-priori Fallzahlkalkulation wird erwartet, dass in PSY-KOMO in der IG circa die Hälfte der nicht diagnostizierten somatischen Komorbiditäten entdeckt wird, die Detektionsrate von somatischen Komorbiditäten also bei ca. 6 % liegt, während sie in der KG bei 3 % liegt. Um diesen Unterschied statistisch nachweisen zu können (mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % und einem Signifikanzniveau von 5 %), wären insgesamt 1.497 Proband*innen in IG und KG nötig, idealerweise gleich verteilt. Da aber nur Proband*innen ohne oder mit bisher unerkannter somatischer Komorbidität in diese Analyse einfließen, musste die anfänglich berechnete Zahl von 749 Fällen auf 1.302 pro Gruppe erhöht werden, basierend auf Annahmen zur Häufigkeit (50 %) und dem Anteil unentdeckter Erkrankungen (15 %). Die somit für die Überprüfung des Haupteffekts benötigte Fallzahl beträgt demnach 1.302 Patientinnen pro Gruppe und bezieht sich auf alle Studienzentren außer Greifswald, da dort keine KV-Routinedaten für die Analyse des primären Endpunkts vorliegen.

5.1.4 Datenquellen und Matching

Datenquellen

Primärdaten

Teil des ärztlichen Screenings war ein Einschlussfragebogen. Der Einschlussfragebogen enthält insgesamt 46 Items, wobei Stammdaten, Medikation, Vorsorgeuntersuchung, bekannte somatische Komorbiditäten, Lebensstil und Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform erfasst werden (Anlage 1). Der Fragebogen zur Nachbefragung (nur Greifswald) umfasst 33 Items, wobei 19 Items zu Stammdaten (Geschlecht, Gewicht, BMI), zur Medikation (Einnahme von Antipsychotika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Tranquilizer) sowie zu den Lebensstilfaktoren (Bewegungsdauer und -frequenz) analog zur Einschlussbefragung erfasst werden. (Anlage 2)

KV-Routinedaten

Für die Datenanalyse werden pseudonymisierte Abrechnungsdaten der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter aus den KV-Bezirken Nordrhein, Hessen und Baden-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Württemberg genutzt. Die Daten umfassen den Zeitraum Q2-2019 bis Q1-2023 und enthalten Daten von Personen mit mindestens eine gesicherte ICD-10-GM-Diagnose oder Verdachtsdiagnose aus den Kapiteln F1x.x, F2x.x, F3x.x, F4x.x oder F6x.x. Zusätzlich wurden Arzneimittelverordnungsdaten aus den Abrechnungsdaten der Apotheken in pseudonymisierter Form bereitgestellt. Die Übermittlung erfolgte gemäß § 75 SGB X.

Matching der KG

Zur Bestimmung des Effekts der Intervention auf primäre und sekundäre Endpunkte wurde mithilfe eines multivariaten Matchingverfahrens eine KG gebildet. Grundlage dafür waren KV-Routinedaten. Ziel war es, den Studienteilnehmerinnen möglichst ähnliche Vergleichspatient*innen zuzuordnen. Eine zentrale Matchingvariable war die PSY-KOMO-Einschlussdiagnose aus den Primärdaten. Da diese in der IG zu einem hohen Anteil im Rahmen differenzierter Diagnosestellung in PIA erhoben wurde, während für die KG nur Abrechnungsdaten aus der regulären vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung standen, ist von einer gewissen Asymmetrie im Detailgrad der Diagnosedaten auszugehen. Entsprechend wurde auf ein exaktes 1:1-Matching auf Diagnoseebene verzichtet. Um dieser Problematik zu begegnen, wurden die Einschlussdiagnosen in den KV-Daten auf ICD-Dreisteller-Ebene reduziert und Diagnosegruppen gebildet (F30.x, F31.x, F60.x-F64.x; F68.x-F69.x, F20.x-F22.x;F25.x, F32.x;F33.x). Diese basierten teils datengetrieben (z. B. Ergänzung der Persönlichkeitsstörungen F60-F64 sowie F68-F69 zur Gruppe F60.3). Bei der datenbasierten Bestimmung der Gruppen wird berechnet, wie groß der Anteil an Personen mit einer Einschlussdiagnose in den Primärdaten ist, die in den KV-Routinedaten eine Diagnose der entsprechenden Einschlussdiagnosegruppe aufweisen. Als Ziel für die Gruppenbildung wird festgelegt, dass 70 % der Personen mit einer Einschlussdiagnose in den Primärdaten auch in den KV-Routinedaten mit einer Diagnose der Einschlussdiagnosegruppe diagnostiziert wurden. Bei Patient*innen mit mehreren Einschlussdiagnosen ist eine eindeutige Zuordnung zu einer einzigen Einschlussdiagnosegruppe erforderlich. Um eine möglichst hohe Fallzahl zu generieren, wird die Häufigkeit der Einschlussdiagnosegruppen bei der Zuordnung berücksichtigt: Die Zuordnung wird in aufsteigender Rangfolge durchgeführt, von der Einschlussdiagnosegruppe mit der geringsten Fallzahl bis zur Einschlussdiagnosegruppe mit der höchsten Fallzahl (F30.x > F31.x > F60.x-F64.x; F68.x-F69.x > F20.x-F22.x;F25.x > F32.x;F33.x). Studienteilnehmer*innen, die Mehrfachdiagnosen aufweisen und nur in einer Einschlussdiagnose gematcht werden können, werden dieser Einschlussdiagnosegruppe zugeordnet.

Im nächsten Schritt wurde der Pool potenzieller Kontrollpatient*innen vorbereitet: Patient*innen aus Interventionsregionen wurden ausgeschlossen und jedem eine zufällige Einschlusszeit zugewiesen, anhand derer der retrospektive Beobachtungszeitraum definiert wurde. Auf Basis der KV-Routinedaten wurden demografische Merkmale (Alter, Geschlecht, KV-Region), Morbiditätsmerkmale (z. B. somatische Komorbiditäten, Diagnosen nach dem M2Q-Kriterium) sowie Angaben zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (z. B. ambulante Behandlungsfälle, Facharztentgelte, GOPs, Arzneimittelverordnungen) extrahiert. Zur Erfassung sozioökonomischer Unterschiede kam der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) zum Einsatz (23).

Das Matching wurde für jede Diagnosegruppe separat als 1:1 Nearest Neighbor Matching ohne Zurücklegen durchgeführt. Dabei wurde für jeden Studienteilnehmer*in eine möglichst

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ähnliche Kontrollperson anhand zahlreicher Merkmale ausgewählt. Bestimmte Variablen wurden exakt gematcht, für andere wurde eine maximale Abweichung („caliper“) festgelegt. Als Distanzmaß diente die Mahalanobis-Distanz, die auch Korrelationen zwischen den Variablen berücksichtigt. Ziel des Verfahrens war die Schätzung des Average Treatment Effect on the Treated (ATT). Um sowohl eine gute Balance als auch eine vollständige Zuordnung zu ermöglichen, erfolgte das Matching stufenweise mit schrittweiser Lockerung der Kriterien (siehe Evaluationsbericht Tabelle 6, S.35). Nach dem Matching wurde die Balance auf relevanten Merkmalen geprüft. Für kontinuierliche Variablen wurde sie anhand der standardisierten Mittelwertsdifferenz (≤ 0,25) und des Varianzverhältnisses (> 0,5 und < 2), für kategoriale Variablen anhand der Differenz relativer Häufigkeiten (≤ 10 %) beurteilt.

5.1.5 Datenauswertung

Primärer Endpunkt

Anhand des primären Endpunktes, definiert als „Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten“ wird bewertet, inwiefern bisher nicht diagnostizierte somatische Erkrankungen in der IG im Vergleich zur KG neu diagnostiziert werden. In die Analysen wird eine Auswahl von zehn möglichen Erkrankungen einbezogen (siehe /Fallzahlanpassung): Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit (KHK), Herzrhythmusstörungen inkl. Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit, arterielle Hypertonie und Folgeerkrankungen, Hepatitis C / chronische Lebererkrankungen, chronische Bronchitis / Asthma / chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Brustkrebs und Dickdarmkrebs.

Sekundäre Endpunkte der Effektevaluation:

- Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung von somatischen Komorbiditäten: Die Intervention führt dazu, dass sowohl bereits bekannte als auch im Beobachtungszeitraum erstmals diagnostizierte somatische Erkrankungen zu einem höheren Anteil entsprechend der jeweils krankheitsspezifischen Leitlinien behandelt werden. In der IG werden im prospektiven Beobachtungszeitraum (Q1-Q4) anteilig mehr Personen leitliniengerecht behandelt als in der KG.
- Verbesserung von Prävention und Früherkennung (sekundärer Endpunkt): Die Intervention führt dazu, dass Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen in höherem Maße durchgeführt bzw. in Anspruch genommen werden. In der IG werden im prospektiven Beobachtungszeitraum (Q1-Q8) mehr Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen als in der KG.
- Veränderung im Lebensstil (ergänzende Fragestellung): Die Lebensstilfaktoren Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum und Tabakkonsum zeigen eine positive Veränderung über den Interventionszeitraum. Vergleich zu t0 bewegen sich die Teilnehmenden zu t1 mehr, zeigen einen weniger riskanten Alkoholkonsum und rauchen seltener.

Datenauswertung

Die Prüfung der Endpunkte erfolgt mit inferenzstatistischen Methoden, wobei relevante Ergebnisse zusätzlich anhand von Abbildungen veranschaulicht werden. Das Signifikanzniveau

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ist für alle Analysen auf 5 % festgelegt. Deskriptive Ergebnisse werden mit einer Nachkommastelle, inferenzstatistische Ergebnisse mit zwei Nachkommastellen berichtet.

Für die Inferenzstatistik werden regressionsanalytische Verfahren verwendet. In Abhängigkeit des Skalenniveaus werden logistische oder lineare Regressionsmodelle mit Maximum-Likelihood-Schätzung eingesetzt. Für Zählvariablen erfolgt die Analyse mittels negativer Binomialregression. Für logistische Regressionsanalysen wird das Odds Ratio (OR) und der Average Marginal Effekt (AME) für Haupteffekte berichtet.

Für alle Endpunkte werden die Ergebnisse der Gesamtstichprobe und die Ergebnisse der Subgruppenanalysen berichtet. Für Letztere werden alle Patient*innen anhand ihrer Einschlussdiagnose gruppiert. Patient*innen mit den Diagnosen F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2 oder F33.3 werden den Patient*innen mit affektiver Störung zugeordnet. Zu der Gruppe der Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie gehören Patient*innen mit den folgenden ICD-10 Kodierungen: F20, F21, F22, F25 und F60.3. Um eine eindeutige Zuweisung vorzunehmen, werden Patient*innen, die Diagnosen beider Subgruppen aufweisen, der Subgruppe Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie zugewiesen.

Die Subgruppenanalysen erfolgen durch die Aufnahme von Interaktionseffekten in die Modelle der Gesamtstichprobe, so dass keine separaten Modelle mit geringer Fallzahl geschätzt werden (vgl. 6.1.1 Stichprobenbeschreibung). Ermittelt werden die jeweiligen Interaktionseffekte aus dem Interventionseffekt (Studiengruppe: 1 = IG, 0 = KG) und der Subgruppe (0 = Patient*innen mit affektiver Störung bzw. 1 = Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie). Ein signifikanter Interaktionseffekt indiziert einen Unterschied im Interventionseffekt zwischen den beiden Patient*innengruppen.

KV-Routinedaten

Für die querschnittlichen Regressionsanalysen zur Prüfung der drei zentralen Hypothesen (Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten, Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung somatischer Komorbiditäten, Verbesserung von Prävention und Früherkennung) wird der Interventionseffekt über die Variable Studiengruppe (1 = IG, 0 = KG) bestimmt. Zur Kontrolle von Unterschieden zwischen IG und KG trotz des erfolgten Matchings, werden folgende Kovariaten in die Modelle aufgenommen: Alter (in Jahren), Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich), Anzahl somatischer Komorbiditäten und Region (KV-Regionen 1, 2, und 3), GISD (Ausprägungen 1 = geringe, 2 = mittlere und 3 = starke regionale Deprivation), Indikator für somatische Gesundheitsversorgung im retrospektivem Beobachtungszeitraum und Indikator psychiatrische Gesundheitsversorgung im retrospektivem Beobachtungszeitraum.

Primärdaten

Anhand von längsschnittlichen Regressionsmodellen (Veränderung im Lebensstil: Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum) wird die Veränderung der Lebensstilfaktoren bei Patient*innen zwischen Einschluss und Nachbefragung untersucht. Dabei wird eine 2-Level Mixed-Model-Regressionsanalyse mit random Intercept verwendet, um für die hierarchische Datenstruktur zu kontrollieren, die sich aus den mehrfachen Beobachtungszeitpunkten (n = 2; Level 1) pro Patient*in (n = 296; Level 2) ergibt. Bei Schätzproblemen aufgrund von kleinen Fallzahlen wird von einer komplexeren Modellierung mit random Intercept und random Slope

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

abgesehen. Anhand des Nullmodells wird für den Indikator Bewegung die Intra-Class-Correlation (ICC) für die Personenebene bestimmt (ICC Person = Quotient aus random Intercept auf der Personenebene und der Gesamtvarianz des Intercepts).

Der Interventionseffekt wird über den Prädiktor Zeit (in Monaten seit Einschluss) bestimmt. In den Regressionsmodellen wird für Alter (in Jahren), Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich), BMI zu t0 (Index-Wert), Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zu t1 (Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen), Besuch bei Hausärzt*innen zu t1 (0 = Nein, 1 = Ja), Besuch bei Fachärzt*innen zu t1 (0 = Nein, 1 = Ja) und Inanspruchnahme der Gesundheitsbegleiter*innen zu t1 (0 = Nein, 1 = Ja) kontrolliert.

5.2 Prozessevaluation

Die Prozessevaluation wurde durch das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) durchgeführt. Die Durchführung der Prozessevaluation erfolgte im Sinne einer Begleitevaluation mit Evaluationsschleifen von Projektbeginn bis Projektende.

Im Rahmen von leitfadengestützten Interviews wurden das Erleben und die Bewertung von Strukturen und Prozessen durch die rekrutierenden Psychiater*innen ermittelt (bzw. bzgl. der Patientinnen-Rekrutierung und -Versorgung; Qualität der Schulungen, Umsetzung der jeweils krankheitsspezifischen Leitlinien; Angebot und Nutzung der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen; intra- und interprofessionelle Kommunikation; Integration in den Praxisalltag; Erleben der Behandlungsqualität und -auswirkungen auf die einbezogenen Patient*innen).

Mit Patient*innen wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Kernfragestellung sind das Erleben der Behandlungsqualität und -auswirkungen auf die einbezogenen Patient*innen in den verschiedenen Settings (Praxis, PIA), das Erleben und ihr Umgang mit ihrer Erkrankung/ihrem Kranksein, die Wahrnehmung, Nutzung und das Erleben der Früherkennungsuntersuchungen und der Präventionsangebote sowie ihre Bedarfe und Bedürfnisse in der Umsetzung der neuen Versorgungsform.

Mit den am Projekt Beteiligten wurden im Rahmen von Fokusgruppendiskussionen ihr Erleben des Prozesses, ihre Erfahrungen und ihre Impulse erfasst und gesichert. In der zweiten Hälfte des Projektes wurden in diesen Fokusgruppen auch Themen wie Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform thematisiert.

Ergänzend wurden im Rahmen der Prozessevaluation von den Gesundheitsbegleiter*innen Dokumentationsbögen über einen Zeitraum von zwei Wochen ausgefüllt, die einen Einblick in den Arbeitsalltag und typische Tätigkeiten im Rahmen der neuen Versorgungsform PSY-KOMO.

5.2.1 Entwicklung von Dokumentationsbögen und Leitfäden für Interviews und Fokusgruppen

Die Leitfäden beginnen in Anlehnung an problemzentrierte Interviews (24, 25) mit einer offenen Erzählaufforderung, die auf das Erleben der Inanspruchnahme rekurriert, und berücksichtigt im Folgenden verschiedene Themenbereiche der neuen Versorgungsform PSY-KOMO (s. Evaluationsbericht Anlage 2.1-2.3).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Leitfaden für Interviews mit Psychiater*innen umfasst die folgenden Themenbereiche: Umsetzung der neuen Versorgungsform, Ansprache somatische Erkrankungen bzw. Risikofaktoren für, Bewertung der einzelnen PSY-KOMO Elemente, die eigene Rolle und Ziele in der Versorgung, Herausforderungen in der Versorgung von SMI-Patient*innen, Einschätzung von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Inanspruchnahme, Zusammenarbeit in der Versorgung, Bedarfe und Wünsche an die Versorgung (s. Evaluationsbericht Anlage 2.2).

Der Interviewleitfaden für die qualitative Befragung von Personen mit SMI deckte ähnliche Themenbereiche ab, mit besonderem Augenmerk auf das Erleben der PSY-KOMO Versorgungsform sowie Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme der Angebote (s. Evaluationsbericht Anlage 2.1).

Die Dokumentationsbögen wurden durch das ifam entwickelt, mit zwei Gesundheitsbegleiter*innen getestet und entsprechend der Rückmeldungen vor Einsatz im Feld modifiziert (s. Evaluationsbericht Anlage 2.4).

5.2.2 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden folgte dem Ansatz des purposive Sampling. Dies bedeutet, dass bei der Auswahl strategisch vorgegangen wird: Statt einer zufälligen Auswahl werden sie gezielt nach spezifischen, für die Fragestellungen relevanten Kriterien bestimmt. Dies ermöglicht die Gewinnung aussagekräftiger Daten, die sich optimal für die Analyse eignen. Bei der Fallauswahl der Psychiater*innen wurden die folgenden Kriterien schrittweise festgelegt, und mit folgender Zielsetzung berücksichtigt:

- *Geschlecht:*

Um möglichst geschlechterspezifische Unterschiede im Beratungskontext (26) in die Befragung einfließen zu lassen, wurde im Rahmen der Rekrutierung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt.

- *Region:*

Da die Infrastruktur in den vier Modellregionen unterschiedlich ausgeprägt ist (Fahrtzeiten, Fachärzt*innendichte etc.), wurde ein ausgeglichenes Verhältnis der Interviewpartner*innen angestrebt.

- *Tätigkeit in Psychiatrischer Institutsambulanz (PIA) oder (eigener) Praxis:*

Gleichermaßen wurden bei der Zusammenstellung der Stichprobe drauf geachtet, sowohl Personen einzubeziehen, die in Psychiatrischen Institutsambulanzen arbeiten, als auch Personen, die in Praxen in der ambulanten Versorgung niedergelassen oder angestellt tätig sind, u.a. um unterschiedliche Erfahrungen, Besonderheiten der jeweiligen Versorgungssettings und möglicherweise abweichender Schwerpunkte in der Versorgung von SMI-Patient*innen zu berücksichtigen.

Für die qualitativen Interviews mit Psychiater*innen wurden ausschließlich für das Projekt zertifizierte Psychiater*innen rekrutiert.

Die Rekrutierung der SMI-Patient*innen erfolgte unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- *Geschlecht:*

Um möglicherweise bestehende geschlechterspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen, wurde im Rahmen der Rekrutierung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt.

- *Region:*

Da die Infrastruktur in städtischen und ländlichen Regionen höchst unterschiedlich ausgeprägt ist (Fahrtzeiten, Fachärzt*innendichte etc.), wurden Interviewpartner*innen in unterschiedlichen Regionen innerhalb der vier Modellregionen rekrutiert. Dabei wurde ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Modellregionen angestrebt.

Die Einladung zur Teilnahme an Interviews erfolgte über Aushänge in PIA/Psychiatrischen Praxen, die direkte Ansprache von PSY-KOMO Psychiater*innen und über die Gesundheitsbegleiter*innen. Ziel war es, möglichst SMI-Patient*innen in die Prozessevaluation einzubeziehen, die die neue Versorgungsform in unterschiedlichem Maß in Anspruch genommen haben.

Interviewpartner:innen wurden rekrutiert und in die Befragung eingeschlossen, bis die im Rekrutierungsplan vorgegebenen Kriterien erfüllt wurden und eine inhaltliche Sättigung erreicht werden konnte.

5.2.3 Datenerhebung

Die Umsetzung der qualitativen Interviews erfolgte über Videogespräche oder telefonisch. Die Interviews wurden von zwei Mitarbeiterinnen (Sozialwissenschaften, Soziale Arbeit) durchgeführt und digital aufgezeichnet (Audioaufzeichnung).

Die Fokusgruppen mit Gesundheitsbegleiter*innen zu Projektbeginn wurden von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin (Gerontologin) des Institutes für Allgemeinmedizin (ifam) moderiert, die nicht an der Entwicklung der Schulungen für Gesundheitsbegleiter*innen und deren Begleitung beteiligt war. Im weiteren Projektverlauf wurde die Moderation der Fokusgruppen mit den Projektbeteiligten von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin (Psychologin) des ifam übernommen, die nicht an der Umsetzung des Projektes beteiligt war.

5.2.4 Auswertung

Es erfolgte eine wörtliche Transkription der Audioaufzeichnungen der qualitativen Interviews und Fokusgruppen durch ein Transkriptionsbüro. Die computergestützte (MAXQDA) Auswertung erfolgt mittels einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (27–29). Für die inhaltsanalytische Auswertung des Datenmaterials wurden induktive und deduktive Verfahren zur Kategorienbildung kombiniert (27, 28). Hierzu wurden zunächst im multiprofessionellen Forschungsteam (Sozialwissenschaften, Soziale Arbeit, Versorgungsforschung, Medizin/Psychiatrie) deduktiv thematische Hauptkategorien ermittelt. An Auszügen des Textmaterials wurden im weiteren Verlauf induktiv Subkategorien gebildet, am Material überprüft und in der multiprofessionellen Auswertungsgruppe entsprechend erweitert.

Insgesamt konnten jeweils 12 Kernkategorien mit bis zu sieben Subkategorien ermittelt werden. Das finalisierte Kategoriensystem wurde dann auf das gesamte Material angewendet

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(s. Codierleitfaden s. Evaluationsbericht Anlage 2.5). Ergebnisse der Analyse wurden im multiprofessionellen Forschungsteam durchgeführt (u.a. Medizin/Psychiatrie, Soziale Gerontologie, Public Health, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung) über den gesamten Prozess diskutiert und Interpretationsprozesse immer wieder reflektiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse thematisch zusammengefasst dargestellt.

5.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

5.3.1 Datenbasis und Falldefinition

Die gesundheitsökonomische Evaluation basiert – wie auch die Ergebnisevaluation – auf pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Nordrhein, Hessen und Baden-Württemberg. Berücksichtigt wurden vertragsärztliche Daten (§ 295 SGB V) sowie Arzneiverordnungsdaten (§ 300 Abs. 2 S. 3 SGB V) aus dem Zeitraum vom zweiten Quartal 2019 bis zum vierten Quartal 2023. Es wurden nur Patient*innen einbezogen, bei denen mindestens eine gesicherte oder Verdachtsdiagnose aus den Bereichen psychischer Erkrankungen (ICD-10-GM: F1, F2, F3, F4 oder F6) vorlag.

Die Nutzung der Daten wurde gemäß § 75 SGB X bei den zuständigen Aufsichtsbehörden beantragt und nach Freigabe durch die beteiligten KVen dem Zentralinstitut (Zi) zur Verfügung gestellt. Der Datensatz enthält Informationen zu Alter, Geschlecht, Diagnosen, pseudonymisierten Leistungserbringenden, abgerechneten ärztlichen Leistungen und verordneten Medikamenten für insgesamt rund 12,8 Millionen Patient*innen.

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Daten der PSY-KOMO-Studienteilnehmenden (n = 1.278), die für die Analysen zur Verfügung standen, mit einer gleich großen Kontrollgruppe (n = 1.278) verglichen. Es handelt sich hierbei um dieselbe Kontrollgruppe, die im Rahmen der Ergebnisevaluation mithilfe eines multivariaten Matchingverfahrens aus den KV-Routinedaten gebildet wurde.

Um die Ergebnisse über die Studiengruppe hinaus auf ganz Deutschland übertragen zu können, wurde zusätzlich auf bundesweite Abrechnungsdaten erwachsener Patient*innen zurückgegriffen, bei denen im Jahr 2023 mindestens eine der PSY-KOMO-relevanten Diagnosen gestellt wurde. Dies betrifft etwa 2,3 Millionen Personen.

5.3.2 Indikatoren zur Analyse der Kosteneffektivität

Zur Bewertung der Kosteneffektivität von PSY-KOMO wurden Nutzen- und Kostenindikatoren herangezogen.

Nutzen

Die Wirksamkeit von PSY-KOMO wurde anhand der Effektevaluation bewertet. Zwei dichotome Endpunkte bildeten die Grundlage der gesundheitsökonomischen Evaluation:

- Endpunkt I: Detektion – Gilt als erreicht, wenn mindestens eine der zehn definierten somatischen Komorbiditäten erstmals erkannt wurde.
- Endpunkt II: Intervention – Erfüllt, wenn erkannte Komorbiditäten leitliniengerecht behandelt oder – bei fehlender Indikation – Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt wurden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die sekundären Endpunkte 2 und 3 der Ergebnisevaluation wurden zu Endpunkt II zusammengefasst, da eine getrennte Betrachtung das Versorgungspotenzial von PSY-KOMO unterbewertet hätte.

Kosten

Grundlage hierfür sind die im Transferkonzept (Anlage 19) formulierten Umsetzungsoptionen, PSY-KOMO in PIA[2] bzw. im vertragsärztlichen Bereich als Erweiterung der bestehenden „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL) zu verorten.

Die Umsetzung von PSY-KOMO in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bedeutet, dass die Leistungen des Angebots, wie das somatische Screening durch Ärzte und die Gesundheitsbegleitung durch Pflegepersonal, direkt in die multidisziplinäre Arbeit der PIA integriert werden. Dies ermöglicht einen direkten Zugang zu Patient*innen mit SMI und nutzt bereits vorhandene medizinische Informationen und Überweisungsmöglichkeiten.

Im Gegensatz dazu wird bei der Erweiterung der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-RL) PSY-KOMO in ein bestehendes Versorgungsangebot integriert, wobei die Leistungen der Gesundheitsbegleitung in die nicht-ärztlichen Koordinationsleistungen der KSVPsych-Richtlinie aufgenommen werden. Dies erfordert eine Ausweitung der Inhalte und des Umfangs der Koordinationstätigkeiten, um somatische Komorbiditäten und zusätzliche Angebote wie Gruppenangebote zu berücksichtigen, und beinhaltet die Schaffung neuer Abrechnungspositionen für die Begleitung zu Terminen und Abstimmungsleistungen externer Vertragsärzte.

Die gesundheitsökonomische Analyse umfasst zwei Kostenarten:

1. Kosten für PSY-KOMO: Auf Basis projektspezifischer Schätzungen wurden für zwei Umsetzungsszenarien – PIA und KSVPsych-RL – hypothetische GKV-Kosten kalkuliert. Grundlage waren u.a. angenommene Zeitaufwände, Umsetzungsraten und analoge EBM-Ziffern (z. B. GOP 37100, 37510, 37530). Die Kosten wurden je Quartal ermittelt und für Folgequartale unter Annahme abnehmender Inanspruchnahme reduziert.
2. Vertragsärztliche Versorgungskosten: Berechnet aus EBM-Leistungen und Arzneimittelverordnungen der IG und KG auf Basis bundesweiter Abrechnungsdaten (inkl. Hochrechnung auf 2025).

[2] GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. & Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesamtkostenberechnung

Die Gesamtkosten je Patient*in wurden für die vier Quartale vor und nach Einschluss in die Studie (t_0, t_1) summiert, durchschnittlich pro Jahr berechnet und mit einem Differenz-von-Differenzen-Ansatz analysiert:

$$\text{Kosteninkrement} = (\text{Kosten IG_}t_1 - \text{IG_}t_0) - (\text{Kosten KG_}t_1 - \text{KG_}t_0)$$

Getrennte Berechnungen erfolgten für die Szenarien "PIA" und "KSVPsych-RL".

5.3.3 Auswertung

Kosteneffektivitätsanalysen:
Ziel war die Berechnung des Inkrementellen Kosteneffektivitäts-Verhältnisses (ICER) für zwei Nutzen-Endpunkte (Detektion und Intervention) und zwei Szenarien (PIA, KSVPsych). Es wurde zusätzlich bestimmt, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Szenarien als kosteneffektiv gelten und wie sich verschiedene Zahlungsbereitschaften (WTP) auf die Kosteneffektivität auswirken.

Vor der Modellierung wurde geprüft, ob die KV-Regionen als Zufallseffekt zu berücksichtigen sind. Je nach Ergebnis kamen generalisierte lineare gemischte Modelle (GLMM) oder GLMs ohne Zufallseffekte zum Einsatz. Insgesamt wurden vier Modelle für jeweils zwei Kosten- und Nutzen-Outcomes genutzt. Die Regressionskoeffizienten des Gruppierungsfaktors dienten als Maß für inkrementelle Effekte. Als Kovariaten wurden u. a. Alter, Geschlecht, Krankheitslast (Elixhauser-Index), Diagnoseanzahl (ICD-10 F-Kapitel), somatische Komorbiditäten und das Ausmaß sozialer Deprivation (gemäß GISD) berücksichtigt. Der GISD wurde über den Landkreis zugeordnet, in dem die meisten Behandlungsfälle stattfanden. Die Deprivation wurde in drei GISD-Kategorien operationalisiert.

Merkmale mit auffälligen t0-Gruppenunterschieden wurden auf Moderationseffekte geprüft. Zur Berücksichtigung von Schätzunsicherheiten wurden alle Modellberechnungen an n=1.000 Bootstrapping-Stichproben des Datensatzes wiederholt, hieraus 95%-Konfidenzintervalle ermittelt und die Schätzergebnisse in Kosteneffektivitäts- und Kostenakzeptanzdiagrammen dargestellt. Allen Auswertungen liegt ein Signifikanzniveau von α=0,05 zugrunde.

Hochrechnung auf Bundesebene

Zur bundesweiten Hochrechnung wurden die Kosteneffektivitätsergebnisse anhand eines Projektionsdatensatzes gewichtet, der alle Erwachsenen mit mindestens einer PSY-KOMO-Einschlussdiagnose im Jahr 2023 umfasst (n=2,3 Mio.). Die Gewichtung erfolgte bzgl. Alter, Geschlecht und GISD. Die Hochrechnung wurde mit denselben Modellen durchgeführt, jedoch unter Berücksichtigung von Gewichtungen zur Korrektur von Repräsentationsverzerrungen. Details zur Gewichtung finden sich in Anhang 1.3 des Evaluationsberichts.

Sensitivitätsanalysen
Die Modelle wurden mit nicht-adjustierten Auswertungen verglichen (nur Gruppierungsfaktor, keine Kovariaten). Zudem wurden drei Sensitivitätsanalysen durchgeführt:

- S1: ±25 % Variation der Umsetzungskosten von PSY-KOMO
- S2: Auswertung über alle Studienquartale hinweg

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- S3: Berechnung des ICER nur auf Basis der Umsetzungskosten (ohne vertragsärztliche Kosten)

Schätzung der Inanspruchnahme und Gesamtkosten

Zur Einschätzung der Auswirkungen der PSY-KOMO-Einführung wurde die bundesweite Inanspruchnahme im ersten Jahr geschätzt. Grundlage bildeten Daten zu Patient*innenzahlen in PIA und ambulanter Komplexversorgung. Schätzungen basierten auf voraussichtlicher Beteiligung von Institutionen sowie Patient*innenbereitschaft und -eignung. Für jede Schätzung wurden zwei alternative Annahmen (±25 %) berücksichtigt; daraus ergaben sich 95%-Konfidenzintervalle für plausible Patient*innenzahlen.

Basierend auf diesen Zahlen wurden die erwarteten Teilnehmer*innen berechnet, die die angestrebten Ergebnisse erreichen. Diese wurden mit den Nutzen-Endpunkten multipliziert, um Gesamteffekte zu schätzen. Analog dazu wurden die bundesweiten Gesamtkosten berechnet, indem die Patient*innenzahlen mit den individuellen Kosteninkrementen multipliziert wurden.

5.4 Analyse von Krankenkassendaten

Im Rahmen der Analyse von Krankenkassendaten erfolgten vertiefende Analysen. Ergänzend zu den Datenauswertungen der Effektevaluation und der gesundheitsökonomischen Evaluation, die auf ambulanten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen basieren, war es durch die Krankenkassendaten möglich, ergänzend dazu Aspekte weiterer Leistungsbereiche zu beleuchten: u.a. stationäre Versorgung, Reha-Aufenthalte, Arbeitsunfähigkeiten.

Durchgeführt wurde zum einen eine vertiefte Evaluation von Versorgungsoutcomes (Hauptauswertung) und zum anderen die Beleuchtung von bestimmten Aspekten, die erst im Projektverlauf erarbeitet wurden (Erweiterungsauswertungen): Eine Selektionsanalyse des PSY-KOMO-Kollektivs sowie weitere versorgungsbezogene Analysen (Inzidenz, Leitliniengerechte Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen). Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Merkmale der verschiedenen Analysen, die z.T. auch den Zeitraum vor der PSY-KOMO-Intervention betrachten. Hauptauswertung und Erweiterungsauswertungen werden darüber hinaus in den folgenden Kapiteln näher beschrieben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 4: Übersicht der verschiedenen Populationsanalysen mit Ihren Datenquellen und Zielen der Auswertungen

Populations-analyse	Datenquelle/n	Ziel der Auswertung	Population	Auswertungs-zeitraum
Haupt-auswertung	AOK BW + AOK Rh/HH	Vergleich der medizinischen Leistungs-inanspruchnahme vor vs. während der Intervention zwischen Studienteil-nehmer*innen mit SMI und Nicht-Studienteil-nehmer*innen mit SMI	IG: Studienteilnehmende Standort Neuss und Göppingen und Umgebung mit SMI KG: gematchte AOK-Versicherte (1:4) aus dem Rheinland und Baden-Württemberg mit SMI ohne Studienteilnahme	vor und während Intervention (Q3/2019 bis Q3/2023)
Selektions-analyse	AOK Rh/HH	Gegenüberstellung (Strukturanalyse) von Studienteil-nehmer*innen mit SMI und Nicht-Studienteil-nehmer*innen mit SMI	IG: Studienteilnehmende Standort Neuss mit SMI VG: alle AOK-Versicherten aus dem Rheinland mit SMI ohne Studienteilnahme	vor Intervention (Q2/2018 bis Q2/2021)
Inzidenz somatischer Komorbidi-täten	AOK Rh/HH	Ermittlung der Inzidenz für 10 Komorbiditäten bei Personen mit SMI und Personen ohne SMI	AG: alle AOK-Versicherten aus dem Rheinland mit SMI (unabhängig von der Studienteilnahme) VG: Vergleichsgruppe aus AOK-Versicherten aus dem Rheinland ohne SMI	vor Intervention (Q2/2018 bis Q2/2021)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Populations-analyse	Datenquelle/n	Ziel der Auswertung	Population	Auswertungs-zeitraum
Leitlinien-gerechte Behandlung T2DM	AOK Rh/HH	Ermittlung von leitliniengerechter Behandlung und DMP-Inanspruchnahme für 2 Jahre bei Personen mit SMI und Personen ohne SMI	AG: alle AOK-Versicherten aus dem Rheinland mit SMI (unabhängig von der Studienteilnahme) reduziert auf Personen mit T2DM VG: Vergleichsgruppe aus AOK-Versicherten aus dem Rheinland ohne SMI reduziert auf Personen mit T2DM	vor Intervention (Q2/2018 bis Q1/2021)
Inanspruch-nahme Vorsorgeunter-suchung	AOK Rh/HH	Ermittlung von Inanspruchnahme von Check-Up, Mammographie und zahnärztlicher Vorsorge bei Personen mit SMI und Personen ohne SMI	AG: alle AOK-Versicherten aus dem Rheinland mit SMI (unabhängig von der Studienteilnahme) reduziert auf anspruchsberechtigte Personen der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung VG: Vergleichsgruppe aus AOK-Versicherten aus dem Rheinland ohne SMI reduziert auf anspruchsberechtigte Personen der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung	vor Intervention (Q2/2018 bis Q2/2021)

Abkürzungen: AOK BW – AOK Baden-Württemberg, AOK Rh/HH – AOK Rheinland/Hamburg, IG – Interventionsgruppe, KG – Kontrollgruppe, VG – Vergleichsgruppe, AG – Analysegruppe.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.4.1 Hauptauswertung

Analysiert wurden Abrechnungsdaten von den an PSY-KOMO teilnehmenden Kassen, der AOK BaWü und der AOK Rheinland-Hamburg. Für die Analyse wurden Abrechnungsdaten von PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen (mit SMI), der IG, im Vergleich zur KG gesetzt: Nicht-Studienteilnehmer*innen, mit ebenfalls SMI-Diagnosen, wurden durch ein Verfahren vergleichsweise dem der Effektevaluation gematcht.

5.4.1.1 Design

Die Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen für die PSY-KOMO Versorgungsstudie erfolgte zwischen Q3/2021 und Q2/2023. In das Projekt aufgenommene Patient*innen waren über sechs Monate in der PSY-KOMO Versorgung.

Der individuelle Tag des Interventionsbeginns für jede*n Studienteilnehmer*in wird als Index-Tag bezeichnet, das zugehörige Quartal entsprechend als Index-Quartal Q0.

Ausgehend vom Index-Quartal wurden für jede*n Studienteilnehmer*in folgende Zeiträume analysiert: retrospektiver Beobachtungszeitraum (= 8 Quartale vor dem Index-Quartal Q0);

prospektiver Beobachtungszeitraum (= bis zu 8 Quartale nach dem Index-Quartal Q0).

Der Zeitpunkt der Datenlieferung (Q3/2024) definierte das Ende des Beobachtungszeitraums unter Berücksichtigung einer Wartezeit bzgl. der Datenverfügbarkeit bei den Krankenkassen. Damit begann der maximale Beobachtungszeitraum mit dem Quartal Q3/2019 und endete mit dem Quartal Q3/2023.

Je nach Index-Quartal der Studienteilnehmenden konnten für jede*n Studienteilnehmer*in 8 retrospektive Quartale analysiert werden, sowie zwischen 1 und 8 prospektive Quartale.

Die Festlegung des Index-Quartals und damit des individuellen (retro- und prospektiven) Beobachtungszeitraums für die Personen der Kontrollgruppe orientierte sich am Index-Quartal des jeweiligen individuellen Matching-Partners der Interventionsgruppe.

Der Analysezeitraum setzte sich somit zusammen aus dem retrospektiven und dem prospektiven Beobachtungszeitraum. Analysiert wurden (für IG und KG) die Veränderungen in der Versorgung zwischen dem retrospektiven und dem prospektiven Beobachtungszeitraum.

5.4.1.2 Einschlusskriterien

Bei einigen Studienteilnehmer*innen, die von ihren rekrutierenden Psychiater*innen gemäß der Einschlusskriterien rekrutiert wurden, lag in den Abrechnungsdaten im Rekrutierungszeitraum Q3/2021 bis Q2/2023 keine SMI-Einschlussdiagnose gem. Studienprotokoll vor – z. B. keine schwere Depression, wohl aber mittelgradige oder sonstige oder nicht näher bezeichnete Depression. Es wird angenommen, dass es sich hierbei um fehlende/unpräzise Codierung im ambulanten Bereich handelt. Für das durchgeführte Matching der Kontrollen, s.u., wurde eine Erweiterung des Diagnosespektrums vorgenommen.

Einschlusskriterien der IG:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- PSY-KOMO-Studienteilnahme in der Studienregion Neuss (Rheinland) oder Göppingen, Esslingen, Heidenheim, Reutlingen, Alb-Donau-Kreis und Ulm (Baden-Württemberg)
    - >= 18 Jahre bei Studieneinschluss
    - SMI-Diagnose gem. Studienprotokoll F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3
      (mit punktueller Erweiterung von F32.2 und F32.3 auf F32.1, F32.8 oder F32.9 und von F33.2 und F33.3 auf F33.1, F33.8, F33.9, sofern über die Depression hinaus keine der anderen SMI-Diagnosen vorlagen.)
- Versicherung bei der AOK RhHH oder AOK BaWü zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses

Einschlusskriterien der Kontrollgruppe (KG):

- keine PSY-KOMO-Studienteilnahme
- versichert bei der AOK RhHH oder AOK BaWü zum Zeitpunkt des Datenabzuges
- Alter >= 18 Jahre zum 30.06.2023 (=Zeitpunkt Last-Patient-In)
- Dokumentation mindestens einer der folgenden SMI-Diagnosen (F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) in den Rekrutierung-Quartalen Q3/2021 bis Q2/2023
- wohnhaft (zum Zeitpunkt des Datenabzuges) in einem Landkreis, der kein Interventionsgebiet oder daran angrenzend ist

Ausschlusskriterium der IG (für die Krankenkassen-Analysen):

- Keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH oder AOK BaWü während des individuellen Beobachtungszeitraumes (vgl. 2.4.1.2).
  (Die Versicherung wurde aufgrund des nachgehenden Leistungsanspruchs als durchgängig gewertet, sofern die Lücke zwischen zwei Versicherungszeiten <=30 Tage war.)

Ausschlusskriterium der KG:

- Keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH während des individuellen Beobachtungszeitraumes

5.4.1.3 Datenbasis und Matching

Das Design der PSY-KOMO Studie ist eine multizentrische, nicht-randomisierte Längsschnittstudie mit externer Kontrollgruppe. Die Daten für die Analysen der Abrechnungsdaten stammen von den beiden Krankenkassen AOK RhHH und AOK BaWü und umfassen damit Studienteilnehmer*innen der Studienzentren Neuss sowie Göppingen und Umgebung.

Die Identifikation einer potenziellen Kontrollgruppe, die den zuvor genannten Einschlusskriterien entsprach, erfolgte zunächst über die jeweiligen Krankenkassen. Im nächsten Schritt wurde ein individuelles Matching durchgeführt, bei den Personen aus dieser potenziellen KG der IG in einem iterativen Verfahren im Verhältnis 1:4 zugeordnet wurden, da

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

aus statistischer Sicht die Relation von 1:5 nur einen sehr geringen Mehrwert mitbringt. Über die reinen Einschlusskriterien hinaus kamen dabei folgende Merkmale zur Anwendung: das Alter der Personen (mit einer maximalen Abweichung von +/- drei Jahren), das Geschlecht (männlich/weiblich), das Vorliegen von SMI-Diagnosen (schwere psychische Erkrankungen) sowie der Wohnort-Landkreis.

Bezüglich der SMI-Diagnosen wurden für den Rekrutierungszeitraum von Q3/2021 bis einschließlich Q2/2023 gesicherte Diagnosen aus verschiedenen Leistungsbereichen und gegebenenfalls deren Kombination berücksichtigt. Dies umfasste ein einmaliges Auftreten einer solchen Diagnose im stationären Krankenhausbereich (sowohl als Haupt- als auch als Nebendiagnose) oder ein zweimaliges Auftreten im ambulanten Bereich, entweder im ambulant-niedergelassenen Bereich oder im ambulanten Krankenhausbereich, oder auch in mindestens einem Quartal als Kombination aus beiden ambulanten Bereichen. Für Studienteilnehmer*innen, bei denen keine der definierten SMI-Diagnosen und auch keine schwere Depression dokumentiert war, aber eine mittelgradige, sonstige oder nicht näher bezeichnete Depression, wurden Matching-Partner („datenbasierte Zwillinge“) identifiziert, bei denen i) eine schwere Depression, ii) zusätzlich eine mittelgradige, sonstige oder nicht näher bezeichnete Depression und iii) keine der übrigen SMI-Diagnosen dokumentiert war. Leichte (F32.0, F33.0) oder gegenwärtig remittierte (F33.4) Depressionen wurden für das Matching nicht berücksichtigt.

Für die KG wurden als Matching-Landkreise diejenigen ausgeschlossen, in denen sich die Interventionsstandorte befanden, sowie die direkt angrenzenden Landkreise. Die darüber hinaus verbleibenden Landkreise wurden anhand der Kennzahl der durchschnittlichen Pkw-Fahrzeit zum nächsten Mittel- oder Oberzentrum in Minuten (basierend auf dem Erreichbarkeitsmodell BBSR 2020) als Matching-Variable berücksichtigt. In Bezug auf die medizinische Versorgung bedeutet ein Mittelzentrum in der Regel, dass es über ein Krankenhaus mit grundlegenden Fachabteilungen (wie Innere Medizin, Chirurgie) und eine breitere Auswahl an Fachärzten verfügt, die den regelmäßigen Bedarf der Region abdecken. Ein Oberzentrum bietet hingegen eine hochspezialisierte medizinische Versorgung an, inklusive Universitätskliniken oder Maximalversorger mit allen Fachrichtungen, spezifischen Therapiezentren und Forschungseinrichtungen für komplexe Krankheitsbilder. Die Landkreis-Variable spiegelte dabei den aktuellen Wohnort zum Zeitpunkt des Datenabzugs wider, da eine Wohnort-Historie in den Abrechnungsdaten nicht vorhanden war.

Die resultierende Fallzahl für die Hauptauswertung setzte sich aus der Anzahl der PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen mit den genannten Einschlusskriterien zusammen, die in die Analyse einbezogen werden konnten (IG), sowie der vierfachen Anzahl an Personen für die Kontrollgruppe (aufgrund der Matching-Relation von 1:4).

Somit erfolgte eine Gegenüberstellung von Studienteilnehmerinnen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) in der IG und Nicht-Studienteilnehmerinnen mit SMI in der KG. Die Datenerhebung wurde ausschließlich von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen der Abrechnungsroutinen durchgeführt, und eine Verknüpfung der Abrechnungsdaten mit anderen Datenquellen fand für diese Auswertung nicht statt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.4.1.4 Datenauswertung

Outcomes

Die untersuchten Outcomes umfassten verschiedene Versorgungsparameter und Kosten aus Krankenkassenperspektive. Im Detail wurden folgende Aspekte zwischen IG und KG verglichen:

- Ambulante Versorgung: Gesamtzahl und Gesamtkosten der Behandlungsfälle pro Person.
- Medikamentenverordnungen: Gesamtzahl erstatteter Packungen und Gesamtkosten aller erstatteten Medikamente pro Person.
- Heilmittel: Gesamtzahl erstatteter Einheiten und Gesamtkosten aller erstatteten Verordnungen pro Person.
- Hilfsmittel: Gesamtzahl erstatteter Einheiten und Gesamtkosten aller erstatteten Verordnungen pro Person.
- Stationäre Versorgung: Gesamtzahl der Aufenthalte, Gesamtzahl der Aufenthaltstage und Gesamtkosten aller vollstationären Krankenhausbehandlungen pro Person.
- Reha-Aufenthalte: Gesamtzahl der Maßnahmen, Gesamtzahl der Aufenthaltstage und Gesamtkosten aller stationären Reha-Maßnahmen pro Person.
- Arbeitsunfähigkeit: Gesamtzahl aller AU-Tage pro Person.
- Zahnarztbehandlung: Anzahl zahnärztlicher Behandlungsfälle mit Parodontitis-Bezug und Gesamtkosten zahnärztlicher Behandlungsfälle pro Person.

Statistische Methoden

Für den retrospektiven und den prospektiven Beobachtungszeitraum wurden jeweils pro Person die Zahl medizinischer Leistungen bzw. die Nettokosten der Leistungen summiert und durch die Anzahl der auswertbaren Personenquartale (PQ) dividiert. Sofern in den Abrechnungsdaten keine Leistungen abgerechnet wurden, wurden die Anzahl sowie die Kosten auf null gesetzt.

Für die Deskription wurde die Anzahl der betrachteten PQ, sowie der Mittelwert von Leistungen oder Kosten mit Standardabweichung und der p-Wert (Mann-Whitney-U Test) jeweils für beide Zeiträume (retrospektiv und prospektiv) sowie für beide Gruppen (IG und KG) ermittelt.

Zusätzlich wurden Regressionsmodelle (lineare oder logistische Regression) mit der Anzahl der prospektiven PQ als abhängige Variable und den beiden unabhängigen Variablen Anzahl der retrospektiven PQ sowie Gruppe (IG vs. KG) berechnet. Ermittelt wurde der jeweilige Schätzer (mittlere Differenz bzw. Odds Ratio) mit 95%-Konfidenzintervall und p-Wert. Die Analysen wurden durchgeführt mit SAS-Software, V.9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

5.4.2 Erweiterungsanalyse - Selektionsanalyse

Um mögliche Verzerrungen durch die Auswahl der PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen genauer zu untersuchen, wurde eine Selektionsanalyse durchgeführt. In diesem

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Strukturvergleich wurden PSY-KOMO-Teilnehmer*innen mit SMI deskriptiv mit Versicherten, die nicht an PSY-KOMO teilnahmen, aber ebenfalls SMI aufwiesen, verglichen, um einen potenziellen Selektionseffekt der Studienrekrutierung zu quantifizieren.

5.4.2.1 Design

Das Design besteht aus einer retrospektiven Beobachtung (Q2/2018 bis Q2/2021) mit externer Vergleichsgruppe (VG). Die Daten stammen von der Krankenkasse AOK RhHH.

5.4.2.2 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien der IG:

- PSY-KOMO-Studienteilnahme in der Studienregion Neuss (Rheinland)
    - SMI-Diagnose gem. Studienprotokoll F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3
- Jahrgang 1999 und älter (>= 18 Jahre zu Beginn der Beobachtungszeit)
- versichert bei der AOK RhHH zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses

Ausschlusskriterium der IG:

- keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH während des Beobachtungszeitraumes
- lückenhafte Versicherungsdaten (z.B. fehlende Datumsangaben bei SMI-Diagnosen)

Einschlusskriterien der VG:

- keine PSY-KOMO-Studienteilnahme
- Jahrgang 1999 und älter (>= 18 Jahre zu Beginn der Beobachtungszeit)
- versichert bei der AOK RhHH zum Zeitpunkt des Datenabzuges
- zum Zeitpunkt des Datenabzugs wohnhaft im Rheinland, nicht in Hamburg
- Dokumentation mindestens einer der folgenden SMI-Diagnosen (F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) in den Studien-Rekrutierungs-Quartalen Q3/2021 bis Q2/2023

Ausschlusskriterium der VG:

- keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH während des Beobachtungszeitraumes
- lückenhafte Versicherungsdaten (z.B. fehlende Datumsangaben bei SMI-Diagnosen)

5.4.2.3 Datenbasis und Bildung der Vergleichsgruppe

Die Daten stammen in diesem Fall ausschließlich von der Krankenkasse AOK RhHH.

Die Identifikation der VG erfolgte mittels der genannten Einschlusskriterien, d.h. alle Versicherten der AOK RhHH, die die o.g. Kriterien erfüllten, bildeten die Vergleichsgruppe. Es wurde kein Matching durchgeführt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Fallzahl für die Selektionsanalyse ergab sich damit aus der Anzahl der PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen, auf die o.g. Einschlusskriterien zutreffen (IG), sowie aus allen verfügbaren Versicherten mit entsprechenden Kriterien für die VG. Damit erfolgte eine Gegenüberstellung von Studienteilnehmer*innen mit SMI und Nicht-Studienteilnehmer*innen mit SMI.

Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich durch die AOK RhHH. Eine Verknüpfung der Abrechnungsdaten mit anderen Datenquellen erfolgte für diese Auswertung nicht.

5.4.2.4 Datenauswertung

Der Analysezeitraum umfasste für jede Person 13 Quartale: Q2/2018 bis Q2/2021 – was dem maximal verfügbaren Zeitraum der AOK-Daten vor dem Studienbeginn entspricht (Rekrutierungsstart: Q3/2021).

Die verglichenen demografischen und soziodemografischen Merkmale umfassten Alter, Geschlecht (männlich, weiblich, sonstiges) und den siedlungsstrukturellen Kreistyp des aktuellen Wohnortes (kreisfreie Großstadt, städtischer Kreis). Bei der Versicherten-Personengruppe wurden Kategorien wie Angestellte/r oder Arbeiter/in, Selbständige/r, Arbeitslose/r, Sozialhilfeempfänger/in, Student/in oder Fachschüler/in, Renter/in oder Pensionär/in, Aussiedler/in oder Flüchtling und Sonstiges berücksichtigt. Zudem wurden der Pflegegrad (1-5) und das Vorliegen einer Betreuung (ja/nein) erfasst.

Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen wurden die Anzahl der verschiedenen gesicherten SMI-Diagnosen (aus 11 definierten) sowie die Zugehörigkeit zu SMI-Diagnosegruppen (nur affektive Störungen, nur psychotische und Persönlichkeitsstörungen, beides) analysiert. Abschließend wurden die Anzahl der Quartale mit Behandlung in einer PIA, die Anzahl stationärer Aufenthalte (Hospitalisierung), die Gesamtzahl stationärer Aufenthaltstage und die Anzahl ambulanter Behandlungsfälle verglichen.

Als statistische Methoden kamen je nach Art der Outcome-Variable deskriptive Maße zum Einsatz: Anzahl, Anteil, Mittelwert und Standardabweichung. Die Analysen wurden durchgeführt mit SAS-Software, V.9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

5.4.3 Erweiterungsauswertung - versorgungsbezogene Analysen

Im Rahmen dieser Erweiterungsauswertung wurde das Auftreten von somatischen Komorbiditäten sowie die medizinische Versorgung von Personen mit SMI im Vergleich zu Personen ohne SMI im Rheinland untersucht (Inzidenz von somatischen Erkrankungen, leitliniengerechte Behandlung, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen).

5.4.3.1 Design

Das Design besteht aus einer retrospektiven Beobachtung (Q2/2018 bis Q2/2021) mit Kontrollgruppe. Die Daten stammen in diesem Fall ausschließlich von der Krankenkasse AOK RhHH.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.4.3.2 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien der Analysegruppe (AG):

- Jahrgang 1999 und älter (>= 18 Jahre zu Beginn der Beobachtungszeit)
- Dokumentation **mindestens einer** der folgenden SMI-Diagnosen (F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)
    - in den Rekrutierung-Quartalen Q3/2021 bis Q2/2023 sowie
    - in den ersten 4 Quartalen des Beobachtungszeitraums Q2/2018 bis Q1/2019

Ausschlusskriterium der AG:

- keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH während des individuellen Beobachtungszeitraumes
- lückenhafte Versicherungsdaten (z.B. fehlende Datumsangaben bei SMI-Diagnosen)

Einschlusskriterien der VG:

- Jahrgang 1999 und älter (>= 18 Jahre zu Beginn der Beobachtungszeit)
- Dokumentation **KEINER** der folgenden SMI-Diagnosen (F20.x, F21, F22.x, F25.x, F60.3x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) im ambulanten oder Krankenhausbereich während
    - der Rekrutierungs-Quartale Q3/2021 bis Q2/2023 sowie
    - des gesamten Beobachtungszeitraums von Q2/2018 bis Q2/2021

Ausschlusskriterium der VG:

- keine durchgängige Versicherungszeit bei der AOK RhHH während des individuellen Beobachtungszeitraumes
- lückenhafte Versicherungsdaten (z.B. fehlende Datumsangaben bei SMI-Diagnosen)

5.4.3.3 Datenbasis und Bildung der Vergleichsgruppe

Die Kontrollgruppe wurde durch die AOK RhHH vorselektiert. Dabei erfolgte eine Vorauswahl im Verhältnis 1:5 basierend auf gleichem Alter (Stichtag 30.06.2023) und Geschlecht. Diese Vorauswahl war nötig, da andernfalls nahezu das komplette Versichertenkollektiv die Einschlusskriterien erfüllt hätte. Für jede Person mit SMI wurden fünf Personen ohne SMI an den Evaluator übermittelt. Anschließend wurden weitere Ausschlusskriterien angewendet, insbesondere eine durchgängige Versicherungszeit. Zudem wurde geprüft, ob in den ersten vier Quartalen des Beobachtungszeitraums eine gesicherte SMI-Diagnose für die Analysegruppe vorlag und für die VG während des gesamten Beobachtungszeitraums keine solche Diagnose dokumentiert war.

Als SMI-Diagnosen wurden gesicherte Diagnosen aus verschiedenen Leistungsbereichen und deren Kombination berücksichtigt: einmalig stationär (Haupt- oder Nebendiagnose) oder zweimalig ambulant (niedergelassen oder Krankenhaus) oder mindestens einmal kombiniert ambulant.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Fallzahl für die Versorgungsauswertung ergab sich aus der Anzahl der AOK-Versicherten mit SMI (AG) und der ursprünglich fünffachen Anzahl Versicherter ohne SMI (VG), wobei die Fallzahl durch die Prüfung der Ausschlusskriterien (u.a. durchgängige Versicherung) angepasst wurde. Zudem wurde der jeweilige Pool der VG entsprechend der Auswertung auf ein passendes Kollektiv begrenzt: Beispielsweise wurden für die Auswertung der leitliniengerechten Behandlung die Fallzahlen beider Gruppen auf Personen mit der jeweiligen Grunderkrankung reduziert. Für die Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen erfolgte eine Reduktion auf den anspruchsberechtigten Personenkreis (Alter, Geschlecht). Ein Matching wurde nicht durchgeführt. Es erfolgte ein Vergleich von Personen mit SMI (Studien- und Nicht-Studienteilnehmer*innen) mit Personen ohne SMI.

Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich durch die AOK RhHH ohne Verknüpfung mit anderen Datenquellen.

5.4.3.4 Datenauswertung

Der 13-Quartals-Analysezeitraum (Q2/2018-Q2/2021) vor Studienbeginn (Q3/2021) diente dem Vergleich der medizinischen Versorgung (Inzidenz somatischer Erkrankungen, Prävention/Früherkennung) von Analyse- und Vergleichsgruppe. Die Auswertungen zu Inzidenz, leitliniengerechter Versorgung und Prävention/Früherkennung erfolgten separat.

Inzidenz somatischer Erkrankungen: Für die zehn Erkrankungen, die auch in der Effektevaluation berücksichtigt wurden (vgl. , wurde die Inzidenz ermittelt. Hierzu wurde der Analysezeitraum in einen 8-Quartals-Vorzeitraum (keine gesicherte Diagnose) und einen 5-Quartals-Prüfzeitraum (Vorliegen einer gesicherten Diagnose) unterteilt. Die Operationalisierung der Erkrankungen erfolgte über spezifische ICD-10-Codes (siehe Liste a-j). Eine gesicherte Diagnose lag vor bei einmaliger stationärer Nennung oder bei mindestens zwei Quartalen mit entsprechender Diagnose im ambulanten oder Krankenhausbereich (oder Kombinationen). Reha und AU wurden nicht berücksichtigt. Die Inzidenz in der AG (SMI) und VG (kein SMI) wurde als Anzahl und Anteil der Personen mit Neuerkrankung dargestellt.

Leitliniengerechte Versorgung: Unter den somatischen Erkrankungen der Hauptevaluation wurde Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) für die Analyse der leitliniengerechten Versorgung ausgewählt. Der 13-Quartals-Zeitraum wurde unterteilt in ein "Vorzeitraum Jahr 0" (4 Quartale zur Prüfung des Vorliegens der Grunderkrankung und Einteilung in Krankheitsprofile) sowie "Jahr 1" und "Jahr 2" (je 4 Quartale zur Bewertung der leitliniengerechten Behandlung auf Jahresbasis). Zusätzlich wurde die Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) in "Jahr 1/Jahr 2" analysiert.

Die binäre Information, ob in Jahr 1 eine leitliniengerechte Behandlung vorlag ja/nein wurde zusammengeführt mit der Information, ob in Jahr 2 eine leitliniengerechte Behandlung vorlag ja/nein, so dass am Ende für Studien- und Kontrollgruppe die aggregierte binäre Information ausgewertet wurde, ob eine leitliniengerechte Behandlung über 8 Quartale hinweg vorlag ja/nein. Ergänzend wurde als zweite abhängige Variable analysiert, ob in „Jahr 1 und ggf. Jahr2“ die Teilnahme am DMP erfolgte, da die Teilnahme versorgungsrelevant ist, jedoch nicht als Bestandteil der leitliniengerechten Versorgung zu sehen ist.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen)

Als Vorsorgeuntersuchungen wurden der „Check-Up“, die zahnärztliche Vorsorge und für Frauen zusätzlich das Mammographie-Screening betrachtet. Dafür wurde jeweils analysiert, ob die entsprechenden Abrechnungsziffern, s.u., für die jeweilige Zielpopulation mind. einmalig in 13 Quartalen abgerechnet wurden.

Die anspruchsberechtigte Zielpopulation für den Check-Up wurde definiert als Personen, die zu Beginn des Analysezeitraums (Q2/2018) mindestens 35 Jahre alt waren, für das Mammographie-Screening alle Frauen, die zu Beginn des Analysezeitraums (Q2/2018) mindestens 50 Jahre alt waren und zum Ende des Analysezeitraums (Q2/2021) noch jünger als 70 Jahre waren und für die zahnärztliche Vorsorge alle Personen, die zu Beginn des Analysezeitraums mindestens 18 Jahre waren. Für jede berechtigte Person in Studien- und Kontrollgruppe wurde geprüft, ob relevante Abrechnungsziffern für bestimmte Vorsorgeleistungen (Check-Up, Mammographie-Screening, zahnärztliche Vorsorge) im 13-Quartals-Analysezeitraum mindestens einmal in der ambulant-niedergelassenen Versorgung abgerechnet wurden. Diese einmalige Erfassung innerhalb des Zeitraums wurde gewählt, da die Anspruchsintervalle für Check-Up (3 Jahre) und Mammographie-Screening (2 Jahre) dies plausibel machen, um eine regelmäßige Inanspruchnahme abzubilden. Bei der zahnärztlichen Vorsorge lag der Fokus ebenfalls auf der generellen Inanspruchnahme innerhalb der 13 Quartale, statt auf der genauen Häufigkeit. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv mittels Anzahl, Anteil, Mittelwert und Standardabweichung, je nach Art der untersuchten Variable.

Die Analysen wurden durchgeführt mit SAS-Software, V.9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

6 Projektergebnisse

Die Intervention wurde manualgetreu über alle Standorte umgesetzt. Alle Patent*innen der Interventionsgruppe erhielten nach Einschreibung die Intervention beginnend mit der Stufe 1 Screening. Die Stufe 2 wurde entsprechend der Risikoeinschätzungen der Psychiater*innen umgesetzt. (vgl. Abschnitt 4.1.). Für die letzten 6 Monate wurde die Intervention stabil gehalten. Ergebnisrelevante Unterschiede in der Intensität der Inanspruchnahme der Betreuungsaufgaben bestanden nicht.

6.1 Effektevaluation

6.1.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden die eingeschlossenen Patient*innen (IG) anhand der bei ihnen erhobenen Primärdaten beschrieben. Für die Patient*innen, deren Primärdaten mit den KV-Routinedaten verknüpft (IG) bzw. im Falle der Kontrollgruppe (KG) über die KV-Routinedaten gematcht wurden, erfolgt die Stichprobenbeschreibung anhand von KV-Routinedaten in Kapitel 6.1.2.1.

Insgesamt lagen für den Zeitraum von Q2-2019 bis einschließlich Q3-2023 KV-Routinedaten für einen Pool von n = 13.226.310 Patient*innen vor. Davon wurden alle Patient*innen mit Vorliegen mindestens eines der folgenden Ausschlusskriterien in der dargestellten

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Reihenfolge entfernt: Patient*in unterhalb der Altersgrenze (18 Jahre) von PSY-KOMO (Geburtsjahr > 2005, n = 738.553, 5,6 %), alle Behandlungsfälle außerhalb des Datenzeitraums (n = 15.560, 0,1 %), ungültiges oder wechselndes Geschlecht oder Geburtsjahr (n = 3.558, < 0,1 %), kein Behandlungsfall vorliegend (n = 190.683, 1,4 %), mehrfach vergebene Fallnummern für einen Behandlungsfall (n = 2.690, <0,1 %). Im nächsten Schritt wurden Versicherten ausgeschlossen (n = 9.001.975, 73,3 %), die sich aufgrund ihrer Merkmale (u. a. keine Diagnose einer Einschlussdiagnosegruppe, keine Diagnose im Einschlusszeitraum) nicht für das Matching eignen. Somit standen für das Matching 273.244 Patient*innen mit gültigen KV-Routinedaten zur Verfügung. Bei den Primärdaten liegt der Rücklauf der Einschlussbefragung (t0) bei n = 1.816. Davon werden n = 11 Personen aufgrund einer fehlerhaften eGK-Nummer (n = 7) oder einer fehlenden Einschlussdiagnose (n = 4) ausgeschlossen. (Abbildung 3)

Folglich lagen zum Zeitpunkt der Einschlussbefragung Daten von n = 1805 Patient*innen für die Datenanalyse vor: n = 844 (46,8 %) in Frankfurt am Main, n = 333 (18,4 %) in Göppingen, n = 296 (16,4 %) in Greifswald und n = 332 (18,4 %) in Neuss. Von den 1.509 Patient*innen, die nicht am Standort Greifswald eingeschlossen wurden, können für n = 1.447 Personen (95,90 %) KV-Routinedaten mit den Primärdaten verknüpft werden und 1.278 Personen (84.70 %) gematcht werden (vgl. Abschnitt Datenquellen und Matching). Von den n=296 Patienten*innen am Standort Greifswald liegen Daten von n = 245 Patient*innen (98,8 %) für die Untersuchung von Veränderungen im Längsschnitt vor. Die Dauer zwischen Einschluss und Nachbefragung liegt bei durchschnittlich 8,71 Monaten (SD = 3,26; Range = 5-20).

Posteriori Poweranalyse

In PSY-KOMO stehen zur Analyse des primären Endpunkts n = 588 in der Interventionsgruppe (IG) und n = 669 in der Kontrollgruppe (KG) zur Verfügung. Unter den gleichen Annahmen wie bei der a-priori Poweranalyse (vgl. Fallzahlkalkulation) ergibt sich daraus eine posteriori Power von 73 %. Um eine ausreichende Power zu gewährleisten, erfolgt die Analyse auf Basis der Gesamtstichprobe (n = 1.278 pro Gruppe) und unter Kontrolle der Anzahl an Komorbiditäten im retrospektiven Zeitraum. Dadurch erhöht sich die posteriori Power auf 96 %. Für die geplanten Subgruppenanalysen liegen Daten von 1.760 Patient*innen mit affektiver Störung und 796 Patient*innen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie vor. Die posteriori Power beträgt 86 % für die Subgruppe mit affektiver Störung und 53 % für die Subgruppe mit dieser Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie. Letztere ist unterpowert, was bei der Interpretation der Analysen berücksichtigt wird.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

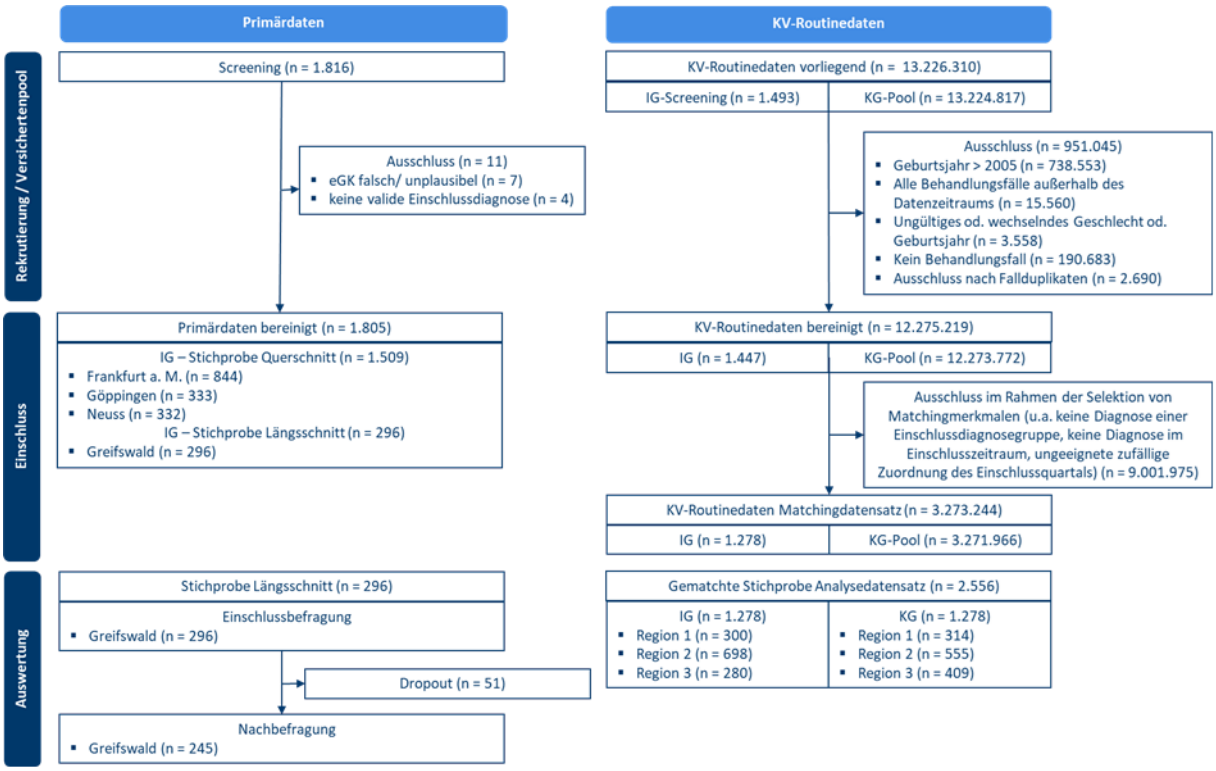


Abbildung 3: Consort-Flow-Diagramm der Teilnehmenden an PSY-KOMO und Ableitung der Analysepopulation

Quelle: Evaluationsbericht S.37

Im Folgenden werden zunächst alle Ergebnisse gezeigt, die auf Basis der Auswertung der KV-Routine Daten beruhen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Analysen der Daten der Greifswalder Population gezeigt, für die Primärdaten zum Einschluss und eine Nachbefragung vorliegen.

6.1.1.1 Stichprobenbeschreibung der Analysepopulation für die KV-Routinedaten vorliegen

Die Stichprobenbeschreibung der Patient*innen, die die Grundlage der KV-Routinedatenanalyen bilden, bezieht sich auf die PSY-KOMO-Teilnehmenden, die mit den KV-Routinedaten verknüpft werden können (IG), und der aus den KV-Routinedaten gematchten KG (Tabelle 5) In der Gesamtstichprobe [IG (n = 1.278) und KG (n = 1.278)] finden sich mit rund 60 % mehr weibliche als männliche Patient*innen, wobei das Verhältnis zwischen IG (n = 774, 60,6 %) und KG 785 (n = 785, 61,4 %) in der Gesamtstichprobe sowie in beiden Subgruppen gut ausgeglichen ist. Im Mittel sind die Patient*innen 50 Jahre alt (IG: M = 50,0, SD = 50,3 %, KG: 50,3, SD = 14,0). Patient*innen mit affektiver Störung sind mit etwa 52 Jahren etwas älter als Patient*innen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie mit rund 46 Jahren.

Über 60 % der Patient*innen in der Gesamtstichprobe (IG und KG jeweils n = 803, 62,8 %) haben die Einschlussdiagnose F32.x (Depressive Episode) oder F33.x (Rezidivierende depressive Störung). Diese Patient*innengruppe macht über 91,2 % der Subgruppe der Patient*innen mit affektiver Störung aus. Die am zweithäufigsten vertretene Einschlussdiagnosegruppe ist die die Gruppe der Schizophrenie und verwandte Störungsbilder

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(F20-F22; F25). Diese macht mit jeweils n = 300 Patient*innen in IG und KG fast ein Viertel (23,5 %) der Gesamtstichprobe bzw. etwa drei Viertel (75,4 %) der Subgruppe von Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie aus. Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen (Einschlussdiagnosegruppe F60.x-F64.x; F68.x-F69.x) machen 7,7 % der Gesamtstichprobe bzw. fast ein Viertel der entsprechenden Subgruppe aus (in IG und KG jeweils n = 98, 24,6 %). Eine Bipolare affektive Störung (F31.x) weisen in IG und KG jeweils n = 75 (5,9 %) Patient*innen auf, Patient*innen in mit einer Manischen Episode (F30.x) sind nur jeweils zweimal in jeder Studiengruppe (0,2 %) vertreten.

Patient*innen in der IG haben bei Einschluss im Vergleich zu Patient*innen aus der KG eine höhere Morbidität: IG im Mittel 1,0 somatische Komorbiditäten (SD = 1,2); KG im Mittel 0,8 Komorbiditäten (SD = 1,1) aufweisen. Betrachtet man die einzelnen somatischen Komorbiditäten, so liegen alle Komorbiditäten mit Ausnahme von Brust- und Dickdarmkrebs in der IG bei Einschluss häufiger vor als in der KG. Für das Vorliegen der Diabetes mellitus Typ 2 wird dabei der größte Unterschied beobachtet: während in der KG 12,2 % (n = 156) bei Einschluss an Diabetes erkrankt sind, sind es in der IG 16,6 % der Patient*innen (n = 212). Diese Unterschiede lassen sich für beide Subgruppen beobachten. Korrespondierend ist die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (im retrospektiven Zeitraum) in der IG etwas höher als in der KG: IG im Mittel 12,5 Behandlungsfälle/Jahr (SD = 7,4), KG im Mittel 11,5, (SD = 6,6). Bei den anderen Einzelindikatoren der somatischen Gesundheitsversorgung sowie in beiden Subgruppen lassen sich ähnliche Unterschiede beobachten. Unterschiede in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung gehen in eine ähnliche Richtung, sind jedoch weniger stark ausgeprägt. Die Inanspruchnahme sowohl der somatischen als auch der psychiatrischen Gesundheitsversorgung ist in der Subgruppe der *Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie* über alle Einzelindikatoren hinweg niedriger als in der Subgruppe der *Patient*innen mit affektiver Störung* (sowie der Gesamtstichprobe). Ebenfalls sind die meisten Komorbiditäten bei *Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie* bei Einschluss seltener vorhanden als bei *Patient*innen mit affektiver Störung*.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung anhand von KV-Routinedaten

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Geschlecht						
männlich	504 (39,4)	493 (38,6)	348 (39,5)	337 (38,3)	156 (39,2)	156 (39,2)
weiblich	774 (60,6)	785 (61,4)	532 (60,5)	543 (61,7)	242 (60,8)	242 (60,8)
Alter	50,0 (13,6)	50,3 (14,0)	52,0 (13,2)	52,3 (13,6)	45,7 (13,5)	45,8 (13,8)
Einschlussdiagnose						
F20-F22; F25	300 (23,5)	300 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	300 (75,4)	300 (75,4)
F30.x	2 (0,2)	2 (0,2)	2 (0,2)	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
F31.x	75 (5,9)	75 (5,9)	75 (8,5)	75 (8,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
F32.x; F33.x	803 (62,8)	803 (62,8)	803 (91,2)	803 (91,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
F60.x-F64.x; F68.x-F69.x	98 (7,7)	98 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	98 (24,6)	98 (24,6)
Region						
1	300 (23,5)	314 (24,6)	221 (25,1)	231 (26,2)	79 (19,8)	83 (20,9)
2	698 (54,6)	555 (43,4)	481 (54,7)	403 (45,8)	217 (54,5)	152 (38,2)
3	280 (21,9)	409 (32,0)	178 (20,2)	246 (28,0)	102 (25,6)	163 (41,0)
GISD						
1	738 (57,7)	723 (56,6)	493 (56,0)	478 (54,3)	245 (61,6)	245 (61,6)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
2	514 (40,2)	530 (41,5)	371 (42,2)	387 (44,0)	143 (35,9)	143 (35,9)
3	26 (2,0)	25 (2,0)	16 (1,8)	15 (1,7)	10 (2,5)	10 (2,5)
Anzahl somatischer Komorbiditäten bei Einschluss	1,0 (1,2)	0,8 (1,1)	1,1 (1,2)	0,9 (1,2)	0,7 (1)	0,5 (0,9)
*Somatische Komorbiditäten bei Einschluss**						
Diabetes mellitus Typ 2	212 (16,6)	156 (12,2)	151 (17,2)	116 (13,2)	61 (15,3)	40 (10,1)
KHK	89 (7,0)	73 (5,7)	76 (8,6)	65 (7,4)	13 (3,3)	8 (2,0)
Herzrhythmusstörungen inkl. VHF	85 (6,7)	67 (5,2)	65 (7,4)	57 (6,5)	20 (5,0)	10 (2,5)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Herzinsuffizienz	47 (3,7)	43 (3,4)	37 (4,2)	35 (4,0)	10 (2,5)	8 (2,0)
PAVK	30 (2,3)	27 (2,1)	24 (2,7)	21 (2,4)	6 (1,5)	6 (1,5)
arterielle Hypertonie	446 (34,9)	408 (31,9)	339 (38,5)	322 (36,6)	107 (26,9)	86 (21,6)
Hepatitis C / chronische Lebererkrankungen	24 (1,9)	23 (1,8)	20 (2,3)	19 (2,2)	4 (1,0)	4 (1,0)
chronische Bronchitis / Asthma / COPD	249 (19,5)	202 (15,8)	184 (20,9)	158 (18,0)	65 (16,3)	44 (11,1)
Brustkrebs	5 (0,4)	5 (0,4)	3 (0,3)	3 (0,3)	2 (0,5)	2 (0,5)
Dickdarmkrebs	31 (2,4)	31 (2,4)	30 (3,4)	30 (3,4)	1 (0,3)	1 (0,3)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Somatische Gesundheitsversorgung (Faktor)	0,1 (1,0)	-0,1 (0,9)	0,2 (1,1)	0,0 (1,0)	-0,2 (0,9)	-0,3 (0,8)
Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr	12,5 (7,4)	11,5 (6,6)	13,4 (7,7)	12,3 (6,9)	10,5 (6,2)	9,7 (5,7)
Anzahl Behandlungsfälle Allgemeinmediziner*innen	8,3 (4,0)	7,9 (3,4)	8,5 (4,0)	8,1 (3,3)	7,8 (3,9)	7,3 (3,5)
Anzahl Behandlungsfälle somatische Fachärzt*innen	4,6 (5,1)	3,9 (4,6)	5 (5,4)	4,4 (4,8)	3,6 (4,3)	2,9 (3,7)
Anzahl somatischer Facharztgruppen (distinkt) mit mind. 1 Behandlungsfall	1,9 (1,6)	1,6 (1,5)	2 (1,7)	1,8 (1,5)	1,6 (1,5)	1,2 (1,3)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe (N = 2.556)		Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.760)		Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 796)	
	IG (n = 1.278)	KG (n = 1.278)	IG (n = 880)	KG (n = 880)	IG (n = 398)	KG (n = 398)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Anzahl diagnostischer Leistungen (Laborparameter)	1,4 (3,0)	1,3 (2,8)	1,6 (3,5)	1,4 (3,3)	1,0 (1,3)	0,9 (1,3)
Psychiatrische Gesundheitsversorgung (Faktor)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,1 (1,1)	0,0 (1,0)	-0,1 (0,9)	-0,1 (0,8)
Anzahl Behandlungsfälle psychotherapeutische Fachärzt*innen	2,7 (3,6)	2,5 (3,5)	3,0 (3,7)	2,7 (3,7)	2,1 (3,3)	2,1 (3,2)
Anzahl psychotherapeutischer Leistungen	3,1 (8,9)	2,9 (8,4)	3,4 (9,4)	3,1 (8,8)	2,5 (7,6)	2,5 (7,1)

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe; Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) werden bei metrischen Variablen angegeben, bei kategorialen oder ordinal skalierten Variablen werden die Häufigkeit (n) und der prozentuale Anteil (%) berichtet. * Mehrfachangaben möglich.; Quelle: Evaluationsbericht S.80 ff..

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.1.1.2 Stichprobenbeschreibung für die Analyse der Primärdaten

Für alle Rekrutierungsregionen liegen die Daten des Screenings (t0) als Primärdaten vor. In Tabelle 6 ist die Studienpopulation anhand der Primärdaten beschrieben. Die Population Greifswald ist noch separat aufgeführt, da hier zusätzlich eine Nacherhebung erfolgte, die für die Analyse der Endpunkte für diese Region genutzt werden.

In der Gesamtstichprobe sind etwa 60 % der Patient*innen weiblich und knapp 40 % männlich, mit einem Durchschnittsalter von 48,8 Jahren und einem mittleren BMI von 30,2 kg/m². Der durchschnittliche systolische Blutdruck beträgt 130,0 mmHg und der diastolische 82,9 mmHg. Die häufigste somatische Komorbidität in den Primärdaten ist arterielle Hypertonie (34,3 %), die seltenste Herzinsuffizienz (2,5 %). Über zwei Drittel nehmen Antidepressiva (69,7 %) und etwa die Hälfte Antipsychotika (51,5 %) ein, Phasenprophylaktika (13,6 %) und Tranquilizer (9,7 %) seltener. Die häufigste Einschlussdiagnose ist die depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung (56,3 %).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 6: Deskription der Studienpopulation anhand der Primärdaten

		Gesamtstichprobe			Stichprobe Greifswald		
		Gesamt (n = 1.805)	Patient*innen mit affektiver Störung (n = 1.145)	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 660)	Gesamt (n = 296)	Patient*innen mit affektiver Störung (n = 150)	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (n = 146)
Merkmal		**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Geschlecht							
	weiblich	1.081 (60,0)	685 (59,9)	396 (60,1)	194 (65,8)	100 (67,1)	94 (64,4)
	männlich	716 (39,7)	454 (39,7)	262 (39,8)	101 (34,2)	49 (32,9)	52 (35,6)
	divers	6 (0,3)	5 (0,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	valide (n)	1.803	1.144	659	295	149	146
	fehlend (n)	2	1	1	1	1	0
Alter		48,8 (13,6)	51,4 (13,0)	44,2 (13,4)	46,8 (12,6)	52,3 (9,7)	41,1 (12,7)
	Range	18,0-91,0	18,0 – 91,0	18,0-80,0	18,0-74,0	24,0-73,0	18,0-74,0
	valide (n)	1.798	1.140	658	295	149	146
	fehlend (n)	7	5	2	1	1	0
BMI		30,2 (7,6)	29,5 (7,3)	31,3 (7,9)	31,3 (8,2)	30,7 (7,9)	32,0 (8,5)
	Range	13,6-78,2	13,6-78,2	15,4-66,4	18,1-64,9	18,1-61,9	19,4 -64,9

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe			Stichprobe Greifswald		
	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie
	(n = 1.805)	(n = 1.145)	(n = 660)	(n = 296)	(n = 150)	(n = 146)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
valide (n)	1.797	1.140	657	295	149	146
fehlend (n)	8	5	3	1	1	0
Blutdruck (systolisch)	130,0 (17,8)	130,3 (18,6)	129,4 (16,3)	137,3 (18,2)	139,0 (19,4)	135,4 (16,7)
Range	80,0-205,0	80,0-205,0	80,0-194,0	100,0-196,0	100,0-196,0	100,0-191,0
valide (n)	1.744	1.114	630	292	148	144
fehlend (n)	61	31	30	4	2	2
Blutdruck (diastolisch)	82,9 (11,5)	82,6 (11,8)	83,3 (10,9)	86,8 (12,8)	88,2 (12,9)	85,6 (12,5)
Range	10,0-140,0	10,0-140,0	50,0-130,0	55,0-140,0	60,0-140,0	55,0-124,0
valide (n)	1.745	1115	630	292	148	144
fehlend (n)	60	30	30	4	2	2
Einschlussdiagnosegruppe						
F20-F22; F25	451 (25,0)	0 (0,0)	451 (68,3)	57 (19,3)	0 (0,0)	57 (39,0)
F30.x	2 (0,1)	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe			Stichprobe Greifswald		
	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie
	(n = 1.805)	(n = 1.145)	(n = 660)	(n = 296)	(n = 150)	(n = 146)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
F31.x	126 (7,0)	126 (11,0)	0 (0,0)	33 (11,1)	33 (22,0)	0 (0,0)
F32.x;F33.x	1.017 (56,3)	1.017 (88,8)	0 (0,0)	117 (39,5)	117 (78,0)	0 (0,0)
F60.x-F64.x; F68.x-F69.x	209 (11,6)	0 (0,0)	209 (31,7)	89 (30,1)	0 (0,0)	89 (61,0)
Komorbiditäten*						
Diabetes mellitus Typ 2	259 (14,8)	167 (15,1)	92 (14,4)	31 (10,5)	18 (12,1)	13 (8,9)
valide (n)	1.750	1.109	641	294	149	145
fehlend (n)	55	36	19	2	1	1
Koronare Herzkrankheit	83 (4,8)	66 (6,0)	17 (2,7)	4 (1,4)	2 (1,3)	2 (1,4)
valide (n)	1.746	1.106	623	294	149	145
fehlend (n)	59	39	20	2	1	1
Herzinsuffizienz	44 (2,5)	34 (3,1)	10 (1,6)	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)
valide (n)	1.742	1.103	639	294	149	145
fehlend (n)	63	42	21	2	1	1

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe			Stichprobe Greifswald		
	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie
	(n = 1.805)	(n = 1.145)	(n = 660)	(n = 296)	(n = 150)	(n = 146)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Arterielle Hypertonie	600 (34,3)	414 (37,4)	186 (29,1)	114 (38,9)	69 (46,6)	45 (31,0)
valide (n)	1.748	1.108	640	293	148	145
fehlend (n)	57	37	20	3	2	1
Asthma, COPD	326 (18,7)	215 (19,5)	111 (17,5)	56 (19,0)	25 (16,8)	31 (21,2)
valide (n)	1.743	1.105	638	294	149	145
fehlend (n)	62	40	22	2	1	1
Sonstiges	1.000 (61,0)	678 (64,8)	322 (54,3)	172 (60,8)	103 (71,5)	70 (50,4)
valide (n)	1639	1.046	593	283	144	139
fehlend (n)	166	99	67	13	6	7
Medikamente						
Antipsychotika	850 (51,5)	339 (33,1)	511 (81,6)	161 (54,9)	60 (40,5)	101 (69,7)
valide (n)	1.650	1.024	626	293	148	145
fehlend (n)	155	115	34	3	2	1

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamtstichprobe			Stichprobe Greifswald		
	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie	Gesamt	Patient*innen mit affektiver Störung	Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie
	(n = 1.805)	(n = 1.145)	(n = 660)	(n = 296)	(n = 150)	(n = 146)
Merkmal	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**	**n (%) / M (SD)**
Antidepressiva	1.177 (69,7)	878 (81,6)	311 (51,0)	226 (77,1)	125 (83,9)	101 (70,1)
valide (n)	1.688	1.078	610	293	149	144
fehlend (n)	117	67	50	3	1	2
Phasenprophylaktika	218 (13,6)	137 (13,6)	81 (13,7)	44 (15,1)	27 (18,4)	17 (11,7)
valide (n)	1.604	1.012	592	292	147	145
fehlend (n)	201	133	68	4	3	1
Tranquilizer	154 (9,7)	72 (7,2)	82 (13,9)	36 (12,4)	13 (8,8)	23 (16,0)
valide (n)	1.593	1.004	589	291	147	144
fehlend (n)	212	141	71	5	3	2

Quelle: Evaluationsbericht S.75

Anmerkung: Bei metrischen Variablen werden Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) angegeben, bei kategorialen oder ordinalen Merkmalen werden Anzahl (n) und Anteile (%) berichtet. , BMI = Body Mass Index,

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen mit affektiver Störung sind im Durchschnitt mit 51,4 Jahren älter als Patientinnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (44,2 Jahre). In den Einschlussdiagnosen zeigen sich erwartungsgemäß deutliche Unterschiede: Bei affektiven Störungen liegt in fast 90 % der Fälle eine depressive Episode oder rezidivierende Depression vor, während bei Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie wahnhafte Störungen die häufigste Diagnose (68,3 %) darstellen. Auch in der Medikation gibt es Unterschiede: Patient*innen mit affektiver Störung nehmen häufiger Antidepressiva (81,6 %) und seltener Antipsychotika (33,1 %) als Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (Antipsychotika: 81,6 %, Antidepressiva: 51,0 %).

Die Stichprobe Greifswald weist ähnliche Muster auf, jedoch mit einem etwas höheren Frauenanteil (65,8 %) und einem geringfügig niedrigeren Durchschnittsalter (46,8 Jahre). Die häufigste Einschlussdiagnose ist auch hier die depressive Episode oder rezidivierende Depression (39,5 %), wobei der Anteil an Persönlichkeitsstörungen (30,1 %) im Vergleich zur Gesamtstichprobe deutlich höher ist. Dies spiegelt sich auch in der häufigsten Diagnosegruppe bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie in Greifswald wider (Persönlichkeitsstörungen, 61,0 %) und einem höheren Anteil dieser Subgruppe, die Antidepressiva einnehmen (rund 70 %).

6.1.2 Analyse des primären Endpunkts: Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten (KV-Routinedaten)

Da für die einzelnen somatischen Komorbiditäten der Endpunkt per Definition nur bewertet wird, wenn die jeweilige somatische Komorbidität nicht bereits im retrospektiven Beobachtungszeitraum vorliegt, variieren die Fallzahlen über die einzelnen somatischen Komorbiditäten hinweg.

Die Anteile der Patient*innen mit der jeweiligen Komorbiditäten betrugen in der Interventionsgruppe (IG) und der Kontrollgruppe (KG) wie folgt: Diabetes mellitus Typ 2 (IG: 17,0 %, KG: 12,3 %), KHK (IG: 7,2 %, KG: 5,4 %), Herzrhythmusstörungen inkl. VHF (IG: 6,5 %, KG: 5,1 %), Herzinsuffizienz (IG: 3,5 %, KG: 3,1 %), PAVK (IG: 2,4 %, KG: 1,7 %), arterielle Hypertonie (IG: 35,4 %, KG: 32,1 %), Hepatitis C / chronische Lebererkrankungen (jeweils 1,5 %), Asthma / COPD / chronische Bronchitis (IG: 19,6 %, KG: 15,9 %), Brustkrebs (jeweils 2,0 %) und Darmkrebs (IG: 0,1 %, KG: 0,0 %). Diese Prozentwerte geben die Anteile der Patient*innen wieder, bei denen die entsprechende Erkrankung vorlag. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in beiden Kohorten ein hoher Anteil der Patient*innen multiple Komorbiditäten aufwies, wobei die Prävalenzen der einzelnen Erkrankungen in den beiden Gruppen sehr ähnlich waren. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegen in diesem Kollektiv die Prävalenzen teils deutlich höher. Dies trifft beispielsweise auf Diabetes mellitus Typ 2 zu, insbesondere in der IG.

Die Ergebnisse der Analysen des primären Endpunktes zeigen, dass bei 11,1 % der Patient*innen der IG (n = 142) bei 5,8 % der Patient*innen der KG (n = 74) mindestens eine somatische Komorbidität neu diagnostiziert wird. Betrachtet man die somatischen Komorbiditäten einzeln, so liegen die Anteile an Patient*innen mit neu diagnostizierten somatischen Komorbiditäten in der IG zwischen 0,1 % und 5,5 % (n = 1 – 45) und in der KG zwischen 0,1 % und 3,2 % (n = 1 – 28). Bei fast allen analysierten somatischen Komorbiditäten werden prozentual mehr Patient*innen in der IG im Vergleich zur KG neu diagnostiziert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ausnahmen sind Herzrhythmusstörungen inkl. VHF (IG: n = 11, 0,9 %, KG: n = 12, 1,0 %) und Darmkrebs (IG: n = 1, 0,1 %, KG: n = 1, 0,1 %), die einen vergleichbaren Anteil für beide Studiengruppen zeigen. Deskriptiv ist der Unterschied nach Studiengruppe für die Herzinsuffizienz am stärksten ausgeprägt.

Tabelle 7: Primärer Endpunkt: Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten

		IG		KG	
Komorbidität	**Indikator**	**n**	**%**	**n**	**%**
Gesamt	**neu diagnostiziert**	**142**	**11,1**	**74**	**5,8**
	nicht neu diagnostiziert	**1.136**	**88,9**	**1.204**	**94,2**
	analysiert*	1278		1278	
Diabetes mellitus Typ 2	neu diagnostiziert	35	3,3	13	1,3
	nicht neu diagnostiziert	1.022	96,7	1.103	98,8
	analysiert	1057		1116	
KHK	neu diagnostiziert	14	1,2	7	0,6
	nicht neu diagnostiziert	1.167		1.197	
	analysiert	1181		1204	
Herzrhythmusstörungen inkl. VHF	neu diagnostiziert	11	0,9	12	1,0
	nicht neu diagnostiziert	1.179	99,1	1.196	99,0
	analysiert	1190		1208	
Herzinsuffizienz	neu diagnostiziert	18	1,5	3	0,2
	nicht neu diagnostiziert	1.210	98,5	1.230	99,8
	analysiert	1228		1233	
PAVK	neu diagnostiziert	7	0,6	3	0,2

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Komorbidität	Indikator	IG n	IG %	KG n	KG %
	nicht neu diagnostiziert	777	94,5	836	96,8
	analysiert	784		839	
arterielle Hypertonie	neu diagnostiziert	45	5,5	28	3,2
	nicht neu diagnostiziert	777	94,5	836	96,8
	analysiert	822		864	
Hepatitis C / chronische Lebererkrankungen	neu diagnostiziert	3	0,2	2	0,2
	nicht neu diagnostiziert	1.251	99,8	1.252	99,8
	analysiert	1254		1254	
Asthma / COPD / chronische Bronchitis	neu diagnostiziert	35	3,4	15	1,4
	nicht neu diagnostiziert	988	96,6	1.055	98,6
	analysiert	1023		1070	
Brustkrebs	neu diagnostiziert	3	0,2	2	0,2
	nicht neu diagnostiziert	1.244	99,8	1.245	99,8
	analysiert	1247		1247	
Darmkrebs	neu diagnostiziert	1	0,1	1	0,1
	nicht neu diagnostiziert	1.271	99,9	1.272	99,9
	analysiert	1272	100	1273	100

Quelle: KV-Routinedaten; Evaluationsbericht S. 84-86

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, KHK = Koronare Herzkrankheit, VHF = Vorhofflimmern, PAVK = Periphere arterielle Verschlusskrankheit, COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung; *analysiert= entspricht der Summe aus „neu diagnostiziert“ und „nicht neu diagnostiziert“ und stellt die Analysepopulation für das jeweilige Outcome dar, die im retrospektiven Beobachtungszeitraum die entsprechende Diagnose nicht aufwiesen.

In den beiden Subgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild: Der Anteil der Patient*innen mit affektiver Störung (IG & KG jeweils n=880) mit mindestens einer neu diagnostizierten somatischen Komorbidität liegt bei 10,8 % (n = 95) in der IG und bei 6,1 % (n = 54) in der KG. Für Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (IG & KG jeweils n= 398) sind es 11,8 % (n = 47) in der IG bzw. 5,0 % (n = 20) in der KG.

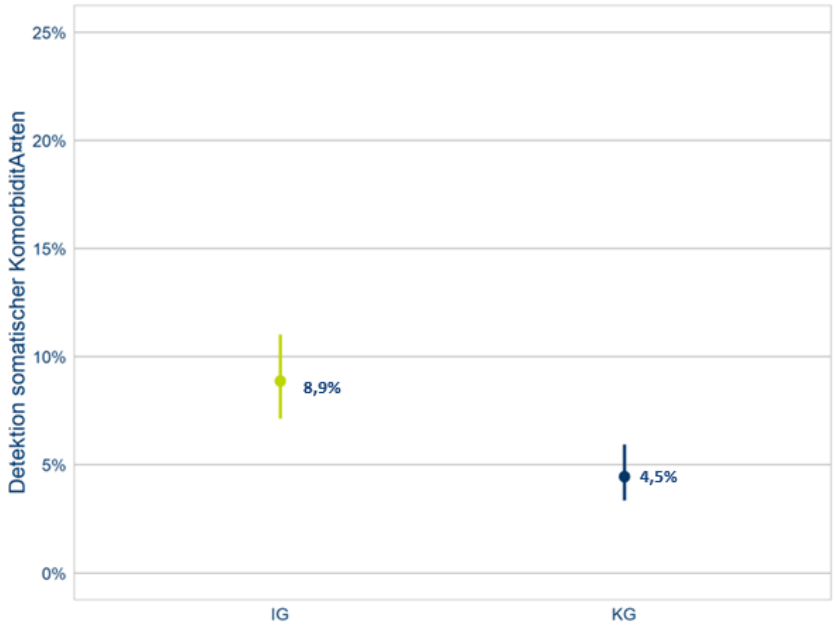


Abbildung 4: Unterschied in den vorhergesagten Werten der Detektion somatischer Komorbiditäten zwischen IG und KG

Quelle: KV-Routinedaten; Evaluationsbericht S.91

Anmerkung: n = 2.556; Für die vorhergesagten Werte der Detektion somatischer Komorbiditäten werden die Kovariaten folgendermaßen konstant gehalten: durchschn. Verteilung des Geschlechts, durchschn. Alter, GISD = 1, Region = 2 durchschn. Anzahl somatischer Komorbiditäten, durchschn. somatische Gesundheitsversorgung, durchschn. psychiatrische Gesundheitsversorgung; der vertikale Fehlerbalken beschreibt das 95%ige Konfidenzintervall; IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

In der logistischen Regression beträgt die Wahrscheinlichkeit der Neudetektion einer somatischen Komorbidität für Patient*innen in der IG bei 8,9 % und bei Patient*innen in der KG bei 4,5 %, unter Konstanthaltung der einbezogenen Kovariaten. Kontrolliert wurde für Alter, Geschlecht, die Anzahl somatischer Diagnosen und die somatische Gesundheitsversorgung, die Anzahl somatischer Komorbiditäten im retrospektiven Beobachtungszeitraum, Region, GISD und psychiatrische Gesundheitsversorgung.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die logistische Regressionsanalyse zeigt einen signifikanten Effekt der Studiengruppe (OR = 2,08, *p* < ,001), wonach die Wahrscheinlichkeit für mindestens eine neu diagnostizierte somatische Komorbidität bei Patient*innen der IG im Vergleich zur IG höher ist. (vgl. Evaluationsbericht Tabelle 18, S.90 und Anhang 2.1)

Das logistische Regressionsmodell für die Subgruppenanalyse (Unterschied im Interventionseffekt zwischen Patient*innen mit affektiver Störung und Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie) zeigte, dass keinen signifikanten Unterschied im Interventionseffekt zwischen den beiden Subgruppen bestehen. Diese Ergebnisse sind jedoch auf Grund der geringen Fallzahl als Einschätzung zu verstehen.

6.1.3 Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung somatischer Komorbiditäten (KV-Routinedaten)

Auch bei diesen Analysen werden ausschließlich die Fälle betrachtet, für die im retrospektiven eine somatische Komorbidität hatten und für die im Beobachtungszeitraum keine leitliniengerechte Behandlung vorlag. Die jeweiligen Anzahlen (n) sind in Tabelle 8 als „analysiert“ dargestellt.

Daher konnte für 35,3 % der Teilnehmenden aus der IG (n = 451) und 29,4 % der Patient*innen aus der KG (n = 376) für mindestens eine somatische Komorbidität im retrospektiven Beobachtungszeitraum ein Profil zur Beurteilung der Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung gebildet werden. Eine leitliniengerechte Versorgung wurde am häufigsten für arterielle Hypertonie (IG: 23,4 %, KG: 20,7 %), Diabetes mellitus Typ 2 (IG: 12,1 %, KG: 8,8 %) und Asthma (IG: 9,1 %, KG: 7,4 %) beobachtet. Für Hepatitis C, chronische Lebererkrankungen, chronische Bronchitis, Brust- und Dickdarmkrebs lag dieser Anteil bei unter einem Prozent. Mit Ausnahme der chronischen Lebererkrankungen konnte in der IG für alle genannten somatischen Komorbiditäten häufiger eine leitliniengerechte Versorgung operationalisiert werden als in der KG. Personen, bei denen keine leitliniengerechte Behandlung bei vorhandene oder dann neu diagnostizierten somatischen Komorbiditäten vorlag, wurden in die Analysen eingeschlossen (vgl. Evaluationsberichts Tabelle 20 S. 93).

Tabelle 8: Deskriptive Ergebnisse der leitliniengerechten Behandlung nach Studiengruppe und Beobachtungszeitraum*

		IG (n = 451)				KG (n = 376)			
		retrospektiv		prospektiv		retrospektiv		prospektiv	
Komorbidität	**Indikator**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Gesamt*	nicht erfüllt	267	59,2	260	57,6	205	54,5	227	60,4
	erfüllt	184	40,8	191	42,4	171	45,5	149	39,6
	analysiert*	451		451		376		376	
Diabetes mellitus Typ 2	nicht erfüllt	65	42,2	73	47,4	45	40,2	52	46,4
	erfüllt	89	57,8	81	52,6	67	59,8	60	53,6

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		IG (n = 451)				KG (n = 376)			
		retrospektiv		prospektiv		retrospektiv		prospektiv	
Komorbidität	**Indikator**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	analysiert	154		154		112		112	
KHK	nicht erfüllt	16	28,1	19	33,3	10	25,6	13	33,3
	erfüllt	41	71,9	38	66,7	29	74,4	26	66,7
	analysiert	57		57	100	39		39	
Herzrhythmusstörungen ohne VHF	nicht erfüllt	0	0	0	0	0	0	0	0
	erfüllt	36	100	36	100	25	100	25	100
	analysiert	36	100	36		25		25	
Herzrhythmusstörungen mit VHF	nicht erfüllt	4	18,2	4	18,2	2	10,5	5	26,3
	erfüllt	18	81,8	18	81,8	17	89,5	14	73,7
	analysiert	22	100	22		19		19	100
Herzinsuffizienz	nicht erfüllt	23	69,7	21	63,6	23	79,3	21	72,4
	erfüllt	10	30,3	12	36,4	6	20,7	8	27,6
	analysiert	33		33		29		29	
PAVK	nicht erfüllt	11	44	14	56	9	56,2	9	56,2
	erfüllt	14	56	11	44	7	43,8	7	43,8
	analysiert	25		25		16		16	
arterielle Hypertonie	nicht erfüllt	90	30,1	88	29,4	74	27,9	93	35,1
	erfüllt	209	69,9	211	70,6	191	72,1	172	64,9
	analysiert	299		299		265		265	
Hepatitis C	nicht erfüllt	0	0	1	16,7	1	25	1	25
	erfüllt	6	100	5	83,3	3	75	3	75,0
	analysiert	6		6		4		4	
chronische Lebererkrankungen	nicht erfüllt	0	0	0	0	0	0	1	10
	erfüllt	8	100	8	100	10	100	9	90,0

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		IG (n = 451)				KG (n = 376)			
		retrospektiv		prospektiv		retrospektiv		prospektiv	
Komorbidität	**Indikator**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	analysiert	8		8		10		10	
Asthma	nicht erfüllt	95	81,9	93	80,2	73	77,7	79	84
	erfüllt	21	18,1	23	19,8	21	22,3	15	16,0
	analysiert	116		116		94		94	
COPD	nicht erfüllt	37	80,4	35	76,1	28	75,7	28	75,7
	erfüllt	9	19,6	11	23,9	9	24,3	9	24,3
	analysiert	46		46		37		37	
chronische Bronchitis	nicht erfüllt	0	0	0	0	0	0	0	0
	erfüllt	7	100	7	100	4	100	4	100
	analysiert	7		7		4		4	
Brustkrebs	nicht erfüllt	1	100	0	0	0	N/A	0	N/A
	erfüllt	0	0	1	100	0	N/A	0	N/A
	analysiert	1		1		0		0	
Dickdarmkrebs	nicht erfüllt	1	100	0	0	0	0	0	0
	erfüllt	0	0	1	100	1	100	1	100
	analysiert	1		1		1		1	

Quelle: KV-Routinedaten; Evaluationsbericht S. 96

Anmerkung: Die Gesamtzahl ist nicht summentreu, da Versicherte mehrere Komorbiditäten aufweisen können; IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe; KHK = Koronare Herzkrankheit, VHF = Vorhofflimmern, PAVK = Periphere arterielle Verschlusskrankheit, COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung; *analysiert=alle Fälle die eine somatische Erkrankung aufwiesen und im retrospektiven Zeitraum keine leitliniengerechte Behandlung in den KV-Daten dokumentiert hatte. *Beobachtungszeitraum=12 Monate vor dem Einschlussquartal (retrospektiv) mit den 12 Monaten nach dem Einschlussquartal (prospektiv).

Im prospektiven Zeitraum variierte der Anteil der Patient*innen mit leitliniengerechter Versorgung für einzelne somatische Komorbiditäten stark, von unter 20 % bei Asthma bis zu 100 % bei Herzrhythmusstörungen ohne VHF (Tabelle 8). Patient*innen mit Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen mit VHF wurden in der IG häufiger leitliniengerecht versorgt als in der KG, wobei der Unterschied etwa 8 Prozentpunkte betrug. Auch bei arterieller Hypertonie und Asthma war die leitliniengerechte Versorgung in der IG häufiger. Für Diabetes

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mellitus Typ 2, PAVK und COPD waren die Anteile vergleichbar. Bei KHK und Herzrhythmusstörungen ohne VHF war der Anteil in beiden Gruppen identisch. In keiner Komorbidität wurde in der KG häufiger eine leitliniengerechte Versorgung beobachtet als in der IG. Unterschiede bei Hepatitis C, chronischen Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis, Brust- und Dickdarmkrebs sind aufgrund niedriger Fallzahlen nur eingeschränkt zu interpretieren.

Im retrospektiven Zeitraum war ein größerer Anteil der Patient*innen in der KG (45,5 %) als in der IG (40,8 %) leitliniengerecht versorgt. Während der Anteil in der IG leicht anstieg, sank er in der KG etwas stärker (ca. 6 Prozentpunkte). Aufgrund methodischer Einschränkungen bei der Bewertung des retrospektiven Zeitraums sind diese zeitlichen Veränderungen jedoch nur bedingt aussagekräftig.

Subgruppen

Der Anteil der Patient*innen mit affektiver Störung, die leitliniengerecht versorgt werden, unterschiedet sich zwischen Interventions- (IG: 40,1 %) und Kontrollgruppe (KG: 41,5 %) nicht wesentlich. Bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie zeigt sich hingegen ein Unterschied von etwa 12 Prozentpunkten zugunsten der IG (47,2 %) gegenüber der KG (35,3 %). Vgl. Tabelle 23, S.95 und Anhang 3.2)

Im Zeitverlauf ist in der IG eine leichte Zunahme der leitliniengerechten Versorgung in beiden Subgruppen zu beobachten, während in der KG ein Rückgang festzustellen ist, der bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie besonders ausgeprägt ist. Die Interpretation dieser zeitlichen Veränderungen sollte auf Grund der Fallzahlen in den Subgruppen jedoch vorsichtig erfolgen.

DMP Teilnahme

Im prospektiven Zeitraum war der Anteil der Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2, die am entsprechenden DMP teilnahmen, in der IG (59,7 %) und der KG (58,9 %) vergleichbar. Beide Gruppen zeigten einen Anstieg der DMP-Teilnahme im Vergleich zum retrospektiven Zeitraum, wobei der Anstieg in der IG etwas größer war. Bei KHK nahmen im prospektiven Zeitraum Patient*innen der KG (43,6 %) etwas häufiger am DMP teil als Patient*innen der IG (40,4 %). Während die DMP-Teilnahme in der IG bei KHK im Vergleich zum retrospektiven Zeitraum zunahm, sank sie in der KG.

Regressionsanalysen

Die logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage einer insgesamt leitliniengerechten Behandlung zeigte keinen signifikanten Effekt der Studiengruppe (OR = 1,21, p = 0,223) nach Berücksichtigung aller Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Region, GISD, Anzahl somatischer Komorbiditäten, Anzahl an gebildeten Profilen für somatische Komorbiditäten, somatische und psychiatrische Versorgung.

Die Ergebnisse der Subgruppenanalyse zeigen keinen signifikanten Haupteffekt für die Zugehörigkeit zur IG (*OR* = 0,93, *p* = ,698, entspricht Interventionseffekt in der Subgruppe *Patient*innen mit affektiver Störung*).

Der Interaktionseffekt zwischen der Studiengruppe und der Subgruppe erreicht statistische Signifikanz (*OR* = 2,32, *p* = ,010). **Dies bedeutet, dass die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe für Patient*innen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung**

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

oder Schizophrenie mit einer mehr als zweifach erhöhten Chance auf eine leitliniengerechte Versorgung verbunden ist. Für *Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie* entspricht der geschätzte Interventionseffekt (Haupteffekt der Studiengruppe) einem Odds Ratio von 2,16 (p = ,005).

Die in Abbildung 5 dargestellten vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für eine leitliniengerechte Versorgung, aufgeschlüsselt nach Subgruppen, zeigen folgendes Bild: Unter der Annahme, dass alle anderen berücksichtigten Einflussfaktoren konstant bleiben, prognostiziert das Regressionsmodell mit signifikantem Interventionseffekt für die Subgruppe der Patientinnen und Patient*innen mit affektiver Störung vergleichbar hohe Wahrscheinlichkeiten für eine leitliniengerechte Versorgung sowohl in der IG (37,1 %) als auch in der KG (38,8 %). Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit einer leitliniengerechten Behandlung liegt bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie in der IG mit bei 46,3 % resp. bei 28,5 % in der KG.

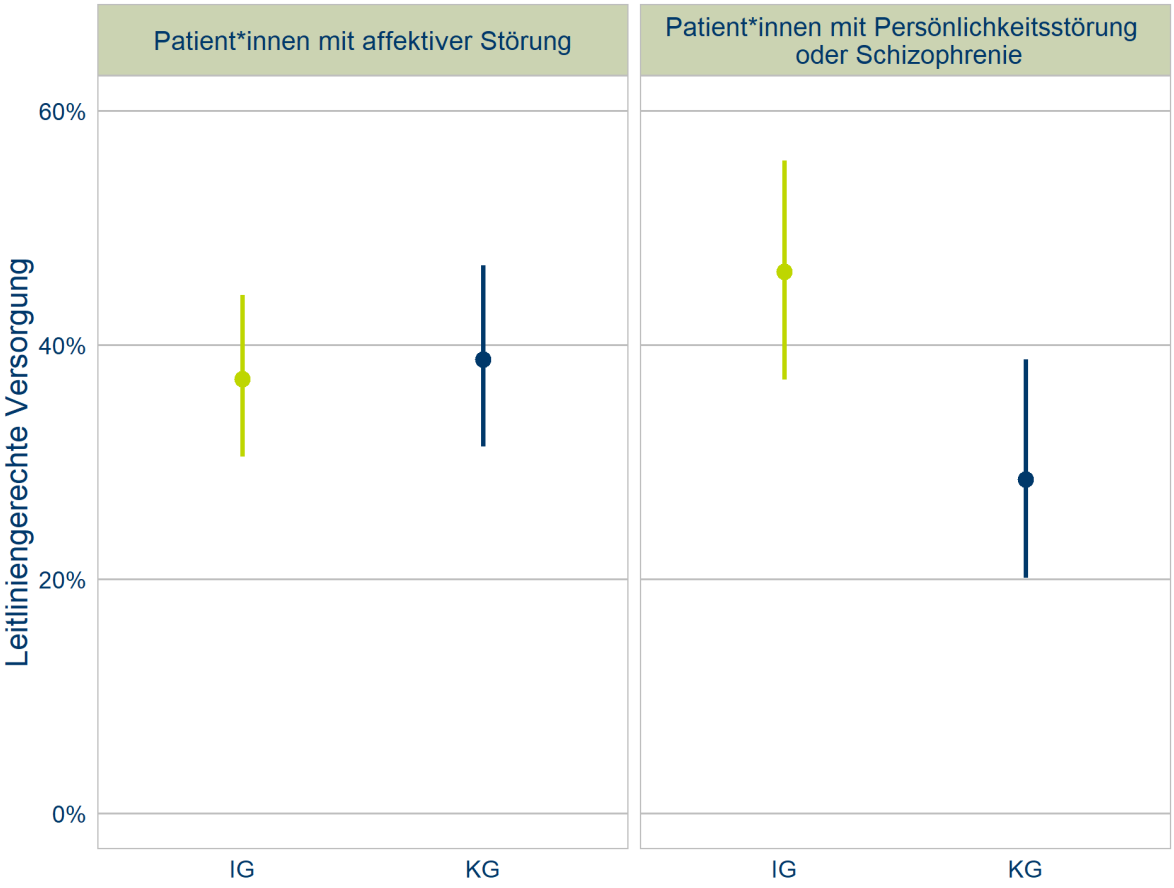


Abbildung 5: Unterschied in den vorhergesagten Werten der Wahrscheinlichkeit für eine leitliniengerechte Versorgung zwischen IG und KG, Subgruppenanalyse

Quelle: KV-Routinedaten, Evaluationsbericht S. 102

Anmerkung: n = 569 Patient*innen mit affektiver Störung, n = 258 Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie, Für die vorhergesagten Werte der Wahrscheinlichkeit für leitliniengerechte Versorgung werden die Kovariaten folgendermaßen konstant gehalten: durchschn. Verteilung des Geschlechts, durchschn. Alter, Region = 2 , GISD = 1, durchschn. Anzahl somatischer Komorbiditäten, durchschn. Anzahl Profile, durchschn. somatische Gesundheitsversorgung, durchschn. psychiatrische Gesundheitsversorgung; der vertikale Fehlerbalken beschreibt das 95%ige Konfidenzintervall; IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.1.4 Verbesserung von Prävention und Früherkennung (KV-Routinedaten)

Im retrospektiven Beobachtungszeitraum, zeigt sich bereits eine hohe Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention in beiden Studiengruppen. Patient*innen der IG nahmen diese mit 69,5 % (n = 888) etwas häufiger in Anspruch als Patient*innen der KG mit 66,0 % (n = 843). Für die nachfolgende Analyse der potenziellen Verbesserung im Bereich Prävention und Früherkennung konnten jedoch ausschließlich diejenigen Patient*innen berücksichtigt werden, die im retrospektiven Zeitraum keine entsprechenden Untersuchungen wahrgenommen hatten. Im retrospektiven Zeitraum nahmen weibliche Patientinnen in beiden Gruppen deutlich häufiger (> 80 %) an mindestens einer Untersuchung zur Prävention und Früherkennung teil als männliche Patient*innen (etwa die Hälfte oder weniger). Für die Analyse der Verbesserungen in diesem Bereich standen in der IG n = 147 Frauen und n=243 Männer (Summe n = 390) sowie in der KG n = 151 Frauen und n = 284 Männer (Summe n= 435) zur Verfügung (vgl. Evaluationsbericht Tabelle 27, S. 104).

Die Ergebnisse zur Anzahl wahrgenommener Untersuchungen zur Früherkennung und Prävention sind in Tabelle 9 dargestellt. Die meisten Patient*innen, die im retrospektiven Zeitraum keine Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung aufwiesen, nehmen auch im prospektiven Zeitraum keine entsprechenden Untersuchungen in Anspruch. Dabei ist der Anteil an Patient*innen ohne wahrgenommene Untersuchung in der KG etwa zehn Prozentpunkte höher (n = 342, 78,6 %) als in der IG (n = 264, 67,7 %).

Tabelle 9: Deskriptive Ergebnisse zur Anzahl von wahrgenommenen Untersuchungen zur Früherkennung und Prävention nach Studiengruppe und Geschlecht

	Gesamt				Frauen				Männer			
Anzahl	IG (n = 390)		KG (n = 435)		IG (n = 147)		KG (n = 151)		IG (n = 243)		KG (n = 284)	
	n	%	n		n	%	n		n	%	n	
0	264	67,7	342	78,6	79	53,7	109	72,2	185	76,1	233	82,0
1	48	12,3	53	12,2	20	13,6	19	12,6	28	11,5	34	12,0
2	37	9,5	20	4,6	17	11,6	8	5,3	20	8,2	12	4,2
3	24	6,2	10	2,3	16	10,9	7	4,6	8	3,3	3	1,1
4	9	2,3	4	0,9	7	4,8	2	1,3	2	0,8	2	0,7
5	1	0,3	2	0,5	1	0,7	2	1,3	0	0,0	0	0,0
6 – 10	7	1,8	4	0,9	7	4,8	4	2,6	0	0,0	0	0,0

Quelle: KV-Routinedaten; Evaluationsbericht S. 105

Die mittlere Anzahl wahrgenommener Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung ist in Abbildung 6 veranschaulicht. Im Mittel nehmen Patient*innen in der IG im prospektiven Zeitraum mehr Untersuchungen (M = 0,71, SD = 1,28) in Anspruch als Patient*innen in der KG (M = 0,41, SD = 1,09). Der Unterschied zwischen IG und KG ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten, wobei Frauen in beiden Studiengruppen mehr Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung in Anspruch nehmen als Männer.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

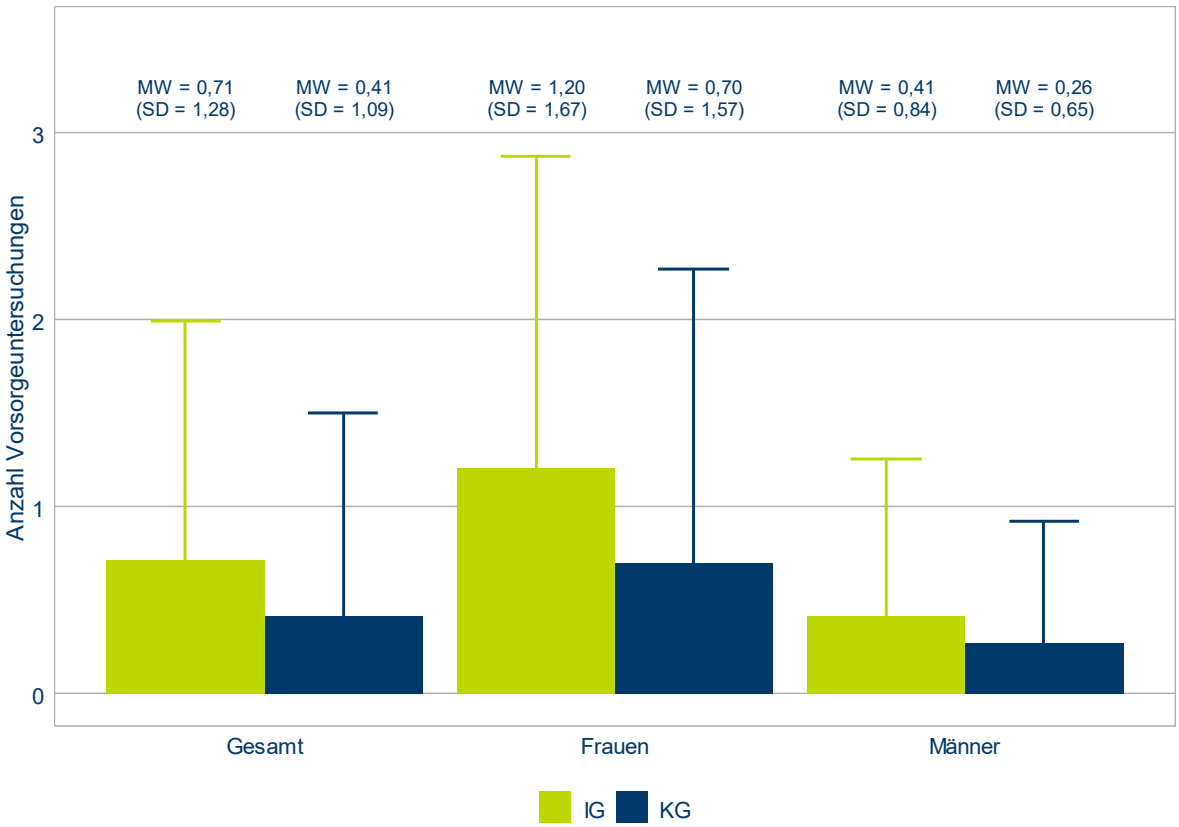


Abbildung 6: Deskriptive Ergebnisse zur mittleren Anzahl von wahrgenommenen Untersuchungen zur Früherkennung und Prävention nach Studiengruppe und Geschlecht

Quelle: KV-Routinedaten; Evaluationsbericht S. 106
Anmerkung: Gesamt: n_{IG} = 390, n_{KG} = 435, Frauen: n_{IG} = 147, n_{KG} = 151, Männer: n_{IG} = 243, n_{KG} = 284

Die Abbildung 7 stellt die Anzahl wahrgenommener Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung in beiden Subgruppen getrennt nach Studiengruppe und Geschlecht dar.

Über beide Geschlechter hinweg nehmen Patient*innen in der IG in beiden Subgruppen 0,71 Untersuchungen (SD = 1,30 bzw. SD = 1,24) in Anspruch. In der KG sind das bei Patient*innen mit affektiver Störung 0,43 Untersuchungen (SD = 1,16) und bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie 0,38 Untersuchungen (SD = 0,96). Der Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen zugunsten der IG wird in beiden Subgruppen und für beide Geschlechter beobachtet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

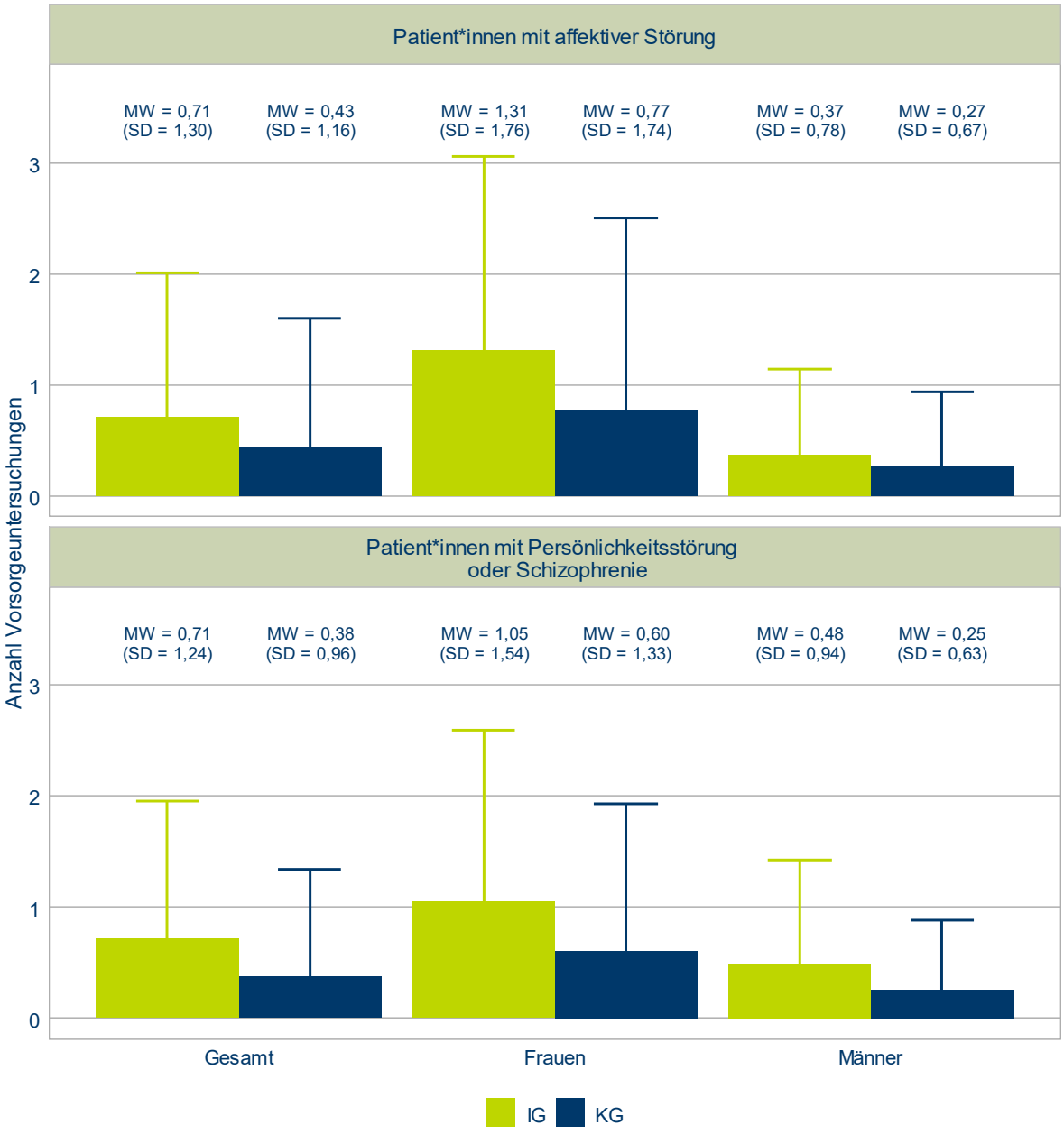


Abbildung 7: Deskriptive Ergebnisse zur mittleren Anzahl von wahrgenommenen Leistungen zur Früherkennung und Prävention nach Subgruppe, Studiengruppe und Geschlecht

Quelle: KV-Routinedaten, Evaluationsbericht S. 108

Anmerkung: Personen mit affektiver Störung, Gesamt: $n_{IG} = 242$, $n_{KG} = 260$, Frauen: $n_{IG} = 88$, $n_{KG} = 86$, Männer: $n_{IG} = 154$, $n_{KG} = 174$; Personen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie, Gesamt: $n_{IG} = 148$, $n_{KG} = 175$, Frauen: $n_{IG} = 59$, $n_{KG} = 65$, Männer: $n_{IG} = 89$, $n_{KG} = 110$

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.1.5 Deskriptionen der Endpunkte für die Population Greifswald

6.1.5.1 Primärer Endpunkt: Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten

In Tabelle 10 ist das Vorliegen somatischer Komorbiditäten zur Einschlussbefragung den Angaben zu neu gestellten Diagnosen der Nachbefragung für die Stichprobe Greifswald gegenübergestellt. Die Analyse basiert auf Daten von 245 Patient*innen, für die Informationen zu beiden Erhebungszeitpunkten vorhanden sind. Die Verteilung der somatischen Komorbiditäten in dieser Längsschnittstichprobe zum Zeitpunkt des Einschlusses zeigt deskriptiv eine Ähnlichkeit zur Gesamtstichprobe sowie zu den Teilstichproben der anderen Studienzentren. **Die deskriptive Auswertung der Daten der Nachbefragung ergab, dass bei 7,3 % der Patientinnen (n = 18) seit der Teilnahme an PSY-KOMO eine neu diagnostizierte somatische Komorbidität festgestellt wurde.** Der höchste Anteil an Neudiagnosen entfiel mit knapp 5 % (n = 12) auf die arterielle Hypertonie.

Tabelle 10: Deskriptive Ergebnisse zur Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten

		Einschlussbefragung (n = 245)		Nachbefragung (n = 245)	
Indikator	**Ausprägung**	**n**	**%**	**n**	**%**
Gesamt	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	130	51,1	18	7,3
	valide (n)	245		245	
	fehlend (n)	0		0	
Diabetes mellitus Typ 2	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	28	11,4	5	2,0
	valide (n)	245		245	
	fehlend (n)	0		0	
KHK	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	3	1,2	2	0,8
	valide (n)	245		245	
	fehlend (n)	0		0	
Herzinsuffizienz	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	2	0,8	0	0,0

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		Einschlussbefragung (n = 245)		Nachbefragung (n = 245)	
	valide (n)	245		244	
	fehlend (n)	0		1	
Arterielle Hypertonie	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	96	39,2	12	4,9
	valide (n)	245		244	
	fehlend (n)	0		1	
Asthma, COPD	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt	47	19,2	1	0,4
	valide (n)	245		245	
	fehlend (n)	0		0	
Krebserkrankung*	Diagnose vorhanden resp. neu gestellt			3	1,2
	valide (n)			245	
	fehlend (n)			0	

Quelle: Primärdaten, Evaluationsbericht S. 88f.
Anmerkung: *Angaben zur Diagnose Krebserkrankung wurden nur zu Nachbefragung erfasst; KHK = koronare Herzkrankheit, COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung

6.1.5.2 Verbesserung von Prävention und Früherkennung (Primärdaten)

Basierend auf den Primärdaten wird die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der PSY-KOMO-Teilnehmenden in den fünf Jahren vor Einschluss (t0) für alle Studienzentren dargestellt. Für die Stichprobe Greifswald werden deskriptive Ergebnisse zu Veränderungen in Prävention und Früherkennung berichtet, wobei untersucht wird, inwiefern Patient*innen, die fünf Jahre vor Einschluss keine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen haben, während PSY-KOMO erstmals eine solche Untersuchung in Anspruch nehmen.

Tabelle 11 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen pro Person in den fünf Jahren vor Einschluss an den vier Standorten. In Frankfurt am Main (M = 4,6), Göppingen (M = 3,2) und Neuss (M = 4,3) nahmen die Teilnehmenden durchschnittlich weniger als fünf

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Untersuchungen wahr, was weniger als einer Untersuchung pro Jahr entspricht. In Greifswald wurde mit durchschnittlich 20,2 Untersuchungen eine deutlich höhere Anzahl berichtet, was etwa vier Untersuchungen pro Jahr entspricht. Dieser Unterschied ist aufgrund möglicher systematischer Unterschiede im Antwortverhalten in Greifswald vorsichtig zu interpretieren.

An allen Standorten gab die Mehrheit der Patient*innen an, in den letzten fünf Jahren mindestens eine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben: Göppingen (73,4 %), Frankfurt am Main (79,4 %), Neuss (79,3 %) und Greifswald (91,5 %).

Tabelle 11: Deskriptive Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in den letzten fünf Jahren vor Einschluss nach Standort

Standort	n	fehlend	M	SD	Md	Min	Max
Greifswald	295	1	20,2	16,9	17,0	0,0	50,0*
Frankfurt am Main	842	2	4,6	5,2	3,0	0,0	45,0
Göppingen	331	2	3,2	5,1	2,0	0,0	50,0
Neuss	324	8	4,3	5,8	3,0	0,0	45,0
Gesamt	2.036	1.574	6,3	9,8	3,0	0,0	50,0

Quelle: Primärdaten, Evaluationsbericht S. 109
Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, Min = Minimum, Max = Maximum; *Werte > 50 auf 50 trunkiert

Tabelle 12 veranschaulicht die Anzahl der in Greifswald zum Zeitpunkt t1 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Mehr als zwei Drittel aller PSY-KOMO-Teilnehmenden in Greifswald (77,9 %, n = 190, fehlend n= 52) berichteten zum Zeitpunkt t1, seit Studienbeginn mindestens eine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben. Der Mittelwert der Vorsorgeuntersuchungen zu t1 betrug 1,8 (SD = 2,0, Range = 0 - 20).

Von den 25 Patient*innen in Greifswald (8,5 %), die in den fünf Jahren vor t0 keine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen hatten, lagen zum Zeitpunkt t1 Daten zur Anzahl wahrgenommener Untersuchungen von 15 PSY-KOMO-Teilnehmenden vor (fehlend n= 10). Von diesen 15 Patient*innen gaben elf zum Zeitpunkt t1 an, auch seit Studienbeginn keine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben. Vier Personen nahmen erstmalig seit Einschluss in PSY-KOMO eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, wobei im Freitext Check-Up, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung und allgemeinmedizinische Vorsorge-untersuchung genannt wurden. Aufgrund der geringen Anzahl von Personen ohne Vorsorgeuntersuchung in den fünf Jahren vor t0 wird eine separate Darstellung der Ergebnisse für die Subgruppen Patientinnen mit affektiver Störung und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie nicht vorgenommen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen seit Einschluss in PSY-KOMO am Standort Greifswald

		Stichprobe Greifswald	
Stichprobe	**Indikator**	**Ausprägung**	**n (%) / M (SD)**
Alle Patient*innen am Standort Greifswald (n = 296)	Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung seit Einschluss in PSY-KOMO zu t1	Anzahl Vorsorgeuntersuchungen	1,8 (2,0)
		valide (n)	244
		fehlend (n)	52
Patient*innen am Standort Greifswald ohne Vorsorgeuntersuchungen in den fünf Jahren vor t0 (n = 25)	mind. eine Vorsorgeuntersuchung erstmals während PSY-KOMO		4 (26,7)
	Keine Vorsorgeuntersuchung erstmals während PSY-KOMO		11 (73,3)
		valide (n)	15
		fehlend (n)	10

Quelle: Primärdaten, Evaluationsbericht S. 110
Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Veränderung der Lebensstilfaktoren Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum und Rauchverhalten

Die deskriptive Analyse des Bewegungsverhaltens der Greifswalder Stichprobe mit längsschnittlichen Daten (n=245) zeigt in Tabelle 13 einen leichten Anstieg des durchschnittlichen täglichen Bewegungsumfangs von t0 (M=13,3 Minuten, SD=24,4) zu t1 (M=13,8 Minuten, SD=26,1).

In der Subgruppe der Patient*innen mit affektiver Störung nimmt die Bewegung im Zeitverlauf zu (t0: M = 13,7, SD = 24,9; t1: M = 17,8, SD = 30,9). Demgegenüber liegt bei den Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie deskriptiv eine Abnahme der Bewegung vor (t0: M = 12,8, SD = 24,0; t1: M = 9,5, SD = 19,0).

Die Validität der Mittelwertvergleiche ist durch die unterschiedlichen Zeitpunkte der t1-Erhebung und die damit einhergehende Variabilität der Beobachtungszeiträume potenziell eingeschränkt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 13: Deskriptive Ergebnisse zu Bewegung zur Einschluss- und Nachbefragung

		Längsschnittliche Stichprobe Greifswald (n = 245)
Indikator	**Ausprägung**	**M (SD)**
Einschluss (t0)		
Bewegung	Indikator	13,3 (24,4)
	valide (n)	244
	fehlend (n)	1
Nachbefragung (t1)		
Bewegung	Indikator	13,8 (26,1)
	valide (n)	245
	fehlend (n)	0

Quelle: Primärdaten, Evaluationsbericht S. 114
Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Alkoholkonsum

Die Angaben zum Alkoholkonsum blieben über den Beobachtungszeitraum bzw. über die zwei Messzeitpunkte hinweg konstant: Die Mittelwerte zu t0 und t1 des AUDIT-QF Score liegen für die Stichprobe Greifswald bei einem Wert von jeweils 1,3 (SD 1,6 / 1,5). Dieses Bild zeigte sich auch bei den Subgruppenanalyse:

- Patient*innen mit affektiver Störung (t0: M = 1,4, SD = 1,6; t1: M = 1,4, SD = 1,5)
- Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (t0: M = 1,2, SD = 1,6; t1: M = 1,1, SD = 1,4).

Beide Gruppen sind im Ausmaß des Alkoholkonsums deskriptiv vergleichbar (Evaluationsbericht S.122 Tabelle 39).

Entsprechend der deskriptiven Ergebnisse waren auch die Regressionsmodelle nicht signifikant (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 3.1.7.2).

Rauchen

In der längsschnittlichen Stichprobe von Greifswald waren zum Zeitpunkt des Einschlusses 116 Personen (47,3 %) Nichtraucher*innen und 129 Personen (52,7 %) Raucher*innen. Die Nachbefragung ergab, dass sich die Anteile geringfügig verändert hatten: 132 Patientinnen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(53,9 %) waren nun Nichtraucher*innen und 113 (46,1 %) weiterhin Raucher*innen. Dies deutet auf eine geringe deskriptive Veränderung über die Zeit hinweg hin. Von denjenigen, die zu Beginn rauchten, berichteten 29 Personen (22,5 %) in der Nachbefragung von einem ernsthaften Entwöhnungsversuch. Ein exakter McNemar-Test zeigt keinen statistisch signifikanten Unterschied im Anteil der Raucher*innen zu den beiden Messzeitpunkten (p = ,547). (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 3.1.8.2)

Betrachtet man die beiden Subgruppen, so bleiben die Anteile von Raucher*innen und Nichtraucher*innen zwischen dem ersten (t0) und zweiten (t1) Messzeitpunkt deskriptiv relativ stabil. Hinsichtlich der Veränderungen im Rauchverhalten zeigt sich sowohl bei den Patient*innen mit affektiver Störung (p = ,450) als auch bei den Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (p = 1,000) kein signifikanter Unterschied im Anteil der Raucher*innen zu beiden Messzeitpunkten. Allerdings zeigt sich deskriptiv ein Unterschied im HSI-Score hinsichtlich leichter und mittlerer Abhängigkeit zwischen den Subgruppen. Patient*innen mit affektiver Störung weisen einen um etwa sechs Prozentpunkte höheren Anteil (56,6 %, n = 30) an keiner bis geringer Abhängigkeit auf als Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (50,0 %, n = 38). Umgekehrt ist bei der mittleren Abhängigkeitsstufe der Anteil bei Patient*innen mit affektiver Störung geringer (26,4 %, n = 14 gegenüber 34,2 %, n = 26). Evaluationsbericht, Kapitel 3.1.8.2)

6.2 Ergebnisse der Prozessevaluation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen nach Kernthemen strukturiert dargestellt. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Stichprobe

6.2.1 Stichprobe

An der qualitativen Befragung nahmen insgesamt 17 Leistungserbringende und 26 SMI-Patient*innen teil (vgl. Tabelle 14). Bei der Zusammensetzung der Stichprobe konnten die angestrebte Zusammensetzung mit dem Ziel größtmöglicher Varianz entsprechend den oben benannten Kriterien erreicht werden.

Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung der Leistungserbringenden nach dem Kriterium der Berufsgruppe und Geschlecht dargestellt:

Tabelle 14: Befragte nach Geschlecht

Befragtengruppe	**Geschlecht** (Anzahl)		
	Weiblich	Männlich	Gesamt
Patient*innen	19	7	26
Psychiater*innen	12	5	17
Gesamt	**31**	**12**	**43**

Quelle: Evaluationsbericht S. 130

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 15: Befragte nach Gruppe und Region

Region	**Befragtengruppe** (Anzahl)		
	Patient*innen	Psychiater*innen	Gesamt
Neuss	6	4	10
Frankfurt	7	4	11
Göppingen	7	5	12
Greifswald	6.	4	10
Gesamt	**26**	**17**	**43**

Quelle: Evaluationsbericht S. 130

Insgesamt wurden über den Projektverlauf sieben Fokusgruppen mit Projektbeteiligten durchgeführt, davon vier Fokusgruppen mit Gesundheitsbegleiter*innen zu ihren Erfahrungen in der Umsetzung der Intervention in den Regionen und drei zum Projektende mit Vertreter*innen der Konsortialpartner. An den einzelnen Gruppendiskussionen nahmen zwischen 3 und 7 Personen. Einzelne Personen nahmen über den Projektverlauf mehrfach an Fokusgruppensitzungen teil.

6.2.2 Strukturen und Prozesse im Rahmen des PSY-KOMO Projektes

Motivation zur Teilnahme am Projekt

*Motivation der Psychiater*innen*

Psychiater*innen benennen im Wesentlichen zwei Gründe für ihre Teilnahme am PSY-KOMO Projekt. So sieht eine Gruppe der interviewten Psychiater*innen einen großen Bedarf an Unterstützung ihrer SMI-Patient*innen zur Sensibilisierung für Gesundheitsrisiken und bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten.

P: Und dann hab ich gedacht: Okay, es ist eigentlich wirklich so was, was ich mir seit Jahren hier gewünscht habe. Weil auch in der Tagesklinik, auch in der / aber vor allem in der Ambulanz kommen diese Fragen zu körperlicher Gesundheit, Vorsorge, Prävention immer sehr kurz. (Psychiaterin_006)

P: Also erstens Motivation, weil (unv. 02:41) Sozialpsychiatrie meine Erwartung tatsächlich die Leute, die so sehr verhockt sich sozial zurückgezogen haben in die körperliche und soziale Aktivität zu bringen. (Psychiater_007)

Die zweite Gruppe von Psychiater*innen – vor allem im PIA-Kontext tätige – berichteten, sich zunächst aus eher formalen Gründen am Projekt beteiligt zu haben. So gab es bspw. gegenüber Kolleg*innen und Vorgesetzten ein Gefühl der Verpflichtung, an den PSY-KOMO Trainings zur Sensibilisierung bezüglich somatischer Gesundheitsrisiken teilzunehmen und SMI-Patient*innen in das Projekt einzuschließen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

P: Also wir wurden ja quasi gebeten und konnten eigentlich gar nicht sagen, ob wir mitmachen wollen oder ob nicht. (Psychiaterin_009)

*Motivation der Patient*innen*

Patient*innen berichten ebenfalls verschiedene Gründe für ihre Teilnahme am PSY-KOMO Projekt. So nehmen sie wahr, dass ihr*e behandelnde*r Psychiater*in sich Sorgen um die somatischen Gesundheitsrisiken machen und folgen der Psychiater*innen-Empfehlung am Projekt teilzunehmen.

P: Ein Hauptgrund war, weil ich meiner Psychiaterin vertraue und die unterstützen möchte und das Zweite: Ich fand die / die Idee des Projektes und / oder das Vorhaben sehr gut und wollte / wollte oder möchte es immer noch unterstützen, sodass anderen Menschen geholfen werden kann. Und dass / der dritte Grund ist: Es schafft neue Arbeitsplätze, [lacht] also wenn das Projekt irgendwie irgendwelche / eingesetzt wird und ja. Also das waren so die drei Gründe. (Patient_in_005)

Weitere Gründe für die Teilnahme am PSY-KOMO Projekt waren aus Patient*innensicht der Wunsch nach Unterstützung im Versorgungssystem, die Verbesserung der eigenen Gesundheit und das Gefühl im Versorgungssystem mit gesundheitlichen Beschwerden aufgrund der psychischen (Vor-)Erkrankung nicht ernstgenommen zu werden.

Ich habe mich im Stich gelassen gefühlt, nicht ernst genommen. Und das ist nun mal was anderes, wenn ich / halt mein Gesundheitsberater mit dabei ist und sagt: Hey, wir gehen da zusammen hin. Und dann wird auch mir mehr Glauben geschenkt. (Patient_in_012)

Barrieren bei der Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform PSY-KOMO

Psychiater*innen berichten Barrieren zur Inanspruchnahme, die sich im Wesentlichen durch studienspezifische Vorgaben ergeben haben und somit bereits hinderlich für den Einschluss von SMI-Patient*innen waren:

- **Zeitliche Engpässe und hohe Arbeitsbelastung** führten dazu, dass im Arbeitsalltag zusätzliche Information und Studienaufklärung als zu belastend wahrgenommen und daher nicht konsequent durchgeführt werden konnten. Auch berichteten einige Ärzt*innen, dass die Ansprache im Arbeitsalltag immer wieder auch vergessen wurde, wenn entsprechende Routinen fehlten.

Also ich hab halt auch mal eine Zeitlang gehabt, wo es halt in der Klinik wirklich sehr viel war und wo mir / bei mir auch die Sachen ein bisschen liegengeblieben sind. Aber wenn man sich das wirklich überlegt: Wie kann ich das am besten einbauen, dann ist das zu / zu bewerkstelligen. Vor allem für den / für den Gewinn, was dieses ganze Programm für die Patienten mit sich bringt. (Psychiaterin_006)

- Der **Aufklärungsprozess** im Rahmen der Begleitstudie und der **Versand der Studienunterlagen** an das KKSD wurde von vielen Ärzt*innen als sehr zeit- und organisationsaufwendig empfunden.

Also der Prozess ist / ist einfach aufwendig jetzt im Rahmen dieses Projektes halt, den wir ja verpflichtend so anwenden müssen. Und es ist ein Kontrast zwischen dem, wie es jetzt im Projekt läuft, wo eine aufwendige Aufklärung stattfindet und das Einholen der Einwilligung im Vergleich zu dem, was bei der Versorgungsform in der Praxis dann, wenn sie denn kommen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

würde, stattfinden würde, wo ja dann sozusagen auf ganz niederschwellig auch die Unterstützung durch die Gesundheitsbegleitung aktiviert werden könnte. Also das ist auf jeden Fall eine Herausforderung (Psychiaterin_006)

- Große Abstände zwischen den Terminen bei Patient*innen, denen eine Teilnahem an PSY-KOMO empfohlen wurde. Dies stellte sich insbesondere als Herausforderung dar, wenn Patient*innen Bedenkzeit benötigen und erst zu einem späteren Zeitpunkt über die Teilnahme entscheiden wollten, und/oder wenn rechtliche Betreuer*innen die Studienunterlagen gegenzeichnen mussten. Hierdurch ergaben sich für die Ärzt*innen zusätzliche Belastungen, da teilweise zwischen den Terminen mehrere Monate lagen und die **Aufklärung zur Datensammlung und -Verarbeitung mehrfach** erfolgen muss.
- Als besonders zeitintensiv und herausfordernd wurden immer wieder Gespräche mit Patient*innen erlebt, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Vorbehalte zur Teilnahme an einer Studie und (krankheitsbedingte) Sorgen bezüglich der Datenerfassung und Datensicherheit äußerten. Für manche Patient*innengruppen in akuten Krankheitsphasen führt der erlebte oder antizipierte zusätzliche Aufwand teilweise dazu, dass die neue Versorgungsform nicht mehr angeboten wurde.

P: Also ich würde sagen: Die schwerstkranken Psychotiker, (…) da hätte man die ans Händchen nehmen müssen und das war zu aufwendig. Die Zeit haben wir nicht bekommen. Ich habe versucht, dann einige zur Gesundheitsberaterin zu schicken, aber wenn die Patienten noch nicht wirklich bei mir ankommen und incompliant sind, dann kommen die erst recht bei irgendeiner fremden Gesundheitsberaterin, die für dieses Projekt abgestellt wurde, an. Also das heißt: Ich würde sagen, wir haben die gesünderen Patienten bekommen in die Studie. (Psychiaterin_017)

Interne Kommunikationsstrukturen (im PIA/Klinik-Kontext) führten vereinzelt dazu, dass der Einschluss von Patient*innen verzögert erfolgen konnte.

Patient*innen selbst äußern Belastung durch lange Fahrtwege zu Angeboten, den eingeschränkten Zugang zu Kommunikationsmedien (Smart-Phone, E-Mail etc.), aber auch die Sorge, jemandem zur Last zu fallen, als Barrieren für die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform.

6.2.3 Nutzung und Bewertung des neuen Versorgungsangebotes

Erleben der neuen Versorgungsform

Grundsätzlich wird die neue Versorgungsform von den Befragten positiv bewertet. Psychiater*innen berichten, durch die Teilnahme an PSY-KOMO für somatische Gesundheitsrisiken ihrer SMI-Patient*innen sensibilisiert worden zu sein. Auch berichten Psychiater*innen für einzelne Patient*innen seien relevante somatische Erkrankungen über die Projetteilnahme aufgedeckt worden.

Ja. Ähm (-) dass das für den / die Patientin teilweise sehr hilfreich war und in der Tat auch teilweise relevante somatische Erkrankungen aufgedeckt hat. Also eine Patientin / haben wir sehr früh ein Mamma-Karzinom diagnostiziert, das kurativ behandelt werden konnte im Frühstadium. Und dass es auch bei den Patienten allgemein große Akzeptanz gefunden hat und für uns als Behandler auch noch mal so ein ähm / ja, so ein immer zusätzlich noch mal

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

aktiv und wachsam bleiben angeregt hat bezüglich der somatischen Erkrankungen. (Psychiaterin_005)

Geprüft werden müsse in jedem Einzelfall, ob die jeweilige Person von der neuen Versorgungsform oder einzelnen Modulen profitieren könne. Aus Psychiater*innen und Patient*innen-Perspektive erscheint daher eine gestufte Angebotsform sinnvoll:

P: Das, was mir noch aufgefallen ist: Wir müssen ein bisschen auch gucken, welche Patienten da auch wirklich von dem Programm profitieren, weil ich hab dann auch eine Patientin gehabt, die dann ausgestiegen ist, aber nicht weil das Programm irgendwie nicht gut war für sie. Das war halt ihre dysfunktionale Bewältigungsstrategie, (…) für sie war auch total neu, jetzt Hilfe anzunehmen und als es dann geklappt hat, hat sie sich vor der ganzen Sache so erschreckt, dann hat sie sich dadurch so bedroht gefühlt irgendwie, dann hat sie auch gesagt: Nein, ich kann das jetzt doch nicht. Das / das ist dann halt auch okay. (Psychiaterin_006)

Gesundheitsbegleiter*innen

Als zentrales Element der neuen Versorgungsform können die Gesundheitsbegleiter*innen betrachtet werden. Angefragt werden von Patient*innen Unterstützung bei der Arztsuche, der Terminvereinbarung mit Fachärzt*innen, und auch immer wieder bei der Begleitung zu Arztterminen, da dies die Patient*innen überfordert. Darüber hinaus fragen Patient*innen Unterstützung an bei der Suche von Präventionsangeboten wie Sportgruppen, Ernährungsberatung aber auch von Unterstützungsangeboten für den Rauchstopp. In einer Region wurden solche Angebote selbst entwickelt und durchgeführt, da nicht ausreichend passgenaue Angebote für SMI Patient*innen verfügbar waren.

Also was ganz, ganz häufig vorkommt, das ist wirklich Gewicht und Bewegung, vor allem seit Corona auch Bewegung, weil es gibt einige Leute, die früher sehr gerne ins Fitnessstudio gegangen sind, mittlerweile ist auch teilweise durch Corona die ganze Sache da ein bisschen eingeschlafen. Und viele gerade depressive Patienten auch durch die Antriebsstörung haben dann nicht mehr die Motivation gefunden, Bewegung in irgendeiner Form wiederaufzunehmen. Und da kommt die Frau [Name GB:in] da ganz gut ins Spiel sozusagen, weil sie hat dann auch Spiele ausgedacht, wie man dann diese Sache ein bisschen anregen kann. Sie hat auch mal so Schrittzähler ausgeteilt, also so ganz billige, aber dafür war das super, was der Patient machen muss. Dann hat sie auch Bewegungsgruppen organisiert, also insgesamt Bewegung und Ernährung, also Gewicht ist immer ein großes Thema. (Psychiaterin_011)

In zwei untersuchten Regionen wurden Begleitungen zu Arztbesuchen bei Bedarf angeboten. Besonders in Flächenländern, die durch lange Anfahrtswege und große Distanzen gekennzeichnet sind, aber auch in städtischen Gebieten mit großem Verkehrsaufkommen und stadtweitem Einzugsgebiet gestaltet sich die Umsetzung dieser Begleitungen als herausfordernd. Aufgrund der langen Anfahrtswege / Anfahrtszeiten konnten solche Angebote nur umgesetzt werden, wenn mehrere Gesundheitsbegleiterinnen (GB) zur Verfügung standen und die Regionen entsprechend zugeteilt wurden. Dies ermöglichte eine effizientere Organisation und eine engmaschigere Betreuung der Patient*innen vor Ort.

P: Also die Frau [Name GB:in], die Gesundheitsmanagerin bei uns hat sich sehr informiert, was in der Region da ist und hat dann die Patienten da auch quasi begleitet und ist teilweise auch

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zu den Terminen mitgegangen und hat sie motiviert, da hinzugehen auch, ja. War eine große Hilfe, ja. (Psychiaterin_009)

Psychiaterinnen sehen die Gesundheitsbegleiterinnen (GB) als eine hilfreiche niedrigschwellige Zugangsform, die eine wichtige Orientierung im Gesundheitssystem ermöglicht. Sie fungieren als Übersetzer*innen zwischen medizinischer Versorgung und der Lebenswelt der Patientinnen, was insbesondere bei schwer psychisch Erkrankten (SMI) eine wertvolle Unterstützung darstellt. Aufgrund ihrer Rolle und der Qualifikation in einem Gesundheitsberuf werden sie zum einen als kompetent wahrgenommen, und werden von den Patient*innen gleichzeitig weniger als Autorität, sondern vielmehr als auf Augenhöhe beratend wahrgenommen.

Und da habe ich tatsächlich auch schon jetzt mit Psy-KOMO öfter erlebt, dass Menschen mit katastrophalem Zahnstatus sich zum ersten Mal mit Begleitung zum Zahnarzt getraut haben, eben mit der Versicherung, dass da jemand aufpasst, dass der nicht sofort alle Zähne rausreißt oder so [lacht], ne? Und wenn die Patienten dann zum ersten Mal da waren, dann sind die oft auch sehr erleichtert und sagen: Ach, es war ja gar nicht so schlimm und die waren ja eigentlich auch ganz nett und jetzt beim zweiten Mal kann ich auch alleine vielleicht sogar hingehen. Also es ist / eigentlich fehlt da so eine familiäre Ansprechperson. Und die müsste man halt irgendwie ersetzen. (Psychiaterin_004)

aber zumindest mal direkte Kontaktperson, die besser erreichbar ist als die Ärztin oder der Arzt oder andere, ja, Fachpersonen im Gesundheitssystem. Ich denke, das wäre zumindest aus dem, was ich mitgenommen habe aus den Erfahrungsberichten der Gesundheitsbegleiterinnen schon ein wesentlicher Vorteil für die jeweiligen Patientinnen und Patienten. (Fokusgruppe_006)

Die Psychiaterinnen sehen die GBs als eine zusätzliche Unterstützung insbesondere für unterversorgte, schwer psychisch kranke Patientinnen. Sie tragen dazu bei, die Versorgungslücke zu schließen und die Versorgungssituation zu verbessern.

Wichtig ist den Psychiaterinnen, dass die Gesundheitsbegleiterinnen zuverlässig sind, insbesondere hinsichtlich Erreichbarkeit und Möglichkeiten zur Ansprache. Häufige personelle Wechsel werden als problematisch angesehen, da sie bei SMI-Patient*innen Unruhe und Unsicherheit hervorrufen können.

Und das, was ich gehört habe, also wenn ich die Nummer mitgegeben habe von der Gesundheitsbegleitung, ist da auch sofort jemand dran gewesen. Und ich hatte auch noch mal da angerufen, weil ich ein Problemchen hatte, auch sofort jemand in der Leitung, auch jemand, der informiert war, also wirklich gut. (Psychiaterin_003)

Gesundheitsbegleiter*innen bewerteten vor dem Hintergrund der jeweiligen eigenen Qualifikation die zusätzlichen Schulungsmaßnahmen im Rahmen des PSY-KOMO Projektes hilfreich für die eigene Arbeit. Insbesondere Gesundheitsbegleiter*innen mit weniger Vorerfahrung in der Versorgung von SMI-Patient*innen berichten eine zusätzliche Absicherung durch die Schulungen und die regelmäßigen GB-Treffen. Auch erscheint ist wichtig, eine fachliche Begleitung sicherzustellen und Formen der Super-/Intervision zu entwickeln, um eine gleichbleibende Qualität der Versorgung zu ermöglichen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(…) das ist wieder die Frage, wie man so was integriert, aber dass wir solche Zwischenpositionen brauchen oder dass das sehr, sehr hilfreich ist, habe ich überhaupt gar keinen Zweifel. (…) Das ist so in die Praxis das zu bringen, ne? Das muss dann wieder natürlich abgebildet sein, wobei die PIAs ja [seufzt], ne, viele, viele Freiheiten haben, man muss sie nur nutzen, dann ja, das ab und zu kontrollieren, dass da nicht so was Komisches rauskommt, das ist natürlich auch ein Risiko. (Psychiater_012)

Abschließend wird die Vermeidung von Parallelangeboten als wichtig erachtet, um eine klare und koordinierte Versorgung sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Hier gilt es insbesondere die Tätigkeitsfelder der Gesundheitsbegleiter*innen gegenüber anderen psychosozialen Angeboten herauszuarbeiten und transparent im Netzwerk zu kommunizieren.

Auch die Patientinnen empfinden die Gesundheitsbegleitung (GB) als hilfreich und wertvoll. In einigen Fällen konnten durch die Kontaktaufnahme mit den GBs Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen organisiert werden, die im weiteren Verlauf zu verschiedensten somatischen Diagnosen führten.

Aber wie gesagt, Lungenfacharzt hat sie mir bei geholfen, dann war mein Orthopäde, da hat sie mir bei geholfen, und jetzt, wie gesagt, hier mit offenem MRT hat sie mir auch geholfen. (Patient_in_021)

Besonders wichtig erscheinen den Patient*innen der freundliche Kontakt sowie fürsorgliche Unterstützung.

Wie das so ist, also ja. Das / in dem Moment: Es hat mir schon geholfen, ich sage mal salopp, an die Hand genommen zu werden. (Patient_in_003)

So wird durch den niedrigschwelligen Kontakt die Gesundheitsbegleitung auch in belastenden Situationen als Ressource gesehen, wenn bspw. andere Leistungserbringende nicht verfügbar / erreichbar sind, oder Arztbesuche als besonders belastend antizipiert werden.

Und diese Gesundheitsbegleiterinnen, die haben mir viel zugehört und viel, wo manchmal der Kontext nicht gefehlt hat, also wo eine Psychologin zum Beispiel gefehlt hat, haben sie das abgefedert und man hat ja nicht oft Gespräche gehabt, aber die haben mir halt sehr geholfen und auch, ich sage es mal so, auch keinen psychologischen Hintergrund gehabt, aber man hat sie / man hat sich verstanden gefühlt. (Patient_in_008)

Ein positiver Aspekt ist die Gestaltung des Angebots in einer gestaffelten Form: Nicht alle Patientinnen benötigen Unterstützung durch die GBs, vielmehr ist ein anlassbezogenes Angebot für die Patient*innen wichtig, um kein Gefühl des Bedrängens zu vermitteln.

Also ich war eigentlich offen für persönliche Ansprechpartner. Aber ich habe eigentlich alles, was ich in dem Moment persönlich gebraucht habe, gefunden in Online-Präsentation. (Patient_in_006)

Hat keiner Kontakt aufgenommen, brauche ich auch eigentlich gar nicht. (Patient_in_007)

Besonders positiv bewertet werden individuelle Präventionsangebote, die auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patient*innen zugeschnitten sind. Auch bei einer zunächst skeptischen Haltung gegenüber dem Projekt konnten durch die Erfahrungen mit den GBs positive

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eindrücke gewonnen werden, was die Akzeptanz und den Nutzen dieser Unterstützungsform unterstreicht.

PSY-KOMO Materialien / Präventionsportal

In Bezug auf die PSY-KOMO Materialien wie Info-Flyer zum Projekt, Poster für das Wartezimmer und themenspezifische Informationsangebote zu bspw. Rauchentwöhnung etc. ist die Resonanz der Befragten sehr unterschiedlich. Informationsmaterialen (Poster, Flyer etc.) zur neuen Versorgungsform für Patient*innen und ärztliche Kolleg*innen wird eher positiv bewertet, von den Info-Flyern wird vor allem der Flyer zur Rauchentwöhnung und das Infomaterial der KBV zu Vorsorgeuntersuchungen positiv erinnert.

Ich bin informiert worden über Ihre Zusatzsachen, Nikotin war es und das andere weiß ich jetzt nicht mehr, aber also wie gewöhne ich dem Patienten das Rauchen ab, also ganz / ein Kreuzchen auf irgendeinem Zettel und ich hatte es schon da. Also das war richtig, richtig gut organisiert. (Psychiaterin_003)

Eine Gruppe der Befragten sieht die Verwendung von weiteren Info-Materialien eher kritisch bzw. bewertet sie als weniger hilfreich, als den direkten Kontakt mit Gesundheitsbegleiter*innen.

Ich glaube, das [lacht] / Ich glaube, weil so Infomaterialien nie so wirksam sind, wie wenn man im direkten Patientenkontakt Sachen bespricht. Also ich glaube, dass einfach ganz großes Problem an so Infomaterial ist, dass es total leicht verteilt ist, aber auch total leicht in der Ecke landet. (Psychiaterin_005)

Psychiater*innen berichten, das Präventionsportal PSY-KOMO-tut-mir-gut.de im Rahmen des Screenings empfohlen zu haben, zeigen aber in den Interviews eher Vorbehalte in Bezug auf den Nutzen des Präventionsportals. So berichten sie aus der Erfahrung im Umgang mit SMI Patient*innen, dass häufig der Antrieb und die Kompetenzen, sich selbst online zu informieren bei der Patient*innen Gruppe gering sei und diese häufig auch nicht über die notwendige Ausstattung (Computer, Laptop, Tablet, Smartphone) oder Internetzugänge verfügen würden, um online Gesundheitsinformationen zu recherchieren.

Bei den Patient*innen ließen sich im Material zwei Gruppen identifizieren. Jene Gruppe, die wie von den Psychiater*innen antizipiert, keinen Zugang oder Barrieren bei der Nutzung haben:

Internet kann ich ja nicht machen, hab ich nicht. (Patient_in_002)

Eine weitere Gruppe von Patient*innen bewertete das Online-Angebot als interessant und hilfreich.

Und ja, ich habe nur online teilgenommen. Also ich war nur auf der Webseite. Und es war richtig hilfreich für mich. Ich habe dann die Links gefunden zum Stress im Griff und das habe ich schon durch. Und ich habe vor, diesen Stress im Griff zum Beispiel demnächst weiter wiederholen. Und ja, ich habe auch sehr viel über Ernährungsberatung und Achtsamkeit gelesen. Also die drei Teile von der Webseite waren für mich persönlich sehr hilfreich. (Patient_in_006)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Telefonkonsil

Das Konsilangebot zu Medikamenteninteraktionen wurde von den teilnehmenden Psychiater*innen kaum genutzt, obwohl die Befragten das Thema grundsätzlich als sehr relevant einstufen. Gründe die Nicht-Inanspruchnahme, waren die eigene Fachkompetenz und wahrgenommene Sicherheit mit dem Thema Medikamenteninteraktion und bereits bestehende etablierte Strukturen bei Unsicherheiten. So berichten die Befragten, bei Unsicherheiten bezüglich potenzieller Interaktionen auf andere Informationswege wie spezialisierte Datenbanken sowie den internen Austausch innerhalb der eigenen Kliniken zurückzugreifen.

6.2.4 Präventionsangebote und Zusammenarbeit in der Versorgung

In Bezug auf die somatische Versorgung von SMI-Patient*innen nehmen die befragten Psychiater*innen große Defizite wahr, die zum Teil in der psychischen Erkrankung und deren Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen liegen.

Die durch PSY-KOMO angestrebte sektorenübergreifende Vernetzung innerhalb der medizinischen Versorgung konnte aus Sicht der Befragten nicht erreicht werden. So haben sich die Kommunikationsstrukturen innerhalb der jeweiligen regionalen Netzwerke durch PSY-KOMO kaum verändert. Im Versorgungsalltag sind, sofern vorhanden, die behandelnden Hausärzt*innen zentrale Ansprechpersonen.

Weil wir hatten schon gedacht so: Mensch, dann kommt man wirklich auch mit den Allgemeinmedizinern dann auch hier in der Umgebung wirklich mehr in Kontakt, dann können alle von profitieren, dass da halt auch unkomplizierter Patienten in die Versorgung kommen und so. Das hatte ja leider dann eben nicht stattgefunden so. Das war also auch für uns tatsächlich so ein großer Punkt. (Fokusgruppe_002)

Auf Empfehlungen die Hausarztpraxis oder andere spezialisierte Fachärzte aufzusuchen, gab es eher selten Rückmeldungen und Austausch zum weiteren Behandlungsverlauf durch die entsprechenden Ärzt*innen.

nee, ne direkte Rückmeldung hab ich da noch nicht erhalten. (…) noch wirksamer eine Überweisung, wenn es wirklich einen konkreten Auftrag gibt für die Fachärzte oder für den Hausarzt. Und dann ist es unterschiedlich, (…) ich [habe] natürlich schon mit einigen Hausärzten auch Kontakt.“ (Psychiaterin_002)

Wenn ein funktionierender Hausarzt da ist, brauche ich nicht mehr Kommunikation, da ist alles okay. (Psychiaterin_004)

Die Zusammenarbeit wird als abhängig von den persönlichen Kontakten erlebt und der Austausch variiert in Abhängigkeit zum eigenen individuellen Netzwerk, das oft über viele Jahre aufgebaut wurde.

da kann ich auch eher über ärztliche Netzwerke was sagen und das sind eher informelle ärztliche Netzwerke, die man sich unter Kollegen, mit denen man gut gemeinsam arbeitet, die man sich aufgebaut hat und nutzt, um Patienten gut zu versorgen. (Psychiaterin_005)

Die Befragten äußerten den Wunsch nach regelmäßigen interdisziplinären und interprofessionellen Austauschmöglichkeiten. Solch ein Austausch, beispielsweise in Form von

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Runden Tischen oder Qualitätszirkeln, wird als sinnvoll erachtet, um die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen zu fördern und die Versorgungsqualität zu steigern. Allerdings wurde betont, dass hierfür geeignete Strukturen sowie ausreichende Ressourcen notwendig sind. Insbesondere sind zeitliche und finanzielle Mittel erforderlich, um eine nachhaltige Organisation sicherzustellen. Zudem ist die Benennung von Verantwortlichen, die die Organisation und Koordination übernehmen, von zentraler Bedeutung.

Beim Aufbau von Netzwerken sollte neben der ärztlichen psychiatrischen und somatischen Versorgung auch die Einbindung therapeutischer und psychosozialer Berufsgruppen erfolgen. Dies würde eine ganzheitliche Betreuung der Patient*innen ermöglichen und die Versorgung auf mehreren Ebenen verbessern.

Der Aufbau von Vernetzung mit Anbietern von Präventionskursen oder -angeboten wird von den Gesundheitsbegleiter*innen als zeitaufwendig empfunden. Je länger ein*e Gesundheitsbegleiter*in in einer Region tätig ist, desto größer ist die Kenntnis zu den regionalen Leistungserbringenden und Angeboten bspw. im Sport- und Ernährungsbereich. In Flächenregionen wird es als sehr aufwendig beschrieben, sich ein solches Netzwerk erst aufzubauen, da (online-)Datenbanken und Informationsmaterialien häufig veraltet sind. Die bedarfsgerechte Recherche von Angeboten für SMI-Patient*innen erfolgt häufig über die jeweiligen Krankenkassen, um kostengünstige Angebote für die Patient*innen zu ermitteln.

Ja, also ich schaue auch überwiegend tatsächlich bei den Krankenkassen, gehe auch auf die Suchportale der Krankenkassen und dann ergeben sich auch richtig viele Kontakte, weil man auch oftmals mittlerweile feststellt ähm: Nicht alle ähm angegebenen [atmet tief] Ernährungsberater oder Psychotherapeuten sind noch aktiv, ja? Und dann muss man tatsächlich auch ähm, ja, die Leute erst mal anschreiben. Und man bekommt auch oftmals die Rückmeldung, dass die auch teilweise seit zwei Jahren nicht mehr praktizieren, ja, und gar nichts mehr anbieten, aber trotzdem weiterhin auf den Suchportalen sind. (…) Oder da gibt's eine Ernährungsberaterin, die hört sich sehr gut und kompetent am Telefon an und da war auch eine Patientin schon zufrieden. Dann merkt man sich die auch so ein bisschen vor. Und ja, man ähm / Ich sage mal, man lebt ein bisschen so von der Rückmeldung von den Patienten, auch die Kontakte, die man so hergestellt hat, und ähm ja, dann merkt man sich halt so die Sachen, ne? (Fokusgruppe_001)

In einer Modellregion wurden durch die Gesundheitsbegleiter*innen zusätzliche Präventionsangebote erarbeitet, da die regionalen Anbieter nicht ausreichend passgenaue Angebote vorhalten, die auch für SMI-Patient*innen geeignet wären. Diese Angebote umfassten einen regelmäßigen Mittagsspaziergang sowie „Bewegung im Park" mit zügigem Laufen, Atem- und Achtsamkeitsübungen für Menschen mit SMI. Auch wurden in den Räumlichkeiten eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums ein Kurs „Kraft-Haltung-Balance" angeboten, um körperliche Grundlagen für weitere Bewegungsangebote zu schaffen. Ergänzend wurden Informationsveranstaltungen zu Ernährungsverhalten und ein Rauchstopp-Kurs angeboten. Des Weiteren fanden regelmäßige Treffen für Menschen mit Depressionen statt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.2.5 Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform

Förderliche Faktoren für die Inanspruchnahme

Im Interviewmaterial konnten auch förderliche Faktoren für die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform identifiziert werden:

- Die **Einstellung von Psychiater*innen** zur somatischen Versorgung stellt einen positiven Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosozialer Angebote dar. Psychiater*innen, die bereits für die Gesundheitsrisiken ihrer Patient*innen sensibilisiert sind, tragen dazu bei, die Akzeptanz de PSY-KOMO Versorgungsform zu erhöhen.

Sodass die somatische Mitbehandlung von Anfang an eh ein wichtiger Bestandteil in meiner Arbeit ist und damit hat es noch mal einen anderen Raum gekriegt durch Psy-Komo, eine andere / Also eine andere Bedeutung, eine andere Wichtigkeit und außerdem natürlich irgendwie auch Unterstützung durch Psy-Komo… Psychiaterin_005

Ich würde einfach sagen genau das, was PSY-KOMO anbietet, nämlich einerseits eine Ärztin, einen Arzt, der dort genauer hinguckt oder die dort genauer hinguckt und auch wirklich einen somatisch so behandelt oder weiterverweist, wie das auch Nicht-SMI-Patientinnen zuteil wird, und zum anderen eine Unterstützung, die dort hier ein / wenn es einem mal nicht so leichtfällt oder sonst wie, wenn da Barrieren sind, die dann ein bisschen hilft, wie eine Gesundheitsbegleitung, dieses dann abzubauen. (Foksugruppe_005)

- Der finanzielle Anreiz stellt aus Sich der Befragten einen weiteren bedeutsamen Faktor für die Teilnahmebereitschaft dar. So wird die **finanzielle Aufwandsentschädigung** von den Befragten als motivierend für eine Beteiligung und Umsetzung der neuen Versorgungsform bewertet. Hier wird von den Befragten selbst unterschieden zwischen ambulant tätigen und in Kliniken angestellten Ärzt*innen, die in der Regel die Aufwandsentschädigung nicht direkt erhielten.

Ich hatte ja finanziell dadurch gar nichts bzw. wollte ich auch gar nicht, das ist ja für die Leute draußen was anderes. (…) war ja schon mal ein Thema, dass / natürlich die Klinik hat dadurch / ist ja auch ein Stück, wie soll man das nennen, gab's ja eine Entschädigung pro Fall, soweit ich das weiß, ja. (Psychiater_012)

- Die **Niedrigschwelligkeit der neuen Versorgungsform** ist laut den befragten Psychiater*innen ein entscheidender Aspekt, um Barrieren für die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten abzubauen. Da nicht Ärzt*innen, sondern Gesundheitsbegleiter*innen aus anderen Gesundheitsberufen in die Beratung und Begleitung eingebunden werden, wird das Angebot für SMI-Patient*innen zugänglicher. Die Gesundheitsbegleiter*innen seien oft leichter erreichbar und könnten in einem weniger formellen Rahmen zu Lebensstilfragen, Gesundheitsproblemen oder Präventionsmaßnahmen beraten. Zudem kann diese Herangehensweise lange Wartezeiten im System überbrücken, und die Ressourcen in der eigenen Praxis/PIA können effizienter genutzt werden.
- Die **räumliche Nähe** des PSY-KOMO Angebots trägt zusätzlich dazu bei, die Hemmschwelle für die Nutzung der Angebote zu senken. Wenn Sprechstunden in den Räumlichkeiten der eigenen Praxis oder in der Klinik stattfinden, entsteht eine

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

vertraute Atmosphäre für die SMI-Patient*innen. Die direkte Vermittlung an die Gesundheitsbegleiterinnen unmittelbar nach der Sprechstunde erleichtert den Übergang in die weiterführende Unterstützung und Versorgung. Diese trage auch zur Förderung der Kontinuität der Versorgung bei, da Patient*innen weniger Zeit und Aufwand aufbringen müssten, da bspw. zusätzliche Anfahrtswege und Kosten für ÖPNV vermieden werden.

Auch **Patient*innenseitig wurde die räumliche Nähe und gute Erreichbarkeit** des PSY-KOMO Angebotes als förderlich für eine Teilnahme bewertet, sowie positive Erfahrungen beim Erstkontakt mit dem PSY-KOMO-Team (freundliche Mitarbeiter*innen, schnelle Terminvergabe, konkrete Unterstützungsangebote etc.).

P: Sehr positiv, sehr freundlich, nicht / nicht aufdringlich, sondern wirklich, ja, sehr empathisch und / und reduziert, aber im positivsten Sinne, also nicht so, dass man gesagt: Sie müssen das aber jetzt machen und Sie brauchen diese Termine doch, sondern einfach kommen Sie, wir gucken mal und ich helfe Ihnen da, also das Angebot war einfach toll und da, in dieser Situation, in der ich damals war / ich glaube, hätte sie da so viel Druck ausgeübt, hätte ich mich eher zurückgezogen, weil den kriegt man ja zu Hause und überall schon, und hier hat sie aber ganz professionell mir also den / den Stift noch in der Hand gelassen, aber so ein bisschen die Hand dabei geführt. Also das fand ich echt gut, dass sie da so freundlich auch mit einem umgegangen ist. (Patient_in_004)

Grad so aus den Berichten, also jetzt mein Gefühl, was ich aus den Berichten der Gesundheitsbegleiterinnen mitgenommen habe, war offensichtlich die direkte Ansprechperson doch für viele Patientinnen und Patienten ein wesentlicher Vorteil an dem Projekt. (Fokusgruppe_006)

Zusammenfassung

Für die Prozessevaluation konnten die Rekrutierungsziele hinsichtlich der umfassenden Ermittlung des Erlebens und der Erfahrungen der unterschiedlichen Befragtengruppen (Psychiater:innen, Patient:innen) erreicht werden. Neben den bei der Stichprobenplanung zugrunde gelegten Kriterien (Region, Geschlecht) konnen im Rahmen des purposive Samplings auch Psychiater:innen mit unterschiedlichen Merkmalen hinsichtlich der Tätigkeitsfeldes (Praxis oder Psychiatrische Institutsambulanz) eingebunden werden. So konnte sichergestellt werden, dass auch Unterschiede in Bezug auf die strukturellen Rahmenbedingungen des jeweiligen Versorgungskontextes im Material Rechnung getragen wird. Im Datenmaterial hat sich gezeigt, dass in Bezug auf das Erleben und die Bewertung der neuen Versorgungsform im Versorgungsalltag keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit zum Tätigkeitsfeld ermittelt werden konnten. Lediglich in Bezug auf die Motivation zur Teilnahme an dem Projekt gab es unterschiedliche Positionen (vgl. 6.2.2).

Im Rahmen der begleitenden **Prozessevaluation** zeigte sich, dass die neue Versorgungsform PSY-KOMO von den teilnehmenden Psychiater*innen und den Patient*innen insgesamt positiv bewertet wurde und positive Auswirkungen auf den eigenen Versorgungsalltag der Leistungserbringenden sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen duch SMI-Patient*innen erlebt wurden. Besonders die Module Screening durch Psychiater*innen, Begleitung durch Gesundheitsbegleiter*innen sowie Bereitstellung von Informationsangeboten wurden als hilfreich empfunden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Es erscheint sinnvoll, diese modular aufgebauten Angebote je nach individuellem Bedarf anzupassen bzw. in der Versorgung einzusetzen.

6.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

6.3.1 Stichprobenbeschreibung

6.3.1.1 Teilnehmende

Die gesundheitsökonomische Evaluation berücksichtigte die Studienpopulation der KV-Routinedaten (n=2.556). Ein Abgleich der IG und KG zum Studienbeginn (t0), wies weitestgehend eine akzeptable Vergleichbarkeit auf. Allerdings zeigten sich initiale Unterschiede in der Anzahl verschiedener F-Diagnosen und somatischer Komorbiditäten, die in der IG leicht erhöht waren. Des Weiteren existierte eine ungleiche Verteilung der Studienteilnehmenden auf die KVen Hessen (Überhang an IG) und Baden-Württemberg (Mehrheit in der KG). Um potenziellen Verzerrungen entgegenzuwirken, wurden diese Merkmale – neben anderen Vergleichsvariablen – in den statistischen Modellen berücksichtigt und auf eine mögliche Moderation des Gruppeneffekts geprüft (vgl. Abschnitt 3.3.2 des Evaluationsberichts). Im Vergleich zum externen Projektionsdatensatz (n=2,3 Mio.; vgl. Abschnitt 2.3.2) waren die Unterschiede in der Alters- und Geschlechterverteilung gering (Alter: SMD=0,24; Geschlecht: SMD=0,02; Einzelheiten in Anhang 2.4 des Evaluationsberichts). Signifikante Abweichungen bestanden jedoch im Grad der sozialen Deprivation der Studienregionen, wobei die PSY-KOMO-Studienteilnehmenden deutlich seltener aus sozial deprivierten Gebieten stammten (hohe Deprivation: PSY-KOMO: 2,0%; Projektionsdaten: 15,8%). Diese Unterrepräsentation sowie alle anderen initialen Ungleichgewichte wurden bei der Hochrechnung auf Bundesebene durch Gewichtungsfaktoren (siehe Anhang 2.4 des Evaluationsberichts) korrigiert.

6.3.1.2 Interventionskosten und Nutzen des Angebots

Während die Gesamtkosten im Referenzzeitraum (t0) in beiden Gruppen trotz tendenziell höherer Kosten in der IG ungefähr gleichauf liegen, lassen sich im Jahr ab Studienbeginn (t1) Gruppenunterschiede erkennen (Abbildung 8). Demnach ist in der KG eine tendenzielle Abnahme der Versorgungskosten zu verzeichnen, in der IG findet hingegen eine Zunahme statt. Im PIA-Bereich ist der größte Teil hiervon auf PSY-KOMO zurückzuführen, Differenzen zeigen sich jedoch auch in den EBM-Behandlungskosten. Weil die Umsetzungskosten für PSY-KOMO im Bereich der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych) deutlich niedriger angesetzt sind, stehen diese im Vergleich zu den Kosten für vertragsärztliche Leistungen und Verordnungen im Hintergrund (Tabelle 16).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

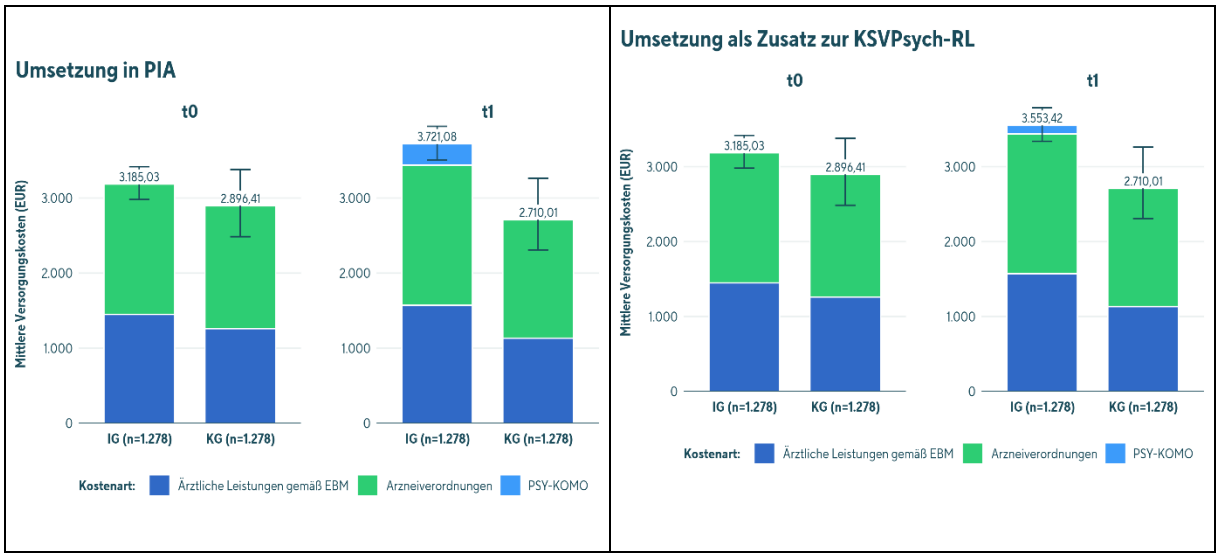


Abbildung 8: Entwicklung der Versorgungskosten im Studienverlauf (t0 vs. t1)

Quelle: Evaluationsbericht S. 151

Auswertungszeiträume: t0: Q-4 bis Q-1; t1: Q0 bis Q+3; Fehlerbalken markieren Bootstrap 95%-Konfidenzintervalle

Tabelle 16: Entwicklung der Versorgungskosten im Studienverlauf (t0 vs. t1)

	KG (n=1.278)	IG (n=1. 278)	SMD
[1] Vertragsärztliche Leistungen gemäß EBM	-127,4 (1.408,5)	122,2 (1.557,8)	0,17 [0,10; 0,25]
[2] Arzneiverordnungen	-59,0 (3.813,4)	132,2 (2.362,2)	0,06 [-0,01; 0,14]
[3a] PSY-KOMO (PIA)		281,6 (0,0)	
[3b] PSY-KOMO (KSVPsych)		114,0 (0,0)	
Gesamtkosten bei Umsetzung in PIA	-186,4 (4.218,2)	536,1 (2.957,8)	0,20 [0,12; 0,30]
Gesamtkosten bei Integration in KSVPsych	-186,4 (4.218,2)	368,4 (2.957,8)	0,16 [0,08; 0,25]

Auswertungszeiträume: t0: Q-4 bis Q-1; t1: Q0 bis Q+3; Werte bezeichnen den Mittelwert (SD in Klammern); SMD: Standardisierte Mittelwertsdifferenz, in Klammern Grenzen des Bootstrap 95%-Konfidenzintervalls

Gesamtkosten setzen sich zusammen aus den Kostenbereichen 1, 2 und 3a (PIA) bzw. 1, 2 und 3b (KSVPsych). Werte für 3a und 3b entsprechen den konzipierten Interventionskosten gemäß Tabelle 10

Quelle: Evaluationsbericht S. 151

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In beiden untersuchten Nutzen-Endpunkten der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigte sich, dass die Interventionsgruppe (IG) eine signifikant höhere Rate an neuen somatischen Diagnosen (11,1%) im Vergleich zur KG (5,8%) aufwies. Daneben wurde in der IG ein tendenziell höher, aber statistisch nicht signifikanter Anteil an Personen festgestellt, deren somatische Erkrankungen leitliniengerecht behandelt wurden und die an mindestens einer Früherkennungsuntersuchung teilnahmen (IG: 50,8%; KG: 48,1%). Vgl. auch Tabelle 50 in Evaluationsbericht Kapitel 3.3.1.3.

6.3.2 Kosteneffektivitätsanalysen

In Bezug auf die Studienpopulation zeigte sich hinsichtlich der Kosteneffektivität folgendes Bild (Tabelle 17): Die modellbasierten Analysen zur Kosteneffektivität von PSY-KOMO, durchgeführt mit Generalisierten Linearen Modellen (GLM), zeigten in beiden Umsetzungsoptionen signifikante Kostensteigerungen (PIA: 696,7 EUR, $p<0,001$; KSVPsych: 529,0 EUR, $p<0,001$) sowie einen signifikant höheren Anteil an Teilnehmenden mit neuen somatischen Diagnosen (Nutzen-Endpunkt I: +5,08%, $p<0,001$). Zudem wies die IG einen tendenziell höheren, aber statistisch nicht signifikanten Anteil an Personen auf, die in die somatische Versorgung überführt wurden (Nutzen-Endpunkt II: +3,45%, $p=0,270$). Diese modellbasierten Ergebnisse decken sich mit den unadjustierten Auswertungen. Die resultierenden ICER lagen zwischen 10.411,3 Euro (KSVPsych/Nutzen-Endpunkt I) und 20.176,8 Euro (PIA/Nutzen-Endpunkt II) pro Patient mit erreichtem Endpunkt.

Die Hochrechnung der Kosteneffektivitätsanalysen auf Bundesebene zeigte, trotz ähnlicher Ergebnislage wie in der Stichprobe, leicht erhöhte geschätzte Kosten und geringere Nutzen-Endpunkte. Die bundesweiten Ergebnisse (Tabelle 17) bestätigten signifikante Kostensteigerungen in der IG im ersten Jahr (PIA: 843,7 EUR, $p<0,001$; KSVPsych: 676,0 EUR, $p<0,001$). Auch die Nutzen-Endpunkte waren in der IG höher, wobei der Gruppenunterschied auch hier nur für neue somatische Diagnosen (Endpunkt I: +4,37%, $p<0,001$; OR=1,80) statistisch signifikant war. Für die Überführung in somatische Versorgung/Früherkennung (Endpunkt II) war der Unterschied nicht signifikant (+2,05%, $p=0,493$). Die Number Needed to Treat (NNT) betrug für Endpunkt I 23 und für Endpunkt II 49. Diese modellbasierten Schätzungen stimmten mit den unadjustierten Ergebnissen überein. Die ICER für eine neu erkannte somatische Komorbidität lagen bei 15.473,5 EUR (KSVPsych) und 19.311,1 EUR (PIA). Für die Überführung in somatische Versorgung/Früherkennung waren die ICER mit 32.922,9 EUR (KSVPsych) und 41.088,3 EUR (PIA) deutlich höher, wiesen aber breite, teils ins Negative hineinragende Konfidenzintervalle auf, was auf eine hohe Unsicherheit der Schätzung und keine signifikante Unterscheidung von Null hindeutet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 17: Ergebnisse der modellbasierten Kosteneffektivitätsanalysen für die Ebenen Studienteilnehmende und Bundesebene

Ebene	Umsetzung	Nutzen-Endpunkt	Inkr. Kosten (EUR)	Inkr. Nutzen %	ICER
Studienteilnehmende					
	PIA	I. Detektion	696,7 [440,1; 1.030,8]	5,08 [3,03; 7,26]	13.710,7 [7.790,6; 27.311,6]
	PIA	II. Intervention	s.o.	3,45 [-2,29; 9,20]	20.176,8 [-248.634,8; 171.424,6]
	KSVPsych	I. Detektion	529,0 [272,5; 863,2]	5,08 [3,03; 7,26]	10.411,3 [5.084,5; 22.062,0]
	KSVPsych	II. Intervention	s.o.	3,45 [-2,29; 9,20]	15.321,3 [-184.879,5; 134.582,0]
Bundesebene					
	PIA	I. Detektion	843,7 [551,2; 1.138,0]	4,37 [1,27; 7,56]	19.311,1 [9.580,8; 57.233,4]
	PIA	II. Intervention	s.o.	2,05 [-6,98; 10,65]	41.088,3 [-184.149,1; 280.112,6]
	KSVPsych	I. Detektion	676,0 [383,5; 970,3]	4,37 [1,27; 7,56]	15.473,5 [6.908,2; 45.862,6]
	KSVPsych	II. Intervention	s.o.	2,05 [-6,98; 10,65]	32.922,9 [-151.350,9; 229.594,2]

Quelle: Evaluationbericht S. 147-148

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Sensitivitätsanalysen zeigen: Änderungen der PSY-KOMO-Umsetzungskosten um 25% haben einen geringen Einfluss auf die ICER (max. 8,3%). Ein längerer Analysezeitraum (17 Quartale) reduziert die ICER deutlich (bis zu 23,3%) aufgrund sinkender PSY-KOMO-Kosten. Werden nur die PSY-KOMO-Kosten betrachtet, sind die ICER für die Detektion somatischer Komorbiditäten am niedrigsten (PIA: 6.446,6 EUR; KSVPsych: 2.608,9 EUR). Die ICER für den zweiten Endpunkt sind in allen Szenarien nicht signifikant.

6.3.3 Schätzung der Inanspruchnahme

Tabelle 18 zeigt die Schätzungen der bundesweiten Teilnehmerzahlen von PSY-KOMO im ersten Jahr seiner Implementierung. Auf Bundesebene wird im ersten Jahr der Umsetzung von 14.061 [4.974; 27.464] PSY-KOMO-Teilnehmenden in der PIA-Versorgung und von 16.420 [9.852; 22.349] möglichen Patient*innen bei der Umsetzung im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung ausgegangen, jedoch sind diese Schätzungen wegen statistischen Unsicherheiten vorsichtig zu interpretieren.

Tabelle 18: Schätzungen der bundesweiten Teilnehmerzahlen von PSY-KOMO im ersten Jahr seiner Implementierung

	Psychiatrische Institutsambulanzen	**Ambulante Komplexversorgung**
[1] Patient*innen insgesamt (Jahr)	978.984 [734.238; 1.223.730]	18.244 [13.683; 22.805]
[2] …davon in teilnehmender Einrichtung	10,0% [7,5%; 12,5%]	--
[3] …davon zur Teilnahme am Screening bereit	50,0% [37,5%; 62,5%]	--
[4] …davon Teilnahmekriterien am Screening erfüllt	31,9% [23,9%; 39,9%]	--
[5] …davon somatische Begleitung (%)	90,0% [67,5%; 100%]	90,0% [67,5%; 100%]
[6] Anzahl Patientinnen in somatischer Begleitung	14.061 [4.974; 27.464]	16.420 [9.852; 22.349]

Quelle: Evaluationsbericht S. 157

6.3.4 Gesamtkosten

Zusammenfassend lässt sich für Endpunkt I erwarten, dass PSY-KOMO bundesweit bei 618 (PIA) bzw. 722 (KSVPsych) Patient*innen zur Identifikation unentdeckter somatischer Komorbiditäten führen könnten. Für Endpunkt II sind aufgrund nicht signifikanter Effekte keine sicheren Aussagen zu Interventions-Respondern möglich. Die geschätzten inkrementellen Gesamtkosten auf Bundesebene belaufen sich auf 11,7 Mio. EUR (PIA) bzw. 10,9 Mio. EUR (KSVPsych). Werden nur die PSY-KOMO-Kosten berücksichtigt, sinken diese Schätzungen auf 4,0 Mio. EUR (PIA) bzw. 1,9 Mio. EUR (KSVPsych). Die breiten

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Konfidenzintervalle deuten auf eine Unsicherheit sowohl bei den Patient*innenzahlen als auch bei den Kostenschätzungen hin.

*Tabelle 19: Gesamtkosten und Patient*innen mit erreichtem Interventionsziel*

Umsetzung	Nutzen-Endpunkt	Inkrementelle Gesamtkosten (EUR)	Anzahl Pat. mit erreichtem Ziel
PIA	**I. Detektion**	11,7 Mio. [3,8 Mio.; 25,0 Mio.]	618 [115; 1.497]
	II. Intervention	s.o.	279 [-974; 1.796]
KSVPsych	**I. Detektion**	10,9 Mio. [4,7 Mio.; 18,7 Mio.]	722 [172; 1.411]
	II. Intervention	s.o.	326 [-1.092; 1.854]

Sämtliche Werte bezeichnen Bootstrap-Schätzungen, in Klammern Grenzen der zugehörigen 95%-Konfidenzintervalle. Für Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen vgl. Anhang 2.4.des Evaluationsberichts; Quelle: Evaluationsbericht S. 159.

6.4 Ergebnisse der Analysen der Krankenkassendaten

6.4.1 Hauptauswertung

6.4.1.1 Fallzahlen

Bei der AOK BaWü wurden Daten von 142 Studienteilnehmer*innen angefordert, bei der AOK RhHH Daten von 128 Studienteilnehmer*innen. Aufgrund von Drop-Outs (u.a. Tod, lückenhafte Versicherungszeiten) konnten lediglich 132 bzw. 119 dieser Personen der IG für die Auswertungen berücksichtigt werden. Ergänzend wurde bei beiden Kassen jeweils ein Pool an Versicherten angefordert, der zur Bildung einer KG mittels Matchings herangezogen wurde. Jeder Person aus der IG wurden vier Personen aus der KG zugeordnet. Die Kontrollgruppe für Baden-Württemberg bestand final aus 528 Personen, für Rheinland-Hamburg aus 476 Personen. Insgesamt wurden 251 Personen für die IG und 1.004 Personen für die KG im Verhältnis 1:4 ausgewertet (∑= 1.255 Personen).

Tabelle 20: Deskription der Interventionsgruppe

	IG gesamt	IG BaWü	IG RhHH
Personen (Anzahl)	251	132	119
Alter (MW ± SD)	52.92 ± 13.01	54.88 ± 13.53	50.76 ± 12.09
Frauen (n, %)	136 (54.2%)	73 (55.3%)	63 (52.9%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG gesamt	IG BaWü	IG RhHH
Anzahl Einschlussdiagnosen (n, %)			
0	41 (16.3%)	20 (15.2%)	21 (17.7%)
1	122 (48.6%)	65 (49.2%)	57 (47.9%)
2	60 (23.9%)	30 (22.7%)	30 (25.21%)
3	24 (9.6%)	14 (10.6%)	10 (8.4%)
4	2 (0.8%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)
5	2 (0.8%)	2 (1.5%)	0 (0%)
Erreichbarkeit Ober-/ Mittelzentrum in Minuten (MW ± SD)	5.39 ± 3.62	8.47 ± 2.15	1.97 ± 0.51
Retrospektive Quartale pro Person (MW ± SD)	8.00 ± 0	8.00 ± 0	8.00 ± 0
Prospektive Quartale pro Person (MW ± SD)	3.17 ± 1.68	2.76 ± 1.51	3.62 ± 1.76

Quelle: Evaluationsbericht S.160
Abkürzungen: IG: Interventionsgruppe, BaWü: Baden-Württemberg, RhHH: Rheinland/Hamburg, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Das Durchschnittsalter beträgt knapp 53 Jahre und unterscheidet sich zwischen den Kassen nicht signifikant. Der Frauenanteil liegt in beiden Kassen über 50%. Bei 41 Personen der IG wurde im Beobachtungszeitraum keine SMI-Einschlussdiagnose, aber eine Ergänzungsdiagnose dokumentiert. Bei dem größten Teil (knapp 50%) liegt jeweils eine Einschlussdiagnose vor.

Die durchschnittliche Pkw-Fahrzeit zum nächsten Mittel- oder Oberzentrum beträgt in der IG gesamt 5.39 Minuten, wobei es hier einen signifikanten Unterschied zwischen den Kassen gibt ($p < 0.0001$): 8.47 Minuten für BaWü und 1.97 Minuten für RhHH.

Im retrospektiven Zeitraum liegen für jede der 251 Personen 8 Quartale Beobachtungszeit vor. Im prospektiven Zeitraum sind es durchschnittlich 3.17 Quartale pro Person, mit einer Spanne von 1 bis 8 Quartalen. Auch hier gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Kassen ($p < 0.0001$): 2.76 Quartale für die IG BaWü und 3.62 Quartale für die IG RhHH.

6.4.1.2 Medizinische Leistungsinanspruchnahme und Kosten

Ergebnisse zu den verschiedenen Leistungsbereichen, verglichen zwischen der IG und der KG im retrospektiven und prospektiven Zeitraum:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ambulante Versorgung:

Behandlungsfälle

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Behandlungsfälle.
- Prospektiv: Signifikant mehr Behandlungsfälle in der IG (geschätzte Differenz von 0.4 Fällen pro Quartal).

Kosten

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in den Kosten.
- Prospektiv: Signifikant höhere Kosten in der IG (Mittelwert 315.37 € vs. 306.15 €), aber die multiple Regression zeigte keine signifikante Erhöhung der Kosten nach Adjustierung.

Medikamentenverordnungen:

Verordnete Packungen

- Retrospektiv: Signifikant mehr verordnete Packungen in der IG.
- Prospektiv: Signifikant mehr verordnete Packungen in der IG (geschätzte Differenz von 0.69 Packungen pro Quartal).

Kosten

- Retrospektiv: Signifikant niedrigere Kosten in der IG.
- Prospektiv: Signifikant niedrigere Kosten in der IG (Mittelwert 408.26 € vs. 444.78 €), aber die multiple Regression zeigte keine signifikante Erhöhung der Kosten nach Adjustierung.

Heilmittel:

- Retrospektiv: Signifikant mehr abgerechnete Positionen und höhere Kosten in der IG.
- Prospektiv: Signifikant mehr abgerechnete Positionen und höhere Kosten in der IG.
- Logistische Regression zeigte eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens eine Heilmittelposition in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 1.70).

Hilfsmittel:

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl, aber signifikant höhere Kosten in der IG.
- Prospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in Anzahl und Kosten.
- Logistische Regression zeigte keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens eine Hilfsmittelposition in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 1.20).

Stationäre Versorgung:

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in Anzahl der Aufenthalte, Aufenthaltsdauer und Kosten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Prospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in Anzahl der Aufenthalte, Aufenthaltsdauer und Kosten.
- Logistische Regression zeigte keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens einen Krankenhausaufenthalt in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 1.11).

Reha-Aufenthalte:

- Retrospektiv: Signifikant mehr Reha-Maßnahmen und längere Aufenthaltsdauer in der IG, aber keine signifikanten Unterschiede in den Kosten.
- Prospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in Anzahl der Maßnahmen, Aufenthaltsdauer und Kosten.
- Logistische Regression zeigte keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens eine Reha-Maßnahme in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 1.34).

Arbeitsunfähigkeit (AU):

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der AU-Tage.
- Prospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der AU-Tage.
- Logistische Regression zeigte keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens einen AU-Tag in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 1.28).

Zahnarztbehandlung (nur AOK RhHH):

- Retrospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Behandlungsfälle mit Parodontitis-Bezug und den Gesamtkosten.
- Prospektiv: Keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Behandlungsfälle mit Parodontitis-Bezug und den Gesamtkosten.
- Logistische Regression zeigte keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens eine Zahnarztbehandlung in der IG im prospektiven Zeitraum (Odds Ratio 0.999).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die IG im prospektiven Zeitraum eine signifikant höhere Inanspruchnahme im Bereich der ambulanten Versorgung (Anzahl der Fälle) und bei Heilmitteln zeigte. Bei den Medikamenten gab es eine signifikant höhere Anzahl an Verordnungen, aber keine signifikant höheren Kosten nach Adjustierung. In den anderen Leistungsbereichen (Hilfsmittel, stationäre Versorgung, Reha, Arbeitsunfähigkeit und Zahnarztbehandlung) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen der IG und der KG im prospektiven Zeitraum nach Adjustierung für die retrospektive Nutzung.

6.4.2 Erweiterungsanalysen: Selektionsanalysen

Von der AOK RhHH wurden Abrechnungsdaten von 126 PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen mit SMI für die IG übermittelt. Darüber hinaus wurden für die VG Abrechnungsdaten von allen übrigen Versicherten übermittelt, die während des Rekrutierungszeitraumes der PSY-KOMO-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studie (Q3/2021 bis Q2/2023) dokumentierte SMI-Diagnosen aufwiesen (n=118251). Aufgrund von Drop-Outs (u.a. lückenhafte Versicherungszeiten oder lückenhafte Versicherungsdaten) konnten 112 Personen in der IG und 107.214 Personen in der VG ausgewertet werden.

Die Anzahlen der jeweiligen Personengruppen werden in der folgenden Tabelle 21 dargestellt:

Tabelle 21: Populationen der IG und VG inkl. Drop-Outs

	N übermittelt	Drop-Out	N final
Interventionsgruppe	126	14	112
Vergleichsgruppe	118251	11037	107214

Quelle: Evaluationsbericht S. 177

Die Interventionsgruppe (IG, n=112) wurde hinsichtlich verschiedener Strukturparameter mit der Kontrollgruppe (VG, n=107.214) für den Zeitraum Q2/2018 bis Q2/2021 verglichen.

- Die IG ist mit durchschnittlich 51.3 Jahren etwas jünger als die VG mit 55.7 Jahren.
- Es gibt keine Unterschiede in den Geschlechterverhältnissen.
- Ein deutlich größerer Anteil der IG wohnt in städtischen Kreisen (94.6%) im Vergleich zur VG, wo das Verhältnis zwischen städtischem Kreis und kreisfreier Großstadt nahezu ausgeglichen ist.
- In der IG ist ein größerer Anteil erwerbstätig angestellt (36.6% vs. 28.6%) und ein kleinerer Anteil berentet/pensioniert (17.9% vs. 31.1%) als in der VG.
- Es gibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Vorliegens eines Pflegegrades.
- Die IG weist einen signifikant niedrigeren Anteil an Personen mit rechtlicher Betreuung auf (20.5% vs. 31.5%).

Für beide Gruppen, bei denen zwischen Q3/2021 und Q2/2023 SMI-Diagnosen dokumentiert wurden, hatten im Analysezeitraum (Q2/2018 bis Q2/2021) 22-23% keine SMI-Diagnose, 43-54% eine Diagnose und 18-24% zwei verschiedene Diagnosen. Am häufigsten handelte es sich um affektive Störungen (41-44%), gefolgt von psychotischen Störungen (17-24%) und einer Kombination aus beiden (11-19%).

Die IG unterschied sich signifikant von der VG im Anteil der Personen, die medizinische Behandlung in einer PIA in Anspruch nahmen (79% vs. 27%). Zudem nahm ein großer Anteil der IG in jedem der 13 Quartale PIA-Leistungen in Anspruch (30% vs. 7%). Bezüglich der medizinischen Behandlung im Krankenhaus oder in der niedergelassenen ambulanten Versorgung zeigten sich keine statistischen Unterschiede.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 22: Deskription von Strukturparametern für die IG und KG

	Interventionsgruppe (IG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
Personen (n)	112	107214	
Alter (MW ± SD)	51.53 ± 11.62	55.68 ± 15.95	0.0101 (M)
Frauen (n, %)	59 (52.7%)	61496 (57.4%)	0.3396 (F)
Landkreis (n, %)			
Kreisfreie Großstadt	6 (5.4%)	54111 (50.5%)	< 0.0001 (F)
Städtischer Kreis	106 (94.6%)	53103 (49.5%)	
Personengruppe (n, %)			
Angestellt	41 (36.6%)	29396 (28.6%)	
Selbständig	1 (0.9%)	662 (0.6%)	
Arbeitslos	30 (26.8%)	21515 (21.0%)	
Sozialhilfe	6 (5.4%)	5031 (4.9%)	
Studium/Fachschule	0 (0%)	273 (0.3%)	
Rente/Pension	20 (17.9%)	31953 (31.1%)	
Aussiedler/Flüchtlinge	2 (1.8%)	2377 (2.3%)	
Sonstige	12 (10.7%)	11465 (11.2%)	
Kombination*	0 (0%)	4542 (4.2%)	
Pflegegrad ja (n, %)	8 (7.1%)	14352 (13.4%)	0.0517 (F)
Pflegegrad (n, %)			
keiner	104 (92.9%)	92862 (86.6%)	
1	0 (0%)	1326 (1.2%)	
2	6 (5.4%)	7140 (6.7%)	
3	2 (1.8%)	3914 (3.7%)	
4	0 (0%)	1513 (1.4%)	
5	0 (0%)	459 (0.4%)	
Rechtl. Betreuung (n, %)	23 (20.5%)	33715 (31.5%)	< 0.0141 (F)
Anzahl verschiedener SMI-Diagnosen (n, %)			

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Interventionsgruppe (IG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
0	26 (23.2%)	23711 (22.1%)	
1	48 (42.9%)	58104 (54.2%)	
2	27 (24.1%)	18904 (17.6%)	
3	8 (7.1%)	4969 (4.6%)	
4	2 (1.8%)	1162 (1.1%)	
5	1 (0.9%)	288 (0.3%)	
6	0 (0%)	55 (0.1%)	
7	0 (0%)	15 (0%)	
8	0 (0%)	4 (0%)	
9	0 (0%)	2 (0%)	
SMI-Diagnosegruppen (n, %)			0.0285 (C)
Affektiv	46 (41.1%)	46814 (43.7%)	
Psychotisch	19 (17.0%)	25221 (23.5%)	
Beide	21 (18.8%)	11468 (10.7%)	
Keine	26 (23.2%)	23711 (23.5%)	
PIA-Behandlung (n, %)	88 (78.6%)	29212 (27.3%)	< 0.0001 (F)
PIA-Behandlung, Anzahl Quartale (n, %)			
0	24 (21.4%)	78002 (72.8%)	
1	7 (6.3%)	5395 (5.0%)	
2	2 (1.8%)	2622 (2.5%)	
3	3 (2.7%)	1791 (1.7%)	
4	3 (2.7%)	1363 (1.3%)	
5	3 (2.7%)	1169 (1.1%)	
6	7 (6.3%)	1094 (1.0%)	
7	2 (1.8%)	1050 (1.0%)	
8	3 (2.7%)	1093 (1.0%)	
9	6 (5.4%)	1108 (1.0%)	
10	6 (5.4%)	1292 (1.2%)	
11	4 (3.6%)	1698 (1.6%)	
12	8 (7.1%)	2419 (2.3%)	

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Interventionsgruppe (IG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
13	34 (30.4%)	7118 (6.6%)	
Stationäre Krankenhausbehandlung (n, %)	58 (51.8%)	59438 (55.4%)	0.4480 (F)
Stationäre Krankenhaus-Aufenthaltstage (MW ± SD)	37.98 ± 46.63	38.17 ± 66.12	0.2169 (M)
Ambulante Behandlungsfälle (MW ± SD)	44.71 ± 29.69 (0 missings)	43.72 ± 24.56 (339 missings)	0.8578 (M)

Quelle: Evaluationsbericht S.177
Abkürzungen: * I.d.R Kombination mit Arbeitslos oder SonstigeIG: Interventionsgruppe, VG: Vergleichsgruppe, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, M: Mann-Whitney U-Test, F: Fishers Exakttest, C: Chi-Quadrat Test, PIA: Psychologische Institutsambulanz.

6.4.3 Erweiterungsauswertung: Versorgung von Personen mit SMI und ohne SMI

Inzidenz somatischer Erkrankungen bei Personen mit SMI im Vergleich zu Personen ohne SMI

Die AOK RhHH übermittelte Abrechnungsdaten von insgesamt 558.459 Personen, die sich auf AG mit SMI und VG ohne SMI aufteilten, s. untenstehende Tabelle 23. Diese Daten sind unabhängig von den Daten zu teilnehmenden der PSY-KOMO Versorgung. Nach weiterer spezifischer Selektion wurden für die Analysegruppe 319 Personen und für die Kontrollgruppe 46.556 Personen von der Analyse ausgeschlossen. Ausschlussgründe waren z.B. keine durchgängige Versicherungszeit oder unvollständige Leistungsdaten. Insbesondere die Prüfung der Dokumentation/Nicht-Dokumentation einer gesicherten SMI-Diagnose in den ersten vier der 13 Quartale führte zur Anpassung der Fallzahlen.

Tabelle 23: Populationen AG und VG inkl. Drop-Outs

	N übermittelt	Drop-Out	N final
Analysegruppe	62599	319	62280
Vergleichsgruppe	495860	46556	449304

Quelle: Evaluationsbericht S.180

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für die Analyse wurden zwei Gruppen verglichen: die AG von Personen mit dokumentierten SMI-Diagnosen sowohl zu Beginn des Analysezeitraums (erste 4 Quartale) als auch in den späteren Rekrutierungsquartalen der PSY-KOMO-Studie (n=62.280), und eine VG – ohne dokumentierte SMI-Diagnosen in beiden genannten Zeiträumen (n=449.304).

Die AG war signifikant älter als die VG, während es keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung gab.

Die Inzidenz verschiedener somatischer Erkrankungen wurde über einen Zeitraum von 5 Quartalen (nach einer 8-Quartals-Vorlaufzeit ohne die jeweilige Erkrankung) verglichen (Tabelle 24). Dabei zeigte die AG mit SMI eine höhere Inzidenz für:

- Hepatitis C und chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- Chronische Bronchitis/Asthma bronchiale/COPD
- Herzrhythmusstörungen
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Arterielle Hypertonie und Folgeerkrankungen

Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Inzidenz von Brustkrebs (bei Frauen) und Dickdarmkrebs zwischen den Gruppen.

Tabelle 24: Inzidenzen verschiedener somatischer Erkrankungen stratifiziert nach AG und VG

	Analysegruppe (AG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
Alter (Mittelwert ± SD)	57.17 ± 15.07	55.72 ± 15.48	p < 0.0001
Frauenanteil (n, %)	35.891 von 62.280 (57.6%)	258.412 von 449.304 (57.5%)	n.s.
Inzidente Hepatitis C & chron. Lebererkr.	261 von 60.175 (0.43%)	934 von 443.116 (0.21%)	p < 0.0001
Inzidenter Diabetes mellitus Typ 2	989 von 48.451 (2.04%)	4.706 von 389.019 (1.21%)	p < 0.0001
Inzidente koronare Herzkrankheit	794 von 53.373 (1.49%)	4.544 von 405.548 (1.12%)	p < 0.0001
Inzidente Herzinsuffizienz	831 von 57.021 (1.46%)	4.569 von 426.053 (1.07%)	p < 0.0001

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Analysegruppe (AG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
Inzidente chron. Bronchitis/Asthma/COPD	951 von 44.049 (2.16%)	4.359 von 366.989 (1.19%)	p < 0.0001
Inzidenter Brustkrebs (Frauen)	76 von 34.682 (0.22%)	537 von 251.411 (0.21%)	n.s.
Inzidenter Dickdarmkrebs	57 von 61.822 (0.09%)	366 von 446.637 (0.08%)	n.s.
Inzidente Herzrhythmusstörungen	734 von 55.206 (1.33%)	4.322 von 410.842 (1.05%)	p < 0.0001
Inzidente periph. art. Verschlusskrankh.	468 von 57.784 (0.81%)	2.491 von 426.144 (0.58%)	p < 0.0001
Inzidente art. Hypertonie & Folgeerkr.	1.516 von 30.954 (4.90%)	9.254 von 275.713 (3.36%)	p < 0.0001

Quelle: Evaluationsbericht S. 181-184

Abkürzungen: AG: Analysegruppe, VG: Vergleichsgruppe, F: Fishers Exakttest

Leitliniengerechte Versorgung

Für diese Analysen wurden nur Personen einbezogen, für welche die Analyse mit der Grunderkrankung Typ-2-Diabetes Mellitus (T2DM). So ergibt sich für die Analysen für die AG ein n von 8.023 und für die VG ein n von 33.936.

Zunächst erfolgte die Zuweisung der Personen zu den folgenden Krankheitsprofilen, die über den Vorzeitraum Jahr 0, sowie die Folgejahre Jahr 1 und Jahr 2 Bestand hatten:

- Profil A: T2DM – ja; sensomotorische Polyneuropathie – nein; Retinopathie – nein;

  AG: 6093; VG:27286;
- Profil B: T2DM – ja; sensomotorische Polyneuropathie – nein; Retinopathie – ja;
  AG: 177, VG 1.019;
- Profil C: T2DM – ja; sensomotorische Polyneuropathie – ja; Retinopathie – nein;
  AG: 1497; VG: 4.652;
- Profil D: T2DM – ja; sensomotorische Polyneuropathie – ja; Retinopathie – ja;
  AG: 256; VG: 979;

Die meisten Zuweisungen (in AG mit SMI und VG ohne SMI) erfolgten zu Profil A erfolgen (T2DM ohne sensomotorische Polyneuropathie und ohne Retinopathie).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der folgenden Tabelle (Tabelle 25) ist der Anteil leitliniengerecht behandelter Personen mit T2DM in „Jahr 1“ und in „Jahr 2“ und in beiden Jahren gemeinsam dargestellt. Die leitliniengerechte Behandlung verringerte sich in beiden Gruppen im zweiten Jahr im Vergleich zum ersten Jahr erheblich. Betrachtet man die durchgehende leitliniengerechte Behandlung über beide Jahre, so fällt der Anteil noch geringer aus: Er liegt bei 19 % für die AG und bei 12,9 % für die VG. Auffällig ist, dass die AG durchweg höhere Anteile an leitliniengerechter Behandlung aufweist als die VG.

Tabelle 25: Anteil leitliniengerecht behandelter Personen der AG und VG

	Analysegruppe (AG)	Vergleichsgruppe (VG)	p-Wert
Personen (n)	8023	33936	
LL+ Jahr1 ja (n, %)	3640 (45.4%)	14025 (41.3%)	< 0.0001 (F)
LL+ Jahr2 ja (n, %)	2279 (28.4%)	7410 (21.8%)	< 0.0001 (F)
LL+ Jahr1+2 ja (n, %)	1521 (19.0%)	4371 (12.9%)	< 0.0001 (F)

Quelle: Evaluationsbericht S. 186

Abkürzungen: AG: Analysegruppe, VG: Vergleichsgruppe, LL+: leitliniengerechte Behandlung, F: Fishers Exakttest

Teilnahme am DMP

Die Auswertung zur Teilnahme am DMP Diabetes Mellitus Typ 2 in Jahr 1, Jahr 2 und über beide Jahre hinweg zeigte durchweg statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Analysegruppe (AG) mit SMI wies eine deutlich höhere DMP-Teilnahmequote von ca. 82-86 % auf, während die Vergleichsgruppe (VG) ohne SMI lediglich Quoten von ca. 64-67 % erreichte.

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen

Die Fallzahl für diese Analysen entspricht der aus dem Abschnitt „Inzidenz somatischer Erkrankungen“: n AG= 62.280, VG: 44.9304. Entsprechend ist auch die Zusammensetzung des Kollektivs dieselbe.

Die Analyse der Screening-Inanspruchnahme zeigt ein gemischtes Bild für Personen mit SMI im Vergleich zu Personen ohne SMI (Tabelle 26):

- **Check-Up:** Personen mit SMI nehmen den Check-Up häufiger in Anspruch (63,7 %) als Personen ohne SMI (59,2 %).
- **Mammographie-Screening:** Im Gegensatz dazu ist die Teilnahme am Mammographie-Screening bei Frauen mit SMI (41,5 %) geringer als bei Frauen ohne SMI (42,6 %).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- **Zahnärztliche Vorsorge:** Die zahnärztliche Vorsorge wird von Personen mit SMI (78,7 %) häufiger genutzt als von Personen ohne SMI (73,6 %). Dieser Trend zeigt sich sowohl bei Frauen (80,7 % vs. 76,9 %) als auch bei Männern (75,9 % vs. 69,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen je nach Art des Screenings variiert und bei Personen mit SMI sowohl höher als auch niedriger ausfallen kann als bei Personen ohne SMI.

Tabelle 26: Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen stratifiziert nach AG und VG

Screening-Art	Gruppe	Personen (n)	Screening ja (n, %)	p-Wert
Check-Up	AG mit SMI	53.532	34.084 (63,7 %)	<0.0001 (F)
	VG ohne SMI	372.051	220.402 (59,2 %)	
Mammographie-Screening (Frauen 50-70 Jahre)	AG mit SMI	14.714	6.111 (41,5 %)	0.0157 (F)
	VG ohne SMI	97.120	41.363 (42,6 %)	
Zahnärztliche Vorsorge (ab 18 Jahren)	AG mit SMI	62.598	49.238 (78,7 %)	<0.0001 (F)
	VG ohne SMI	451.132	331.925 (73,6 %)	

Quelle: Evaluationsbericht S. 189
Abkürzungen: AG: Analysegruppe, VG: Vergleichsgruppe, F: Fishers Exakttest

7 Diskussion der Projektergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, **dass die PSY-KOMO-Versorgung in der Interventionsgruppe von Patient*innen mit SMI im prospektiven Beobachtungszeitraum von bis zu 8 Quartalen zu einer signifikanten und relevanten Steigerung neu diagnostizierter somatischer Komorbiditäten (primärer Endpunkt) und zu einer verbesserten Prävention und Früherkennung im Vergleich zur Regelversorgung führte**, wobei diese Effekte in beiden untersuchten Subgruppen (affektive Störung vs. Persönlichkeitsstörung/Schizophrenie) konsistent waren. Eine signifikante Verbesserung der leitliniengerechten somatischen Versorgung (über vier Quartale) wurde in der Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie erreicht, während bei Patient*innen mit affektiver Störung ein geringer, gegenläufiger Effekt zu beobachten war. Die längsschnittliche Analyse der Lebensstilfaktoren in der Greifswalder Stichprobe (ohne KV-Routinedaten) zeigte kaum erwartungskonforme Ergebnisse, mit keiner Veränderung im Alkohol- und Rauchverhalten in der Interventionsgruppe und deren Subgruppen. Im Bewegungsverhalten zeigte sich in Greifswald

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

insgesamt keine Veränderung, aber eine signifikante Zunahme bei affektiven Störungen und eine leichte Abnahme bei Persönlichkeitsstörungen/Schizophrenie.

Die detaillierten Ergebnisse und die Limitationen werden im Folgenden diskutiert.

Tabelle 27: Erreichen der Endpunkte von PSY-KOMO

Endpunkt	Erreichung	Erläuterung
Primärer Endpunkt		
Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten	Ja	Signifikanter und relevanter Interventionseffekt in der Gesamtstichprobe: In der IG werden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit somatische Komorbiditäten neu diagnostiziert als in der KG. Kein signifikanter Unterschied im Interventionseffekt zwischen den Subgruppen.
Sekundäre Endpunkte		
Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung somatischer Komorbiditäten	Ja, teilweise	Kein signifikanter Interventionseffekt in der Gesamtstichprobe. Signifikanter Unterschied im Interventionseffekt zwischen den Subgruppen: *Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie* werden in der IG mit einer höheren Wahrscheinlichkeit leitliniengerecht versorgt als in der KG, während sich für *Patient*innen mit affektiver Störung* eine leicht geringere Wahrscheinlichkeit für eine leitliniengerechte Versorgung in der IG im Vergleich zur KG zeigt.
Verbesserung von Prävention und Früherkennung	Ja	Signifikanter Interventionseffekt in der Gesamtstichprobe: Patient*innen in der IG nehmen mehr Untersuchungen für Prävention und Früherkennung in Anspruch als in der KG. Kein signifikanter Unterschied im Interventionseffekt zwischen den Subgruppen.
Veränderung von Lebensstilfaktoren (Stichprobe Greifswald)		
Bewegungsverhalten	Ja, teilweise	Kein signifikanter Interventionseffekt in der Gesamtstichprobe. Signifikanter Unterschied im Interventionseffekt zwischen den Subgruppen: Für *Patient*innen mit affektiver Störung* steigt die Bewegung über die Zeit, während sie für *Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie* leicht sinkt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alkoholkonsum	Nein	Kein signifikanter Interventionseffekt für die Gesamtstichprobe. Kein signifikanter Unterschied im Interventionseffekt zwischen den Subgruppen.
Rauchverhalten	Nein	Kein signifikanter Interventionseffekt für die Gesamtstichprobe. Kein signifikanter Interventionseffekt in den beiden Substichproben.

Quelle: IGES basierend auf Evaluationskonzept

Die Ergebnisevaluation profitierte von einem kontrollierten, längsschnittlichen Design und einer großen Datenbasis, jedoch schränkte das nicht-randomisierte Design die Aussagefähigkeit zur Kausalität ein. Das Matching der Kontrollgruppe erfolgte anhand von Abrechnungsdaten, wodurch soziodemographische Faktoren jenseits von Alter und Geschlecht unberücksichtigt blieben (GISD wurde als regionaler Marker genutzt). Unterschiede in der Diagnosestellung der Einschlussdiagnosen zwischen den Gruppen stellten eine weitere Limitation dar. Die fehlenden KV-Routinedaten für Greifswald beschränkten die dortige Endpunktbewertung auf Primärdaten ohne Kontrollgruppe. Die Analyse der Lebensstilfaktoren in Greifswald ohne Kontrollgruppe lieferte keine belastbaren Hinweise auf einen relevanten PSY-KOMO-Effekt.

Insgesamt sind die Hauptergebnisse zur verbesserten Detektion und Prävention/Früherkennung somatischer Komorbiditäten bei Patient*innen mit SMI durch PSY-KOMO sehr belastbar.

Die **Prozessevaluation** unterliegt verschiedenen Limitationen. So konnten für in den Modellregionen keine anderen Fachärzt*innen oder andere Versorger*innen für die Prozessevaluation gewonnen werden. Da im Rahmen der Projektlaufzeit der Aufbau von Netzwerken nur bedingt umgesetzt werden konnte, war die Identifikation von Ärzt*innen, die Erfahrungen mit der neuen Versorgungsform gemacht haben, erschwert. Auch war es aufgrund von datenschutzrechtlichen Aspekten nicht möglich, gezielt Hausärzt*innen und andere Fachärzt*innen zu identifiziert, die PSY-KOMO-Patientinnen versorgten, um sie für eine Projektteilnahme zu gewinnen.

Auch ist von einer möglichen Positiv-Selektion auszugehen, da insbesondere sehr motivierte PSY-KOMO Psychiater*innen und Patient*innen eher bereit waren, an den zeitlich sehr aufwendigen qualitativen Interviews teilzunehmen. Um eine möglichst vielfältige Datenbasis zu erhalten und möglichst unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven abzubilden, wurde eine hohe Varianz bei den Rekrutierungskriterien in der Stichprobe angestrebt. Auch konnte sowohl für in der Analyse der Psychiater*innen- und der Patient*innen-Interviews eine inhaltliche Sättigung erreicht werden.

Für Umsetzung der Prozessevaluation wurden leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen gewählt, da diese Methoden eine tiefgehende und differenzierte Erfassung der subjektiven Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen der Beteiligten ermöglichen. Die qualitativen Interviews bieten die Flexibilität, individuelle Perspektiven detailliert zu erfassen und auf spezifische Aspekte der individuellen Erfahrungen mit der neuen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgungsform PSY-KOMO einzugehen, wodurch ein umfassendes Verständnis der Umsetzung und Versorgungsabläufe erzielt werden konte. Gleichzeitig konnten im Rahmen der Einzelinterviews auch Erfahrungen im Kontext von tabuisierten und/oder schambesetzten Verhaltensaspekten ermittelt werden. Durch die Kombination von Interviews und Fokusgruppen konnte eine umfassende, vielschichtige Datenbasis geschaffen werden, die es ermöglichte, die Qualität und Wirksamkeit der Prozesse aus Sicht von SMI-Patient*innen und den beteiligten Akteuren zu bewerten und Optimierungspotenziale zu identifizieren.

Im Rahmen der begleitenden **Prozessevaluation** zeigte sich, dass die neue Versorgungsform PSY-KOMO von den teilnehmenden Psychiater*innen und den Patient*innen insgesamt positiv bewertet wurde und positive Auswirkungen auf den eigenen Versorgungsalltag der Leistungserbringenden sowie die Inanspruchnahme von SMI-Patient*innen erlebt wurden. Besonders die Module Screening durch Psychiater*innen, Begleitung durch Gesundheitsbegleiter*innen sowie Bereitstellung von Informationsangeboten wurden als hilfreich empfunden. Es erscheint sinnvoll, diese modular aufgebauten Angebote je nach individuellem Bedarf anzupassen bzw. in der Versorgung einzusetzen.

Das Modul Screening auf somatische Gesundheitsrisiken fokussiert auf den Einsatz praxistauglicher, zeiteffizient einsetzbarer Screening-Instrumente, die speziell auf häufige, beeinflussbare somatische Erkrankungen fokussieren, die einen starken Einfluss auf die Lebenserwartung haben. Solche Instrumente dienen der Sensibilisierung der Fachkräfte für die Bedeutung somatischer Erkrankungen in der psychiatrischen Versorgung und ermöglichen eine frühzeitige Erkennung sowie gezielte Interventionen.

Für SMI-Patient*innen mit erheblichen Einschränkungen in der Alltagskompetenz und hoher krankheitsbedingter Desorganisation ist die Unterstützung durch Gesundheitsbegleiter*innen von besonderer Bedeutung. Sie haben das Potenzial, die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sowie zwischen psychiatrischer und somatischer Versorgung zu schließen und so Versorgungslücken zu verringern.

Ein zentrales Element für eine erfolgreiche Versorgung ist daher der Aufbau und die Stärkung interdisziplinärer sowie interprofessioneller Vernetzungsaktivitäten. Allerdings gestaltet sich die Vernetzung mit regionalen Versorger*innen in der Breite als herausfordernd.

Die **gesundheitsökonomische Evaluation** von PSY-KOMO ist aufgrund eines kurzen prospektiven Auswertungszeitraums und der Beschränkung auf bestimmte Kostenarten limitiert, wodurch langfristige Kosteneinsparungen durch verbesserte Vorsorge nicht abgebildet werden konnten. Zudem bestehen Unsicherheiten bei den Schätzungen der PSY-KOMO-Umsetzungskosten (abhängig vom Vergütungssystem) und den prospektiven Patient*innenzahlen (basierend auf Konsortiumseinschätzungen). Die Übertragbarkeit der Wirksamkeitsergebnisse aus dem Studiensetting in die Regelversorgung und auf andere Versorgungsmodelle (v.a. KSVPsych, da PSY-KOMO primär in PIA durchgeführt wurde) ist ebenfalls zu berücksichtigen. Die Validität der bundesweiten Hochrechnung hängt von der Repräsentativität des Projektionsdatenkörpers ab, wobei der Einbezug weiterer Merkmale wünschenswert gewesen wäre.

PSY-KOMO führte erwartungsgemäß zunächst zu Mehrkosten in der GKV-Versorgung, die in der KSVPsych-Umsetzung geringer ausfielen als in einer Implementierung in einer PIA. Die Kostensteigerung ist neben den Umsetzungskosten von PSY-KOMO auf eine allgemein

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erhöhte Inanspruchnahme des Versorgungssystems zurückzuführen. Die berechneten ICER deuten auf eine geringe Kosteneffektivität hinsichtlich der Detektion somatischer Komorbiditäten hin (hohe Kosten pro neu entdecktem Fall, bedingt durch die limitierte Perspektive bei der Auswertung der Kosten (s.o.) und hohe Number Needed to Treat).

Empfehlung: Trotz der Limitationen und der zunächst geringen Kosteneffektivität wird die Überführung von PSY-KOMO in die Regelversorgung nach SGB V empfohlen, um die mittel- und langfristige Kosteneffektivität zu evaluieren und die Integration in die somatische Versorgung zu verbessern. Sowohl die Integration in die ambulante Komplexversorgung (kostengünstiger) als auch in die PIA (bundesweite Verfügbarkeit, gute Zielgruppenreichweite) stellen praktikable Umsetzungsoptionen dar. Bei entsprechender Kommunikation und Akzeptanz werden initial Patient*innenzahlen im niedrigen fünfstelligen Bereich pro Jahr erwartet, mit Potenzial für Steigerungen. Detaillierte Vorschläge zur Ausgestaltung des Angebots finden sich im Transferkonzept und in Kapitel 8.

Krankenkassendaten: Die Analyse verglich die Leistungsinanspruchnahme und Kosten von 251 PSY-KOMO-Studienteilnehmer*innen mit SMI und einer Kontrollgruppe von 1.004 Personen vor und nach Studienbeginn. Insgesamt deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass die medizinische Leistungsinanspruchnahme der IG tendenziell höher war, was möglicherweise auf PSY-KOMO zurückzuführen ist. Die höheren Medikamentenkosten in der KG trotz geringerer Mengen könnten auf höhere Preise pro Medikament hindeuten. Ein ähnlicher, nicht signifikanter Effekt zeigte sich im stationären Bereich. Ein Vergleich mit der RECOVER-Studie von König et al. (30) zeigte eine ähnliche Kostenrelation für die ambulante Behandlung, während die Rehabilitations-Kosten in der PSY-KOMO-Studie etwas niedriger ausfielen. Die Stärke der Abrechnungsdatenanalyse lag in der Möglichkeit, zusätzliche Leistungsbereiche im Hinblick auf Interventionseffekte zu untersuchen.

Limitationen sind zum einen die geringen Fallzahlen und zum anderen in Bezug auf das Matching, dass Informationen zu Umzügen im Zeitverlauf fehlten, sodass der Wohnort-Landkreis zum Zeitpunkt des Datenabzugs als Matching-Kriterium verwendet wurde, was eine ungenaue Abgrenzung darstellen könnte. Insbesondere die räumliche Nähe des Studienzentrums zum Ausschlussgebiet der VG in RhHH könnte eine Rolle spielen.

Für die Untersuchung von Selektionseffekten wurden 112 PSY-KOMO-Studienteilnehmende der AOK RhHH mit 107.214 AOK-Versicherten verglichen, die im gleichen Zeitraum (Q3/2021 bis Q2/2023) SMI-Diagnosen hatten, aber nicht an der Studie teilnahmen. Untersucht wurde ein 13-Quartals-Zeitraum vor der Rekrutierung (Q2/2018 bis Q2/2021), um strukturelle Unterschiede zwischen späteren Studienteilnehmenden und der übrigen SMI-Gesamtheit der AOK zu identifizieren. Es ließen sich keine Unterschiede in Bezug auf die Krankenhaus- sowie ambulante Versorgung beobachten. Unterschiede gab es hinsichtlich Alter und Wohnumfeld: Die IG war etwas jünger, lebte häufiger in städtischen Kreisen, nahm seltener eine rechtliche Betreuung in Anspruch und war häufiger in PIA-Behandlung. Diese Unterschiede lassen sich teilweise durch die Rekrutierungsstrategie der PSY-KOMO-Studie erklären, bei der viele Teilnehmende über eine PIA in Neuss rekrutiert wurden, was die hohe PIA-Nutzung und die überwiegende Wohnhaftigkeit im städtischen Kreis (inklusive Neuss) plausibel macht.

Die vergleichenden Analysen von Personen mit SMI mit Personen ohne SMI ergaben, dass Personen mit SMI eine signifikant höhere Inzidenz für alle untersuchten somatischen Erkrankungen aufwiesen als Personen ohne SMI, mit Ausnahme von Brust- und

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Dickdarmkrebs. Bei diesen beiden Krebsarten war die Inzidenz in der SMI-Gruppe ebenfalls geringfügig höher, der Unterschied erreichte jedoch aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen in der SMI-Gruppe keine statistische Signifikanz. Die SMI-Gruppe war im Durchschnitt signifikant älter als die Kontrollgruppe (57.2 vs. 55.7 Jahre), was die höheren Inzidenzen jedoch nicht hinreichend erklärt. Die Ergebnisse decken sich mit früheren Forschungsergebnissen, die eine erhöhte Prävalenz verschiedener somatischer Erkrankungsgruppen bei Personen mit SMI zeigen (8, 7). Es wird vermutet, dass die tatsächliche Inzidenz in der SMI-Gruppe aufgrund unerkannter und somit nicht dokumentierter Fälle höher sein könnte.

Obwohl die Ergebnisse auf einer großen Stichprobe einer einzelnen Krankenkasse basieren und daher nicht uneingeschränkt auf die Gesamtbevölkerung übertragbar sind, liefern sie deutliche Hinweise auf eine höhere somatische Krankheitslast bei Menschen mit SMI.

Die Analyse der leitliniengerechten Behandlung von Typ-2-Diabetes (T2DM) zeigte, dass Patient*innen mit SMI über zwei Jahre hinweg häufiger leitliniengerecht behandelt wurden (19,0 %) als die Vergleichsgruppe ohne SMI (12,9 %). Auch die Einschreibungsrate in DMP war in der SMI-Gruppe höher (81,5 % vs. 64,2 %). Allerdings waren die Anteile der leitliniengerechten Behandlung in der SMI-Gruppe (19,0 % insgesamt) niedriger als in früheren Studien, was möglicherweise auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist, die die medizinische Versorgung im Analysezeitraum (2018-2021) beeinträchtigte. Es ist wichtig zu beachten, dass Krankenkassenabrechnungsdaten die Behandlungsangemessenheit nicht vollständig abbilden können und die konservative Auswahl der Patient*innenkohorte (lange stabile T2DM-Profile) die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Eine Lockerung der Kriterien könnte zukünftige Analysen erweitern.

Hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen zeigte sich, dass Personen mit SMI den „Check-Up“ und die „zahnärztliche Vorsorge“ häufiger in Anspruch nahmen als der nationale Durchschnitt. Beim Mammographie-Screening hingegen war die Inanspruchnahme in der SMI-Gruppe signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe, was mit der bestehenden Literatur übereinstimmt, auch wenn die hier gefundenen Unterschiede (41,5 % bei SMI vs. 42,6 % bei Vergleichsgruppe) geringer waren als in anderen Studien (31, 32, 33, 34).

8 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Im Rahmen der Arbeitsgruppentätigkeiten des Projekts wurde ein Transferkonzept (Anlage 19) erarbeitet, aus dem an dieser Stelle die Schlüsselpunkte zusammengefasst dargestellt sind.

PSY-KOMO ist modular und gestuft aufgebaut, wodurch es flexibel an unterschiedlichen Punkten im Versorgungssystem implementiert werden kann. Das Hauptziel ist immer die Verbesserung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden körperlichen (somatischen) Versorgung von Patient*innen mit SMI. Die nachfolgend beschriebenen Umsetzungsoptionen wurden ausgewählt, da sie Betroffenen einen leichten Zugang zu PSY-KOMO ermöglichen, organisatorisch und regulatorisch machbar erscheinen, vorhandene Strukturen gut nutzen und keine doppelten Angebote schaffen würden. Vorgestellt wird die Umsetzung in:

- PIA
- Praxen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Als Ergänzung zur ambulanten Komplexversorgung (gemäß KSVPsych-Richtlinie)
- Als Angebot in vertragsärztlichen Versorgungszentren (MVZ)
- Zusätzlich ist eine direkte Ansiedlung der Gesundheitsbegleitung bei gesetzlichen Krankenkassen denkbar.

Umsetzung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Da PSY-KOMO während seiner Erprobungsphase in mehrheitlich in PIA durchgeführt wurde (Verortung der GBs), beziehen sich die vorhandene Evidenz und Projekterfahrungen hauptsächlich auf diesen Versorgungsweg. PIAs dienen der verbesserten Versorgung schwer psychisch kranker Patient*innen, die durch reguläre vertragsärztliche Angebote nicht ausreichend erreicht werden. Die bundesweit etwa 440 PIAs bilden somit ein wichtiges Bindeglied zwischen der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung.

Eine Ansiedlung von PSY-KOMO in PIAs hätte mehrere Vorteile:

- Direkter Zugang zu Patient*innen mit SMI.
- Einfache Integration der Leistungen in die multidisziplinäre Arbeit der PIA.
- Vorhandensein vieler medizinischer Informationen, die für die Bedarfsermittlung in der Gesundheitsbegleitung nützlich sind.
- Möglichkeit für das ärztliche Personal der PIA, notwendige Überweisungen, Rezepte oder Maßnahmen direkt zu veranlassen.

Die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich kann über Überweisungen, Empfehlungen oder Mitbehandlung erfolgen. Bei einer Ansiedlung in der PIA könnte der Zugang zu PSY-KOMO also entweder direkt aus der PIA oder über eine Zuweisung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (Haus- oder Fachärzte/-ärztinnen) geschehen. Dabei bliebe der/die zuweisende Arzt/Ärztin die primär betreuende Person, die die Gesundheitsbegleitung als Unterstützung hinzuzieht.

Vor einer Implementierung muss geprüft werden, ob die PIA-Vereinbarung nach § 118 SGB V angepasst werden muss, insbesondere hinsichtlich der Definition des Behandlungsangebots (§ 6, Anlage 2). Tabelle 28 zeigt die Leistungen bei einer Verortung in der PIA. Gesundheitsbegleitung könnte durch Pflegepersonal erfolgen[3], das somatische Screening durch die dort fachärztlich Tätigen [2].

Die Zeitaufwandsschätzungen beziehen sich auf das erste Teilnahmequartal (inkl. 25% Vor-/Nachbereitung). Außer dem Screening sind die Leistungen mehrfach abrechenbar. Basierend auf Erfahrungen wird angenommen, dass die Stufen 2 und 3 der Gesundheitsbegleitung seltener genutzt werden (Annahme: 0,2- bzw. 0,1-fache Inanspruchnahme pro Patient*in). Der durchschnittliche Aufwand für die GB beträgt somit ca. 85 Minuten pro Fall. Das Leistungsspektrum kann angepasst werden (z.B. Reduzierung von „Kann“-/„Soll“-Leistungen).

[3] Abrechnung per Entgeltschlüssel 3521031X für Leistungen von Pflegepersonal für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung u.a.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abstimmungen mit Haus- und Fachärzten/-ärztinnen würden nicht über die PIA, sondern per EBM vergütet (als Muster könnte GOP 37100 dienen[4]).

Tabelle 28: Leistungen und zugehörige Aufwände bei einer Verortung in PIA

PSY-KOMO - Leistungen	Berufsgruppe	Zeitaufwand pro Leistung	Häufigkeit pro Patient*in
Somatisches Screening	Ärzt*innen	20 min	1,11
1. GB Grundversorgung	Pflegepersonal	30 min	1,5
2. GB Verstärkte Begleitung	Pflegepersonal	120 min	0,2
3. GB Begleitung zu Terminen u.ä.	Pflegepersonal	120 min	0,1
GB Netzwerkarbeit	Pflegepersonal	20 min	0,2
Abstimmung mit GB	Vertragsärzt*innen	Abrechnung per EBM	0,5

Erweiterung der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-RL)

Die KSVPsych-Richtlinie (seit Dez. 2021) soll eine zeitnahe, abgestimmte Versorgung von Patient*innen mit SMI durch interdisziplinäre Netzverbünde sicherstellen. Die Behandlung wird ärztlich/psychotherapeutisch geleitet und von einer nicht-ärztlichen Fachkraft (z.B. MFA, Pflegekraft) koordiniert. Diese Koordination umfasst u.a. Vernetzung und regelmäßigen Patient*innenkontakt zur Unterstützung des Behandlungsplans. Bei einer Integration würde das Angebot der KSVPsych-RL um die Leistungen von PSY-KOMO ergänzt. Dies ist sinnvoll, da beide Angebote Überschneidungen bei Tätigkeiten, Qualifikation der nicht-ärztlichen Kräfte und der Zielgruppe aufweisen. Da auf bestehende Strukturen mit steigenden Patient*innenzahlen[5] aufgebaut werden könnte, wäre das Verhältnis von Aufwand zu Nutzen günstig. Zudem würde die KSVPsych-RL selbst durch das erweiterte Leistungsspektrum profitieren.

Für die Integration wären Anpassungen an Kapitel 37.5 des EBM (KSVPsych-RL) nötig (siehe Tabelle 29):

[4] „Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig)

[5] Im 1. Quartal 2024 erhielten 3.439 Patient:innen erstmalig Versorgungsleitungen gemäß KSVPsych-RL (GOP 37530). Das entspricht einer Steigerung von 11,6% im Vergleich zum Vorquartal.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- **Differenzialdiagnostische Abklärung (GOP 37510):** Muss erweitert werden, um somatische Komorbiditäten und Früherkennungsmaßnahmen gemäß PSY-KOMO systematisch zu erfassen (geschätzter Mehraufwand: 50%).
- **Koordinationsleistungen (GOP 37530):** Die Gesundheitsbegleitung von PSY-KOMO (Stufe 1 & 2, Netzwerkarbeit) würde hier integriert. Inhalt und Umfang müssten erweitert werden (komplexerer Behandlungsplan, Bedarfsermittlung, Edukation, Gruppenangebote, Vernetzung auch mit externen Stellen wie Beratungsstellen, optional Präventionskurse). Der Vernetzungsaspekt gewinnt an Bedeutung (geschätzter Mehraufwand: 50%).
- **Neue GOPs:** Für die Begleitung zu Terminen (GB Stufe 3) und die Abstimmung mit externen Vertragsärzten (v.a. Hausärzte), die bisher in der KSVPsych nicht gesondert vergütet werden, müssten neue Abrechnungspositionen geschaffen werden.

Tabelle 29: Änderungen an der KSVPsych-RL infolge einer Integration von PSY-KOMO

PSY-KOMO - Leistungen	Änderungen an relevanten Vergütungsschlüsseln	Mehraufwand
Somatisches Screening	**37510 - Differentialdiagnostische Abklärung** - Systematische Erfassung somatischer Komorbiditäten gemäß PSY-KOMO und Berücksichtigung indizierter Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen.	50%
1. GB Grundversorgung	**37530 - Koordination der Versorgung** **Obligatorische Leistungen („Muss-Tätigkeiten“ der GB)** - Stärkerer Schwerpunkt auf Vernetzung, da mehr externe Einrichtungen einbezogen werden müssen (Hausärzte für den Zugang, Fachärztinnen, Beratungsstellen, …) - Vereinbarung von Terminen erhält höhere Relevanz durch komplexeren Behandlungsplan - Erweiterung durch „Bedarfsermittlung, Gesundheitsförderung durch Sensibilisierung und Edukation“	50%
2. GB Verstärkte Begleitung	**37530 - Koordination der Versorgung (Fortsetzung)** **Fakultative Leistungen („Soll-Tätigkeiten“ GB)** - Intensiverer Kontakt durch komplexeren Behandlungsplan und durch Vermittlung an weitere Hilfesysteme - Erweiterung durch „Gruppenangebote zur Gesundheitsförderung“	s.o.
3. GB Begleitung zu	**3753X - Begleitung zu Terminen**	Neue GOP[1]

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Terminen u.ä.	Neue Leistung. „Kann-Tätigkeit“ in PSY-KOMO, bisher beschränkt auf somatische Arzttermine	
GB Netzwerkarbeit	**Eingegliedert in 37530 (s.o.)**	s.o.
Abstimmung mit GB	**3753X - Abstimmung mit GB** Neue Leistung zur Berücksichtigung des Abstimmungsaufwands seitens Hausärzte und somatischer Fachärzte, die mit einem Netzverbund kooperieren.	Neue GOP[2]

[1] Mögliche Vorlage: GOP 37535 „Aufsuchen eines Patient*innen durch eine nichtärztliche Person“ (nicht-ärztlich, max. 3-mal im Quartal abrechnungsfähig)

[2] Mögliche Vorlage: GOP 37100 „Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patient*innen gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig)

Umsetzung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Eine weitere Option ist die Implementierung von PSY-KOMO in MVZs mit psychiatrischem Schwerpunkt. Dies könnte besonders in Regionen mit geringer Versorgungsdichte vorteilhaft sein, wo PIAs weit entfernt sind oder KSVPsych-Netzwerke (noch) fehlen.

Die PSY-KOMO-Leistungen (Screening, Gesundheitsbegleitung) würden in den psychiatrischen Praxen des MVZ angesiedelt und vom dortigen Fachpersonal erbracht. Die Vergütung könnte über Kapitel 21 des EBM erfolgen, welches ggf. um neue Positionen für Screening und Gesundheitsbegleitung erweitert werden müsste. Die Aufwandsschätzungen aus könnten als Berechnungsgrundlage dienen. Abstimmungsleistungen externer Ärzte (v.a. Hausärzte) würden, wie bei den anderen Optionen, separat über den EBM vergütet[6].

Gesundheitsbegleitung als Serviceleistung von Krankenkassen (GKV)

Es ist auch denkbar, die Gesundheitsbegleitung direkt als Serviceleistung bei gesetzlichen Krankenkassen (GKV) anzusiedeln, ähnlich wie es bereits Zusatzleistungen bei einigen Kassen (z.B. AOK Baden-Württemberg) gibt. Ein solches Beratungsprogramm würde von der GKV eigenständig gestaltet, finanziert und verbreitet werden. Der damit verbundene Gestaltungsspielraum könnte die Implementierung attraktiv machen. Ein Nachteil ist jedoch, dass viele GKVs kaum lokale Filialen haben, wodurch persönlicher Kontakt und Begleitung oft nicht möglich wären. Die Gesundheitsbegleitung wäre dann meist auf Telefonate beschränkt und somit nur teilweise umsetzbar. Patient*innen, die auf persönliche Unterstützung angewiesen sind, könnten nur eingeschränkt profitieren. Dennoch könnte auch diese Option (oder Teile davon) zur verbesserten Versorgung beitragen.

[6] Auch hier kann die GOP 37100 („Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Be-stimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig) als Muster herangezogen werden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Aufbau und Koordination des Versorgungsangebots

Um das neue Versorgungsangebot zu verbreiten und zu koordinieren, müssen entsprechende Strukturen geschaffen werden. Diese sollten PSY-KOMO in der Fachwelt bekannt machen und Entscheidungsträger relevanter Bereiche (Krankenhäuser, Fachgesellschaften, GKV, KV) informieren. Auch die Anpassung des Projektmanuals, die Schulung der Gesundheitsbegleiter*innen und die Evaluation sollten zentral gesteuert werden, möglicherweise durch am Konsortium beteiligte Institutionen.

Dies schließt die Unterstützung bei der regulatorischen Verankerung ein, z.B. die fachliche Begleitung von Änderungen an der PIA-Vereinbarung, der KSVPsych-RL oder dem EBM. Relevante Institutionen und Verbände wie ärztliche Gremien[7], Fachverbände, GKVs, KVen oder die DKG sollten eingebunden und könnten auch bei der Verbreitung des Angebots helfen.

9 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Artikel

Dubrall D, Weber R, Boehme M, Schmid M, Sachs B, Scholl C.

Analysis of drug-drug interactions in spontaneous adverse drug reaction reports from EudraVigilance focusing on psychiatric drugs and somatic medication. Eur Psychiatry. 2024 Aug 27;67(Suppl 1):S346. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.715. PMCID: PMC11860113.

Hahn M, Jacobi F, Jimenez NP, Roll SC. Stigmatisierung sehen und vermeiden. Pharmazeutische Zeitung online 31.03.2024. https://www.pharmazeutische-zeitung.de/stigmatisierung-sehen-und-vermeiden-146267/

Jacobi, F. & Volkmann, H. (2021). Körperliche Erkrankungen bei psychischen Störungen. Aktuelle Befunde und Bedarfe. Report Psychologie, 46 (09/2021), 10-18.

Jiménez, N.P., Strunz, M., Jacobi, F. (subm.). Stigmatisierungserfahrungen im (somatischen) Gesundheitssystem: Eine Befragung von Menschen mit Diagnosen schwerer psychischer Erkrankungen.

Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill, Dtsch Arztebl Int. 2019;116(23-24):405-411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405

Strunz M, Jiménez NP, Gregorius L, Hewer W, Pollmanns J, Viehmann K, Jacobi F. Interventions to Promote the Utilization of Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2023;20:126. DOI: 10.3390/ijerph20010126

Buchbeitrag

Hewer, W., Jacobi, F., Schneider, F. (2025). Somatische Gesundheit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt (CME), https://doi.org/10.1007/s00115-025-01802-0

[7] Neben den auf Landesebene organisierten PIA-Zusammenschlüssen oder der Bundesdirektorenkonferenz (Verband ärztlicher Leiter von psychiatrischen Kliniken) zählt hierzu der Arbeitskreis der ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Geplante Publikationen

…for the PSY-KOMO Studygroup: “Design, implementation and evaluation of PSY-KOMO care - Improving the quality treatment for severe mental ill people to reduce somatic comorbidity and prevent increased mortality: a study protocol”

…for the PSY-KOMO Studygroup: Results of the PSY-KOMO Study (working titel)

Vorträge

Böttcher A.
SMI-Patient*innen und die Förderung körperlicher Gesundheit: Was sollen und können Gesundheitsbegleiter*innen leisten? Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Hahn M.
Erhöhte Arzneimittel-Therapiesicherheit für SMI-Patient*innen – welche Interaktionen mit Somatika sind relevant? Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Jacobi F.
Interventionen zur Reduktion der Übersterblichkeit. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2023, 30.11.2023, Berlin.

Jacobi, F., Jiménez, N., Strunz, M.

Inanspruchnahme von (somatischen) Gesundheitsleistungen durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Erfahrene Stigmatisierung und Förderung der Nutzung von Gesundheitsangeboten. Poster 1. Deutscher Psychotherapiekongress, 7.6.-11.6.2022 in Berlin.

Jacobi, F., Strunz, M., Jiménez, N., Gregorius, L., Pollmanns, J., Viehmann, K., Hewer, W.

Förderung der Nutzung von (somatischen) Gesundheitsleistungen durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Ein Scoping-Review. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2022, 25.11.2022.

Jacobi, F., Jimenez, N., Strunz, M. Stigmatisierungsphänomene und Stigmatisierungserleben von SMI-Patient:innenals Barriere für eine effektive (somatische) Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer Online-Studie. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 2.12.2023.

Jacobi, F., Jimenez, N.

Interventionen zur Reduktion der Übersterblichkeit. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 30.11.2023.

Jimenez, N., Strunz, M., Jacobi, F.

Wie erkenne ich als Behandler:in eigene Stigmatisierungstendenzen? Ein Mini-Workshop. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 2.12.2023.

Reddemann O, Leve V, Kalitzkus V.
Familienmedizin in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Vortrag beim 6. Wissenschaftlicher Kongress „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), UKD, 11. Mai 2022, Düsseldorf. DOI: 10.3205/22ifam10

Reddemann O, Wege N, Leve V, Wilm S, Viehmann K, Geffe V.
Warum Patient*innen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen ihre Hausärzt*innen brauchen [Abstract #220]. Workshop auf dem 56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM, 15.-17.09.2022, Greifswald.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schneider F, Erhart M, Hewer W, Löffler L, Jacobi F, Icks A, Wilm S.
Somatische Komorbiditäten schwer psychisch erkrankter Menschen: Realitäten und Konsequenzen. Vortrag auf dem Jahreskongress der DGPPN 2021, Berlin, 24.–27.11.2021.

Weber R, Dubrall D, Scholl C, Böhme M, Steffens M, Sachs, B.

Analysis of drug drug interactions between somatic and psychiatric medication by application of ABDA interaction data to reports from the EudraVigilance database. Poster auf dem 18th German Pharm-Tox Summit 2023. Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol 396 (Suppl 1), 1–76 (2023), P101. DOI 10.1007/s00210-023-02397-6

Wege N, Meisenzahl E, Scholl C, Weber R, Grabe H-J, Hewer W, Hahn M, Köhne M, Icks A, Wilm S.
PSY-KOMO – Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität. Vortrag auf dem DGPPN Kongress, 23.-26.11.2022, Berlin.

Wege N, Wilm S.

Erste Ergebnisse des Modellprojekts PSY-KOMO. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2023, 30.11.2023, Berlin.

Wilm S.
Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität: Erste Erfahrungen aus der Prozessanalyse. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Wilm S.

PSY-KOMO: Sektorübergreifende Versorgung von SMI-Patient:innen. Vortrag auf dem Zi-Kongress Versorgungsforschung 2024, 18.09.2024, Berlin.
https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Veranstaltungen/Zi-Congress/PSY-KOMO_Wilm.pdf

IV Literaturverzeichnis

1. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2004; 55(11):1250–7.

2. Lambert M, Ruppelt F, Siem A-K, Rohenkohl AC, Kraft V, Luedecke D et al. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). Schizophr Res 2018; 193:377–83.

3. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry 2014; 1(6):467–82.

4. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry 2019; 6(8):675–712.

5. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry 2022; 21(2):248–71.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6. Maurus I, Wagner S, Spaeth J, Vogel A, Muenz S, Seitz V et al. EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. Eur Psychiatry 2024; 67(1):e80.

7. Hewer W, Jacobi F, Schneider F. Somatische Gesundheit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2025; 96(2):203–13.

8. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. Dtsch Arztebl Int 2019; 116(23-24):405–11.

9. Correll CU, Detraux J, Lepeleire J de, Hert M de. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. World Psychiatry 2015; 14(2):119–36.

10. Hert M de, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011; 10(1):52–77.

11. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. JAMA Psychiatry 2014; 71(3):248–54.

12. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. J Psychopharmacol 2010; 24(4 Suppl):61–8.

13. Deuschle M, Paul F, Brosz M, Bergemann N, Franz M, Kammerer-Ciernioch J et al. Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013; 48(8):1283–8.

14. Gafoor R, Booth HP, Gulliford MC. Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study. BMJ 2018; 361:k1951.

15. Benkert O, Hippius H, editors. Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 14. Auflage. Berlin: Springer; 2023. Available from: URL: https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=30826753.

16. Teasdale SB, Ward PB, Samaras K, Firth J, Stubbs B, Tripodi E et al. Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2019; 214(5):251–9.

17. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. Br J Psychiatry 2011; 199(6):441–2.

18. Solmi M, Firth J, Miola A, Fornaro M, Frison E, Fusar-Poli P et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. Lancet Psychiatry 2020; 7(1):52–63.

19. Strunz M, Jiménez NP'n, Gregorius L, Hewer W, Pollmanns J, Viehmann K et al. Interventions to Promote the Utilization of Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2022; 20(1).

20. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008; 118(3):169–71.

21. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2015; 72(4):334–41.

22. Ee C, Lake J, Firth J, Hargraves F, Manincor M de, Meade T et al. An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. Int J Ment Health Syst 2020; 14(1):83.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

23. Michalski N, Soliman LO, Reis M, Tetzlaff F, Nowossadeck E, Hoebel J. German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD); 2025.

24. Misoch S. Qualitative Interviews. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg; 2019. (De Gruyter Studium). Available from: URL: https://www.degruyterbrill.com/isbn/9783110545982.

25. Witzel A. Das problemzentrierte Interview [25 Absätze] [1(1), Art. 22]. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research Available from: URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228.

26. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. Patient Educ Couns 2009; 76(3):348–55.

27. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz; 2018. (Grundlagentexte Methoden). Available from: URL: http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1138552.

28. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1):107–15.

29. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9):1277–88.

30. König, H., König, H.-H., Gallinat, J., Lambert, M., Karow, A., Peth, J., Schulz, H. & Konnopka, A. (2023). Excess costs of mental disorders by level of severity. *Social Psychiatry*

31. Robert-Koch-Institut. Diabetes in Deutschland. Available from: URL: https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/2-18_Gesundheits-Check-up.html.

32. Grassi L, Riba M. Cancer and severe mental illness: Bi-directional problems and potential solutions. Psychooncology 2020; 29(10):1445–51.

33. Carney CP, Jones LE. The influence of type and severity of mental illness on receipt of screening mammography. J Gen Intern Med 2006; 21(10):1097–104.

34. Tillmanns H, Schillinger G, Dräther H. Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter (2007 bis 2021); 2022. Available from: URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/Forschung_Projekte/Ambulante_Versorgung/Frueherkennung_bei_Erwachsenen_2007_2021.pdf.

V Anlagen

Anlagen Evaluation

Anlage 1: V01F_PSY-KOMO-Erfassungsbogen

Anlage 2: PSY-KOMO-Erfassungsbogen_Nachbefragung_Greifswald

Anlage 3: Probandeninformation_Evaluation Teil1_4

Anlage 4: Infoblatt Betreuung

Anlage 5: PSY-KOMO_Ausfüllhinweise

Anlage 6: Telefonkonsil_AM-Hotline_Leitfaden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlagen Training Psychiater:innen

Anlage 7.1: Ablaufplan Training Psychiater:innen

Anlage 7.2: Manual PSY-KOMO Psychiater:innen

Anlagen PHB – Trainingsmaterialien Gesundheitsbegleiter:innen

Anlage 8.1: Manteltext zu den entwickelten Trainingsunterlagen

Anlage 8.2: Sammlung von Materialien zum Netzwerkaufbau (Infoblatt zu Angeboten für Menschen mit SMI; Infoblatt mit Netzwerkrecherche-Links; Vorlage für die Netzwerkrecherche)

Anlage 8.3: Materialien zur Trainingskonzeption und zum Trainingsablauf (Hintergründe zur Trainingskonzeption der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung; Sequenzplan)

Anlage 8.4: Präsentation zum Initialtraining

Anlage 8.5: Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen und weiterführende Materialien (Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen; Flyer PatientInneninformation Vorsorge CheckUp; Fortbildung Somatische Morbidität bei psychisch Kranken; PatientInnenflyer Vorsorge KBV; Probandeninformationen Einwilligung PSY-KOMO; PSY-KOMO Erfassungsbogen)

Anlage 8.6: Übungen zum Initialtraining (Rollenspiel 1: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe (GB); Rollenspiel 1: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe (Pat); Beispielablauf Erstgespräch; Rollenspiel 2: Erstgespräch (GB); Rollenspiel 2: Erstgespräch (Pat); Rollenspiel 3: Motivationsaufbau Inanspruchnahme (GB); Rollenspiel 3 Motivationsaufbau Inanspruchnahme (Pat); Rollenspiel 4: Rollenklarheit)

Anlage 8.7: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Beteiligte des Projekts

Link: https://vimeo.com/809064707

Anlage 8.8: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Behandlungspfade und Elemente

Link: https://vimeo.com/605597992/19efa86941

Anlage 8.9: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Erstgespräch und Beziehungsaufbau

Link: https://vimeo.com/606362097/3cd19a04a7

Anlage 8.10: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Gesprächsführung und Motivationsaufbau

Link: https://vimeo.com/606362181/4a973fa1cf

Anlage 8.11: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung

Link: https://vimeo.com/809065343

Anlage 8.12: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Weiterentwicklung und Ausblick

Link: https://vimeo.com/606361875/2e4983c5c2

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 8.13: Materialien zum Trainingsablauf des Einzeltrainings (Sequenzplan Einzelworkshop; Lernplan Einzelworkshop)

Anlage 8.14: Präsentation Einzelworkshop

Anlage 8.15: Wissenstest (Fragenkatalog) und Kurzbericht zur formativen und summativen Evaluation

Anlage 8.16: Aufbau der Moodle® - Plattform

Anlage 8.17: Präsentationen und Infoblätter zu den vier PSY-KOMO Einschlussdiagnosen (Bipolare Störung, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Psychosen, schwere Depression) + weiterführende Quellen

Anlage 8.18: Infoblatt zur Kollegialen Beratung

Anlage 8.19: Training zur motivierenden Gesprächsführung und Übungen (Präsentation und Rollenspiele)

Anlage 8.20: Workshop zum Thema "Intuitives Essen" (Präsentation und "Hunger-Sättigungs-Skala")

Anlage 8.21: Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung (Infoblätter zu den Themen Gesundheitsschädigendes Verhalten; Aggressive PatientInnen; Fordernde PatientInnen; Geringe Änderungsmotivation; Suizidandrohung; Einschränkungen von Betroffenen; Konflikte mit Versorgenden)

Anlage 8.22: Datenschutz und Schweigepflicht im PSY-KOMO Projekt (Präsentation und Infoblatt)

Anlage 8.23: Workshop zum Umgang mit Stigmatisierungsphänomenen im somatischen Gesundheitssystem (Präsentation)

Anlage 8.24: Konzept und Hintergrundüberlegungen zum Online-Präventionsprogramm

Anlage 8.25: Online-Präventionsprogramm "Schritte Steigern" (Programmtext und Arbeitsblätter)

Anlage 8.26: Erklärvideo zum Online-Präventionsprogramm "Schritte-Challenge"

https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_Schrittetagebuch.mp4

Anlage 8.27: Online-Präventionsprogramm "Hindernisse überwinden" (Programmtext und Arbeitsblätter)

Anlage 8.28: Tipps und Hilfestellungen zur Terminvereinbarung (Programmtext und Merkblatt)

Anlage 8.29: Erklärvideo zum E-Terminservice der KBV

https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_Eterminservice.mp4

Anlage 8.30: Erklärvideo zum Terminvermittlungsservice privater Anbieter

https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_private_Terminvermittlung.mp4

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 8.31: Abschließende Rückmeldungen der Gesundheitsbegleiterinnen zum Training und Reflexion der Trainingsinhalte für eine Aufnahme in die Regelversorgung

Anlagen Edukatives Material und Webseiten

Anlage 9: PatientInnen-Plakat_A2

Anlage 10: PSY-KOMO-Flyer-Rauchen

Anlage 11: PSY-KOMO-Flyer-Rauchen_RZ-web

Anlage 12: PSY-KOMO-Rauchen-Fachpersonal

Anlage 13: PSY-KOMO-Flyer-Wechselwirkungen

Anlage 14: PSY-KOMO-Flyer-Schlafmittel

Anlage 15: PSY-KOMO-Flyer-Digas

Anlage 16: PSY-KOMO-Flyer-Antipsychotika

Anlage 17: Screenshot_PSY-komo-tut-mir-gut (https://psy-komo-tut-mir-gut.de/)

Anlage 18: Screenshot_PSY-KOMO_Homepage (https://psy-komo.de/)

Weitere Anlagen

Anlage 19: Transferkonzept

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient ID **01** / **001** / **0001**

Bitte eGK-Nr. hier eintragen und mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Wichtig: Die eGK-Nr. in Ihre Pseudonymisierungsliste zur Patienten-ID dieses Bogens übertragen.

eGK-Nr. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Bei AOK Hamburg/Rheinland (HH/RH) versichert
☐ Bei einer anderen Krankenkasse versichert

Datum [TT.MM.JJJJ]	Name Behandler*in (Druckbuchstaben)	Unterschrift Behandler*in

Bitte beachten:

→ *Beide Dokumentseiten müssen nach dem Ausfüllen getrennt werden! Datenschutzrechtlich ist es nicht erlaubt beide Seiten zusammen zu verschicken!*

→ **Seite 1** bitte per Post verschicken an:
Universitätsklinikum Düsseldorf AÖR
Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)
Datenmanagement
Gebäude 14.75, 1. OG, Raum 207
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

→ **Seite 2** bitte per Fax an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf verschicken: **0211 / 81-17636**

Patient ID **01** / **001** / **0001**

Seite 2 bitte per Fax verschicken: 0211 / 81-17636

Datum der Erhebung __ __ / __ __ / __ __ __ __ [TT / MM / JJJJ]

Einschlussdiagnose [ICD]

☐ F20.__ / ☐ F21.__ / ☐ F22.__ / ☐ F25.__ / ☐ F30.__ / ☐ F31.__ / ☐ F32.2 / ☐ F32.3 / ☐ F33.2 / ☐ F33.3 / ☐ F60.3__

Einwilligung des Patienten/der Patientin

Unterschriebene Einwilligungserklärung liegt vor ☐ Nein ☐ Ja

Datum der Einwilligungserklärung __ __ / __ __ / __ __ __ __ [TT / MM / JJJJ]

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Alter [Jahre] ___ ___

Gemessene Größe [cm] ___ ___ ___

Gemessenes Gewicht [kg] ___ ___ ___

Berechneter BMI [kg/m²] ___ ___ , ___

Gemessener Blutdruck [mmHg] _____ / _____

Medikamente

Nehmen Sie Antipsychotika? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Antidepressiva? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Phasenprophylaktika? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Tranquilizer? ☐ Nein ☐ Ja

Vorsorge

In den letzten 5 Jahren: Wie oft waren Sie bei einer Vorsorgeuntersuchung? Anzahl_____

Bei welcher/welchen? _____

_____

Wann zuletzt? __ __ __ __ [JJJJ]

Somatische Komorbidität

Liegt bereits eine bestätigte Diagnose vor zu

- Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Nein ☐ Ja
- Koronare Herzkrankheit (KHK) ☐ Nein ☐ Ja
- Herzinsuffizienz ☐ Nein ☐ Ja
- Arterielle Hypertonie ☐ Nein ☐ Ja
- Asthma, COPD ☐ Nein ☐ Ja
- Sonstiges ☐ Nein ☐ Ja

  Wenn „Ja“, bitte spezifizieren:

  _____

Lebensstil

Bewegung

An wie vielen Tagen pro Woche durchschnittlich betätigen Sie sich körperlich mit mittlerer* bis starker Intensität?

_____ Tage pro Woche

*(z. B. schnelles Spazierengehen, Fahrradfahren, Schwimmen)

Wie viele Minuten pro Tag verbringen Sie durchschnittlich mit Aktivitäten dieser Intensität? _____ Minuten pro Tag

Alkohol

Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich (bezogen auf die letzten 30 Tage)?

☐ Nie

☐ 1x im Monat oder weniger ☐ 2-4x in der Woche

☐ 2-4x im Monat ☐ mehr als 4x die Woche

Wenn Sie alkoholische Getränke* zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

☐ 1 oder 2 ☐ 5 oder 6

☐ 3 oder 4 ☐ 7 bis 9 ☐ 10 oder mehr

*Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z. B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1 dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

Tabakkonsum

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn „Ja“, wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

☐ innerhalb von 5 Minuten ☐ 31-60 Minuten

☐ 6-30 Minuten ☐ nach 60 Minuten

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

☐ bis 10 ☐ 21-30

☐ 11-20 ☐ 31 und mehr

Überweisung zum Hausarzt/zur Hausärztin; Prävention; Gesundheitsbegleitung

PSY-KOMO Flyer und Überweisung für die Hausarztpraxis ausgegeben ☐ Nein ☐ Ja

Überweisung(en) für andere Fachrichtungen: _____ ausgestellt.

Gründe für die Überweisung(en): _____

Auf PSY-KOMO Präventionsportal hingewiesen ☐ Nein ☐ Ja

Kontaktdaten Gesundheitsbegleiter/Gesundheitsbegleiterin ausgegeben ☐ Nein ☐ Ja

Direkt Termin mit Gesundheitsbegleiter/Gesundheitsbegleiterin vereinbart ☐ Nein ☐ Ja

Datum [TT.MM.JJJJ]	Name Behandler*in (Druckbuchstaben)	Unterschrift Behandler*in

Patient ID **01** / **001** / **X X X X**

Nachbefragung

Bitte eGK-Nr. hier eintragen und mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Wichtig: Die eGK-Nr. in Ihre Pseudonymisierungsliste zur Patienten-ID dieses Bogens übertragen.

eGK-Nr. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Datum [TT.MM.JJJJ]	Name Behandler*in (Druckbuchstaben)	Unterschrift Behandler*in

Bitte beachten:

→ *Beide Dokumentseiten müssen nach dem Ausfüllen getrennt werden! Datenschutzrechtlich ist es nicht erlaubt beide Seiten zusammen zu verschicken!*

→ **Seite 1** bitte per Post verschicken an:
Universitätsklinikum Düsseldorf AÖR
Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)
Datenmanagement
Gebäude 14.75, 1. OG, Raum 207
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

→ **Seite 2** bitte per Fax an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf verschicken: **0211 / 81-17636**

Patient ID **01** / **001** / **X X X X**

Nachbefragung

Seite 2 bitte per Fax verschicken: 0211 / 81-17636

Datum der Nachbefragung __ __ / __ __ / __ __ __ __ [TT / MM / JJJJ]

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Gemessenes Gewicht [kg] ___ ___ ___
Berechneter BMI [kg/m²] ___ ___ , ___

Medikamente zum jetzigen Zeitpunkt

Nehmen Sie Antipsychotika?	☐ Nein	☐ Ja
Nehmen Sie Antidepressiva?	☐ Nein	☐ Ja
Nehmen Sie Phasenprophylaktika?	☐ Nein	☐ Ja
Nehmen Sie Tranquilizer?	☐ Nein	☐ Ja

Arztbesuche seit Einschluss

Seit Teilnahme am PSY-KOMO Projekt: Waren Sie bei einem

Hausarzt / einer Hausärztin?	☐ Nein	☐ Ja
Bei anderen Fachärzt*innen?	☐ Nein	☐ Ja

Bei welchen? _____

_____

Vorsorge seit Einschluss:

Seit Teilnahme am PSY-KOMO Projekt: Waren Sie bei einer Vorsorgeuntersuchung (z.B. Check-up, Krebs)? Anzahl ____
Bei welchen? _____

_____

Somatische Komorbidität

Ist seit der Teilnahme am PSY-KOMO Projekt eine der folgenden Diagnosen neu gestellt worden?

Diabetes mellitus Typ 2	☐ Nein	☐ Ja
Koronare Herzkrankheit (KHK)	☐ Nein	☐ Ja
Herzinsuffizienz	☐ Nein	☐ Ja
Arterielle Hypertonie	☐ Nein	☐ Ja
Asthma, COPD	☐ Nein	☐ Ja
Krebserkrankung	☐ Nein	☐ Ja

Wenn „Ja“, bitte spezifizieren:

_____

Sonstige Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja

Wenn „Ja“, bitte spezifizieren:

_____

Lebensstil

Bewegung

An wie vielen Tagen pro Woche durchschnittlich betätigen Sie sich körperlich mit mittlerer* bis starker Intensität?
_____ Tage pro Woche
*(z. B. schnelles Spazierengehen, Fahrradfahren, Schwimmen)

Wie viele Minuten pro Tag verbringen Sie durchschnittlich mit Aktivitäten dieser Intensität? _____ Minuten pro Tag

Alkohol

Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich (bezogen auf die letzten 30 Tage)?

☐ Nie
☐ 1x im Monat oder weniger ☐ 2-4x in der Woche
☐ 2-4x im Monat ☐ mehr als 4x die Woche

Wenn Sie alkoholische Getränke* zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

☐ 1 oder 2 ☐ 5 oder 6
☐ 3 oder 4 ☐ 7 bis 9 ☐ 10 oder mehr

*Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z. B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1 dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

Tabakkonsum

Rauchen Sie?	☐ Nein	☐ Ja
Haben Sie seit der Teilnahme am PSY-KOMO Projekt einen ernsthaften Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören?	☐ Nein	☐ Ja

Nutzung der Angebote PSY-KOMO

Haben Sie die Internetseite psy-komo-tut-mir-gut.de genutzt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn „Ja“, welche Informationen fanden Sie für sich hilfreich:

_____

_____

Haben Sie das Unterstützungsangebot der einem Gesundheitsbegleiter / Gesundheitsbegleiterinnen genutzt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn „Ja“,

telefonisch	☐ Nein	☐ Ja
persönlich	☐ Nein	☐ Ja

mit welchem Anliegen haben Sie Kontakt aufgenommen:

_____

_____

Datum [TT.MM.JJJJ]	Name Behandler*in (Druckbuchstaben)	Unterschrift Behandler*in

Information für Interessentinnen und Interessenten
PSY-KOMO Projekt

Wir laden Sie herzlich ein, am PSY-KOMO Projekt teilzunehmen, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das PSY-KOMO Projekt beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer neuen Versorgungsform. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese Informationen aufmerksam zu lesen.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihr Interesse an unserem Vorhaben!

Was ist das Ziel des Projektes?

Ziel des PSY-KOMO Projekts ist es, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Für Menschen mit schweren psychischen und weiteren körperlichen Erkrankungen ist es häufig schwierig, die passenden gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsangebote zu finden und zu nutzen.

Im PSY-KOMO Projekt werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei Bedarf durch Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen unterstützt. Diese Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen helfen Ihnen dabei, passende Versorgungsangebote zu finden.

Im Projekt PSY-KOMO arbeiten wir auch daran, Ärztinnen, Ärzte und andere Anbieter von Gesundheitsdiensten in Ihrer Region miteinander zu vernetzen. So wollen wir den Austausch im Netzwerk verbessern und die einzelnen Angebote besser bekannt machen. Das soll dazu beitragen, dass Sie schneller die Informationen erhalten, die für Sie wichtig sind.

Was beinhaltet die Teilnahme an PSY-KOMO für Sie?

Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin hat sich entschieden, das PSY-KOMO Projekt zu unterstützen und Sie gefragt, ob Sie an dem Projekt teilnehmen möchten. Im Gespräch zu dem Projekt wird Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin einige Fragen zu Ihren Erkrankungen mit Ihnen durchgehen.

Wenn Sie der Teilnahme zustimmen, erhalten Sie die folgenden Angebote.

Ob und wie Sie die folgenden Angebote nutzen, können Sie jederzeit selbst bestimmen:

- **Internetseite mit Präventionsangeboten:**

Hier finden Sie verschiedene Angebote von Maßnahmen in den Bereichen Rauchentwöhnung, Bewegung oder Ernährung etc.. Diese Angebote können Ihnen dabei helfen, Risiken für körperliche Erkrankungen zu verringern. Es handelt sich dabei um Angebote, die online oder in Ihrer Region angeboten werden.

- **PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterin**

Ihr PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter oder Ihre Gesundheitsbegleiterin werden ganz individuell mit Ihnen überlegen, wie Sie in Gesundheitsfragen unterstützt werden können. Das kann zum Beispiel beinhalten:

- bei Telefonaten und Terminabsprache mit Arztpraxen unterstützen,
- bei der Suche von Informationsmaterial helfen
- geeignete Präventionsangebote in der Region finden (Bewegungskurse, Ernährungsberatung, Rauchstopp oder ähnliches).

Der Kontakt kann per E-Mail, Telefon oder auch persönlich erfolgen.

Wie können Sie teilnehmen?

Mit dieser Informationsbroschüre erhalten Sie auch eine Einwilligungserklärung. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch. Mit Ihrer Unterschrift auf der Einwilligungserklärung stimmen Sie der Teilnahme an dem PSY-KOMO Projekt zu.

Wenn Sie eine Betreuung für Gesundheitsfragen oder eine allgemeine Betreuung haben, besprechen Sie bitte das Projekt mit Ihrem Betreuer oder Ihrer Betreuerin. Vom Psychiater oder der Psychiaterin erhalten Sie hierzu noch Informationsmaterial.

Was sind mögliche Vorteile einer Teilnahme?

Wie oben beschrieben werden wir Ihnen im Projekte Informationsmaterialien zu Präventionsangeboten und Unterstützung durch das Team der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen anbieten. Das Angebot kann von Ihnen sechs Monate lang genutzt werden. Nach Beendigung der Teilnahme am PSY-KOMO Projekt stehen die regulären Versorgungsangebote durch Ihre Ärztinnen, Ärzte und anderen Gesundheitsanbietern in Ihrer Region selbstverständlich weiterhin für Sie zur Verfügung.

Wie werden die Daten erhoben und was geschieht mit Ihren Gesundheitsdaten?

Für die Teilnahme ist es notwendig, dass Sie ihrem Psychiater/ihrer Psychiaterin einige kurze Fragen beantworten. Dies wird ca. 5-15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Die von Ihrem Psychiater/Ihrer Psychiaterin bei Projektbeginn erhobenen Daten (Gesundheitsdaten) werden elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Ihre freiwillige und ausdrückliche Einwilligung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die für die Studie wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Pseudonymisierung bedeutet, dass Ihr Name oder andere Identifikationsmerkmale durch einen Code ersetzt werden, um die Feststellung Ihrer Identität auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Dieser „Schlüssel“ (Verbindung zwischen Ihrem Namen bzw. Ihren Identifikationsmerkmalen und dem Code) wird getrennt von Ihren übrigen Befunden oder Informationen aufbewahrt. Zugang zu dem Schlüssel hat ausschließlich Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin. Die ärztliche Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Bestimmungen werden eingehalten.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung. Sobald es nach dem Forschungszweck möglich ist, werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, d. h. in der Weise verändert, dass eine Identifizierung Ihrer Person nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich sein wird.

Die Wirksamkeit des Projekts wird durch die Auswertung von sogenannten Abrechnungsdaten überprüft. Ärztinnen und Ärzte senden Daten der Behandlung von Patientinnen und Patienten (durchgeführte Untersuchungen, Diagnosen, Rezepte, Behandlungen im Krankenhaus, etc.) zu Abrechnungszwecken an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Krankenkassen. Die Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer im Zeitraum von 24 Monaten vor Studienteilnahme und bis zu 24 Monaten danach werden in pseudonymisierter Form an das IGES Berlin (Daten der Kassenärztlichen Vereinigung) und an das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Daten

der Krankenkassen) übermittelt. In den beiden Instituten werden beispielsweise Häufigkeiten von Diagnosen körperlicher Erkrankungen und Häufigkeiten von Krankenhausaufenthalten statistisch ausgewertet.

Einwilligung zur Teilnahme an der Studie

Die Teilnahme setzt Ihre Einwilligung voraus. Ihre Einwilligung erteilen Sie mittels der Einwilligungserklärung.
Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung der Daten verlangt werden. Daraus entstehen für Sie keine Nachteile. Bei einem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr von Ihnen erhoben und eine Kontaktaufnahme im Rahmen der Studie erfolgt nicht mehr. Wenn Sie nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten, geben Sie Ihrem Psychiater / Ihrer Psychiaterin Bescheid. Er/sie wird dann das Studienzentrum informieren, und wir werden anhand Ihrer Studien-Nummer die Daten löschen.

Wer sind die Partner des Projektes?

- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf
- Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Koordinierungszentrum für Klinische Studien Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD)
- Alexius/Josef Krankenhaus Neuss
- Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen
- Universitätsklinikum Frankfurt am Main.
- Universitätsmedizin Greifswald
- Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse.

Wer hat die Studie geprüft?

Die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat diese Studie geprüft und der Durchführung zugestimmt. Die Ethikkommission hat die Aufgabe, Rechte und Sicherheit sowie Würde und Wohlbefinden der Studienteilnehmenden zu schützen.

Wer finanziert dieses Forschungsprojekt?

Dieses Projekt wird aus den Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert (Förderkennzeichen 01NVF19019). Die finanziellen Mittel des Innovationsfonds werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen und den Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

Erläuterungen zur Datenverarbeitung

- Ihre Gesundheitsdaten werden nur zu unmittelbaren Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung dieser Studie innerhalb des Projektkonsortiums verwendet.
- Ihre Daten werden in pseudonymisierter Form vom Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS), Universitätsklinikum Düsseldorf, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der Auswertungsstelle, dem IGES Institut verarbeitet.
- Ihre im Rahmen dieser Studie erhobenen personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert. Pseudonymisiert bedeutet, dass Ihr Name entfernt wird und durch eine Studien-Nummer ersetzt wird.
- Die Weiterleitung der pseudonymisierten Daten zwischen den Projektbeteiligten erfolgt über gesicherte EDV-Systeme. Die ordnungsgerechte Handhabung Ihrer Daten wird während des gesamten Verlaufs der Studie durch die durchführenden Stellen datenschutzrechtlich überwacht.
- Die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung gesammelten Informationen werden pseudonymisiert zu Forschungszwecken verwendet. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Die Ergebnisse der Studie werden nur in Form von zusammenfassenden Auswertungen und Texten dargestellt und veröffentlicht. Es sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich.
- Dem Projekt und dem beschriebenen Vorgehen, das von den Datenschutzbeauftragten der Projektbeteiligten begleitet wurde, hat die Ethik-Kommission der Universität Düsseldorf zugestimmt. Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz nach der EU-DGSVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz NRW und dem Sozialgesetzbuch. Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der genannten personenbezogenen Daten bildet die Einwilligung gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a EU-DSGVO im zweiten Teil dieses Dokumentes.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden:
Adressen und Kontakte:

Verena Leve / Verena Geffe
Institut für Allgemeinmedizin
der Med. Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 08183
E-Mail:
verena.leve@med.uni-duesseldorf.de

Dr. Anja Viehmann
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Med. Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 06532,
E-Mail:
anja.viehmann@med.uni-duesseldorf.de

Die Verantwortliche für die studienbedingte Verarbeitung personenbezogener Daten ist die Studienleiterin für die Durchführung der Studie:

Projektleitung und Verantwortlichkeit für die Verarbeitung der Daten:

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Medizinische Fakultät
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Moorenstrasse 5, 40225 Düsseldorf
http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-versorgungsforschung-und-gesundheitsoekonomie/

Sie können als betroffene Person jederzeit die Ihnen durch die EU-DSGVO gewährten Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft, ob und welche Daten von Ihnen verarbeitet werden (Art. 15 EU-DSGVO, in Bezug auf die Abrechnungsdaten i.V.m. § 83 SGB X),
- das Recht, die Berichtigung oder Vervollständigung der Sie betreffenden Daten zu verlangen (Art. 16 EU-DSGVO, in Bezug auf die Abrechnungsdaten i.V.m. § 84 SGB X),
- das Recht auf Löschung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 17 EU-DSGVO (in Bezug auf die Abrechnungsdaten i.V.m. § 84 SGB X),
- das Recht, nach Maßgabe des Art. 18 EU-DSGVO (in Bezug auf die Abrechnungsdaten i.V.m. § 84 SGB X) eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen,
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen; die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO),
- das Recht auf Widerspruch gegen eine künftige Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 EU-DSGVO (in Bezug auf die Abrechnungsdaten i.V.m. § 84 SGB X).

Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen wenden Sie sich bitte zunächst an die Studienleiterin (Kontaktdaten siehe oben) oder an die Datenschutzkoordination des Universitätsklinikums Düsseldorf.

Für weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Datenschutzbeauftragte:

für die Heinrich-Heine-Universität: Datenschutzbeauftragte Universitätsstr. 1 40225 Düsseldorf datenschutzbeauftragter@hhu.de	für das Universitätsklinikum Düsseldorf: Datenschutzbeauftragte Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf datenschutz@med.uni-duesseldorf.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

PSY-KOMO (Förderkennzeichen: 01NVF19019)

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass meine Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen des PSY-KOMO Projektes in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD) gesendet, dort elektronisch erfasst und aufbewahrt bzw. gespeichert werden. Außerdem willige ich ein, dass die Abrechnungsdaten, die im Rahmen von ärztlichen Behandlungen erfolgt sind und bei meiner Krankenkasse sowie bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, für das Projekt an die auswertende Stelle, an das IGES Institut in Berlin (Daten der kassenärztlichen Vereinigung) sowie an das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität (Daten der Krankenkassen), übermittelt und dort ausgewertet werden. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d. h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Ich habe die Informationen und Erläuterungen über die Inhalte der Studie und deren Ablauf sowie zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und verstanden.
Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
Eine Kopie der Aufklärungsunterlagen und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Studienteilnahme sowie in die Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht und keine weiteren Daten mehr erhoben. Daraus entstehen für mich keine Nachteile.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1) Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben, in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern beim Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD), Düsseldorf, pseudonymisiert aufgezeichnet und gespeichert werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) an die auswertende Stelle, das IGES Institut, Berlin, bzw. an das IVG, weitergegeben und für folgende Zwecke *(Wirksamkeitsstudie des PSY-KOMO-Projektes)* verwendet werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.
2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht und keine weiteren Daten mehr erhoben.

3) Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie 10 Jahre lang aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Name Studienteilnehmer/Studienteilnehmerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Es liegt eine Betreuung für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge oder für alle Angelegenheiten vor:

☐ Ja ☐ Nein

Bestätigung der Einwilligung durch Betreuer/Betreuerin

Name Betreuer/Betreuerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Name des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin (Druckbuchstaben)	Datum	Unterschrift

PSY-KOMO (Förderkennzeichen: 01NVF19019)

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass meine Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen des PSY-KOMO Projektes in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD) gesendet, dort elektronisch erfasst und aufbewahrt bzw. gespeichert werden. Außerdem willige ich ein, dass die Abrechnungsdaten, die im Rahmen von ärztlichen Behandlungen erfolgt sind und bei meiner Krankenkasse sowie bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, für das Projekt an die auswertende Stelle, an das IGES Institut in Berlin (Daten der kassenärztlichen Vereinigung) sowie an das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität (Daten der Krankenkassen), übermittelt und dort ausgewertet werden. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d. h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Ich habe die Informationen und Erläuterungen über die Inhalte der Studie und deren Ablauf sowie zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und verstanden.
Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
Eine Kopie der Aufklärungsunterlagen und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Studienteilnahme sowie in die Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht und keine weiteren Daten mehr erhoben. Daraus entstehen für mich keine Nachteile.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1) Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben, in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern beim Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD), Düsseldorf, pseudonymisiert aufgezeichnet und gespeichert werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) an die auswertende Stelle, das IGES Institut, Berlin, bzw. an das IVG, weitergegeben und für folgende Zwecke *(Wirksamkeitsstudie des PSY-KOMO-Projektes)* verwendet werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.
2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht und keine weiteren Daten mehr erhoben.

3) Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie 10 Jahre lang aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Name Studienteilnehmer/Studienteilnehmerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Es liegt eine Betreuung für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge oder für alle Angelegenheiten vor:

☐ Ja ☐ Nein

Bestätigung der Einwilligung durch Betreuer/Betreuerin

Name Betreuer/Betreuerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Name des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin (Druckbuchstaben)	Datum	Unterschrift

Information für Betreuerinnen und Betreuer

zum

PSY-KOMO Projekt

Ihr Klient / Ihre Klientin ist durch die behandelnde psychiatrische Praxis/Institutsambulanz eingeladen worden, am PSY-KOMO Projekt teilzunehmen, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das PSY-KOMO Projekt beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer neuen Versorgungsform. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese Informationen aufmerksam zu lesen.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!

Was ist das Ziel des Projektes?

Ziel des PSY-KOMO Projektes ist es, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Für Menschen mit schweren psychischen und weiteren körperlichen Erkrankungen ist es häufig schwierig, die passenden gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsangebote zu finden und zu nutzen.

Im PSY-KOMO Projekt werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei Bedarf durch Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen unterstützt. Diese Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen helfen ihnen dabei, passende Versorgungsangebote zu finden.

In dem Projekt PSY-KOMO arbeiten wir auch daran, Ärztinnen, Ärzte und andere Anbieter von Gesundheitsdiensten in der Region miteinander zu vernetzen. So wollen wir den Austausch im Netzwerk verbessern und die einzelnen Angebote besser bekannt machen. Das soll dazu beitragen, dass Ihr Klient/Ihre Klientin schneller die Informationen erhält, die für ihn/sie wichtig sind.

Was beinhaltet die Teilnahme an PSY-KOMO für Ihren Klienten/Ihre Klientin?

Der behandelnde Psychiater / die behandelnde Psychiaterin hat sich entschieden, das PSY-KOMO Projekt zu unterstützen und Ihren Klienten / Ihre Klientin gefragt, ob er/sie an dem Projekt teilnehmen möchte. Im Rahmen des Projektes fallen keine zusätzlichen Termine an. Im Gespräch zu dem Projekt werden im Rahmen der Sprechstunde in der psychiatrischen Praxis / Institutsambulanz einige zusätzliche Daten erhoben.

Was bietet PSY-KOMO Ihrem Klienten / Ihrer Klientin?

Ob und in welcher Form die PSY-KOMO Angebote von Ihrem Klienten / Ihrer Klientin genutzt werden, entscheidet er/sie – auch mit Ihrer Unterstützung – selbst. Die folgenden Angebote stehen bei Studienteilnahme ergänzend zur Verfügung:

- **Unterstützung Ihres Klienten / Ihrer Klientin durch Gesundheitsbegleiter*innen**

  Ihr Klient / Ihre Klientin erhält für 6 Monate das Angebot zur Unterstützung durch Gesundheitsbegleiter*innen. Diese sind speziell geschulte Personen aus Gesundheitsberufen, die Ihren Klienten / Ihre Klientin bei entsprechendem Bedarf

  - durch das Gesundheitssystem begleiten/Orientierungshilfe bieten;
  - bei der Vereinbarung von Terminen unterstützen, z.B. in fachärztlichen Praxen;
  - bei der Suche von geeigneten Angeboten zur Gesundheitsförderung unterstützen;

- zu Terminen oder Angeboten begleiten.

- **Vermittlung von Präventionsangeboten**
  - Ihr Klient / Ihre Klientin erhält Zugang zum PSY-KOMO Internet-Präventionsportal und eine aktuelle Übersicht zu regionalen Präventionsangeboten.

Was sind mögliche Vorteile einer Teilnahme?

Durch die Finanzierung des Innovationsfonds können wir im Rahmen des Projektes bei Bedarf zusätzliche Informationsmaterialien zu Präventionsangeboten und Unterstützung durch das Team der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen anbieten. Das Angebot kann von Ihrem Klienten / Ihrer Klientin sechs Monate lang genutzt werden. Nach Beendigung der Teilnahme am PSY-KOMO Projekt stehen die regulären Versorgungsangebote durch die Ärztinnen, Ärzte und anderen Gesundheitsanbieter in der Region selbstverständlich weiterhin zur Verfügung.

Wie werden die Daten erhoben und was geschieht mit Daten Ihres Klienten / Ihrer Klientin?

Im PSY-KOMO Projekt unterscheiden wir zwischen Daten, die behandelnde Ärztinnen und Ärzte erheben (Versorgungsdaten) und den Angaben im Rahmen des Studiengesprächs (Projektdaten), das bei Studienaufnahme in der psychiatrischen Praxis/Institutsambulanz geführt wird. Die Versorgungsdaten werden im Rahmen der Krankenversorgung immer über Abrechnungsstellen im Gesundheitssystem wie z.B. die Krankenkasse und die Kassenärztlichen Vereinigungen erfasst.

Während dieser Studie werden auch Projektdaten (Gesundheitsdaten und/oder persönliche Informationen) Ihres Klienten / Ihrer Klientin erhoben und elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist die freiwillige und ausdrückliche Einwilligung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die für die Studie wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Pseudonymisierung bedeutet, dass der Name oder andere Identifikationsmerkmale durch einen Code ersetzt werden, um die Feststellung der Identität auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Dieser „Schlüssel“ (Verbindung zwischen Namen bzw. Identifikationsmerkmalen und dem Code) wird getrennt von den übrigen Informationen aufbewahrt. Zugang zu dem Schlüssel hat ausschließlich der behandelnde Psychiater / die behandelnde Psychiaterin. Die ärztliche Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Bestimmungen werden eingehalten.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz der persönlichen und der Gesundheitsdaten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung. Sobald es nach dem Forschungszweck möglich ist, werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, d.h. in der Weise verändert, dass eine Identifizierung der einzelnen Personen nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich sein wird.

Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie

Die Teilnahme setzt die Einwilligung Ihres Klienten / Ihrer Klientin sowie Ihre Einwilligung als Betreuerin/Betreuer voraus. Die Einwilligungen werden durch eine schriftliche Einwilligungserklärung erteilt.
Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung der Daten verlangt werden. Daraus entstehen Ihrem Klienten / Ihrer Klientin selbstverständlich keine Nachteile.

Wer sind die Partner des Projektes?

- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf
- Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Koordinierungszentrum für Klinische Studien Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD)
- Alexius/Josef Krankenhaus Neuss
- Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen
- Universitätsklinikum Frankfurt am Main.
- Universitätsmedizin Greifswald
- Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse.

Wer hat die Studie geprüft?

Die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat diese Studie geprüft und der Durchführung zugestimmt. Die Ethikkommission hat die Aufgabe, Rechte und Sicherheit sowie Würde und Wohlbefinden der Studienteilnehmer zu schützen.

Wer finanziert dieses Forschungsprojekt?

Dieses Projekt wird aus den Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert (Förderkennzeichen 01NVF19019). Die finanziellen Mittel des Innovationsfonds werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen und den Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie mit der Teilnahme Ihres Klienten / Ihrer Klientin einverstanden sind

Lesen Sie bitte die PSY-KOMO Studienunterlagen aufmerksam durch, die Ihr Klient / Ihre Klientin in der psychiatrischen Praxis/Institutsambulanz erhalten hat, und unterzeichnen Sie die Einwilligungserklärung an entsprechender Stelle.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an die behandelnde psychiatrische Praxis/Institutsambulanz oder das Projekt-Team wenden:

Adressen und Kontakte:

Verena Leve
Institut für Allgemeinmedizin
der Med. Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 08183
E-Mail:
verena.leve@med.uni-duesseldorf.de

Dr. Anja Viehmann
Institut für Versorgungsforschung und
Gesundheitsökonomie der Med. Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 06532,
E-Mail:
anja.viehmann@med.uni-duesseldorf.de

Wichtige Hinweise für die Erhebung

Proband*innen-Ansprache

Sie benötigen zunächst: Eine Proband*innen-Mappe und einen Erhebungsbogen.

Ablauf:

Bitte entnehmen Sie alle Proband*innen-Unterlagen der Mappe und gehen Sie diese mit Ihrem Patienten / Ihrer Patientin durch.

Nicht benötigte Unterlagen (z. B. Betreuer*innen-Unterlagen, wenn keine Betreuung vorliegt) sollten den Proband*innen nicht mitgegeben werden.

Proband*in nimmt teil:

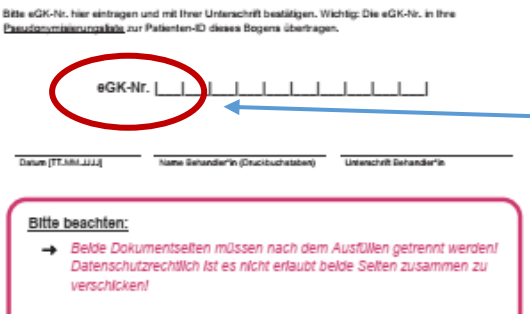
Trennen Sie die unterzeichnete Kopie der Einverständniserklärung von der Proband*innen-Information für Ihre PSY-KOMO Ablage. Bitte legen Sie diese nicht in die Patientenakte, sondern gesammelt in einem Ordner, getrennt von allen anderen Studienunterlagen ab.

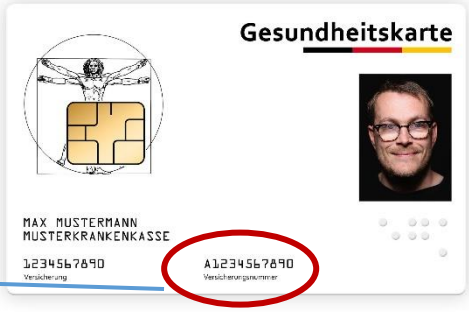
Übertragen Sie in die **Pseudo-ID-Schlüssel-Liste** Namen, Geburtsdatum, eGK Nummer aus ihren Unterlagen und die 9-stellige Patient ID vom Erhebungsbogen. Das Geburtsdatum dient als zusätzliche Identifikationsmöglichkeit in Ihrer Praxis, für den Fall eines Widerrufs und Ausstieges aus dem Projekt zur Identifikation.

Verfahren Sie nach dem Ausfüllen des Erhebungsbogen wie dort beschrieben.

Erhebungsbogen

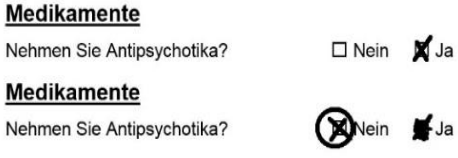
- ✓ Bitte übertragen Sie die eGK Nummer auf die erste Seite des Erhebungsbogens





Bildnachweis: "Gesundheitskarte" by Tim Reckmann | a59.de is licensed with CC BY 2.0.

- ✓ Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.
- ✓ Bei allen Fragen bzw. Aussagen nur ein Kästchen ankreuzen.
- ✓ Kreuze bitte nur in den vorhergesehenen Kästchen setzen.
- ✓ Kreuz korrigieren? Bitte so: Falsche Angabe schwärzen, das korrekte Kreuz setzen und einen Kreis um die richtige Antwort ziehen.



- ✓ Bitte schreiben Sie in den Freitext-Zeilen möglichst leserlich.
- ✓ Wenn Sie sich bei den Freitextantworten verschrieben haben, entsorgen Sie den Bogen bitte und füllen Sie einen neuen Bogen aus. ACHTUNG! Dann ändert sich die 9-stellige Patient ID, dies muss dann auf der Pseudo-ID-Schlüssel-Liste ebenfalls angepasst werden (wie im Training besprochen: vorgedruckte Zeile mit ausgemusterter ID bitte durchstreichen).
- ✓ Bitte achten Sie darauf, die Ränder des Bogens nicht zu beschriften.
- ✓ Sollte eine Korrektur nach Versand erforderlich sein, gehen Sie wie oben vor. Schreiben Sie dann das Datum des Tages der Korrektur und Ihre Unterschrift neben das ursprüngliche Datum und senden Sie das Dokument erneut.

Weitere Unterlagen:

Besteht aus Ihrer Sicht der Bedarf, dass

a) der Patient / die Patientin an Präventionsprogrammen teilnimmt (Gruppe 2 P: Prävention – s. persönlicher PSY-KOMO Ordner) stellen Sie bitte den Kontakt zu den regionalen Gesundheitsbegleiter*innen her. Visitenkarten mit den aktuellen Kontaktdaten erhalten Sie von Ihrem Studienstandort.

b) zusätzlich weitere Diagnostik, eine Mitbehandlung etc. durch eine hausärztliche Praxis oder eine spezialisierte Praxis besteht (Gruppe 3 RV: Regelversorgung – s. persönlicher PSY-KOMO Ordner), stellen Sie bitte eine entsprechende Überweisung aus und geben Sie dem Patienten / der Patientin einen PSY-KOMO Flyer zur Information der jeweiligen Praxis mit. Sie finden einen Stapel der Flyer in Ihrem Starterpaket.

Vorgehen bei Widerruf

Hat ein Proband/ eine Probandin im Rahmen eines Widerrufs der Teilnahme, explizit die Löschung der eigenen Daten verlangt, die im Rahmen der Studie erhoben wurden/werden, senden Sie bitte die 9-stellige Patient ID ohne Nennung des Namens des Patienten / der Patientin an unsere Mailadresse psy-komo@med.uni-duesseldorf.de.

An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Bitte schreiben Sie uns eine E-Mail psy-komo@med.uni-duesseldorf.de oder rufen Sie uns an 0211 – 81 – 08 18 3

Telefonkonsil Arzneimittel ‚Experten-Hotline':

Leitfaden für Ärzt*innen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wir freuen uns darüber, dass Sie am PSY-KOMO-Projekt teilnehmen und eine Beratung hinsichtlich Pharmakodynamik, medikamentöser Interaktionspotenziale und unerwünschter Arzneimittelwirkungen in Anspruch nehmen wollen, um die beste Versorgung Ihrer Patient*innen zu ermöglichen.

Unsere erfahrenen Psychiater*innen stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

Montag - Freitag
in der Zeit von **09:00 – 12:00** und **13:00 -16:30 Uhr**
0152 04598263

Als Leitthemen empfehlen wir Ihnen folgende Informationen über Ihre*n Patient*in für ein Telefonat mit uns nochmal vorab zu reflektieren:

Alter und Geschlecht des/der Patient*in, welche psychiatrischen Diagnosen liegen vor (ICD-10), Dauer der Erkrankung, welche somatischen Komorbiditäten liegen vor
(Adipositas (aktueller BMI), Diabetes mellitus (HbA1c, Insulinpflicht), kardiovaskuläre (aktueller Blutdruck) und pulmonale Erkrankungen, zerebrovaskuläre und neurologische Erkrankungen, Allergien, Nikotinkonsum),
somatische und psychiatrische Medikation Ihres/Ihrer Patient*in mit aktuellen Dosierungen.

Last but not least: Haben Sie Ihre Kontakt-ID griffbereit? Sie finden Sie auf dem Erhebungsbogen für Ihre Patient*innen oben links (die ersten 5 Stellen). Die ID ist relevant für die Abrechnung Ihrer Aufwandsentschädigung für unser Gespräch.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Das psychiatrische PSY-KOMO-Team der HHU Düsseldorf

Training Psychiater:innen – Ablaufplan

Uhrzeit	Inhalt	Methoden
9:00 – 9:30	Begrüßung, Vorstellungsrunde	
9:30 – 9:45	Impulsvortrag: SMI und somatische Erkrankungen mit Fallbezug	PPT-Vortrag
9:45 – 10:15	Erfahrungsaustausch / Ideensammlung SMI-Patient*innen und somatische Erkrankung	Moderierte Kleingruppenarbeit
10:15 – 10:30	Ergebnisvorstellung	Plenum
10:30 – 10:45	Pause	
10:45 – 11:30	Pharmakotherapie und Interaktionen	PPT-Vortrag, Schaubild Offenes Format / diskursiver Vortrag
11:30 – 11:50	Schritte der Versorgung 1. Identifikation und Ansprache von Patient*innen Argumente sammeln, warum ich als Psychiater*in auf somatische Komorbidität achten will	Moderierte Kleingruppenarbeit
11:50 – 12:30	Ergebnisvorstellung	Plenum, virtuelle Flipcharts zur Dokumentation
12:30 – 13:15	Pause	

13:15 – 14:00	Konkretes Setting in der Sprechstunde, was ist erforderlich, wie lässt PSY-KOMO sich einbinden?	Diskussion ggf. Zweier-Teams Rollenspiele
14:00 – 14:30	Dokumentation und Kooperation, Hindernisse/Lösungen	Kleingruppe ggf. im Dreier-Team entwickeln und besprechen/kritisch diskutieren
14:30 – 14:45	Pause	
14:45 – 15:30	Organisatorisches, Versorgungspfade, Praxisabläufe	Kleingruppenarbeit, Präsentation im Plenum Dokumentation auf virtueller Metaplan-Wand
15:30 – 16:00	Rückfragen, Austausch, Verabschiedung	

PSY-KOMO

Handbuch für zertifizierte Psychiaterinnen und Psychiater

Dieses Handbuch unterstützt zertifizierte Psychiaterinnen und Psychiater bei der Umsetzung des PSY-KOMO Projektes.

Das PSY-KOMO-Handbuch wurde im Rahmen der öffentlich geförderten Studie „Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität (PSY-KOMO)" entwickelt. Das PSY-KOMO Projekt wird gefördert aus Mitteln des

Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das gesamte PSY-KOMO-Material ist urheberrechtlich geschützt sowie frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen.

Sie haben Fragen zum Projekt, zum Ablauf, zur Organisation o.ä.? Schreiben Sie uns eine E-Mail an PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de.

Es ist eilig? Rufen Sie uns an unter +49 211/81 08 183

Bei Rückfragen zum Handbuch wenden Sie sich bitte an:
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Centre for Health and Society (chs)
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm: Stefan.Wilm@med.uni-duesseldorf.de
Olaf Reddemann: Olaf.Reddemann@med.uni-duesseldorf.de
Verena Leve: Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de

Konsortialführung

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf

Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Konsortialpartner

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen, Institut für Allgemeinmedizin, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf, Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKSD) Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Universitätsmedizin Greifswald, Psychologische Hochschule Berlin gGmbH, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Weitere beteiligte Institutionen

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
IGES Institut GmbH Berlin

Kontakt

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, +49 211/81 08 183

Inhalt PSY-KOMO Handbuch

1. Herzlich willkommen im PSY-KOMO Projekt

2. Versorgungssituation vom Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3.1. Screening von Menschen mit SMI auf Risiken oder Anhaltspunkte für somatische Erkrankung

3.2. Modul Gesundheitsbegleiterinnen / Gesundheitsbegleiter

3.3. Modul Telefonkonsil

3.4. Modul Präventionsportal

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.1. Welche Daten werden im PSY-KOMO Projekt verarbeitet?

4.2. Aufklärung und Einschluss von Patientinnen und Patienten mit SMI

4.3. Das Einschluss-Gespräch – Vorgehen und Datenerhebung

4.4. Weiterleitung der von Ihnen erhobenen Daten

4.5. PSY-KOMO Angebote für Menschen mit SMI

5. Organisatorisches

5.1. Abrechnung des zusätzlichen Aufwandes für die Beteiligung am PSY-KOMO Projekt

6. Literatur

7. Anlagen

1. Herzlich Willkommen im PSY-KOMO Projekt

1. Herzlich willkommen im PSY-KOMO Projekt

Sehr geehrte PSY-KOMO-Psychiaterinnen und Psychiater,

wir bedanken uns für Ihr Engagement im PSY-KOMO Projekt! Sie erhalten die aktuelle Version unseres gemeinsamen Handbuchs zum PSY-KOMO Projekt. Das Handbuch ist modular aufgebaut, so dass Sie nach Abschluss der Zertifizierung die für Sie relevanten Inhalte auch im Praxisalltag schnell finden und nutzen können. Weitere Materialien werden Ihnen von der PSY-KOMO-Projektgruppe im weiteren Verlauf zur Verfügung gestellt. Sie können diese dann in Ihr PSY-KOMO-Handbuch aufnehmen.

Das Handbuch soll Ihnen als Stütze im Alltag bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen des PSY-KOMO Projektes dienen. Bitte benutzen Sie ausschließlich dieses Handbuch und die Materialien, die Sie von uns ergänzend erhalten.

Hinweis: Geben Sie bitte dieses Manual und alle anderen Studienunterlagen nicht an Dritte weiter. Behandeln Sie diese Unterlagen vertraulich und nutzen Sie diese Unterlagen ausschließlich im Rahmen unseres PSY-KOMO Projektes.

Bei Fragen vorab wenden Sie sich gerne jederzeit an unser PSY-KOMO-Studienteam.

Viel Erfolg wünscht Ihr

PSY-KOMO-Team

2. Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

2. Versorgungssituation vom Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness, SMI) haben ein besonders hohes Risiko für komorbide somatische Erkrankungen und eine erheblich höhere Mortalität im Vergleich zu Menschen ohne psychische Erkrankungen – gleichzeitig ist deren somatische Gesundheitsversorgung regelmäßig defizitär (1). Die Sterblichkeit von Menschen mit SMI ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, wobei natürliche Todesursachen (67 % der Todesfälle) einen größeren Beitrag zur Übersterblichkeit leisten als unnatürliche (insbes. Suizid; 18 % der Todesfälle) (2–4).

Schneider et al. ermittelten in einer Studie mit bundesweiten kassenärztlichen Daten (N=59,6 Mio. Erwachsene in der GKV) die somatische Komorbidität und die Mortalität bei SMI-Betroffenen erstmals für Deutschland (5, 20). In Abhängigkeit von den untersuchten SMI-Diagnosen wurden die häufigsten somatischen Komorbiditäten identifiziert, u.a. Adipositas, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen (KHK, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen), zerebrovaskuläre Erkrankungen, pAVK, Asthma/COPD, Pneumonie, HIV und Hepatitis. Es ergeben sich Lebenszeitreduktionen (in Abhängigkeit von psychischer Diagnose, Alter und Geschlecht) zwischen 6 und 12 Jahren. Komorbidität und Mortalität werden bei psychisch Kranken durch sozioökonomische Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Isolation) und assoziierte Lebensstilfaktoren (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, ungesunde Ernährung, körperliche Inaktivität, ungeschützte Sexualkontakte, psychische Traumatisierungen) erhöht.

Problematisch ist, dass bei schwer psychisch Kranken besondere Barrieren bestehen, somatische Diagnostik, Prävention und Therapie anzunehmen. Dazu gehören krankheitsbedingte Behinderungen, die eine adäquate Inanspruchnahme beeinträchtigen, wie z.B. eine verminderte Fähigkeit, sich selbst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu organisieren, und eine schlechtere Adhärenz (2). Auch erhalten sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht durchgängig alle medizinischen Hilfen, die nicht-psychisch Kranken angeboten werden; Inklusions- und Gleichheitsgrundsätze sind für diese Patientengruppe im medizinischen Sektor aus den verschiedensten Gründen häufig nicht gewährleistet (1,6).

Schwierige diagnostische und therapeutische Konstellationen, die sich im Zusammenspiel von psychiatrischer und somatischer Morbidität häufig ergeben, kommen hinzu (z.B. als diagnostic overshadowing) (7). Auch durch die psychopharmakologische Medikation entwickeln sich somatische Komorbiditäten (bes. Stoffwechselerkrankungen und Übergewicht), auch wenn diese Medikamente trotzdem insgesamt die Mortalität erheblich reduzieren (8,9).

Polypharmazie bedingt bei somatischen Komorbiditäten und SMI ein besonders hohes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und -wechselwirkungen, die einen individuell zugeschnittenen Behandlungsbedarf mit sich bringen (10). Forschungsergebnisse zeigen, dass durch verhaltensbezogene und pharmakologische Interventionen positive Effekte auf den Gesundheitszustand von Menschen mit SMI erzielt werden (11–14).

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

Ziel unseres gemeinsamen Projektes PSY-KOMO ist, die somatische Behandlungsqualität für Menschen mit SMI in Deutschland durch eine neue Versorgungsform zu verbessern, indem der Zugang zur ärztlichen Regelversorgung und zu Präventionsangeboten erleichtert wird. Mögliche (weitere) somatische Erkrankungen sollen so früher entdeckt und besser versorgt oder ihnen vorgebeugt werden. Hierbei sind wir auf Ihre Mitarbeit und Expertise angewiesen, da Sie in unmittelbarem Versorgungskontakt mit den Betroffenen stehen.

Im PSY-KOMO Projekt werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei Bedarf durch Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen unterstützt. Diese Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen helfen Ihren SMI-Patientinnen und -Patienten dabei, passende Versorgungsangebote zu finden.

Im Projekt PSY-KOMO arbeiten wir gemeinsam mit Ihnen daran, Ärztinnen, Ärzte und andere Anbieter von Gesundheitsdiensten in Ihrer Region miteinander zu vernetzen. So wollen wir den Austausch im Netzwerk stärken, den Zugang zu Präventionsangeboten für Menschen mit SMI erleichtern und die leitliniengerechte Versorgung somatischer Erkrankungen von Menschen mit SMI verbessern.

Im Folgenden werden die einzelnen Module, die Sie im PSY-KOMO Training kennenlernen, kurz dargestellt:

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3.1 Screening von Menschen mit SMI auf Risiken oder Anhaltspunkte für somatische Erkrankungen

3.1. Screening von Menschen mit SMI auf Risiken oder Anhaltspunkte für somatische Erkrankung

Nach Einschluss führen Sie bei allen Patientinnen und Patienten einmalig eine strukturierte, standardisierte Anamnese sowie allgemeine körperliche Untersuchungen in Ihrer PIA/Praxis durch. Sie sprechen mit den Patientinnen und Patienten über verordnete oder selbst erworbene (OTC) eingenommene, somatisch und psychotrop wirksame Medikamente und ggf. aufgetretene unerwünschte Wirkungen (UAW), über deren Lebensstil, über Prävention und Vorsorgeuntersuchungen.

Mittels Ihrer beruflichen Expertise und den im Training erprobten Vorgehensweisen nehmen Sie eine erste Risikoabschätzung vor und schätzen den Bedarf an allgemeinmedizinischer oder anderer spezialistischer Diagnostik und ggf. Mitbehandlung ein. Je nach individuellem Bedarf Ihrer Patientinnen und Patienten können Sie im Anschluss an das erste Screening in Ihrer PIA/Praxis auch den Hausarzt/die Hausärztin oder andere spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte für weiterführende Diagnostik hinzuziehen. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer oder mehrerer somatischer Erkrankungen überweisen Sie die Patientin / den Patienten in eine hausärztliche oder fachärztliche Praxis; dazu geben Sie ihnen den Überweisungsschein und einen Informationsflyer mit.

Bei Bedarf erhalten Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme weiterer Untersuchungen und Versorgungsangebote Unterstützung durch die PSY-KOMO-Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter, auf die Sie sie hinweisen.

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3.2 Modul Gesundheitsbegleiterinnen / Gesundheitsbegleiter

3.2. Modul Gesundheitsbegleiterinnen / Gesundheitsbegleiter

Um die adäquate Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten zu unterstützen und Motivation und Adhärenz der Patientinnen und Patienten zu fördern, wird ein Case- und Netzwerkmanagement aufgebaut.

PSY-KOMO-Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter sind Personen aus Gesundheitsfachberufen, insbesondere Pflegepersonal und/oder medizinische Fachangestellte. Sie werden für das Projekt geschult und zertifiziert. Sie sollen PSY-KOMO-Patientinnen und Patienten bei Bedarf jeweils über einen Zeitraum von 6 Monaten durch das Gesundheitssystem begleiten. Das Ziel ist, Barrieren bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsleistungen durch individuell angepasste Maßnahmen zu reduzieren.

Die Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter sind an den PSY-KOMO Partner in Ihrer Region angebunden.

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3.3 Modul Telefonkonsil

3.3. Modul Telefonkonsil

Um die Versorgungsqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komorbiden somatischen Erkrankungen zu verbessern, ist ein besonderes Augenmerk auf eine ggf. vorliegende schwierige pharmakotherapeutische Konstellation zu legen, die sich im Zusammenspiel von psychiatrischer und somatischer Medikation nicht selten ergeben kann. Die in der Regel erforderliche Polypharmazie bedingt bei somatischen Komorbiditäten und SMI ein besonders hohes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und -Wechselwirkungen, die einen individuell zugeschnittenen Behandlungsbedarf mit sich bringen.

Zur Minimierung des Risikos für das Auftreten von UAW werden die Behandelnden durch ein spezifisches telemedizinisches Konsilangebot in der individuellen Auswahl und Verordnung der psychotropen und somatischen Medikation (inkl. Polypharmazie), zu UAWs und Wechselwirkungen beraten, gerade im Hinblick auf die Interaktion somatischer und psychotroper Substanzen.

Das Team aus psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen vom LVR-Klinikum Düsseldorf berät Sie gerne hinsichtlich

- möglicher Arzneimittelinteraktionen
- der unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) sowohl der psychiatrischen als auch der internistischen Medikation
- pharmakodynamischer und pharmakokinetischer Wechselwirkungen
- des metabolischen Risikoprofils der psychiatrischen Medikation
- der relativen Kontraindikationen bei Multimorbidität und Polymedikation
- Fragen der Adhärenzverbesserung bei den Patientinnen und Patienten.

Die telemedizinische Expertenkonsultation erfolgt durch erfahrene, klinisch tätige, psychiatrische Kollegen und Kolleginnen zur Auswahl und Verordnung der individuell geeigneten Pharmakotherapie im Hinblick auf die Multimorbidität der Patienten. Unter Anwendung spezieller Medikamentendatenbanken/ Interaktionstools (u.a. Psiac) erfolgt die Beratung in einer fachlichen Diskussion auf Augen- und Erfahrungshöhe zu einer leitliniengerechten Medikation unter Berücksichtigung der Polypharmazie durch psychiatrische und somatische Medikation

Hinweis

Sie erreichen die Hotline Montag bis Freitag in der Zeit von 9:00 bis 12:00 und13:00-16:30 Uhr.

3. PSY-KOMO – die neue Versorgungsform

3.4 Präventionsportal

3.4. Modul Präventionsportal

Auch bei unauffälligen somatischen Befunden existiert wegen der bestehenden schweren psychischen Erkrankung und ggf. wegen des Lebensstils ein erhöhtes Risiko, an einer somatischen Erkrankung zu erkranken. Daher werden alle Patientinnen und Patienten bei Interesse in lokal vorhandene Präventions- und Schulungsmaßnahmen und in die Angebote der Regelversorgung vermittelt, wie z.B. Bewegungstraining, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung oder Schutzimpfungen. Online-Module z.B. zu Ernährung und Bewegung werden wegen ihres allgemeinen Informationscharakters allen Patienten angeboten.

Das PSY-KOMO Präventionsportal bündelt eine Übersicht der bestehenden Angebote.

Hinweis

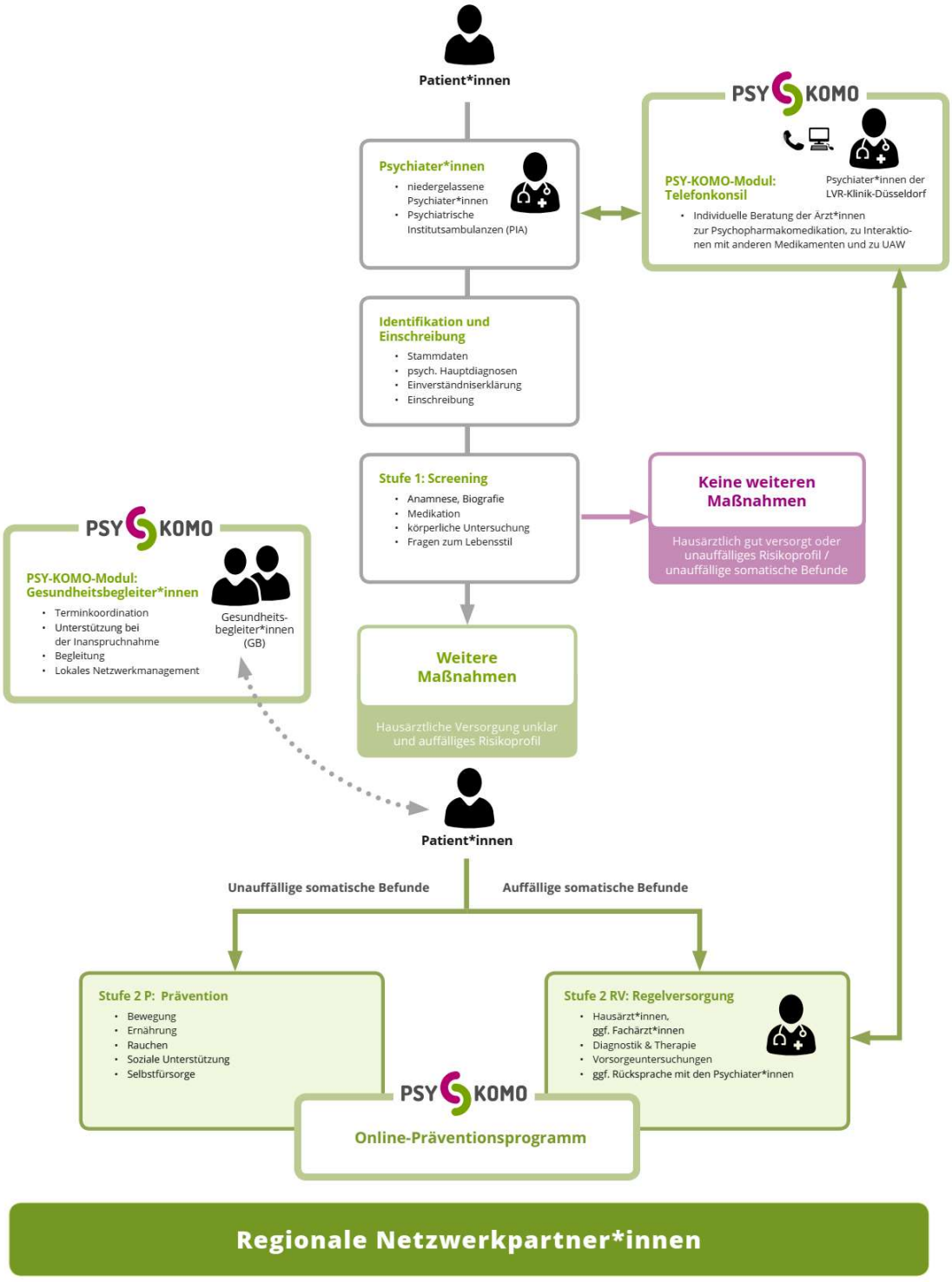
Sie finden das Präventionsportal unter

www.PSY-KOMO-tut-mir-gut.de

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

Übersicht zu den Abläufen im PSY-KOMO Projekt:



4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.1 Welche Daten werden im PSY-KOMO-Projekt verarbeitet?

4.1. Welche Daten werden im PSY-KOMO Projekt verarbeitet?

Um die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform zu evaluieren, werden folgende Hypothesen geprüft:

H1: Durch die Intervention werden bestehende somatische Erkrankungen entdeckt und diagnostisch abgeklärt, die zuvor nicht diagnostiziert waren und die ohne die Intervention zumindest kurzfristig weiter unentdeckt geblieben wären (Verbesserung der Krankheitsdetektion).

H2: Die Intervention führt dazu, dass sowohl bereits bekannte als auch im Beobachtungszeitraum erstmals diagnostizierte somatische Erkrankungen zu einem höheren Anteil entsprechend der Leitlinien behandelt werden (Verbesserung der leitlinienorientierten Behandlung).

H3: Die Intervention führt dazu, dass Maßnahmen der Prävention und Früherkennung von Krankheiten in höherem Maße durchgeführt bzw. in Anspruch genommen werden (Verbesserung von Prävention und Früherkennung).

Alle drei Hypothesen werden durch Vergleiche der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten mit SMI mit einer externen Kontrollgruppe von Patientinnen und Patienten, die ebenfalls an den gleichen schweren psychischen Erkrankungen leiden, überprüft.

Genutzt werden Prozessdaten der vertragsärztlichen Versorgung (ambulante ärztliche Leistungen, Diagnosen und Arzneimittelverordnungen), die von den kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden. Hierzu wurden bei den jeweiligen Aufsichtsbehörden Anträge zur Übermittlung / Nutzung von Sozialdaten gemäß § 75 SGB X gestellt.

Ergänzend werden Primärdaten im Rahmen der ersten ärztlichen Untersuchung in Ihrer PIA/Praxis erhoben.

Im Projektverlauf werden zudem mittels leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen Patientinnen und Patienten und übrige Projektbeteiligte zu ihren Erfahrungen, ihrem Erleben und zur Bewertung der Module der neuen Versorgungsform befragt.

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.2 Aufklärung und Einschluss von Patientinnen und Patienten mit SMI

4.2. Aufklärung und Einschluss von Patientinnen und Patienten mit SMI

Welche Patientinnen und Patienten können im PSY-KOMO Projekt eingeschlossen werden?

- Einwilligungsfähige Erwachsene (≥ 18 Jahre)
- Gesetzlich krankenversicherte Erwachsene mit einer schweren psychischen Erkrankung: ICD 10-Codes: F20.x, F21.x, F22.x, F25.x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F60.3x

Planen Sie ausreichend Zeit für das Aufklärungsgespräch ein. Vereinbaren Sie ggf. einen neuen Termin mit der Patientin / dem Patienten. Gehen Sie in Ruhe gemeinsam die Projekt-Informationen und die Einwilligungserklärung zum Datenschutz durch.

Hinweis

Personen mit aktuell mittelgradigen Depressionen (F32.1), die in der Vergangenheit eine schwere Depression hatten, können ebenfalls eingeschlossen werden, wenn sie in dem Zeitraum der letzten 24 Monate vor dem Einschlusstermin jemals den ICD-Code für schwere depressive Episode (F32.2, F32.3) erhalten haben.

Ist die Einwilligungserklärung von der Patientin/dem Patienten unterzeichnet, können Sie wie im Training erprobt mit dem Erstgespräch beginnen. Nutzen Sie hierfür den PSY-KOMO Erhebungsbogen.

Cave: Liegt eine Betreuung für die Aufgabenkreise Gesundheitsfürsorge oder allgemeine Betreuung vor?

Betreuer*innen für diese Aufgabenkreise müssen die Einverständniserklärung ebenfalls unterzeichnen. Nutzen Sie bitte das Informationsblatt (s. Starterpaket).

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.3 Das Einschluss-Gespräch – Vorgehen und Datenerhebung

4.3. Das Einschluss-Gespräch – Vorgehen und Datenerhebung

Den Umgang mit dem PSY-KOMO Erhebungsbogen erproben Sie im Training.

Dokumentieren Sie alle weiteren für Sie relevanten Informationen wie gewohnt in der Akte der Patientin/ des Patienten.

Der Erhebungsbogen enthält eine vorgedruckte Pseudo-ID. Bitte tragen Sie auf der ersten Seite des Erhebungsbogens die Versichertennummer (eGKV-Nummer) der Patientin/des Patienten ein.

Außerdem erhalten Sie vom Studienteam eine Pseudonymisierungsliste. Diese verbleibt bei Ihnen, bitte halten Sie sie gut verschlossen

Da Probanden jederzeit die Möglichkeit haben müssen, über die eigenen Daten zu verfügen und Auskunft erhalten zu können sowie bei Widerruf des Einverständnisses eine Löschung erfolgen können muss, können die Daten lediglich pseudonymisiert gehalten werden. Die Pseudonymisierungsliste (mit Namen und eGK-Nr.) liegt nur dem/der jeweils behandelnden zertifizierten Psychiaterin/Psychiater vor. Bei Wünschen zur Löschung des Datensatzes erfolgt über Ihre PIA/Praxis eine Meldung der Pseudo-ID an den Standort und/oder das KKSD. Hier werden dann die weiteren Schritte zur Löschung des Datensatzes auf Wunsch der Patientinnen und Patienten eingeleitet.

Hinweis

Tragen Sie den Namen der eingeschlossenen Person und die eGK-Nummer bitte in der Pseudonymisierungsliste ein.

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.4 Weiterleitung der von Ihnen erhobenen Daten

4.4. Weiterleitung der von Ihnen erhobenen Daten

Bei der Übermittlung der Daten gehen Sie bitte wie folgt vor:

- Trennen Sie die 1. Seite des Erhebungsbogens ab und senden Sie diese bitte **per Post** an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf.
- Senden Sie die 2. Seite bitte **per Fax** an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf.

Die beiden Seiten des Erhebungsbogens müssen in jedem Fall auf getrenntem Weg an das KKSD gesendet werden, um den Schutz der Patientendaten sicherzustellen.

Cave: Bitte bewahren Sie die bei Ihnen verbleibenden Studienunterlagen gut verschlossen auf. Achten Sie darauf, dass die Kopien der Einwilligungserklärungen, die Erhebungsbögen und die Pseudonymisierungsliste getrennt voneinander aufbewahrt werden.

4. Abläufe im PSY-KOMO-Projekt

4.5 PSY-KOMO Angebote für Menschen mit SMI

4.5. PSY-KOMO Angebote für Menschen mit SMI

Sie erhalten im Anschluss an die Zertifizierung mit dem Starterpaket die aktuellen Informationen und Materialien zu den folgenden PSY-KOMO Modulen zur Weitergabe an Ihre Patientinnen und Patienten:

- Informationsflyer für die Patientinnen und Patienten
- Kontaktdaten der Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter
- Mappe mit Hinweis auf das Präventionsportal (1. Innenseite)
- ggf. Informationen zu lokalen/ regionalen Präventionsangeboten am Standort

5. Organisatorisches

5. Organisatorisches

5.1 Abrechnung des zusätzlichen Aufwandes für die Beteiligung am PSY-KOMO Projekt

5. Organisatorisches

5.1. Abrechnung des zusätzlichen Aufwandes für die Beteiligung am PSY-KOMO Projekt

Sie erhalten für Ihren zusätzlichen Aufwand für die Beteiligung am Projekt eine Aufwandsentschädigung.

- Teilnahme am PSY-KOMO Training: einmalig 250,- €
- Für jede eingeschriebene Person mit SMI aus Ihrer PIA/Praxis: je 125,- €
- Überleitung der Patientin/des Patienten an eine Hausarzt-/(Facharzt)praxis: je 50,- €
- Inanspruchnahme des Medikamenten-Telefonkonsils: je 25,- €

Bei Einschluss von 25 SMI-Patient*innen erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von ca. 4.500,- €.

Wir erstellen quartalsweise eine Abrechnung und senden Ihnen diese zur Prüfung vorab zu.

Für niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater: Für das PSY-KOMO Projekt erhalten von uns eine Vereinbarung mit der Bitte um rechtsverbindliche Unterschrift.

Nach Ihrer Zertifizierung durch die gemeinsame Fortbildung und Abschluss der Vereinbarung mit Ihrer PIA/Praxis erhalten Sie das PSY-KOMO Starterpakt. Dieses enthält in ausreichender Stückzahl:

- Informationsflyer für interessierte Patientinnen und Patienten
- Informationen zur Aufklärung von Patientinnen und Patienten und Einwilligungserklärungen
- Informationen für Betreuerinnen und Betreuer
- PSY-KOMO-Erhebungsbogen
- Kontaktdaten der Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter in Ihrer Region
- Mappe mit Hinweis zum Präventionsportal
- Informationsflyer für die Weitergabe an die hausärztliche oder spezialisierte fachärztliche Praxis
- Pseudonymisierungsliste (1x)

Sie haben Fragen zum Projekt, zum Ablauf, zur Organisation o.ä.? Schreiben Sie uns eine E-Mail an PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de.
Es ist eilig? Rufen Sie uns an unter +49 211/81 08 183

6. Literatur

6. Literatur

1. Hewer W, Schneider F. Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. Nervenarzt 2016.
2. De Hert M et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. World Psychiatry 2011.
3. Lederbogen F et al. Kardiale und metabolische Risikofaktoren bei schweren psychischen Erkrankungen: Aufgaben eines Präventionsmanagers. Nervenarzt 2015.
4. Walker ER et al. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2015.
5. Schneider F et al. Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill – a German registry study. Dtsch Arztebl Int 2019.
6. Dornquast C et al. To what extent are psychiatrists aware of the comorbid somatic illnesses of their patients with serious mental illnesses? BMC Health Services Research 2017.
7. Jones S et al. “Diagnostic overshadowing”: Worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008.
8. Tiihonen J et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-basedcohort study (FIN11 study). Lancet 2009.
9. Torniainen M et al. Antipsychotic Treatment and Mortality in Schizophrenia. Schizophr Bull 2015.
10. Vernaleken I et al. Allgemeine Psychopharmakotherapie. In: Schneider F (Hrsg). Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer 2017.
11. Gierisch JM et al. Pharmacologic and behavioral interventions to improve cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness. J Clin Psychiatry 2014.
12. McGinty EE et al. Interventions to address medical conditions and health-risk behaviors among persons with serious mental illness: a comprehensive review. Schizophr Bull 2016.
13. Osborn D et al. Clinical and cost-effectiveness of an intervention for reducing cholesterol and cardiovascular risk for people with severe mental illness in primary care. Lancet Psychiatry 2018.
14. Taylor et al. The effectiveness of pharmacological and non-pharmacological interventions for improving glycaemic control in adults with severe mental illness. PLoS ONE 2017.
15. Chwastiak L et al. Treating complexity: collaborative care for multiple chronic conditions. Int Rev Psychiatry 2014.
16. Lambert M et al. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment. Schiz Res 2017

17. Liu NH et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry 2017.
18. Reilly S et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2013
19. Small N et al. Understanding experiences of and preferences for service user and carer involvement in physical health care discussions within mental health care planning. BMC Psychiatry 2017.
20. Jacobi F et al. Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. Nervenarzt 2021.

7. Anlagen

Das Training der Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter in PSY-KOMO:

Manual, Materialien und Handreichungen[1]

Die hier vorgestellten Inhalte wurden von der Psychologischen Hochschule Berlin (Konsortialpartner) im Rahmen der öffentlich geförderten Studie „Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität (PSY-KOMO)" entwickelt. Das PSY-KOMO Projekt wurde gefördert aus Mitteln des

Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses
(Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das gesamte PSY-KOMO-Material ist urheberrechtlich geschützt sowie frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen.

Autor:innen: Prof. Dr. Frank Jacobi, M.Sc. Naomi-Pua `nani Jiménez, M.Sc. Michael Strunz

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Prof. Dr. Frank Jacobi
Psychologische Hochschule Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
E-Mail: f.jacobi@phb.de

[1] Vorabversion zur Prüfung und Kommentierung durch die Konsortialführung, Stand 13.05.24

Konsortialführung

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf

Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Konsortialpartner

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen, Institut für Allgemeinmedizin, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf, Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKSD) Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Universitätsmedizin Greifswald, Psychologische Hochschule Berlin gGmbH, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Weitere beteiligte Institutionen

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
IGES Institut GmbH Berlin

Kontakt

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, +49 211/81 08 183

Vorwort zur Konzeption der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung

Die Konzeption der Gesundheitsbegleitung orientierte sich an der Fragestellung, welche „Lücke“ diese bei der Verbesserung der somatischen Gesundheitsversorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (*severe mental illness*, SMI) schließen müssen. Zentral war die Überlegung, dass die Gesundheitsbegleitung eine Lotsenfunktion zwischen SMI-Betroffenen und den vielzähligen (oft aber auch unübersichtlichen und unkoordinierten) Angeboten des Gesundheitssystems übernimmt.

Die Gesundheitsbegleitung sollte in dieser Lotsenfunktion gezielt die Inanspruchnahme von indizierten Präventionsleistungen, diagnostischen Maßnahmen und die Umsetzung von Behandlungsempfehlungen von SMI-Betroffenen fördern. Darüber hinaus sollte die Zielgruppe darin unterstützt werden, die körperliche Gesundheit durch gezielte Lebensstilveränderungen (Präventionsmaßnahmen) zu verbessern. Die Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter sollten hierfür über notwendiges Fachwissen, aber auch konkrete Handlungskompetenzen verfügen.

Das vorliegende Manual wird ergänzt durch zahlreiche Anlagen, die als Dateien beiliegen.

Inhaltsverzeichnis

1 Initiales Training der Gesundheitsbegleiter*innen – Konzeption und Durchführung 2-tätiger Trainings an den vier Projektstandorten 6
1.1 Grundlegende Überlegungen 6
1.2 Durchführung von Vortreffen zur Bedarfsplanung 7
1.3 EX-IN Kontaktaufnahme: Integration der Betroffenenperspektive in das Training 7
1.4 Inhaltsbereiche des initialen Trainings 7
1.5 Lernziele des initialen Trainings 8
1.6 Organisatorische Besonderheiten 9
1.7 Konzeption und Durchführung von optionalen Einzelworkshops 9
1.8 Interne Evaluation des Trainings 10
1.9 Sammlung aller Beitrage auf einer Moodle®-Plattform 10
2 Weitere Trainings und Fortbildungen 11
Nach dem Initialtraining und dem Start der Tätigkeit der Gesundheitsbegleiter*innen wurden (weiterhin im online-Format) kontinuierlich Trainingsaktivitäten fortgesetzt. 11
2.1 Konzeption und Durchführung von Fortbildungen zu den PSY-KOMO Einschlussdiagnosen 11
2.2 Aufbereitung, Vorstellung und Durchführung des Formats 11
der „kollegialen Beratung“ 11
2.3 Aufbereitung, Vorstellung und Durchführung von Fortbildungen zur „Motivierenden Gesprächsführung“ 11
2.4 Konzeption und Durchführung einer Fortbildung zum Thema „intuitives Essen“ 12
2.5 Sammlung von schwierigen Situationen in der Gesundheitsbegleitung 12
2.6 Datenschutz und Schweigepflicht 12
2.7 Workshop „Wie erkenne ich als Behandler*in eigene Stigmatisierungstendenzen“ 13
3 Fortlaufende Online-Netzwerktreffen mit den Gesundheitsbegleiter*innen aller Standorte 13
4 Bereitstellen von Inhalten für das PSY-KOMO Präventionsportal 14
4.1 “Schritte Challenge“ 14
4.2 “Inanspruchnahme-Training“ 14
4.3 Hilfe bei der Terminsuche und Terminvereinbarung 15
5 Referenzen 17
6 Übersicht aller Anlagen 18

1 Initiales Training der Gesundheitsbegleiter*innen – Konzeption und Durchführung 2-tätiger Trainings an den vier Projektstandorten

1.1 Grundlegende Überlegungen

Die Konzeption des Trainings erforderte die Berücksichtigung verschiedener Aspekte. So wurde davon ausgegangen, dass die Gesundheitsbegleiter*innen aus unterschiedlichen beruflichen Hintergründen stammen (MFA, Fachpflege Psychiatrie, soziale Arbeit). Das Training sollte einen gemeinsamen Nenner hinsichtlich der unterschiedlichen Wissens- und Kompetenzniveaus bilden, um notwendiges Wissen sicherzustellen und Kompetenzerwerb zu ermöglichen. Für alle Trainingsteilnehmer*innen sollte gleichermaßen Wissen über die Idee und den Aufbau des PSY-KOMO Projekts vermittelt werden. Bezüglich der weiteren, tätigkeitspezifischen Inhalte wurde anschließend Basiswissen zum Gesundheitsverhalten (Gesunde Ernährung, Bewegung und Rauchen) vermittelt. Es wurde dabei auf Kompaktheit der Informationen geachtet, da die Trainingsteilnehmer*innen für die Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung bereits Vorwissen aus ihren vergangenen Tätigkeiten haben mussten. Um das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen patient*innenseitig zu fördern, sollten im Training zudem Kompetenzen erworben werden, die den Abbau von diesbezüglichen Barrieren zum Ziel hatten. Wichtig war hierbei, dass Gesundheitsbegleiter*innen über umfassende Kenntnisse des lokalen Versorgungsnetzwerks verfügen müssen, um Patient*innen effizient zu indizierten Präventions- und Behandlungsangeboten weiter zu vermitteln – denn ein Ziel von PSY-KOMO besteht ja gerade darin, die adäquate Inanspruchnahme *bereits bestehende* Präventions- und Versorgungsmaßnahmen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu fördern. Hierfür wurden Materialien erstellt, die die Gesundheitsbegleiter*innen darin unterstützten, eigene Netzwerkrecherche zu betreiben und sich über lokale Versorger*innen zu informieren (Anlage 2).
Zudem sollten Gesundheitsbegleiter*innen in der Lage sein, auf empathische Art für das Thema der körperlichen Gesundheit bei Patient*innen zu sensibilisieren und dabei zu helfen, entsprechende motivationale Hürden abzubauen. Die Vermittlung entsprechender Kompetenzen orientierte sich an der Technik der Motivierenden Gesprächsführung. Schließlich sollten Gesundheitsbegleiter*innen auch darin unterstützt werden, eigene Angebote zur Gesundheitsförderung (z.B. Bewegungs- und Ernährungsprogramme) für ihre Patient*innen umzusetzen, was vor allem im Projektverlauf mehr Berücksichtigung fand.

Nach dem 2-tägigen Initialworkshop wurden weitere Weiterbildungsinhalte geplant. Von Beginn an wurde daher auf eine regelmäßige Teilnahme geachtet. Rückmeldungen der Trainingsteilnehmer*innen waren ausdrücklich gewünscht, um die „Begleitung der Gesundheitsbegleitung“ entsprechend ihrer Bedarfe im Projektverlauf weiter anpassen zu können. Schließlich wurden die Workshopteilnehmer*innen auch auf die aktive Gestaltung der neuen Versorgungsform „Gesundheitsbegleitung“ eingestimmt.

1.2 Durchführung von Vortreffen zur Bedarfsplanung

Die Durchführung von Vortreffen zur Bedarfsplanung im Vorfeld eines Trainings kann sich als hilfreich erweisen, um entsprechend der Bedarfe der Trainingsgruppe einzelne Aspekte mehr hervorzuheben als andere. Da im PSY-KOMO Projekt Gesundheitsbegleiter*innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung rekrutiert wurden, wurde für die Trainings an den vier Standorten jeweils ein Vortreffen organisiert. Innerhalb der Vortreffen wurden die drei Bereiche „Ziele und Hoffnungen an das Training", „Befürchtungen" sowie „Bisherige Erfahrungen mit dem Thema Gesundheitsbegleitung" besprochen.
Ziele und Hoffnungen an das Training betrafen je nach Standort eher die Ausdifferenzierung der Rolle als PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung oder den Erwerb von Kompetenzen, um die Zielgruppe gut begleiten zu können. Befürchtungen betrafen insbesondere das Online-Format der Trainings, mit dem die meisten Trainingsteilnehmer*innen bislang noch keine Berührungspunkte gehabt haben. Daher wurde bei der Durchführung des Initialtrainings auf regelmäßige Pausen und aktive Einbindung der Teilnehmenden geachtet, um Erschöpfung und Frustration zu minimieren.
Hinsichtlich bisheriger Erfahrungen mit dem Tätigkeitsprofil der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung ergaben sich sehr unterschiedliche Profile. Die Teilnehmenden gaben an, bislang gar keine oder kaum bis hin zu jahrzehntelanger Berufserfahrung mit der Zielgruppe gehabt zu haben. Auch dies wurde innerhalb der Trainings an den entsprechenden Stellen berücksichtigt.

1.3 EX-IN Kontaktaufnahme: Integration der Betroffenenperspektive in das Training

Für die Konzeption des Trainings wurde die Betroffenenperspektive berücksichtigt. Hierfür wurde der Dachverband des Vereins „EX-In – Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie" (EX-IN Deutschland e.V.) kontaktiert. Der Betroffenenverband hat das Ziel, die persönlichen Erfahrungen Betroffener mit psychischen Krisen in die Arbeit mit Psychiatrieerfahrenen zu integrieren und so zu deren psychischen Genesung beizutragen. Zwei Vertreterinnen des Dachverbands gaben in mehreren Treffen konstruktive Rückmeldungen zum geplanten Training, sodass insbesondere die Aspekte der Diagnose (Was bedeutet die Erkrankung abseits der „normierten" Diagnose für Betroffene) sowie die sensible Ausgestaltung von Zutrauen und Überforderung der SMI-Betroffenen durch die Gesundheitsbegleitung besondere Berücksichtigung im Training fanden. Weiterhin gaben die Vertreterinnen Institutionen an, die Teilaspekte der Gesundheitsbegleitung bereits (teilweise lokal) anboten, was für die Rollendifferenzierung und die Netzwerktätigkeit hilfreiche Eckpunkte darstellte.

1.4 Inhaltsbereiche des initialen Trainings

Die Inhalte des Trainings basierten einerseits auf dem wissenschaftlichen Hintergrund des PSY-KOMO Projekts und dessen Zielen. Dies umfasste auch die projektspezifischen Strukturen und Abläufe, um die Gesundheitsbegleiterinnen bereits im Vorfeld der Tätigkeit mit den Gegebenheiten vertraut zu machen. Andererseits wurden die Tätigkeitsschwerpunkte der Gesundheitsbegleiter*innen ausdifferenziert. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin wurden insbesondere die Handreichungen von Firth et al. (2019) sowie die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (Gühne et al., 2019) vor dem Hintergrund erhöhter somatischer Morbidität

und Mortalität bei Menschen mit SMI (Schneider et al., 2019; Jacobi et al., 2020) herangezogen. Daraus wurden Foki hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitsbildung (Ernährung, Bewegung und Rauchen), der Gesprächsführung im Sinne des „motivational interviewing" (Miller & Rollnick, 1991) sowie der Lotsenfunktion der Gesundheitsbegleiterinnen gewählt, die im Rahmen der Tätigkeit sinnvoll umsetzbar waren. Weitere Aspekte („diagnostic overshadowing", Arzneimittelwechselwirkungen) fanden in anderen Teilen des PSY-KOMO Projekts Berücksichtigung, die sich mit der Unterstützung der Behandler*innen in Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Praxen beschäftigten.

1.5 Lernziele des initialen Trainings

Für das initiale Training wurden zentrale Lernziele festgelegt. Außerdem wurden didaktische Überlegungen in einem Dokument festgehalten (Anlage 3). Für die Durchführung des Workshops wurde ein Sequenzplan erstellt, der zudem Details über den Ablauf des Trainings enthält (Anlage 3). Außerdem wurde für das Training eine Präsentation erstellt (Anlage 4).

Einführung zum PSY-KOMO Projekt und den Projektbeteiligten	- Kenntnis über Basis-Aufgaben und Wissen, darüber, was als Erstes zu tun ist - Überblick über das PSY-KOMO Projekt
PSY-KOMO Behandlungspfade und -elemente	- Rolle der Gesundheitsbegleitung im Projekt - Kenntnis über die interne Kommunikationsstruktur (PSY-KOMO)
Gesundheits-förderung und Unterstützung der PSY-KOMO Patient*innen	- Kenntnis über die Kommunikationswege mit Patient*innen und Wissen, was hierbei besonders wichtig ist - Wissen und Entscheidungskompetenz über die Begleitungsintensität von Patient*innen - Wissen über zentrale Aspekte eines gesunden Lebensstils, basierend auf dem aktuellen Forschungsstand - Basiswissen und Basisfähigkeiten der (motivierenden) Gesprächsführung
Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger*innen und Hilfeeinrichtungen	- Wissen und Fähigkeiten, die konkrete Netzwerksuche in der eigenen Region umzusetzen

(Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform	- Motivation und Sensibilisierung, an der Weiterentwicklung der Gesundheitsbegleitung mitzuwirken

Entsprechend dieser Themenfelder wurde ein Handbuch für die Trainingsteilnehmer*innen erstellt, das fortlaufend aktualisiert und ergänzt wurde. Alle Teilnehmer*innen erhielten einen Ordner mit dem Handbuch sowie weitere Unterlagen (ausgedruckt und digital) zum Projekt und zur Gesundheitsförderung (Anlage 5).
Für das Training wurden außerdem Übungsblätter und Fallvignetten (Anlage 6) erstellt, die während der interaktiven Phasen des Trainings verwendet wurden.

1.6 Organisatorische Besonderheiten

Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen wurde das ursprünglich in Präsenzform geplante Training an allen Projektstandorten in Form von Online-Veranstaltungen konzipiert und durchgeführt. Im Projektverlauf stellte sich dieses Trainingsformat als vorteilhaft heraus, da flexibel auf lokale Besonderheiten (z.B. Nachschulungen einzelner Gesundheitsbegleiter*innen) Rücksicht genommen werden konnte. Die Trainings wurden so gestaltet, dass neben der reinen Wissensvermittlung mindestens die Hälfte der Workshopzeit für gemeinsame Reflexionen und Übungen genutzt werden konnte, um die Teilnehmer*innen aktiv einzubinden und den Wissens- und Kompetenzerwerb auf verschiedenen Ebenen zu fördern.
Als Tool für die Workshops wurde die Software „Zoom®“ genutzt. Diese ermöglichte über die Funktion der „Breakout-Sessions“ auch Kleingruppenübungen, z.B. in Form von Rollenspielen. Weiterhin wurde die Software „Miro®“ genutzt, um Inhalte gemeinsam zu erarbeiten (Ähnlich der Erarbeitung von Inhalten an einer Tafel oder einem Flipchart).
Insgesamt stellte das Online-Format einen zufriedenstellenden Kompromiss dar, ökonomisch und flexibel auf Trainingsbedarfe zu reagieren und gleichzeitig ein ausreichendes Maß an interaktiven Elementen zu gewährleisten. Manche interaktive Elemente ließen sich für zukünftige Trainings in Präsenzveranstaltungen möglicherweise noch besser integrieren, sofern die örtlichen und zeitlichen Gegebenheiten dafür geeignet sind.

1.7 Konzeption und Durchführung von optionalen Einzelworkshops

Da sich im Projektverlauf mehrfach die Notwendigkeit ergab, einzelne, neue Gesundheitsbegleiter*innen für die Tätigkeit vorzubereiten, wurde das bestehende Initialtraining mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Trainingsressourcen in einen Trainingsteil und einen Selbstlernteil („Blended Learning“) aufgeteilt. Insbesondere die interaktiven Elemente des Trainings wurden mithilfe von zwei halbtägigen Online-Workshops durchgeführt. Die eher wissensbasierten Inhalte wurden zum Selbstlernen anhand des Handbuchs, aber auch anhand von aufgezeichneten Videoinhalten (Anlagen 7 - 12) vermittelt. Die Teilnehmer*innen erhielten dafür einen Lern- und Trainingsplan, der eine Übersicht der Inhalte und der jeweiligen Trainingsform enthielt (Anlage 13). Außerdem wurde der Sequenzplan (Anlage 13) und die Präsentation des ursprünglichen Trainings (Anlage 14) auf das Einzeltraining zugeschnitten.
Das Einzeltraining stellt nicht die optimale Workshopform da, da insbesondere interaktive

Elemente wie Rollenspiele sowie der kollegiale Austausch entfallen. Dennoch war es im Rahmen des Projekts eine sinnvolle Ergänzung zum ursprünglich geplanten Training, um flexibel auf einzelne neue Gesundheitsbegleiter*innen eingehen zu können.

1.8 Interne Evaluation des Trainings

Die initialen Trainings wurden nach formativen und summativen Gesichtspunkten evaluiert. Hierfür wurde einerseits ein Wissenstest (Anlage 15) zu Inhalten der Tätigkeit im Vorfeld und Nachgang des Trainings durchgeführt. Außerdem wurden Fragen zum subjektiven Wissenszuwachs und zum Nutzen des Trainings gestellt sowie offene Fragen hinsichtlich der Erfahrungen mit dem Training und zu Verbesserungsvorschlägen formuliert. Die Ergebnisse wurden in einem Kurzbericht festgehalten (Anlage 15).

1.9 Sammlung aller Beitrage auf einer Moodle®-Plattform

Alle Inhalte, die im Verlauf des Projekts entstanden, wurden als Moodle®-Kurs auf der Moodle®-Plattform der Psychologischen Hochschule Berlin angelegt (Anlage 16). Dort hatten die Teilnehmer*innen zudem die Möglichkeit, miteinander in Kontakt zu treten und allgemeine Fragen zu klären. Vor allem zu Beginn des Projekts wurde diese Möglichkeit genutzt. Ebenfalls wurden dort standortspezifische Dokumente zur Netzwerkrecherche hochgeladen, die Teilnehmende von anderen Standorten ebenfalls einsehen konnten und so gegebenenfalls Ideen zur Struktur und Organisation der Netzwerkrecherche und des Netzwerkaufbaus an ihrem eigenen Standort generieren konnten.

2 Weitere Trainings und Fortbildungen

Nach dem Initialtraining und dem Start der Tätigkeit der Gesundheitsbegleiter*innen wurden (weiterhin im online-Format) kontinuierlich Trainingsaktivitäten fortgesetzt.

2.1 Konzeption und Durchführung von Fortbildungen zu den PSY-KOMO Einschlussdiagnosen

Die erste weiterführende Fortbildungsreihe fokussierte die PSY-KOMO Einschlussdiagnosen Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, (schwere) Depression und Bipolare Störung (Anlage 17). Die Fortbildung wurde im Rahmen von vier etwa einstündigen Video-Konferenzen durchgeführt.
Insbesondere für Gesundheitsbegleiter*innen ohne psychiatriespezifischen Hintergrund können diese Informationen nützlich sein, um sich mit den Störungsbildern und deren Besonderheiten vertraut zu machen. Dennoch sollte im Projekt betont werden, dass nicht primär „Diagnosen", sondern Menschen begleitet werden. Demnach stehen eher die häufig mit der Diagnose verbundenen Einschränkungen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens im Vordergrund.

2.2 Aufbereitung, Vorstellung und Durchführung des Formats der „kollegialen Beratung"

Die „kollegiale Beratung" ist eine Intervisionsmethode zur strukturierten Fallberatung (Tietze, 2010). Ziel der Beratung ist es, dass eine ratsuchende Person mehr Klarheit bezüglich ihres Anliegens sowie Hypothesen, Perspektivwechsel und Lösungsideen erhält. Die Methode folgt einem strukturierten und koordinierten Vorgehen, von dem nicht abgewichen werden soll, um möglichst viele Hypothesen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.
Dies wirkt zunächst bisweilen kontraintuitiv, bewährt sich jedoch meist im Verlauf. Die Kollegiale Beratung für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen wurde zusätzlich stets von einer psychologischen Trainerin der PHB moderiert. Je nach Fragestellung dauerte die Kollegiale Beratung ca. 30-60 Minuten. Der genaue Ablauf mit zusätzlichen Erläuterungen findet sich in Anlage 18.

2.3 Aufbereitung, Vorstellung und Durchführung von Fortbildungen zur „Motivierenden Gesprächsführung"

Hierbei handelte es sich um eine Vertiefung von Inhalten, die bereits im Initialtraining vermittelt wurden. Es wurden drei Kurzworkshops mit einer Dauer von jeweils 2,5 Stunden durchgeführt (Anlage 19), um zunächst die grundlegenden Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung zu wiederholen und anschließend darauf basierende Basistechniken zu vertiefen. Zudem wurden anhand von Fallvignetten (Anlage 19), aber auch mit eigenen Patient*innenbeispielen aus der Gesundheitsbegleitung konkrete Techniken der motivierenden Gesprächsführung geübt.
Die Übungen wurden mithilfe der „Breakout-Session" Funktion in Zoom® durchgeführt. Insgesamt wurde die Vertiefung der Techniken zur motivierenden Gesprächsführung als

hilfreich erlebt. Je nach beruflichem Hintergrund der Teilnehmer*innen ergaben sich unterschiedliche Fortbildungsbedarfe, was in zukünftigen Vertiefungsworkshops mit mehr Teilnehmenden ggf. berücksichtigt werden könnte, um homogenere Workshopgruppen zu generieren.

2.4 Konzeption und Durchführung einer Fortbildung zum Thema „intuitives Essen“

Da viele Menschen nicht in der Lage sind, auf ihre Hunger- und Sättigungssignale zu hören und sich Betroffene oft fragen, was nach Befolgung eines Ernährungsplans zu tun ist, wurde ein Workshop zum Thema „intuitives Essen“ vorbereitet. In der PowerPoint-Präsentation wird das Konzept des intuitiven Essens erläutert und warum es gefördert werden sollte (Anlage 20). Das Konzept des intuitiven Essens betont, dass Ernährungsbildung entscheidend ist, um im Alltag bedarfsgerechte Ernährungsentscheidungen zu treffen. Es hebt den positiven Zusammenhang zwischen intuitivem Essverhalten und psychischem Wohlbefinden sowie den negativen Zusammenhang mit Essstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor. Intuitives Essen wird als dynamischer Prozess verstanden, der Körper, Psyche und Essen in Einklang bringen soll. Es wurde 1995 als Alternative zur herkömmlichen Ernährungsberatung entwickelt, um Grübeln über Essen oder Diäten zu vermeiden und Lebensmittel nicht in "gut" oder "schlecht" einzuteilen, sondern auf Hunger- und Sättigungssignale sowie das eigene Wohlbefinden zu achten (Tribole et al., 2020).
In der Präsentation werden die 10 Grundsätze des intuitiven Essens vorgestellt. Hierzu zählt unter anderem das Ablegen der Diätmentalität, das Achten auf Hunger und Sättigung, das Schließen des Friedens mit Essen und die Entdeckung von Zufriedenheit. Zudem die Bedeutung, Emotionen mit Freundlichkeit zu begegnen unterstrichen und eine sanfte Ernährungsweise zu praktizieren, die auf einer Auswahl von Lebensmitteln basiert, die Gesundheit und Gaumen gleichermaßen unterstützen. Zusätzlich werden praktische Tipps gegeben, wie die Hunger-Sättigung-Skala (Anlage 20) zu verwenden ist, wie man Genuss und Zufriedenheit beim Essen entdeckt und wie man mit Emotionen ohne den Rückgriff auf Essen als Bewältigungsstrategie umgeht.

2.5 Sammlung von schwierigen Situationen in der Gesundheitsbegleitung

Im späteren Verlauf wurde mit einer Sammlung von Situationen begonnen, die sich im Verlauf der Gesundheitsbegleitung als besonders schwierig herausstellten. In mehreren gemeinsamen Terminen wurden jeweils anhand der Kategorien „Woran erkenne ich die Situation?“, „“Was mache ich dann am besten?“ sowie „“Was kann ich als Gesundheitsbegleiter*in für mich tun?“ einige Handouts erstellt. Diese befassten sich mit den Themen „Suizidandrohung“, „Geringe Änderungsmotivation“, „Fordernde Patient*innen“, „Gesundheitsschädigendes Verhalten“, „Aggressive Patient*innen“, „Einschränkungen von Patient*innen“ sowie „Konflikte mit Versorgenden“, welche auch für zukünftige Gesundheitsbegleiter*innen nützlich sein können (Anlage 21).

2.6 Datenschutz und Schweigepflicht

In Zusammenarbeit mit den 4 Standorten wurden projektintern Handreichungen zum Umgang mit der Schweigepflicht und dem Datenschutz im Rahmen der Gesundheitsbegleitung erstellt (Anlage 22)

2.7 Workshop „Wie erkenne ich als Behandler*in eigene Stigmatisierungstendenzen“

Ein Aspekt, der sowohl gesellschaftlich als auch in der Gesundheitsversorgung eine Barriere zur Teilhabe von Menschen mit SMI darstellt, ist die Stigmatisierung von psychischen Störungen. Stigmatisierung bedeutet die Zuschreibung gesellschaftlich negativ bewerteter Merkmale mit negativen Folgen. In unserer Gesellschaft stellt Stigmatisierung eine erhebliche soziale Ungerechtigkeit dar, welche sich auch negativ auf die körperliche Gesundheit von Menschen mit SMI auswirkt. Zusätzlich kann es im Versorgungsalltag allzu leicht passieren, dass man – ohne jeglichen bösen Willen – selbst dazu beiträgt, die somatische Gesundheit von SMI-Patient*innen aus den Augen zu verlieren (over-shadowing). Das kann zum Beispiel bedeuten, dass diagnostische oder präventive Maßnahmen bei SMI-Patient:innen seltener durchgeführt werden als bei Menschen ohne psychische Erkrankung.

Obwohl sich Gesundheitsbegleiter:innen aktiv für Chancengerechtigkeit und Anti-Stigmatisierung einsetzen, können auch sie unbeabsichtigt stigmatisieren. Es ist bekannt, dass die Auseinandersetzung mit eigenem Fehlverhalten für Behandelnde nicht immer leicht ist. Gleichzeitig wissen wir aus der Psychotherapieforschung, dass Behandelnde, welche die Bereitschaft zur kritischen Betrachtung ihres Verhaltens zeigen, oft auch bessere Behandlungsergebnisse erzielen. Daher wurde sich in diesem Workshop unter anderem über Erfahrungen und Schwierigkeiten ausgetauscht. Um auch eventuelle „blinde Flecken“ aufzudecken, wurden etablierte Instrumente genutzt, die zur zusätzlichen Reflexion und Diskussion dienen (Anlage 23).

Im Rahmen eines Symposiums auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wurden ebenfalls eine solche Veranstaltung („Wie erkenne ich als Behandler:in eigene Stigmatisierungstendenzen? Ein Mini-Workshop“) für ärztliche Behandler*innen (Psychiater*innen) angeboten, was auch dort auf positive Resonanz stieß, d.h. auch bei dieser Zielgruppe Verwendung finden könnte.

3 Fortlaufende Online-Netzwerktreffen mit den Gesundheitsbegleiter*innen aller Standorte

Im wechselnden Turnus wurden neben den Fortbildungsangeboten und der kollegialen Beratung mit den Gesundheitsbegleiterinnen aller vier Standorte gemeinsame Online-Treffen (Dauer zwischen 1 und 1,5 Stunden) veranstaltet. Dort hatten die Gesundheitsbegleiter*innen die Möglichkeit, sich über aktuelle Schwierigkeiten, aber auch Chancen und neue Ideen an ihren Standorten auszutauschen, sowie Klärungs- und Fortbildungsbedarfe an die Psychologische Hochschule Berlin zu richten.

4 Bereitstellen von Inhalten für das PSY-KOMO Präventionsportal

Ein weiterer Baustein im PSY-KOMO Projekt war die Erstellung eines Online-Präventionsportals (https://psy-komo-tut-mir-gut.de/). Die vier Aspekte Bewegung, Ernährung, Nicht-Rauchen und Selbstfürsorge wurden dort adressiert. Die Psychologische Hochschule Berlin entwickelte zwei Kurz-Interventionen zu den Themen Bewegungsförderung und Förderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sowie Hinweise und Tipps zur einfacheren Terminvereinbarung. Für die Erstellung der Online-Materialien wurden insbesondere die Hinweise von Rotondi et al. (2015) berücksichtigt. Dies umfasste die Verwendung einfacher Sprache, die Beschränkung auf drei Hierachieebenen und die Bereitstellung prägnanter, kurzer und evidenzbasierter Informationen. Zudem wurde auf Übersichtlichkeit und leichte Orientierbarkeit Rücksicht genommen. Zum besseren Verständnis wurden außerdem kurze Videos erstellt, in denen die Inhalte erklärt wurden (Konzept siehe Anlage 24).

4.1 "Schritte Challenge"

Zur niedrigschwelligen Bewegungsförderung wurde ein Programm („Schritte-Challenge") entworfen, das kurze und prägnante Informationen enthält, warum Bewegung sinnvoll ist (Anlage 25). Die Teilnehmenden werden dazu motiviert, 500 Schritte mehr am Tag zu gehen und die Schritte mit einem Pedometer oder einem Smartphone zu tracken. Zur Motivationssteigerung sollen Teilnehmende zunächst eigene Gründe notieren, die es für sie subjektiv sinnvoll erscheinen lassen, sich mehr zu bewegen. Zudem sollen Hinderungsgründe identifiziert und Lösungsansätze erarbeitet werden, um mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren („Umgang mit dem inneren Schweinehund"). Die Teilnehmenden halten ihre Fortschritte auf Arbeitsblättern fest (Anlage 25). Die „Schritte-Challenge" wird zudem in einem Video nochmal erklärt (Anlage 26).

4.2 "Inanspruchnahme-Training"

Hintergrund des Trainings zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen („Inanspruchnahmetraining") ist der Befund, dass SMI-Betroffene häufig nicht in ausreichendem Maße Leistungen des somatischen Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Im Sinne des Empowerment-Ansatzes wurde ein Vorgehen entwickelt, der den Patient*innen dabei helfen soll, Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu identifizieren und gezielt abzubauen. Hierfür wurde ein strukturierter Ansatz in Anlehnung an das klassische „Problemlösetraining" (D'Zurilla & Goldfried, 1971) konzipiert.
Zunächst wird das Problem möglichst genau und konkret beschrieben. Anschließend werden möglichst viele Lösungsmöglichkeiten (auch zunächst abwegig anmutende Lösungen) gesammelt und notiert. In einem dritten Schritt werden die Vor- und Nachteile der Lösungsmöglichkeiten abgewogen und eine Lösungsmöglichkeit ausgesucht und umgesetzt. Im letzten Schritt wird die Umsetzung der Lösung evaluiert – sollte sie nicht zum Ziel geführt haben, wird der Problemlöseprozess nochmal von vorne gestartet.
Für das Präventionsportal wurden Handreichungen und Arbeitsblätter (Anlage 27) erstellt.

4.3 Hilfe bei der Terminsuche und Terminvereinbarung

Als Ergänzung zum beschriebenen Inanspruchnahme-Training wurden zudem Tipps und Hilfestellungen gesammelt, die es Patient*innen erleichtern, Versorger*innen zu finden. Hierzu zählen Terminvereinbarungsseiten wie doctotlib®, jameda®, doctena® sowie die Plattform der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Arztsuche (Anlage 28). Ergänzend wurde als Checkliste ein Arbeitsblatt, mit dem Patient*innen sich auf einen Termin vorbereiten können (Anlage 28) sowie zwei erklärende Videos erstellt (Anlagen 29 & 30).

5 Referenzen

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, *78*(1), 107–126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Caneo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., … Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *6*(8), 675–712. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8

Jacobi, F., Grafiadeli, R., Volkmann, H., Schneider, I. (2021). Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. Der Nervenarzt, 92, 660-669, https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-021-01139-4

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. (S. xvii, 348). The Guilford Press.

Rotondi, A. J., Eack, S. M., Hanusa, B. H., Spring, M. B., & Haas, G. L. (2015). Critical Design Elements of E-Health Applications for Users With Severe Mental Illness: Singular Focus, Simple Architecture, Prominent Contents, Explicit Navigation, and Inclusive Hyperlinks. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(2), 440–448. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt194

Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L.A.K., Jacobi, F. (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill – a German registry study. Deutsches Ärzteblatt International, 116, 405–411.Tietze, K.-O. (2010). *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92155-6

Tribole, E., Resch, E., & others. (2020). *Intuitive eating: A revolutionary anti-diet approach*. St. Martin's Essentials.

6 Übersicht aller Anlagen

Anlage 1: Manteltext zu den entwickelten Trainingsunterlagen

Anlage 2: Sammlung von Materialien zum Netzwerkaufbau (Infoblatt zu Angeboten für Menschen mit SMI; Infoblatt mit Netzwerkrecherche-Links; Vorlage für die Netzwerkrecherche)

Anlage 3: Materialien zur Trainingskonzeption und zum Trainingsablauf (Hintergründe zur Trainingskonzeption der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung; Sequenzplan)

Anlage 4: Präsentation zum Initialtraining

Anlage 5: Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen und weiterführende Materialien (Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen; Flyer PatientInneninformation Vorsorge CheckUp; Fortbildung Somatische Morbidität bei psychisch Kranken; PatientInnenflyer Vorsorge KBV; Probandeninformationen Einwilligung PSY-KOMO; PSY-KOMO Erfassungsbogen)

Anlage 6: Übungen zum Initialtraining (Rollenspiel 1: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe (GB); Rollenspiel 1: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe (Pat); Beispielablauf Erstgespräch; Rollenspiel 2: Erstgespräch (GB); Rollenspiel 2: Erstgespräch (Pat); Rollenspiel 3: Motivationsaufbau Inanspruchnahme (GB); Rollenspiel 3 Motivationsaufbau Inanspruchnahme (Pat); Rollenspiel 4: Rollenklarheit)

Anlage 7: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Beteiligte des Projekts
Link: https://vimeo.com/809064707

Anlage 8: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Behandlungspfade und Elemente
Link: https://vimeo.com/605597992/19efa86941

Anlage 9: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Erstgespräch und Beziehungsaufbau
Link: https://vimeo.com/606362097/3cd19a04a7

Anlage 10: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Gesprächsführung und Motivationsaufbau
Link: https://vimeo.com/606362181/4a973fa1cf

Anlage 11: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung
Link: https://vimeo.com/809065343

Anlage 12: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Weiterentwicklung und Ausblick
Link: https://vimeo.com/606361875/2e4983c5c2

Anlage 13: Materialien zum Trainingsablauf des Einzeltrainings (Sequenzplan Einzelworkshop; Lernplan Einzelworkshop)

Anlage 14: Präsentation Einzelworkshop

Anlage 15: Wissenstest (Fragenkatalog) und Kurzbericht zur formativen und summativen Evaluation

Anlage 16: Website-Dateien zum Aufbau der Moodle® - Plattform

Anlage 17: Präsentationen und Infoblätter zu den vier PSY-KOMO Einschlussdiagnosen (Bipolare Störung, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Psychosen, schwere Depression) + weiterführende Quellen

Anlage 18: Infoblatt zur Kollegialen Beratung

Anlage 19: Training zur motivierenden Gesprächsführung und Übungen (Präsentation und Rollenspiele)

Anlage 20: Workshop zum Thema "Intuitives Essen" (Präsentation und "Hunger-Sättigungs-Skala")

Anlage 21: Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung (Infoblätter zu den Themen Gesundheitsschädigendes Verhalten; Aggressive PatientInnen; Fordernde PatientInnen; Geringe Änderungsmotivation; Suizidandrohung; Einschränkungen von Betroffenen; Konflikte mit Versorgenden)

Anlage 22: Datenschutz und Schweigepflicht im PSY-KOMO Projekt (Präsentation und Infoblatt)

Anlage 23: Workshop zum Umgang mit Stigmatisierungsphänomenen im somatischen Gesundheitssystem (Präsentation)

Anlage 24: Konzept und Hintergrundüberlegungen zum Online-Präventionsprogramm

Anlage 25: Online-Präventionsprogramm "Schritte Steigern" (Programmtext und Arbeitsblätter)

Anlage 26: Erklärvideo zum Online-Präventionsprogramm "Schritte-Challenge" https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_Schrittetagebuch.mp4

Anlage 27: Online-Präventionsprogramm "Hindernisse überwinden" (Programmtext und Arbeitsblätter)

Anlage 28: Tipps und Hilfestellungen zur Terminvereinbarung (Programmtext und Merkblatt)

Anlage 29: Erklärvideo zum E-Terminservice der KBV
https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_Eterminservice.mp4

Anlage 30: Erklärvideo zum Terminvermittlungsservice privater Anbieter
https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wp-content/uploads/2022/06/Videotutorial_private_Terminvermittlung.mp4

Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB)

Die Vielfalt der Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nicht immer leicht zu überblicken. Im Folgenden findet sich eine Übersicht – und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Beruf der Gesundheitsbegleitung bestehen. Zu beachten ist, dass es bei allen Genannten große regionale Unterschiede darin gibt, ob und in welchem Umfang dieses Angebot überhaupt zur Verfügung steht.

PSY-KOMO Gesundheits-begleitung

- Unterstützen Menschen mit SMI bei der Förderung ihrer körperlichen Gesundheit und der Wahrnehmung von wichtigen Präventions- und Behandlungsangeboten der somatischen Versorgung
- Netzwerkfunktion (Behandlerinnen und Behandler, Lokale Unterstützungsangebote)
- Eingangsqualifikation: MFAs und Pflegekräfte mit Arbeitserfahrung in der Psychiatrie

Genesungs-begleitung

- Werden im Kurs EX-IN (experienced involvement) zur Mitarbeit in psychiatrischen Diensten, in der Beratung oder als Dozent*in in der Aus-, Fort- und Weiterbildung qualifiziert
- Großer Fokus auf Wiedergesundung (Recovery) und Ressourcen
- Abgrenzung zu GB: Persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Krisen, Fokus auf Umgang mit und Genesung von psychischer Erkrankung

Soziotherapie

- Koordination von Behandlungsmaßnahmen, vor allem der psychischen Erkrankung (aber auch Unterstützung bei körperlichen Erkrankungen ist möglich)
- Bei Bedarf auch Motivationshilfe, Anleitung zu verbesserten Krankheitswahrnehmung, u.v.m
- Ausbildungshintergrund: Soziale Arbeit oder Fachpflege mit mindestens dreijähriger psychiatrischer Berufspraxis
- Große Unterschiede in der Verfügbarkeit auf Länderebene
- Abgrenzung zu GB: Zielt vor allem darauf ab, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen

Soziale Arbeit

- Beratung und Betreuung einzelner Personen, Familien oder bestimmten Personengruppen in schwierigen Situationen
- Hauptaufgaben: Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme (z.B. Beratung bei Schulden, Erziehung)
- Weitere mögliche Aufgabenfelder sind u.a. Informationsveranstaltungen, Betreuung diverser Bedarfsgruppen, pädagogisches Arbeiten, Analyse sozialer Probleme sowie Tätigkeiten in der wissenschaftlichen Forschung und Lehre
- Abgrenzung zu GB: Wird meist von SozialarbeiterInnen durchgeführt, körperliche Gesundheit nur kleiner Teilaspekt

Case Management	- Ermittlung des Hilfebedarfs betroffener Personen und Koordination von in die Unterstützung einbezogener Institutionen - Angebot der Sozialen Arbeit - sehr unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit von Region und Anbieter (z.B. teilweise angeboten über Krankenkassen, teils über Kliniken) - Abgrenzung zu GB: Beschränkt sich nicht auf Somatik und hat weniger präventive Aspekte
Einzelfallhilfe	- Einen Anspruch auf Einzelfallhilfe haben Personen mit einer Behinderung (z.B. psychische oder chronische körperliche Behinderung) im Rahmen der Eingliederungshilfe und Jugendliche, die einer intensiven Unterstützung bei der sozialen Integration bedürfen - Ressourcenorientiertes Arbeiten, um den Betroffenen eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen - Abgrenzung zu GB: Bezieht sich eher auf generelle Lebensbewältigung als auf Somatik
Sozial-psychiatrischer Dienst	- Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisen - Oft ist der SPD (auch S.D., SPDi) in den Gesundheitsämtern angesiedelt - Beachte: Organisationstypen und Aufgaben unterscheiden sich durch rechtliche Regelungen der Bundesländer - Multiprofessionelle Zusammensetzung: Beschäftigte sind in der Regel (regional unterschiedlich) ärztlich, psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch oder pflegerisch ausgebildet - Mögliche Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen; Organisation ambulanter Hilfestellung; Beratung hinsichtlich Therapiemöglichkeiten; Problemen bei der Wiedereingliederung; Fragen zu Umgang mit Ämtern, Behörden, sowie der Alltags- und Lebensgestaltung - Abgrenzung zu GB: Somatische Aspekte eher untergeordnet, Fokus auf gesellschaftlicher Wiedereingliederung und Teilhabe
Psychiatrische Instituts-ambulanzen (PIA)	- PIA (Psychiatrische Institutsambulanzen) erfüllen Versorgungsauftrag für psychisch Erkrankte, die ein krankenhausnahes Versorgungsangebot benötigen - Leistungsangebot erfüllt das gesamte Spektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie gemäß dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse - Aufgaben: Psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakotherapie, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, Psychoedukation, Psychotherapie, Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans - Abgrenzung: Zielt darauf ab, durch Behandlungskontinuität stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, Somatik ist nicht im Vordergrund

Ergänzende unabhängige Teilhabe-beratung (EUTB®)

- Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen bedroht sowie deren Angehörigen
- Die EUTB® berät u.a. zu den Themen:
  - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der Zuständigkeit der Rehabilitationsträger.
  - Fragen rund um das Thema Teilhabe, z.B. am Arbeitsleben
  - Antidiskriminierung
  - Gesundheit
  - Migration
  - Persönliches Budget
  - Pflege
  - uvm.
- Viele Mitarbeiter der EUTB®-Angebote sind Peer-Berater*innen, d.h. sie leben selbst mit einer Behinderung
- Abgrenzung zu GB: Primär beratende Funktion mit Schwerpunkt auf Rehabilitation und Teilhabe

Unabhängige Beratungs-, Informations- und Beschwerde-stellen für psychisch Erkrankte

- Informieren über Hilfsangebote, sowie Leistungen von Einrichtungen und Diensten für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Beraten bei Problemen der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
- Unterstützen bei Beschwerden über Einrichtungen und Personen
- Begleiten bei Bedarf auch zu klärenden Gesprächen
- Abgrenzung zu GB: In der Regel Selbstorganisation durch Betroffene oder deren Angehörige; Fokus auf psychischer Erkrankung

Rechtliche Betreuung und Vorsorge-vollmacht

- Das Betreuungsrecht dient dem Schutz und der Unterstützung erwachsener Menschen, die aufgrund einer Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst regeln können
- Sowohl bei rechtlicher Betreuung, als auch Versorgungsvollmacht handelt es sich um eine rein rechtliche und keine soziale Betreuung
- Mit der Vorsorgevollmacht können Betroffene mit Unterstützungsbedarf eine andere Person dazu bevollmächtigen, stellvertretend im Namen der Betroffenen zu handeln
- Gibt es keine geeignete Person für die Vorsorgevollmacht, bestellt das Gericht eine*n gesetzliche*r Betreuer*in
- Abgrenzung zu GB: Bevollmächtige handeln im Namen der Patient*innen und können umfassende, rechtlich relevanten Bereiche übernehmen (z.B. Abschluss von Verträgen und Geschäften)

Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichten (Recherche)

Ein wesentlicher Aspekt der Tätigkeit von Gesundheitsbegleiterinnen und – begleitern ist deren Lotsenfunktion im Gesundheitssystem. Sie sind oder werden also Experten für lokale Angebote des Versorgungssystems und benötigen dafür Netzwerkwissen, dass sie gegebenenfalls erwerben oder erweitern müssen. Je nach Standort können die Angebote im Versorgungssystem unterschiedlich ausfallen, daher sind diese hier in Form von Kategorien dargestellt. Wichtig ist zu betonen, dass je nach Standort und natürlich auch nach Person unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten zur Anwendung kommen können. Möglicherweise gibt es zum Beispiel bereits eine standortspezifische Datenbank. Außerdem werden von PSY-KOMO kontinuierlich Informationen über das PSY-KOMO Präventionsportal bereitgestellt. Neben den hier aufgeführten Recherchemöglichkeiten kann auch das Kapitel 1.4 (Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen…) als Orientierung dienen.

Tipps zur Online-Recherche

- Suche über Suchmaschinen wie Google, Bing, Ecosia, MetaGer, Startpage, DuckDuckGo etc.
  - Oftmals muss die Suche durch geeignete Stichwörtern erst eingegrenzt werden (sonst wird man von den Ergebnissen „erschlagen“)
  - Suche mit wenigen Stichwörtern statt ganzen Sätzen (z.B. Ernährungskurse, die von den Krankenkassen erstattet werden: „Neuss“, „Ernährungskurs“, „Erstattung“)
- Findet sich auf einer verlinkten Website zunächst nicht direkt das, wonach man gesucht hat, kann man die Seite mithilfe der Tastenkombination „Strg“ + „F“ nochmal gezielt nach einem Stichwort durchsuchen (z.B. „Ex-IN“)
- Recherchierte Angebote sollten entweder von den Krankenkassen erstattet werden können oder kostenfrei sein

Bereiche, in denen Netzwerkwissen relevant ist

Psychische Gesundheit:

- Stationäres klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem
- Ambulantes klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem
- Psychotherapeutisches Versorgungssystem
- Außerklinische psychosoziale Angebote

Körperliche Gesundheit / Unterstützung bei der Lebensbewältigung:

- Spezialkliniken / Spezialambulanzen verschiedener Fachrichtungen
- Niedergelassene FÄ verschiedener Fachrichtungen
- Außerklinische Betreuungs- und Unterstützungsangebote
- Gesundheitliche Präventionsangebote

Recherche-möglichkeiten

- PSY-KOMO Präventionsportal (verfügbar ab August 2021)
- Stationäres und teilstationäres Versorgungssystem:
  - Lokale Datenbanken (Für Neuss z.B.: https://www.mags.nrw/krankenhausdatenbank)
  - Datenbanken der Krankenkassen (z.B. https://www.aok.de/pk/rh/medizin-versorgung/krankenhaussuche)

Recherche-möglichkeiten

- Für Rehaleistungen (z.B. https://www.rehakliniken.de/rehakliniken/kliniksuche, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Einrichtungen/UmkreisSuche_Kliniken/kliniken_node_functional.html)

- Ambulantes Versorgungssystem:
  - Datenbank der kassenärztlichen Vereinigung (https://patienten.kvno.de/praxissuche)
  - Datenbanken der Krankenkassen (z.B. https://www.aok.de/pk/uni/medizin-versorgung/arztsuche/)

- Außerklinische psychosoziale Angebote:
  - Lokale Datenbanken (Für Neuss z.B.: https://www.neuss.de/leben/soziales)
  - Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: https://www.bzga.de/service/beratungsstellen/

- Außerklinische soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote:
  - Meist lokal sehr unterschiedlich, häufig organisiert im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) der jeweiligen Kommune bzw. des Bezirks
  - Recherche vor allem über lokale Datenbanken (Für Neuss z.B.: https://www.neuss.de/leben/soziales)
- Gesundheitliche Präventionsangebote:
  - Datenbanken der Krankenkassen zu anerkannten Präventionsangeboten: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

Netzwerkbereiche für lokale PSY-KOMO Netzwerke

Stationäres klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem	• *Akutpsychiatrie:* • *psychosomatische Kliniken:* • *Psychiatrische & psychosomatische Tageskliniken:* • *Reha-Kliniken:*
Ambulantes klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem	• *Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA):* • *niedergelassene FÄ für Psychiatrie:*

Psycho-therapeutisches Versorgungssystem	• *Ärztliche Psychotherapeut*innen:* • *Psychologische Psychotherapeut*innen:*
Außerklinische psychosoziale Angebote	• *sozialpsychiatrischer Dienst:* • *Beratungsstellen:* • *EX-IN Genesungsbegleitung:* • *Soziotherapie:* • *Casemanagement:* • *Beratungs-, und Beschwerdestelle für psychische kranke Menschen: und deren Angehörige:* • *Selbsthilfegruppen:*
Außerklinische Betreuungs- und Unterstützungs-angebote	• *Betreutes Wohnen:* • *Einzelfallhilfe:* • *ergänzende unabhängige Teilhabeberatung:* • *gesetzliche Betreuung:*

Niedergelassene FÄ verschiedener Fachrichtungen	• *Allgemeinmedizin:*
	• *Dermatologie:*
	• *Gynäkologie:*
	• *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde:*
	• *Innere Medizin:*
	  ○ *Endokrinologie und Diabetologie:*
	  ○ *Gastroenterologie:*
	  ○ *Hämatologie und Onkologie:*
	  ○ *Kardiologie:*
	  ○ *Nephrologie:*
	  ○ *Pneumologie:*
	  ○ *Rheumathologie:*
	• *Orthopädie*
	• *Urologie:*
	• *…*

Spezialkliniken / Spezialambulanzen verschiedener Fachrichtungen	
Weitere Dienste der somatischen Versorgung	
Gesundheitliche Präventionsangebote	• *Rauchentwöhnung:* • *Ernährung:* • *Bewegung:* • *Stressbewältigung:*

Hintergründe zur Trainingskonzeption der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung

Der folgende Text soll als Einführung für Trainer*innen von Gesundheitsbegleiter*innen (GB) dienen. Es werden Grundlagen der Trainingskonzeption- und Durchführung dargestellt und mit Beispielen aus der Gesundheitsbegleitung unterfüttert.

Training

Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Training (Somasundaram et al., 2004). Für das vorliegende Training wurde die folgende Definition zur Orientierung verwendet: "Training is a well-organized opportunity for participants to acquire the necessary understanding and skills". Es handelt sich also um eine organisierte Lernerfahrung, die darauf abzielt, bestimmte Fähigkeiten oder Kenntnisse zu erwerben, um die Leistung in einem bestimmten Bereich zu verbessern.

ADDIE - Modell

Das ADDIE-Modell ist ein Modell zum Design eines Instruktionssystems, welches auch als Grundlage für die Entwicklung unseres Trainings der Gesundheitsbegleiter*innen diente (Allen, 2006). Für die Trainingskonzeption sollten die folgenden Punkte erarbeitet werden:

<u>Analysis (Analyse)</u>

- Identifizieren der Ziele und des Trainingsbedarf (Das übergeordnete Ziel war es, dass die Teilnehmenden in der Lage sind, als Gesundheitsbegleitung zu arbeiten. Hierzu gehörten Teilziele, die im Manteltext in Abschnitt 1.5 zu finden sind.)
- Analyse der Zielgruppe und deren Eigenschaften. Identifizieren von anderen relevanten Rahmenbedingungen
- Lernumgebung (Aufgrund der Pandemie wurde das Training online via Zoom durchgeführt.)
- Be- und Einschränkungen (Auch wenn es inzwischen eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, auch im Onlineformat abwechslungsreich zu arbeiten, haben wir das Format mitunter als Einschränkung empfunden)
- Durchführbarkeit (Bezogen auf das Online-Training mussten einige Formate für die Durchführbarkeit online abgeändert werden.)
- Zeitlicher Rahmen (Hier galt es festzulegen, ab wann die Gesundheitsbegleiter*innen Patient*innenkontakt haben sollen.)

<u>Design (Entwurfsphase)</u>

- Was sind die zu trainierenden Fertigkeiten?
- Ableiten und Spezifizieren der Lernziele (Die Lernziele sind in den Handreichungen im Abschnitt 1.5, aber auch im Sequenzplan zu finden)
- Finden geeigneter Trainingsmethoden (z.B. Rollenspiele für Kompetenzerwerb in der Gesprächsführung)

- Konkrete Ausgestaltung des Trainings
- Übungen
- Konkrete Inhalte
- Medien

Development (Entwicklung)

- Tatsächliche Umsetzung der Überlegungen aus der Designphase
- Gestaltung der Trainingsmaterialien, Medien (Möglichst verschiedene Medien, um die Teilnehmenden zu „aktivieren")
- Festlegung von Abläufen (Siehe Beispielsequenzplan)
- Probedurchlauf (Dies ist besonders wichtig, um das Zeitmanagement und Redundanzen im Ablauf zu ermitteln)

Implementation

- Tatsächliche Umsetzung des Trainings

Evaluation

- Formative Evaluation während des Entwicklungsprozesses (prozessbegleitend), z.B. durch Rückmeldung von Teilnehmenden
- Summative Evaluation anhand von a priori definierter Kriterien (abschließende Auswertung), z.B. durch Leistungstests

Lernziele

Für jeden Punkt des Sequenzplans sollte ein Lernziel vorliegen, da diese Struktur und Motivation geben. Folgendes ist bei der Wahl von Lernzielen zu beachten:

- Unterschiedliche Lernziele müssen auf unterschiedliche Art und Weise trainiert werden (zum Beispiel kognitive oder motorische Lernziele)
- Lernziele erleichtern die Evaluation des Trainingserfolges
- Lernziele werden durch Analyse und Stoffreduktion bestimmt
- Generelle Fragestellung: Was sind die wesentlichen Kompetenzen/Fähigkeiten und in welcher Tiefe müssen diese beherrscht werden?

Kompetenzen

- Kompetenz [engl. competence; lat. competere zu etwas fähig sein, wetteifern], kontextspezifische(s) Leistungspotenzial oder -disposition; Kompetenz kann als eine «im Handeln aktualisierbare persönliche Handlungsdisposition» (Disposition) definiert werden, die die erfolgreiche Bewältigung von Leistungsanforderungen oder anspruchsvollen Aufgaben determiniert (Kompetenz, o.D).
- Generell ist es sinnvoll, die Lernziele als Kompetenzen zu formulieren. Dadurch liegt der Fokus nicht nur auf dem Gelehrten (=Ziele/ Inhalte), sondern auch darauf, was bei den Lernenden tatsächlich ankommt (Kompetenzen/ Output-Orientierung). Somit kommt es bei einer Strukturierung durch Kompetenzen auf ressourcenorientierte, selbstgesteuerte, lebendige und

nachhaltige Lernprozesse an (Studienseminar für das Lehramt an berufsbildenden Schulen Trier, o. D.).

- Kompetenzen verbinden Wissen und Können. Da man die Befähigung zur Bewältigung und die Ressourcen von Menschen nicht direkt beobachten kann, muss bei einer Leistungsmessung das konkrete Handeln (die Performanz) als wesentlicher Aspekt der Kompetenzfeststellung hinzukommen.

Dimensionen von Lernzielen

Kognitive Lernziele:

- Wissen (z.B. über Abläufe. im Gesundheitssystem), intellektuelle Fertigkeiten

Affektive Lernziele:

- Gefühlsmäßige Einstellungen, Entwicklung von Werthaltungen (z.B. entstigmatisierende Haltung im PSY-KOMO Projekt)

Psychomotorische Lernziele:

- Koordination von Bewegungsabläufen (hier weniger wichtig, könnte sich aber in anderen Projekten auch auf Blutentnahme oder ähnliches beziehen)

Literatur

Allen, W. C. (2006). Overview and Evolution of the ADDIE Training System. Advances in Developing Human Resources, 8(4), 430–441. https://doi.org/10.1177/1523422306292942

Kompetenz. (o. D.). Dorsch.Hogrefe. Abgerufen am 6. Mai 2024, von https://dorsch.hogrefe.om/stichwort/kompetenz

Somasundaram, U. V., Egan, T. M. & Texas A & M University. (2004). Training and Development: An Examination of Definitions and Dependent Variables. In *Texas A & M University*. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED492440.pdf

Studienseminar für das Lehramt an berufsbildenden Schulen Trier. (o. D.). Leitfaden: Formulierung von Kompetenzen. https://studienseminar.rlp.de/fileadmin/user_upload/studienseminar.rlp.de/bb-tr/Leitfaeden_etc/Leitfaden_mit_Kompetenzen_planen__sie_formulieren.pdf

Beispielsequenzplan für das Initialtraining der Gesundheitsbegleitung

Tag 1

Zeit	Min.	Sequenz	Inhalt	Zweck/Kompetenz	Sozialform/ Methode	ReferntIn/ Bemerkung	Medien/ Material
10:00	30	Ankommen	- Begrüßung - Vorstellung der Teilnehmer - Miro: Vorstellen der Wünsche der TN, die im Vortreffen/ Bedarfsanalyse aufgetaucht sind und was davon wir im ersten Workshop berücksichtigen möchten - Ablauf -> ggf. Anpassen an TN Bedarfe - Ziele Auftaktworkshop Tage - Betonung Mitwirkung	Z: Sitzungsablauf und Ziele transparent gestalten Zielvereinbarung Z: Rahmen und Erwartungen klären Erwartungsklärung Z: Positive Stimmung erzeugen	Vortrag/ Plenum/ (Kachelspiel)	FJ	In Miro das Vortreffen ergänzen (durch Naomi gesteuert)
10:30	30	Einführung PSY-KOMO 1.1,1.2	1. Was ist PSY-KOMO - PSY-KOMO ist… als offene Frage - 1. SMI, Komorbidität, Stigma – Naomi - 2. Ursachen für Probleme - Michael	K: Die GB verstehen die Hintergründe und Ideen von PSY-KOMO.	DiskussionReferat	NP / MS	PP
11:00	30	1.3	Erfahrungsaustausch/Ideensammlung: „Was macht diese Patientengruppe aus, was ist wichtig, was schwierig, was hilfreich?“	Z: Erfahren wo die Teilnehmer sind; Anknüpfen an Vorwissen K: Die GB können Erfahrungen mit SMI-Patienten abrufen und wichtige Schlüsse für das künftige Aufgabenfeld ableiten.	Diskussion Miro	FJ	Miro parallel durch Naomi gesteuert
11:30	10	Pause					

11:40	10	Vielfalt der Anbieter 1.4	Info-Blätter	Z: Die Teilnehmer haben einen guten Überblick über verwandte Berufsgruppen K: Die Teilnehmer können die unterschiedlichen Anbieter im Feld diskutieren.	Vortrag	NJ	
11:50	20	Erfahrungsaustausch über wichtigste Akteure und Vielfalt der Anbieter		Z: - Besseres kennenlernen der Teilnehmer und deren bisheriger Erfahrungen, Teilen Erfahrungsschatz, Festigung des Wissens eben - Ankündigung von Rechercheaufgaben K: TN verstehen den Unterschied der neuen Aufgaben der Beteiligten zu den üblichen.	Diskussion	FJ	ggf. sammeln
12:10	10	Wer sind die Beteiligten 1.5		K: Die Teilnehmer wissen welche Akteure zum PSY-KOMO-Projekt gehören		MS	PP
12:20	10	Pause					
12:30	30	Behandlungspfade und Elemente 2.1 - 2.4	Wie gelangen Pat. ins Programm und wie geht es dann weiter? Vorstellung Behandlungspfade zur Illustration und evtl. am Beispiel eines Patienten		Vortrag	MS	PP (Abschnitte animiert)
13:00	60	Mittagspause					

	5	Wiederankommen nach der Mittagspause				NJ	
14:05	5	Unterstützung von PSY-KOMO- Patienten 3	Worin bestehen die Aufgaben der Gesundheitsbegleitung bei der Unterstützung der PSY-KOMO-Patienten?	Z: Überblick über das Aufgabenfeld K: Die TN können ihr Aufgabenfeld darlegen.	Vortrag	MS	Übersichtsgrafik
14:10	35	Unterstützung der Patient*innen bei Behandlung und Diagnostik 3.1	- TN bitten, Handbuch auf S. 19 aufzuschlagen - Vorstellung und Sammlung von Unterstützungsmöglichkeiten bei Behandlung und Diagnostik - Befürchtungen bei Ressourcenmangel Raum geben: zum Beispiel wäre eine Idee, in 3 „Intensitätsstufen“ aufzuteilen – ein großer Teil wird sich möglicherweise gar nicht melden oder ist relativ fit; eine Gruppe wird etwas Unterstützung in Anspruch nehmen; eine dritte Gruppe wird viel Unterstützung benötigen	K: GB wissen, was Unterstützungsmöglichkeiten umfassen können K: GB wissen, dass es Notwendigkeit geben kann, ihre Ressourcen auf Patienten unterschiedlich aufzuteilen		Mod: MS mit Ergänzung von NJ	Wir schreiben im Hintergrund mit, PP dann ausmachen und als offene Gesprächsrunde mit Handbuch als Grundlage
14:45	30	Basiswissen zur Gesundheitsförderung 3.2 - 3.5	Vier Hauptthemen: Rauchentwöhnung, Ernährung, Bewegung, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	Z: Die TN haben einen Überblick über die wichtigsten Themenfelder der Gesundheitsförderung K: Die GB wissen welche GF Punkte für SMI-PatientInnen besonders wichtig sind	Interaktiver Vortrag	NJ	PP
15:15	30	Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe 3.6	Was ist bei der Zielgruppe des PSY-KOMO Projekts besonders wichtig?	Z: Bewusstsein für besondere Bedürfnisse von SMI-PatientInnen schaffen K: Die GB wissen auf welche Aspekte sie im Umgang mit SMI-Patienten berücksichtigen müssen	Offene Gesprächsrunde	Mod: NJ mit Ergänzungen von MS	Miro

15:45	15	Pause	-				
16:00	30	Rollenspiel	Rollenspiel: Besonderheiten PSY-KOMO Zielgruppe – Ernährung - Vorstellung, was ist bei einem Rollenspiel wichtig ist - Nur die beiden TN in Breakoutroom schicken und dann als Beisitzer dabeisitzen - Zuordnung zu Breakoutroom, ca. 5 Minuten in Rolle einlesen, dann 10 min Rollenspiel - Beisitzer im Rollenspíel, Rückfragen, was das jeweils in der jeweligen Rolle auslöst			MS	Arbeitsblatt: Fallbeispiele
16:30	15	Zusammenfassung und Verabschiedung	- Recap, So geht es morgen weiter	Z: Abgerundeter Tagesabschluss und Motivation für den Folgetag schaffen		NJ	Koffer packen

Tag 2

Zeit	Min.	Sequenz	Inhalt	Ziel	Sozialform/ Methode	ReferntIn/ Bemerkung	Medien/ Material
10:00	15	Begrüßung	- Begrüßung - Ablauf - Ziele - Wie geht es Ihnen heute? - Fragen zu gestern	- Sitzungsablauf und Ziele transparent gestalten Zielvereinbarung - Rahmen und Erwartungen klären Erwartungsklärung - Positive Stimmung erzeugen - Unklarheiten ausräumen	Vortrag/ Plenum	NJ	Stimmungsbarometer Zoom-Abfrage
10:15	30	Erstkontakt und Beziehungsaufbau 3.8	1. Was ist beim Erstkontakt wichtig? 2. GB sollen Leitfaden für sich erstellen	Z: Angenehmer Erstkontakt für Pat K: GB haben Wissen, wie sie den Erstkontakt gestalten können	- Sammeln in Miro - Leitfaden entwickeln	MS und NJ	Miro
	45	Erstkontakt und Beziehungsaufbau 3.8	1. Rollenspiel durchführen lassen, eine Person ist Beobachter, eine Person ist GB, eine Person ist Patient 2. Diskussion in der Gesamtgruppe		Rollenspiel	NJ	Breakvignette
11:30	10	Pause					
11:40	20	Gesprächsführung und Motivationsförderung 3.9	- Validierende Grundhaltung - Positive Erfolgserwartung - Soziale Verstärkung - Motivierende Gesprächsführung	Z: GB bekommen eine Idee über die Wirkung der Wortwahl K: GB verfügen über Grundkenntnisse der Gesprächsführung und Motivationsförderung	Sammlung und Referat	MS	PP
12:00	30	Rollenspiel: Übung Motivationsförderung	Szenario: Pat bewegt sich sehr wenig, GB möchte Pat zu mehr Alltagsbewegung anregen Oder Szenario: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems	Z: GB bekommen Erfahrung in der Anleitung zu GF	Rollenspiel 1 (Teil 2 weglassen)	MS	Arbeitsblatt

12:30	60	Mittagspause					
13:30	5			Auflockerung und Aktivierung nach der Mittagspause		NJ	
13:35	15	Organisatorische und administrative Aufgaben 4	Framing: Wir machen das vor allem für uns als Themensammlung	Z: - Gesundheitsbegleiter kennen die Aufgabenbereiche - Lösungen werden genannt (zB Miro)	Gruppendiskussion,	NJ	Diskussion über Miro Protokollierung: Michael
13:50	40	4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)	Hilfestellung beim Netzwerkaufbau, je nachdem, wo TN stehen und wie sie mit Rechercheaufgaben vertraut sind, mehr oder weniger ausführlich	Z: GB erhalten eine Übersicht, in welchen Feldern Recherche und Netzwerkaufbau sinnvoll sein kann - GB erhalten Tipps über „richtiges Recherchieren“ - Kennenlernen der Tools Moodle und Google-Docs		MS	PP; Moodle/Google-Docs und Diskussion
14:30	10	Beruf: GB (5) 5.1	1. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO GB? (Übersicht) 2. Klares Rollenverständnis	K: GB wissen was alles zu ihrem Job dazu gehört	Vortrag	FJ	PP-Übersichtsgrafik Handbuch S.36
14:40	45	Übung klares Rollenverständnis 5.1	Szenario 1: GB erklärt Pat. seine Rolle in PSY-KOMO Szenario 2: GB erklärt einem Netzwerkpartner… Szenario 3: GB erklärt neuem Job-Interessenten was zu den Aufgaben eines GB gehört.	Z: Rollenklarheit, Motivationssteigerung K: GB können die Relevanz ihres Berufes erläutern	Rollenspiel in der Großgruppe	FJ	Arbeitsblätter

15:25	10	Pause					
15:35	10	Weiterentwicklung Berufsfeld GB 5.2	Welche Kompetenzen möchten Sie für den Job ausbauen? Wo haben sie Bedenken? Welche Maßnahmen halten sie für sinnvoll -	Z: Mitdenken der GB und Motivation wird gefördert	Referat	NJ	PP Handbuch S. 37
15:45	10	Ausblick, Fortbildungen und Supervision 5.3	- Vorläufige Ideen für Supervision und Fortbildung Ausblick über künftige Workshops	Z: Mitdenken der GB und Motivation wird gefördert	Referat	NJ	PP Handbuch S. 38
15:55	20	Post-Test und Pause	-				Sosci Survey
16:15		35 Minuten Puffer	-				

16:50	10	Zusammenfassung und Verabschiedung	- Recap, Fünf-Finger-Feedback - PDFs bzw. Sammlungen aus der Präsi ankündigen, dann später per Mail versenden	Z: Initialworkshop gut abrunden		FJ	Koffer packen

Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Trainingstag 1 - Gesundheitsbegleitung

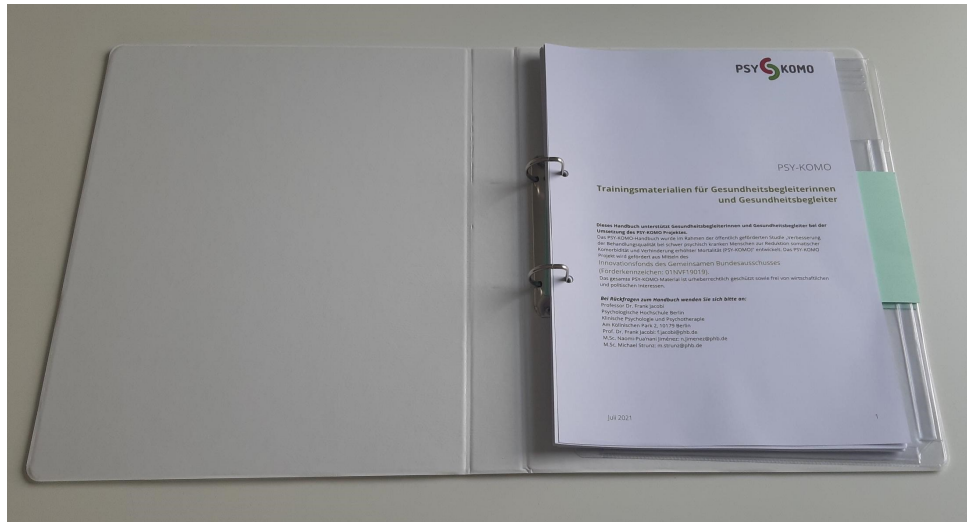
Workshop 1

Frank Jacobi, Naomi-Pua'nani Jiménez, Michael Strunz

PSYSKOMO

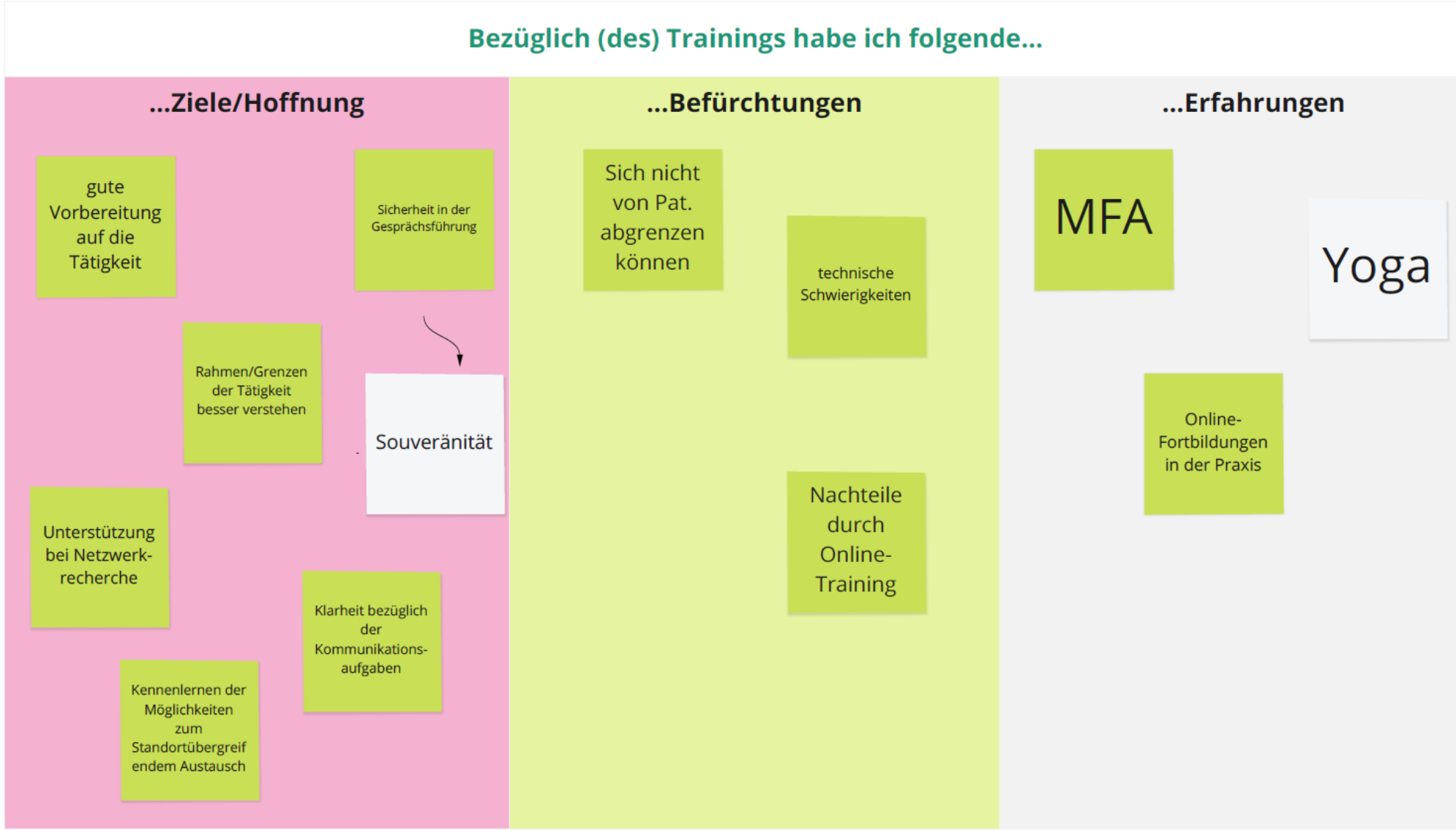
Zunächst: Umgang mit Zoom

- Video an, Mikros aus
- Diskussionen und Fragen sehr erwünscht
  - Chat-Funktion, Hand heben, Reinsprechen
- Pausen alle 60 Minuten bzw. nach Absprache
- PSY-KOMO Handbuch vorhanden?



Vorstellungsrunde

Ergebnisse Vortreffen



Agenda Inhalte

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Agenda Inhalte

Schwerpunkt Tag 1

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Was ist PSY-KOMO?

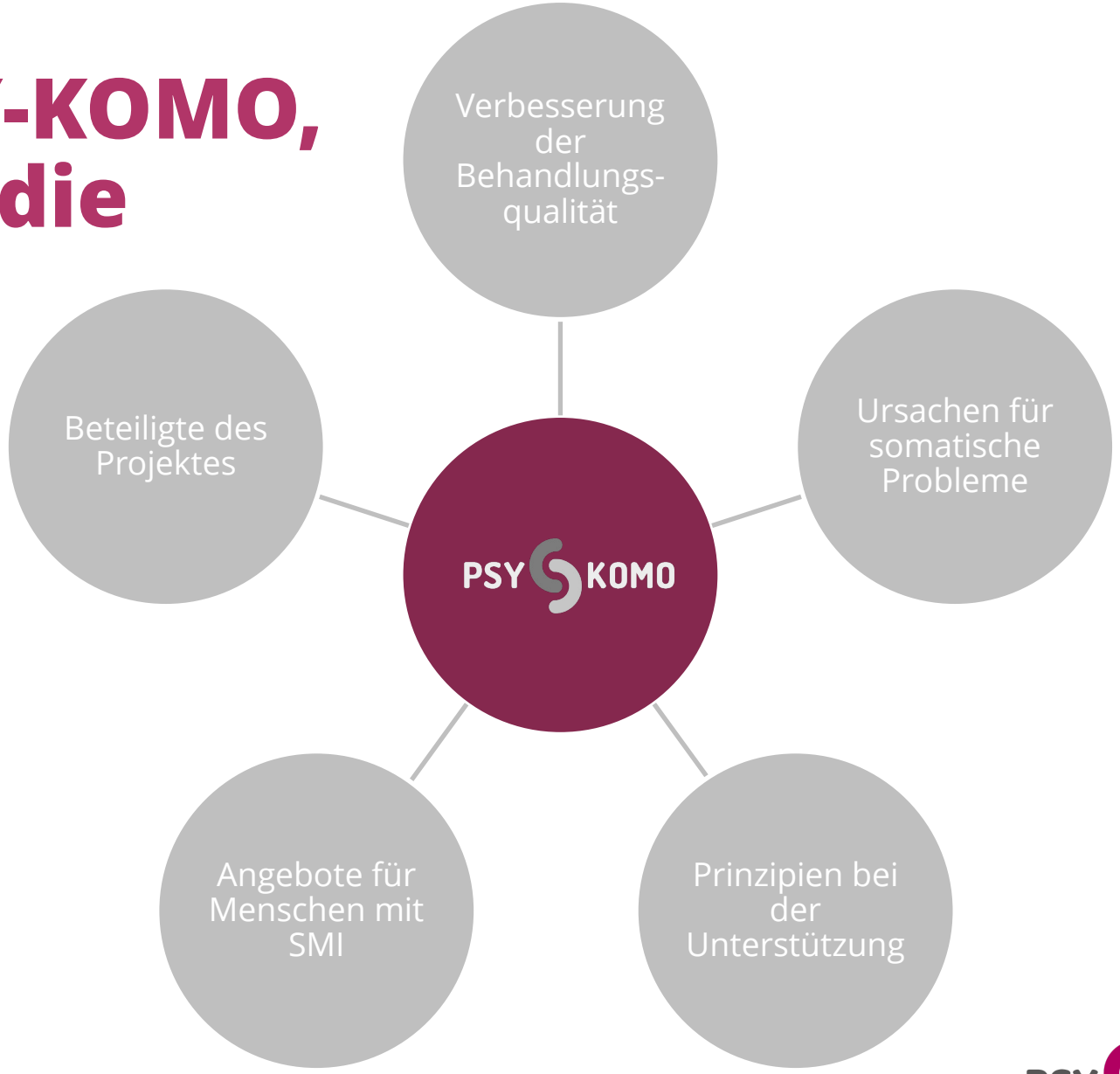
Einführung

Was ist PSY-KOMO?

Vervollständigen Sie bitte den folgenden Satz:

PSY-KOMO ist…

1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?



Was ist PSY-KOMO?

Problem:

- Erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen
- Erhöhte Morbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Overshadowing
- Regelversorgung wird nicht ausreichend wahrgenommen

Was ist PSY-KOMO?

Ziel:

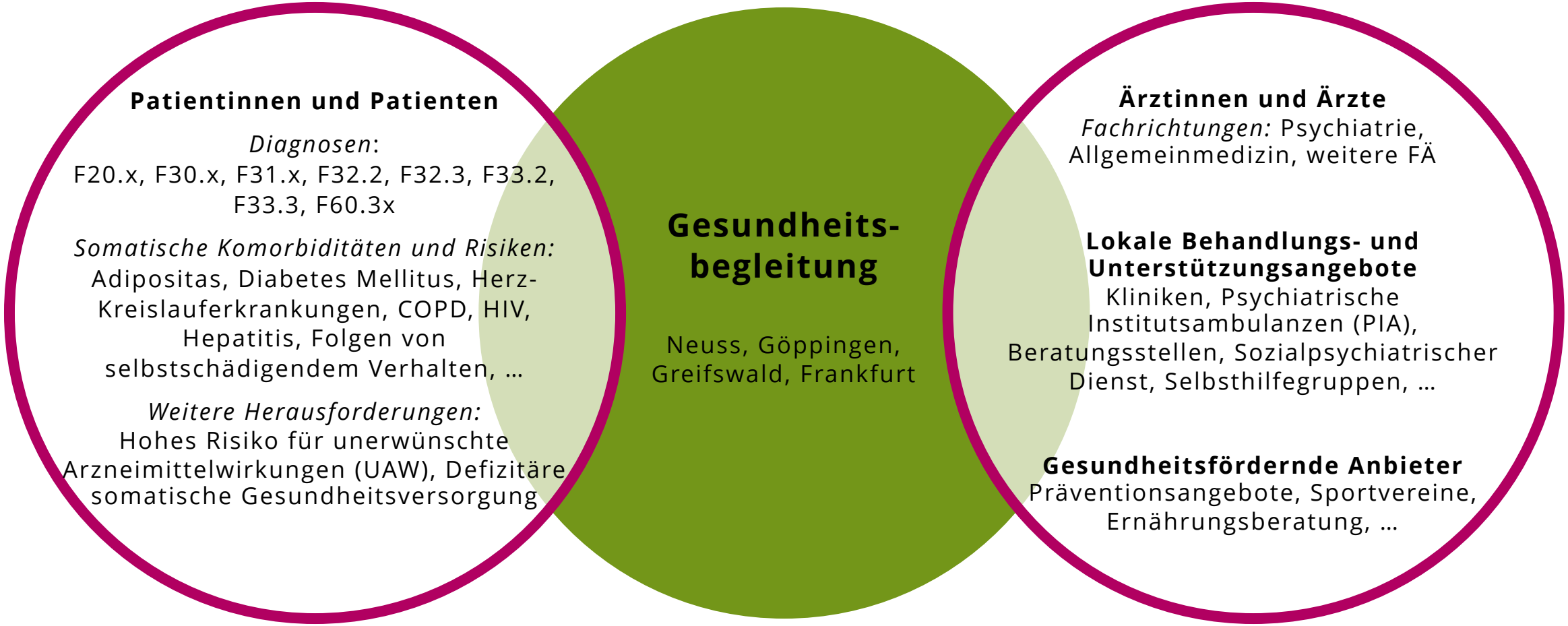
- Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem
- Entwicklung einer neuen Versorgungsform
- Bessere Prävention somatischer Erkrankungen
- Inanspruchnahme der Regelversorgung optimieren

Was ist PSY-KOMO?

Methode:

- Unterstützung der Betroffenen durch Gesundheitsbegleitung (z.B. bei Prävention und Inanspruchnahme medizinischer Angebote)
- Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Versorgung (z.B. telefonisches Konsil)
- Gesundheitsbegleitung als Knotenpunkt in einem interdisziplinären, multiprofessionellen Netzwerk

Was ist PSY-KOMO?



Was ist PSY-KOMO?

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Ausgangspunkt:

- Menschen mit SMI haben ein erhöhtes Risiko für somatische Komorbidität
- Erhöhte Mortalität
- Besondere Herausforderungen bei der somatischen Versorgung von SMI-Patient*innen

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Gesundheitssystem:

- Schwierigkeiten bei Vernetzung und Abstimmung der Gesundheitsdienstleistungen untereinander
- Vielfalt des Versorgungssystems
- Wenig Anreize für zusätzliche patientenbezogene, fachärztliche Beratung (Konsil)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) stellen wichtige Eckpfeiler in der umfassenden Behandlung von SMI-Patient*innen dar, stehen aber nicht überall zur Verfügung
- Weitere geeignete Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Soziotherapie stehen vielerorts nicht zur Verfügung

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Behandler*innen und Behandlungskonzept:

- Fehlende routinemäßige Überprüfung unerwünschter (Wechsel-)wirkungen von Arzneimitteln (UAW)
- Unklare Zuständigkeiten auf Versorgerseite bezüglich routinemäßiger Untersuchung allgemeiner, körperlicher Gesundheitsmaße
- Diagnostic Overshadowing
- Schwierigkeiten aufgrund zusätzlicher, bisweilen stigmatisierender Einstellungen

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Patientinnen und Patienten:

- Anhäufung von Gesundheitsrisiken und problematischen Lebensstilfaktoren (zum Beispiel Rauchen, Ernährung, Bewegung)
- Unzureichende hausärztliche Anbindung, zu wenig Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen (Adhärenz) – dies gilt übrigens für die Gesamtbevölkerung im Allgemeinen!
- Schwierigkeiten in der Zuordnung eigener, körperlicher Symptome als Zeichen körperlicher Erkrankungen
- Bisweilen selbststigmatisierende Einstellungen (zum Beispiel negative Überzeugungen bezüglich der eigenen psychischen Erkrankung und auch der Kompetenzen psychisch Erkrankter allgemein)

Was ist PSY-KOMO?

Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe

Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe

Erfahrungsaustausch:

Was macht diese Patient*innengruppe aus,

Was ist wichtig, was schwierig, was hilfreich?

Was ist PSY-KOMO?

Angebote für Menschen mit SMI:

Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB)



Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung:

- Unterstützen bei Förderung der körperlichen Gesundheit
  - Unterstützen bei Wahrnehmung von wichtigen Präventions- und Behandlungsangeboten der somatischen Versorgung
- Netzwerkfunktion
- Eingangsqualifikation: MFAs und Pflegekräfte mit Arbeitserfahrung in der Psychiatrie

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Genesungsbegleitung:

- EX-IN (experienced involvement) qualifiziert
  - Mitarbeit in psychiatrischen Diensten, in der Beratung oder als DozentIn in der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Großer Fokus auf Wiedergesundung (Recovery) und Ressourcen
- Abgrenzung zu GB: Persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Krisen, Fokus auf Umgang mit und Genesung von psychischer Erkrankung

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Soziotherapie:

- Koordination von Behandlungsmaßnahmen
  - vor allem der psychischen Erkrankung
- Bei Bedarf auch Motivationshilfe, Anleitung zu verbesserten Krankheitswahrnehmung, u.v.m
- Ausbildungshintergrund: Soziale Arbeit oder Fachpflege mit mindestens dreijähriger psychiatrischer Berufspraxis
- Große Unterschiede in der Verfügbarkeit auf Länderebene
- Abgrenzung zu GB: Zielt vor allem darauf ab, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Soziale Arbeit:

- Beratung und Betreuung einzelner Personen, Familien oder bestimmten Personengruppen in schwierigen Situationen
- Hauptaufgaben: Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme
- Weitere mögliche Aufgabenfelder sind u.a. Informationsveranstaltungen, Betreuung diverser Bedarfsgruppen, pädagogisches Arbeiten, analysieren soziale Probleme sowie Tätigkeiten in der wissenschaftlichen Forschung und Lehre
- Abgrenzung zu GB: Wird meist von Sozialarbeiter*innen durchgeführt, körperliche Gesundheit nur kleiner Teilaspekt

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Case Management:

- Ermittlung des Hilfebedarfs betroffener Personen und Koordination von in die Unterstützung einbezogener Institutionen
- Angebot der Sozialen Arbeit
- sehr unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit von Region und Anbieter (z.B. teilweise angeboten über Krankenkassen, teils über Kliniken)
- Abgrenzung zu GB: Beschränkt sich nicht auf Somatik und hat weniger präventive Aspekte

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Einzelfallhilfe:

- Einen Anspruch auf Einzelfallhilfe haben
  - Personen mit einer Behinderung (z.B. psychische oder chronische körperliche Behinderung) im Rahmen der Eingliederungshilfe
  - Jugendliche, die einer intensiven Unterstützung bei der sozialen Integration bedürfen
- Ressourcenorientiertes Arbeiten, um den Betroffenen eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen
- Abgrenzung zu GB: Bezieht sich eher auf generelle Lebensbewältigung als auf Somatik

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Sozialpsychiatrischer Dienst:

- Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisen
- Oft ist der SPD (auch S.D., SPDi) in den Gesundheitsämtern angesiedelt –
  - Beachte: Organisationstypen und Aufgaben unterscheiden sich durch rechtliche Regelungen der Bundesländer
- Multiprofessionelle Zusammensetzung:
  - Beschäftigte sind in der Regel (regional unterschiedlich) ärztlich, psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch oder pflegerisch ausgebildet

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Sozialpsychiatrischer Dienst:

- Mögliche Unterstützung bei
  - Der Bewältigung von Krisen
  - Organisation ambulanter Hilfestellung
  - Beratung hinsichtlich Therapiemöglichkeiten
  - Problemen bei der Wiedereingliederung
  - Fragen zu Umgang mit Ämtern und Behörden
  - Alltags- und Lebensgestaltung
- Abgrenzung zu GB: Somatische Aspekte eher untergeordnet, Fokus auf gesellschaftlicher Wiedereingliederung und Teilhabe

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Psychiatrische Instituts-Ambulanzen (PIA)

- PIA (Psychiatrische Institutsambulanzen) erfüllen Versorgungsauftrag für psychisch Erkrankte, die ein krankenhausnahes Versorgungsangebot benötigen
- Leistungsangebot erfüllt das gesamte Spektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie gemäß dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse
    - Aufgaben: Psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakotherapie, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, Psychoedukation, Psychotherapie, Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans
- Abgrenzung zu GB: Zielt darauf ab, durch Behandlungskontinuität stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)

- Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen bedrohten sowie deren Angehörigen
- Beratungen zu Rehabilitationsthemen, Teilhabe, Gesundheit, Pflege, Migration u.v.m.
  - Viele Mitarbeitende leben selbst mit einer Behinderung
- Abgrenzung zu GB: Vor allem beratende Funktion mit Fokus auf Rehabilitation und Teilhabe

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Unabhängige Beratungs-, Informations- und Beschwerdestellen für psychisch Erkrankte

- Informieren über Hilfsangebote
- Beraten und Unterstützen bei der Inanspruchnahme von sowie bei Beschwerden über psychiatrische Hilfsangebote
- Abgrenzung zu GB: In der Regel Selbstorganisation durch Betroffene oder deren Angehörige; Fokus auf der psychischen Grunderkrankung

Angebote für Menschen mit (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht

- Es handelt sich um eine rechtliche, nicht soziale Betreuung
- Findet sich keine geeignete Person, welche die Vorsorgevollmacht übernimmt, bestellt das Gericht eine gesetzliche Betreuung
- Abgrenzung zu GB: Bevollmächtige handeln im Namen der Patient*innen und können umfassende, rechtlich relevanten Bereiche übernehmen (z.B. Abschluss von Verträgen und Geschäften)

Was ist PSY-KOMO?

Erfahrungsaustausch –
Anbieter und Akteure



Was ist PSY-KOMO?

Und wer sind die Beteiligten?



Wer sind die Beteiligten?

BfArM | KV | Zi Berlin | AOK | IGES

Psychiatrische Praxen

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Hausärztliche Praxen

Weitere FÄ

PSY-KOMO Konsortialführung (Düsseldorf)

PSY-KOMO Standorte (Frankfurt, Göppingen, Greifswald, Neuss)

GB Team gesamt

PSY-KOMO **GB**

GB Team lokal

LVR-Klinikum Düsseldorf: Medikations-beratung

PSY-KOMO GB-Training und Supervision (Berlin)

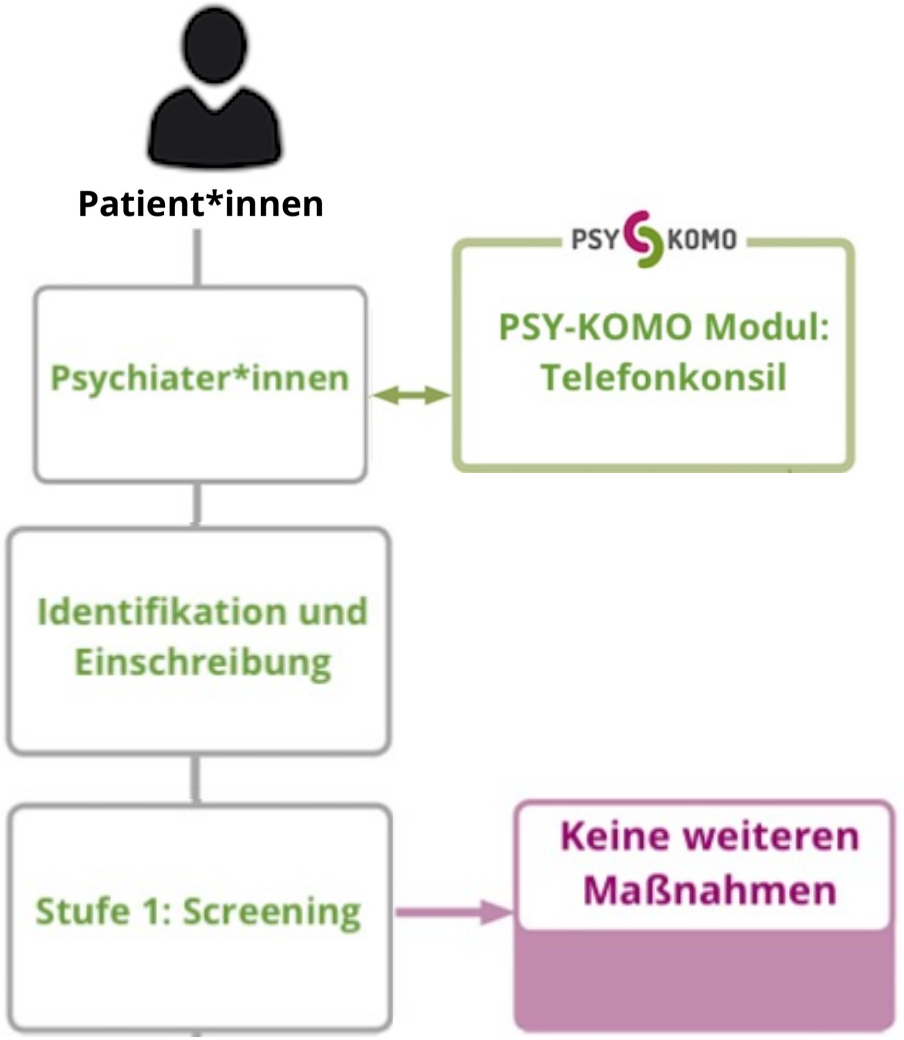
Präventions- und Unterstützungsprogramme

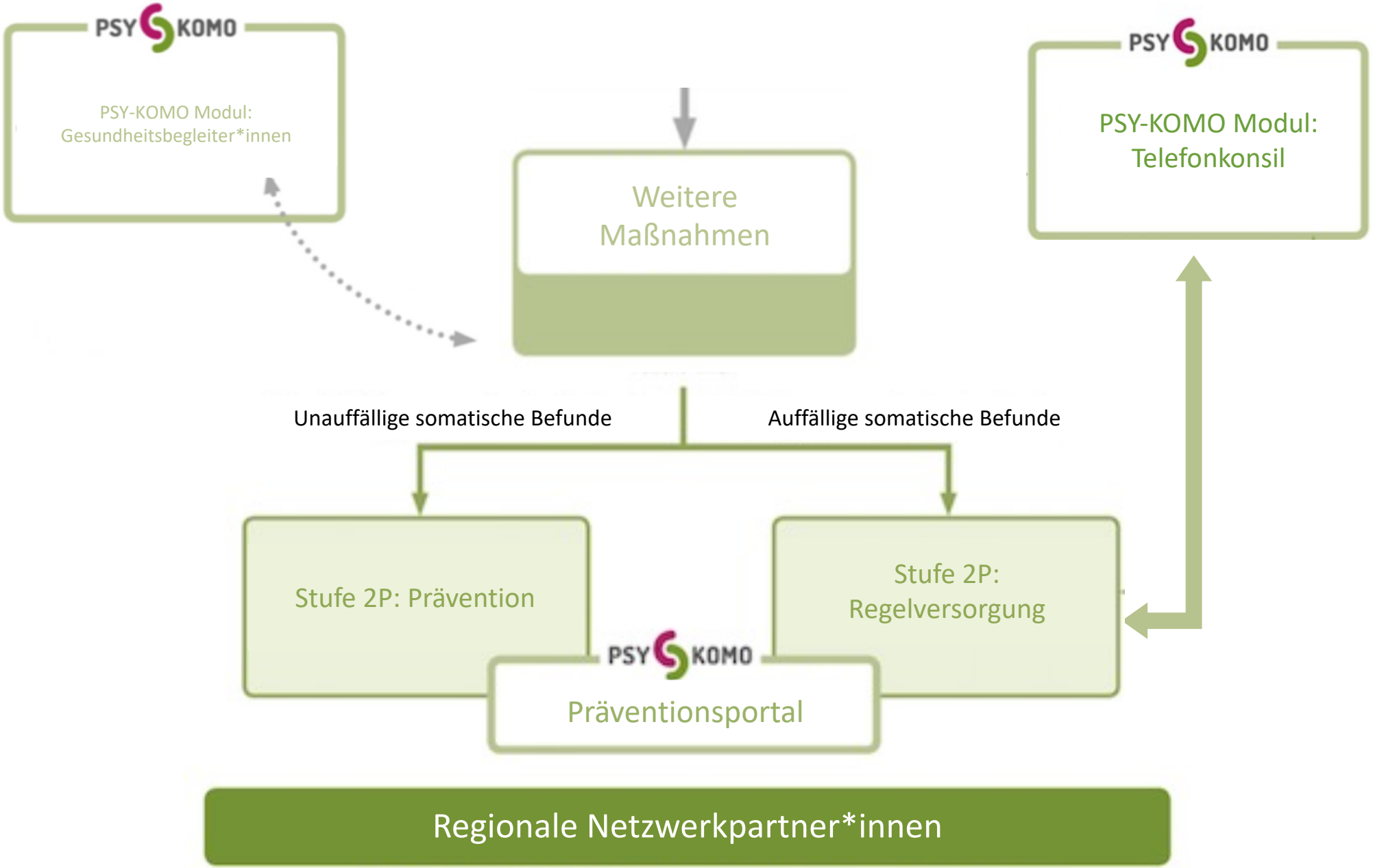
PSY-KOMO Patient*innen

2. Behandlungspfade und Elemente



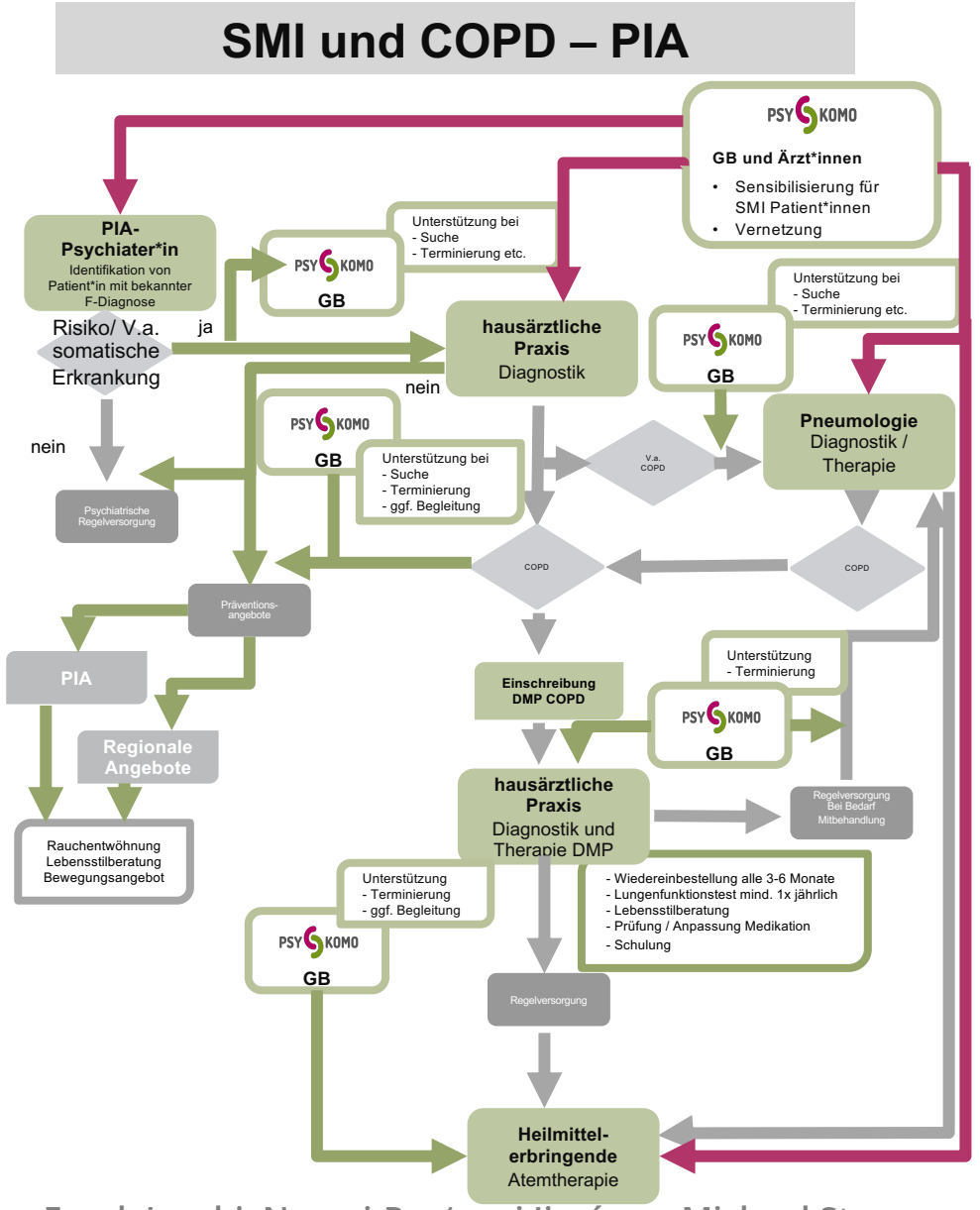
Wie gelangen Patientinnen und Patienten in das Projekt?




PSY-KOMO Modul:
Gesundheitsbegleiter*innen
Weitere
Maßnahmen
PSY-KOMO Modul:
Telefonkonsil
Unauffällige somatische Befunde
Auffällige somatische Befunde
Stufe 2P: Prävention
Stufe 2P:
Regelversorgung
Präventionsportal
Regionale Netzwerkpartner*innen

Behandlungspfad 1a

Beispiel eines Behandlungspfads



Willkommen zurück!

3. GB als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten



Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik und Behandlung…

➡ Handbuch Seite 20

- ➡ …Hilfe bei der Koordination von Terminen
- ➡ …Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlungsempfehlung
- ➡ …Abbau von individuellen Hürden

Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik und Behandlung

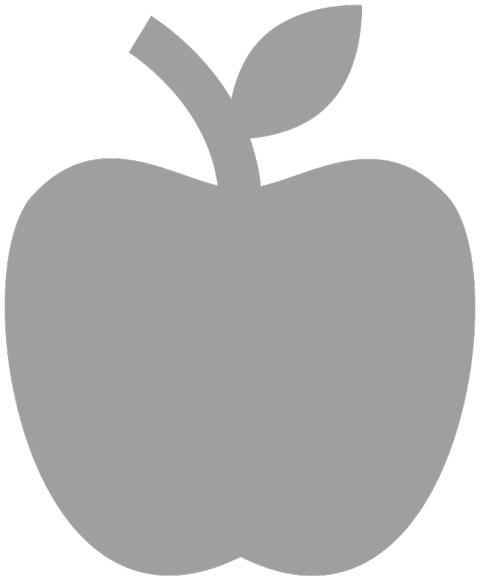
Wieviel Zeit habe ich pro PSY-KOMO Patient*in?

- Im Projektverlauf feststellen, welche Varianten optimal und praktikabel sind

- Mögliche Aufteilung anhand zeitlicher Kriterien:

  - minimal
  - mittel
  - intensiv

Basiswissen Gesundheitsförderung und Prävention



Gesundheitsförderung und Prävention - Bewegung

- Bewegung = Bedeutsame Gesundheitsressource für jedermann
- Welche positiven Effekte hat Bewegung auf die körperliche Gesundheit?
  - z.B. Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkankungen, Erkrankungen des Bewegungsapperates, Verlangsamung von Alterungsprozessen
- Welche positiven Effekte hat Bewegung auf das psychische Befinden?
  - z.B. Reduktion von Stress, Angst und Depressivität
- Verhaltensänderungen sind nicht einfach
  - Erst Motivation fördern, dann bei der Umsetzung unterstützen

Gesundheitsförderung und Prävention - Bewegung

- Welche Art von Bewegung und wieviel davon (mindestens) pro Woche?
  - Ausdauer: 75 Minuten hohe Intensität und 150 Minuten mittlere Intensität
  - Krafttraining: 2-3 mal
  - Gleichgewicht und Beweglichkeit sollte mit trainiert werden!
- 10-minütige Intervalle können summiert werden

➡ Mehr ist besser, aber auch weniger ist bereits gesundheitswirksam!

Gesundheitsförderung und Prävention - Ernährung

- Man kann sich nicht nicht mit Ernährung befassen
- Lebensmittelauswahl hat psychische und physische Auswirkungen
- Was sind Beispiele für positive Effekte „guter Ernährung“?
  - Positive Beeinflussung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens
  - Bessere körperliche Leistungsfähigkeit und Regeneration
- Was sind Beispiele für negative Effekte „schlechter Ernährung“?
  - Tierische und gehärtete Fette fördern Arteriosklerose
  - Krebserkrankungen werden begünstigt

Gesundheitsförderung und Prävention - Rauchen als Problem

- Wie viele Todesfälle in Deutschland stehen pro Jahr unmittelbar mit dem Rauchen in Verbindung?
  - 100.000
- Menschen mit psychischen Erkrankungen rauchen vermehrt
- Welche Entzugssymptome sind Barrieren bei der Rauchentwöhnung?
  - Unruhe, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen
  - Schlaflosigkeit
  - Gewichtszunahme
  - Starkes Verlangen nach Nikotin
  - Verschlechterung einer akuten psychischen Symptomatik ist möglich

Gesundheitsförderung und Prävention - Rauchentwöhnung

- Die meisten Raucher brauchen mehre Versuche, um mit dem Rauchen aufzuhören
- Die Motivation des Rauchers ist wichtiger Erfolgsfaktor
- Was sind Beispiele für positive Veränderungen durch Rauchstopp?
  - Reduziertes Krankheitsrisiko
  - Verbesserung der Körperlichen Fitness
  - Finanzen
- Am bewährtesten sind Methoden der Verhaltenstherapie
  - Selbsthilfeprogramme oder angeleitet
  - Pharmakotherapie oder Nikotinersatztherapie können unterstützen

Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe

Gesprächsrunde



Gruppe 1: Kognitive Einschränkungen



Gruppe 2: Psychische Einschränkungen



Gruppe 3: Umweltfaktoren

Rollenspiel



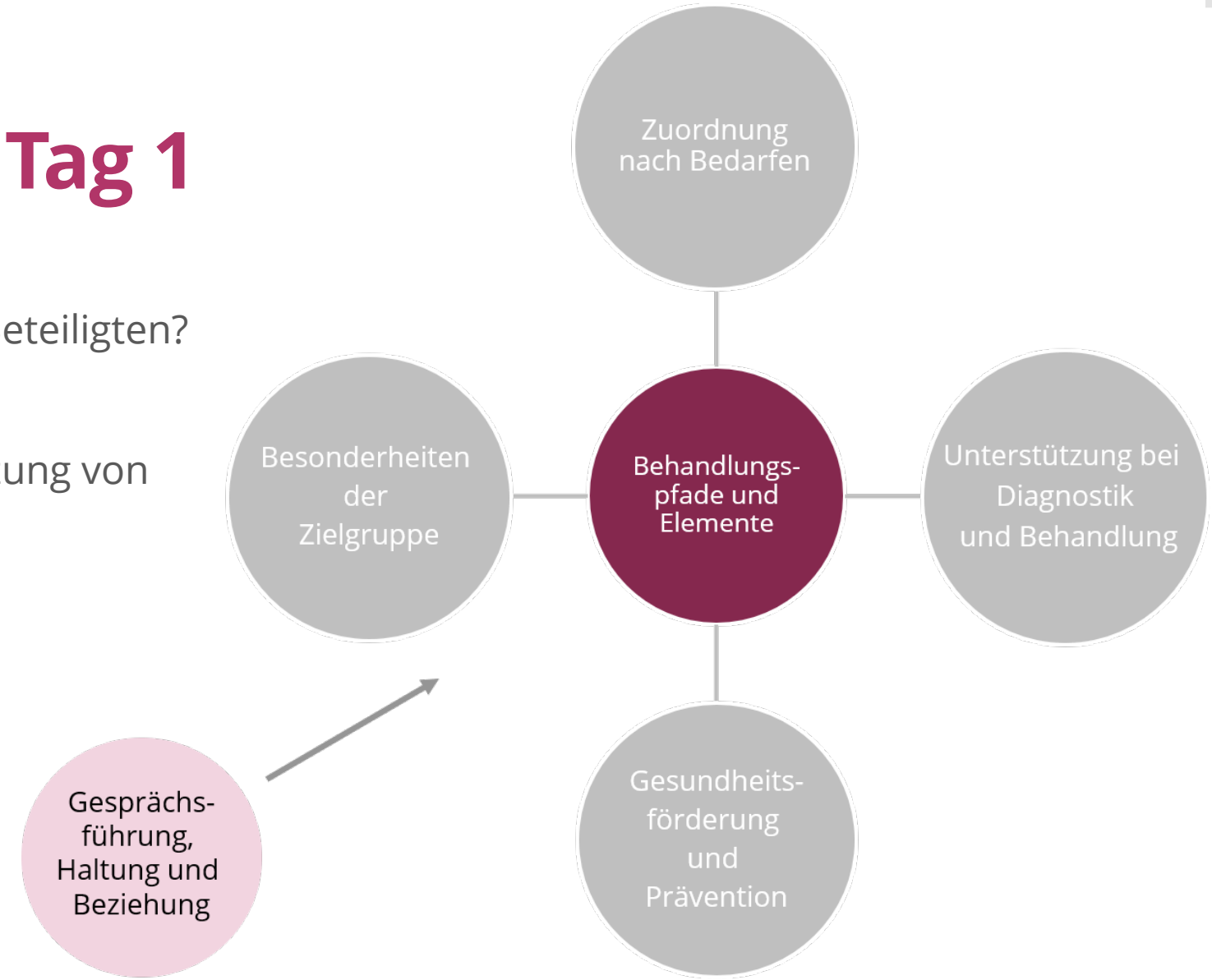
Regeln für den Ablauf von Rollenspielen

1. Vor dem Rollenspiel:
   - Zuweisen von zwei Rollen
   - Absprechen der Ziele für alle Beteiligten
   - Planung des Ablaufs
2. Während des Rollenspiels:
   - Darauf achten, dass alle in ihrer Rolle bleiben
   - Bei Bedarf (z.B. bei schwieriger Stelle) explizit pausieren
   - Es der anderen Person nicht zu schwer machen, aber auch nicht zu leicht
3. Nach dem Rollenspiel:
   - Auf was beim nächsten Mal achten? Was anders/neu machen?
   - Was kann beibehalten bzw. sogar noch deutlicher zum Ausdruck gebracht werden?
   - Anwendung und Erprobung des neuen Verhaltens in Anlehnung an eigene Eindrücke und Erfahrungen sowie der Rückmeldungen und Vorschläge



Zusammenfassung Tag 1

1. Was ist PSY-KOMO und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…



Abschlussrunde – Koffer packen



So geht es morgen weiter…

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Schwerpunkt Tag 2

Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Trainingstag 2 Gesundheitsbegleitung

Workshop 1

Frank Jacobi, Naomi-Pua'nani Jiménez, Michael Strunz

PSYSKOMO

Agenda – Inhalte

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Schwerpunkt Tag 2

3. GB als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten



Erstgespräch(e) und Beziehungsaufbau

- **Vorab: Erstkontakt**
- Ziel des Erst- bzw. Kennenlerngesprächs: Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung
- Möglichkeit der Einteilung:
  1. Kennenlernen und Beziehungsaufbau
  2. Sammlung von Informationen
  3. Organisatorische Aspekte und Abschluss



Erstgespräch(e) und Beziehungsaufbau

1. **Kennenlernen und Beziehungsaufbau**

- Vorstellen der eigenen Person und Rolle
- Aufbau einer interessierten und empathischen Gesprächsatmosphäre
- Transparenz über den Prozess der Gesundheitsbegleitung herstellen

Erstgespräch(e) und Beziehungsaufbau

2. Sammlung von Informationen

- Wichtig: ein Erstgespräch dient nicht der direkten Aufforderung zur Veränderung sondern vielmehr als Einladung für Patient*innen
- Ausreichend Raum geben, um Patientinnen und Patienten ankommen und berichten zu lassen
- Mögliche Fragen:
  - Gibt es bereits ärztliche Diagnosen und Behandlungsempfehlungen?
  - Wo sehen Sie den größten Bedarf? Wo ist die Motivation am höchsten?
  - Haben Sie Ideen, welche Ressourcen Sie dabei nutzen könnten?

Erstgespräch(e) und Beziehungsaufbau

3. **Organisatorische Aspekte und Abschluss**

- z.B. Frequenz und Dauer der Unterstützung
- Kann auch die Aufklärung beinhalten, dass die Rahmenbedingungen noch entwickelt werden
- Abschluss:
  - Nachfragen, ob es noch offene Fragen gibt
  - Nachfolgetermin vereinbaren

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Eigene Erfahrungen?



Gesprächsführung und Motivationsförderung

Generell: Akzeptanz des Gegenwärtigen vs. Ausrichtung auf Veränderung

Ziele der Gesprächsführung

- Pat. fühlen sich angenommen und ernstgenommen
- Pat. erfahren Hoffnung, Zutrauen und Bestärkung
- Pat. steigern ihre Motivation für Änderungen ihres Gesundheitsverhaltens

Was hilft dabei, diese Ziele zu erreichen?

- validierende Grundhaltung
- positive Erfolgserwartung
- soziale Verstärkung
- motivierende Gesprächsführung

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Validierende Grundhaltung

- Validierung = Dem Gegenüber vermitteln, dass die subjektive Sicht der Dinge und die dazugehörigen Gefühle stimmig und nachvollziehbar sind.
- Nicht-wertendes, interessiertes Nachfragen
- Paraphrasieren
- Subjektive Patient*innenperspektive äußern
- Normalisieren

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Positive Erfolgserwartung

- Förderung von Hoffnung und Zuversicht bei Patient*innen
- Zutrauen in die eigenen Kompetenzen steigern
- Regelmäßige Rückmeldungen von Patient*innen erbeten
  - (z.B. „Was hat besonders gut geklappt?“)
- Transparente und gute Informationsvermittlung

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Soziale Verstärkung

- z.B. Lob, Zuwendung und Aufmerksamkeit
- Aufgrund von Selbstabwertung bei SMI besonders wichtig
- Wichtig: Nicht nur Erfolg, sondern auch Anstrengung sozial verstärken

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Motivierende Gesprächsführung - Grundannahmen

- Motivation verändert sich stetig und kann gefördert werden
- Patient*innen Gründe selbst finden lassen
- Je häufiger Patient*innen selbst Argumente für eine Veränderung aussprechen, desto besser

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Motivierende Gesprächsführung - Fördern von Aussagen der Patient*innen in Richtung Veränderung

- Offene Fragen in Richtung Veränderung
- Bestärkungen
- Aktives Zuhören
- Zusammenfassen

Gesprächsführung und Motivationsförderung

Berücksichtung der individuellen Patient*innensicht

- Wichtig: Ziele von Patientinnen und Patienten müssen mit unseren eigenen Zielen abgeglichen werden!
- Für viele Patient*innen ist die Diagnose weniger relevant als die dadurch erfahrenen Einschränkungen
- Berücksichtigung patientenseitiger Ressourcen kann sehr hilfreich sein
- Der erste Eindruck muss oft revidiert werden:
  - Auch souverän wirkende Menschen können Probleme bei der Umsetzung von Gesundheitsverhalten haben
  - Im Rahmen von SMI gibt es häufig Schwankungen in der eigenen Bewältigungs- und Problemlösekompetenz

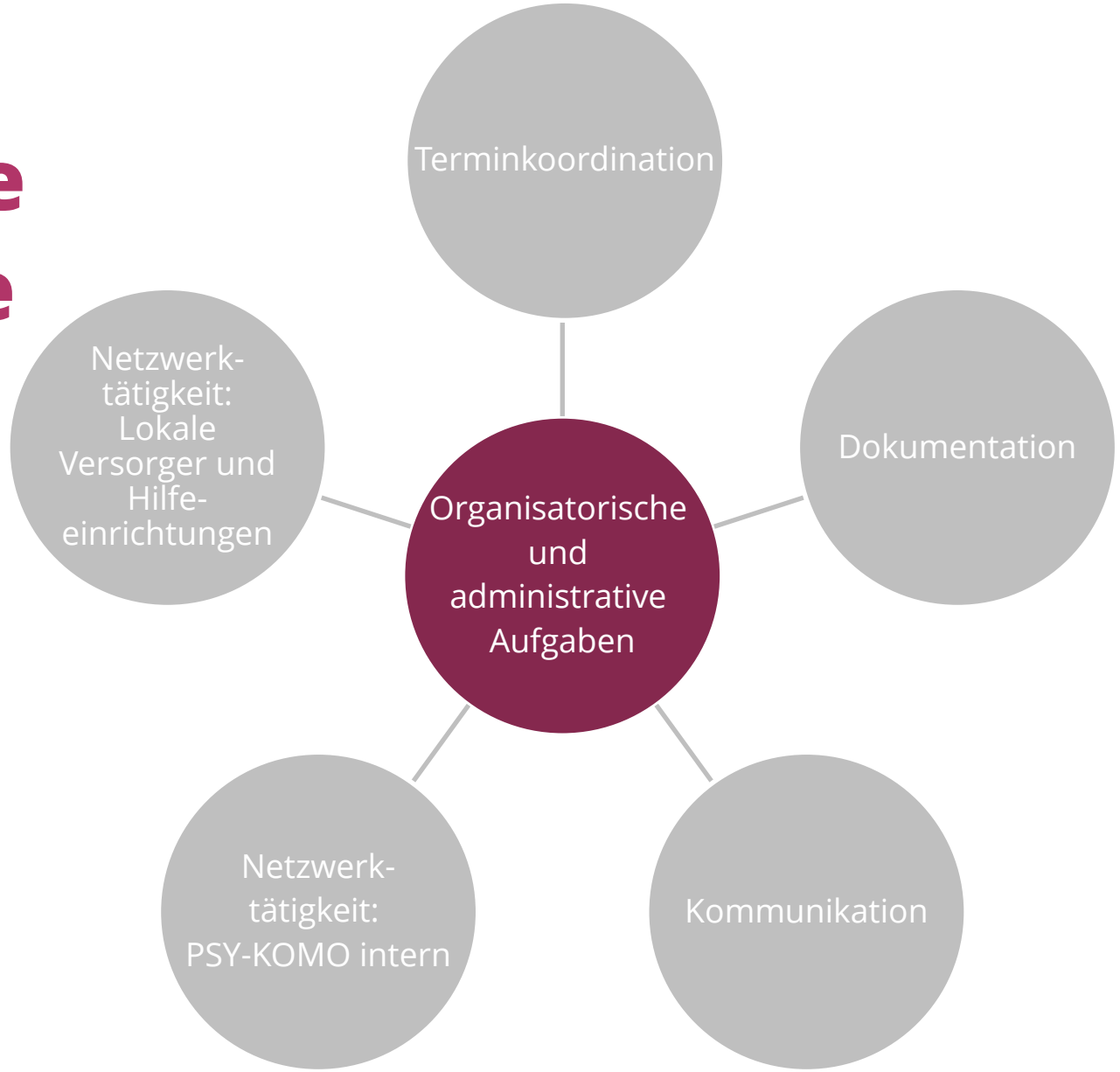
Rollenspiel Gesprächsführung und Motivation



Pause

Willkommen zurück!

4. Organisatorische und administrative Aufgaben



Wie ist das bei Ihnen?

Netzwerkrecherche und Netzwerkaufbau

Überblick

- Zentrales Präventionsportal: www.psy-komo-tut-mir-gut.de
  - Informationen zu überregionalen Präventionsangeboten
  - Informationen zu regionalen Präventionsangeboten
- Standortspezifisches Netzwerk
  - Lokale Versorgungseinrichtungen der psychischen und somatischen Gesundheit
  - Gesundheitsangebote
  - Weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote

Netzwerkrecherche und Netzwerkaufbau

Netzwerkrecherche:

- Schwierigkeit: relevante Inhalte bei der Vielzahl der Ergebnisse in Suchmaschinen zu idenfizieren
  - Suche anhand von relevanten Stichwörten
  - Eingrenzen auf übergeordnete Bereiche (siehe Liste)
  - Austausch mit anderen Standorten

Netzwerkaufbau: Nutzung von Tools wie Moodle und Google-Docs

5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheits-begleitung?



Klares Rollenverständnis

GB tragen auf verschiedenen Wegen zur verbesserten somatischen Versorgung bei

1. **Direkte Unterstützung der PSY-KOMO Patient*innen**
   - Basisinformationen zur Gesundheitsförderung, primär über Weiterleitung zu anderen Anbietern
   - Unterstützung bei Diagnostik und Behandlungsumsetzung
   - Vermittlung von Prävention
   - Gruppenangebote und Vernetzung

Klares Rollenverständnis

2. **(Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform**
   - Partizipativer Prozess
   - Teilnahme an Prozessevaluation
   - Kontinuierliches Training, Supervision und Fortbildung
   - Selbstfürsorge
3. **Kennen der Grenzen und Zuständigkeit**
   - z.B. Ausmaß der Unterstützung und Weiterleitung zu bestehenden Aufgaben

Klares Rollenverständnis



Mitwirkung an der (Weiter-) Entwicklung

1. Mitwirkung an einem gemeinsamen Leitbild

- PSY-KOMO Identität
- Gemeinsame Werte aller im Projekt Beteiligten und Kommunikation auf Augenhöhe
- Selbstfürsorge als Teil der gemeinsamen Aufgabe

Mitwirkung an der (Weiter-) Entwicklung

2. Warum ist die GB-Tätigkeit so essentiell?

- Vermittlung zwischen Patient*innen, der ärztlichen Seite und der Studienorganisation
- Als wichtige Unterstützung für Patient*innen
- Für die wissenschaftliche Studie durch Mitwirkung an der Prozessevaluation

Mitwirkung an der (Weiter-) Entwicklung

3. Gestaltungsmöglichkeiten im Projekt

- Arbeitsabläufe selbst formen
- Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge
- Möglichkeit, Interventionen vor Ort zu entwickeln
- Einbindung in das Studiensetting durch regelmäßige Befragungen

Ausblick: Workshops und Supervisionen

- Möglichkeit weiterer (Kurz-)Workshops je nach Bedarf
- Austausch über Moodle
- Einzel- und Gruppensupervision je nach Bedarf,
  z.B. alle 2-4 Wochen

Feedbackfragebogen zum Seminar

Abschlussrunde



Anlage 8.5: Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen und weiterführende Materialien (Handbuch der GesundheitsbegleiterInnen; Flyer PatientInneninformation Vorsorge CheckUp; Fortbildung Somatische Morbidität bei psychisch Kranken; PatientInnenflyer Vorsorge KBV; Probandeninformationen Einwilligung PSYKOMO; PSY-KOMO Erfassungsbogen)

PSY-KOMO

Trainingsmaterialien für Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter

Dieses Handbuch unterstützt Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter bei der Umsetzung des PSY-KOMO Projektes.

Das PSY-KOMO-Handbuch wurde im Rahmen der öffentlich geförderten Studie „Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität (PSY-KOMO)" entwickelt. Das PSY-KOMO Projekt wird gefördert aus Mitteln des

Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das gesamte PSY-KOMO-Material ist urheberrechtlich geschützt sowie frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen.

Bei Rückfragen zum Handbuch wenden Sie sich bitte an:
Professor Dr. Frank Jacobi
Psychologische Hochschule Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Prof. Dr. Frank Jacobi: f.jacobi@phb.de
M.Sc. Naomi-Pua'nani Jiménez: n.jimenez@phb.de
M.Sc. Michael Strunz: m.strunz@phb.de

Konsortialführung

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf

Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Konsortialpartner

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen, Institut für Allgemeinmedizin, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf, Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKSD) Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Universitätsmedizin Greifswald, Psychologische Hochschule Berlin gGmbH, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Weitere beteiligte Institutionen

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
IGES Institut GmbH Berlin

Kontakt

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, +49 211/81 08 183

Herzlich Willkommen im PSY-KOMO Projekt

Liebe PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter,

wir freuen uns, Sie als Teil des PSY-KOMO- Projekts begrüßen zu dürfen! Sie erhalten hiermit die aktuelle Version unseres gemeinsamen Handbuchs zum Training für PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter.

Da es sich bei PSY-KOMO um ein Pilotprojekt handelt, erfahren Sie in diesem ersten Workshop zunächst das Wichtigste, um die erste Zeit in Ihrer neuen Funktion gut im Projekt einsteigen zu können. Das Handbuch soll Ihnen als Stütze bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen dienen. In weiteren Trainingseinheiten werden Inhalte hinzukommen, die sich an Ihren Bedarfen mit Ihrer Tätigkeit orientieren werden.

Hinweis: Bitte geben Sie dieses Handbuch und alle anderen Studienunterlagen nicht an Dritte weiter. Behandeln Sie diese Unterlagen vertraulich und nutzen Sie diese ausschließlich im Rahmen unserer PSY-KOMO Projektes.

Einen guten Projektstart und viel Erfolg in Ihrer Tätigkeit als PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung wünscht Ihr

PSY-KOMO-Team

Inhaltsverzeichnis Training der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (Training 1)

1 Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten? 6

1.1 Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität..... 7

1.2 Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI. 8

1.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung – Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe..... 9

1.4 Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB) 10

1.5 Beteiligte des Projekts..... 13

2 Behandlungspfade und Elemente 15

2.1 Wie gelangen die Patientinnen und Patienten in das PSY-KOMO Programm – und wie geht es dann weiter?..... 16

2.2 Beispielhafter Behandlungspfad..... 18

3 Gesundheitsbegleitung als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten bei... 19

3.1 Unterstützung bei der Umsetzung von Behandlung und Diagnostik 20

3.2 Gesundheitsförderung und Prävention – Bewegung..... 21

3.3 Gesundheitsförderung und Prävention – Warum Ernährung so wichtig ist 23

3.4 Gesundheitsförderung und Prävention – Rauchen als Problem..... 25

3.5 Gesundheitsförderung und Prävention – Ansatzpunkte der Rauchentwöhnung . 27

3.6 Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe 28

3.7 Erstgespräch und Beziehungsgestaltung 29

3.8 Gesprächsführung und Motivationsförderung..... 31

4 Organisatorische und administrative Aufgaben..... 33

4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche) 34

5 Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter? 40

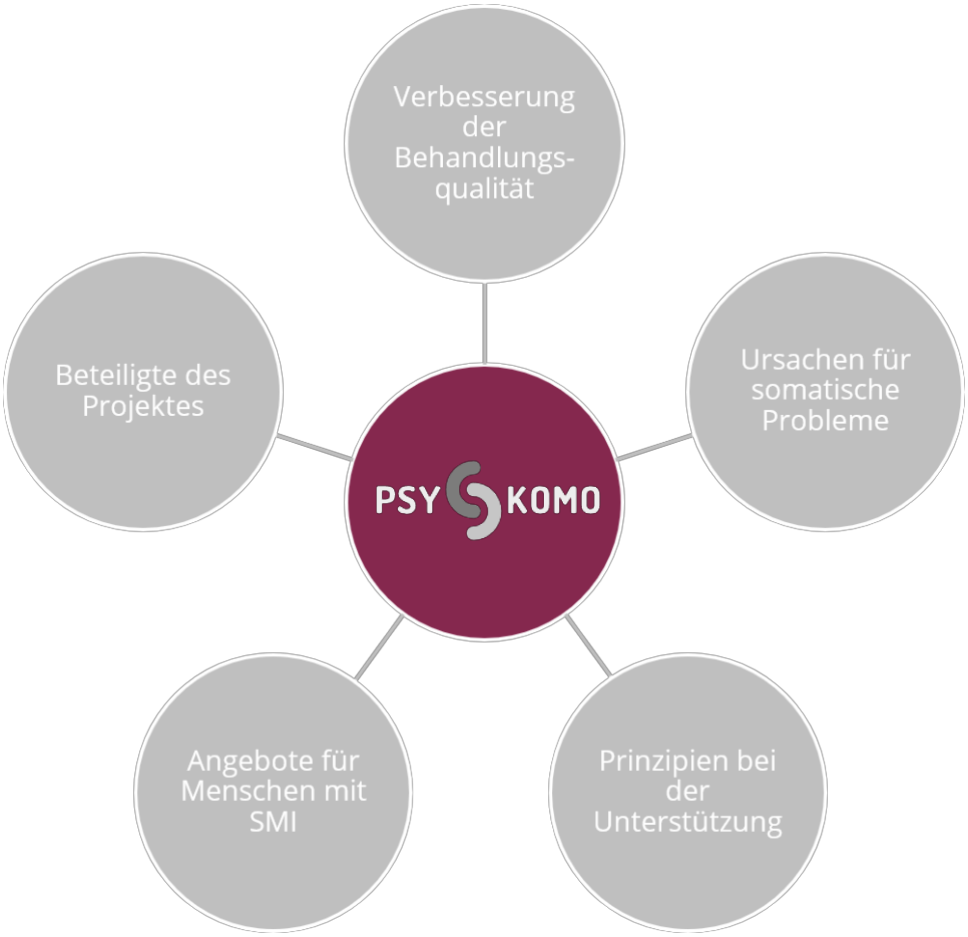
5.1 Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB): Was zählt zu den Aufgaben, und was zählt nicht dazu? 41

5.2 Wie wirken die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform mit? 42

5.3 Weitere Trainings und Supervision 43

6 Weitere Unterlagen, Arbeitsmaterialien, Mitschriften, etc. (fortlaufend)

1 Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?



1.1 Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität

Problem

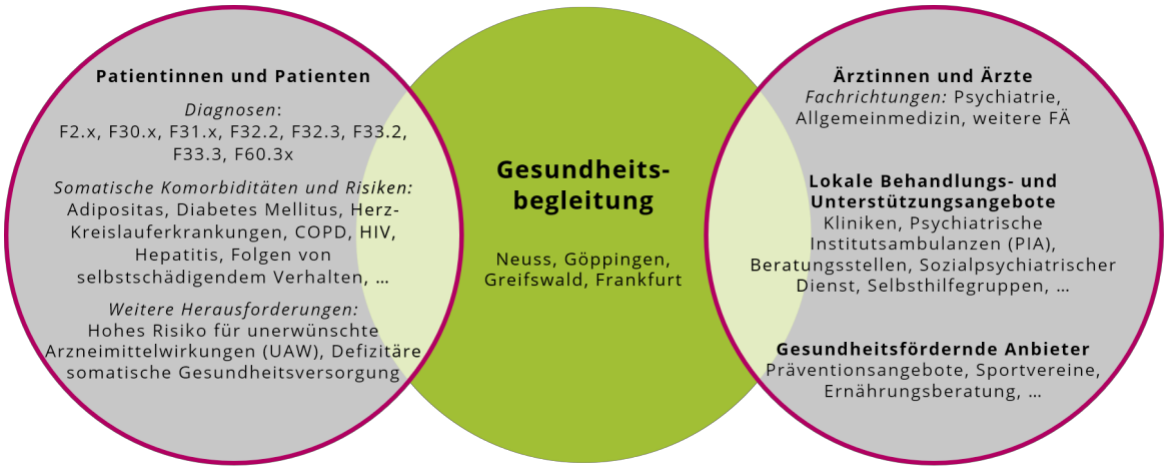
- Besonders erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen und verkürzte Lebenserwartungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Severe Mental Illness = SMI)
- Somatische Erkrankungen und Risiken werden durch psychische Symptomatik überschattet (und deswegen seltener angemessen behandelt)
- Erschwerter Zugang zu leitliniengerechten Behandlung somatischer Erkrankungen für Menschen mit SMI

Ziel

- Verbesserung der Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem
- Überführung in eine leitliniengerechten Behandlung
- Bessere Prävention somatischer Erkrankungen
- Behandlungsqualität schwer psychisch erkrankter Menschen verbessern durch optimale Inanspruchnahme der Regelversorgung
- Indirekte Verbesserung mentaler Gesundheit durch Verbesserung der körperlichen Gesundheit (z.B. Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch Behandlung kardiovaskulärer Probleme; Hewer & Schneider, 2016)

Methode

- Unterstützung der Betroffenen durch Gesundheitsbegleitung (z.B. bei Prävention und Inanspruchnahme medizinischer Angebote)
- Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Versorgung (z.B. Telefonkonsil)
- Gesundheitsbegleitung als Knotenpunkt in einem interdisziplinären, multiprofessionellen Netzwerk



1.2 Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness, SMI) haben ein besonders hohes Risiko für komorbide somatische Erkrankungen und eine erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu Menschen ohne psychische Erkrankungen – gleichzeitig wird deren somatische Gesundheitsversorgung von besonderen Herausforderungen bestimmt. Gründe hierfür sind:

Gesundheits-system

- Schwierigkeiten bei Vernetzung und Abstimmung der Gesundheitsdienstleistungen untereinander (zum Beispiel fehlende Standards bezüglich der Kommunikationswege zwischen FÄ für Psychiatrie und hausärztlicher Praxis)
- Vielfalt des Versorgungssystems (und der unterschiedlichen Kostenträger) ist auch für die Versorger selbst oft schwer zu überblicken
- Wenig Anreize für zusätzliche patientenbezogene, fachärztliche Beratung (Konsil)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) stellen wichtige Eckpfeiler in der umfassenden Behandlung von SMI-Patientinnen und SMI-Patienten dar, stehen aber nicht überall zur Verfügung
- Weitere geeignete Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Soziotherapie stehen vielerorts nicht zur Verfügung

Behandlerinnen und Behandler, Behandlungs-konzept

- Fehlende routinemäßige Überprüfung unerwünschter (Wechsel-)wirkungen von Arzneimitteln (UAW)
- Unklare Zuständigkeiten auf Versorgerseite bezüglich routinemäßiger Untersuchung allgemeiner, körperlicher Gesundheitsmaße
- “Diagnostic Overshadowing”: Somatische Probleme werden nicht erkannt, weil die psychische Symptomatik alles andere überschattet
- Schwierigkeiten aufgrund von zusätzlichem Behandlungsaufwand (zum Beispiel Einholen von Konsilen, Probleme bei Terminwahrnehmung und Überweisungen)
- Bisweilen stigmatisierende Einstellungen (Beispiel: vorwurfsvolles Verhalten oder fehlendes Zutrauen)

Patientinnen und Patienten

- Anhäufung von Gesundheitsrisiken und problematischen Lebensstilfaktoren (zum Beispiel Rauchen, Ernährung, Bewegung)
- Unzureichende hausärztliche Anbindung, zu wenig Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen (Adhärenz) – dies gilt übrigens für die Gesamtbevölkerung im Allgemeinen!
- Schwierigkeiten in der Zuordnung eigener, körperlicher Symptome als Zeichen körperlicher Erkrankungen
- Bisweilen selbststigmatisierende Einstellungen (zum Beispiel negative Überzeugungen bezüglich der eigenen psychischen Erkrankung und auch der Kompetenzen psychisch Erkrankter allgemein)

1.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung – Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe

Aufgrund der besonderen Bedarfe der Zielgruppe stehen die Akteure des Gesundheitssystems vor der Herausforderung, eine empathische, sensible sowie unterstützende Beziehung aufzubauen. Es sollte hierbei vermieden werden, den Patientinnen und Patienten Verantwortung abzusprechen und bevormundend zu wirken (Mit „erhobenem Zeigefinger" kommunizieren erzeugt häufig Widerstand und Reaktanz).

Sensible Beziehungs-gestaltung

- Leitbild: Selbstverständliche Begegnung auf Augenhöhe
- Empathische, respektvolle und motivierende Grundhaltung
- Die Betroffenen sind Experten für sich selbst und bringen viele eigene Ressourcen mit
- Behandlung orientiert sich an gemeinsamer Entscheidungsfindung
- Einbeziehen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Verantwortung und Kontrolle bei der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen
- Positive Erwartungshaltung haben
- Auf sensible Nähe-Distanz-Regulierung achten

Entstigmatisierende Haltung

- Ungünstiges Gesundheitsverhalten und mangelnde Adhärenz sind auch bei psychisch gesunden Menschen oft vorhanden (und sind also keine spezifische "Schwäche" der SMI-Betroffenen)
- Psychische Erkrankungen zeichnen sich durch fließende Übergänge und Zustände aus - niemand ist nur gesund oder nur psychisch krank
- Auch Menschen mit SMI sind zunächst einmal motiviert, gesund (und lange) zu leben
- Auch während Krisen und erst recht nach deren Abklingen sind verständigende Gespräche über alle möglichen Lebensthemen – einschließlich der körperlichen Gesundheit – möglich und nötig.

Professioneller Umgang mit psychischen, kognitiven und körperlichen Einschränkungen

- Achtsame Sprache und Umgang pflegen, auf Verständlichkeit achten, Ansagen klar formulieren
- Aktives und empathisches Zuhören, freundliche Bitte um Wiederholung bei Verständnisschwierigkeiten
- Gliederung komplexerer Aufgaben in überschaubare Teilschritte
- Kulturelle Einbettung und Individualisierung (ebenso nötig wie bei Patientinnen und Patienten allgemein)

Motivationsaufbau

- Intensivierte Begleitung ermöglicht auch SMI-Patient*innen, motivationale Hindernisse zu überwinden
- Stärken der Selbstwirksamkeitserwartungen
- Fördern von Erfolgserlebnissen
- Setzen niedrigschwelliger Ziele, um Frustration zu vermeiden
- Ausrichtung an subjektiv wichtigen Wert- und Zielvorstellungen
- Hoffnung auf Veränderung fördern

1.4 Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB)

Die Vielfalt der Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nicht immer leicht zu überblicken. Im Folgenden findet sich eine Übersicht – und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Beruf der Gesundheitsbegleitung bestehen. Zu beachten ist, dass es bei allen Genannten große regionale Unterschiede darin gibt, ob und in welchem Umfang dieses Angebot überhaupt zur Verfügung steht.

PSY-KOMO Gesundheits-begleitung

- Unterstützen Menschen mit SMI bei der Förderung ihrer körperlichen Gesundheit und der Wahrnehmung von wichtigen Präventions- und Behandlungsangeboten der somatischen Versorgung
- Netzwerkfunktion (Behandlerinnen und Behandler, lokale Unterstützungsangebote)
- Eingangsqualifikation: MFAs und Pflegekräfte, mit und ohne Arbeitserfahrung in der Psychiatrie

Genesungs-begleitung

- Werden im Kurs EX-IN (experienced involvement) zur Mitarbeit in psychiatrischen Diensten, in der Beratung oder als Dozent*in in der Aus-, Fort- und Weiterbildung qualifiziert
- Großer Fokus auf Wiedergesundung (Recovery) und Ressourcen
- Abgrenzung zu GB: Persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Krisen, Fokus auf Umgang mit und Genesung von psychischer Erkrankung

Soziotherapie

- Koordination von Behandlungsmaßnahmen, vor allem der psychischen Erkrankung (aber auch Unterstützung bei körperlichen Erkrankungen ist möglich)
- Bei Bedarf auch Motivationshilfe, Anleitung zu verbesserter Krankheitswahrnehmung, u.v.m.
- Ausbildungshintergrund: Soziale Arbeit oder Fachpflege mit mindestens dreijähriger psychiatrischer Berufspraxis
- Große Unterschiede in der Verfügbarkeit auf Länderebene
- Abgrenzung zu GB: Zielt vor allem darauf ab, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen

Soziale Arbeit

- Beratung und Betreuung einzelner Personen, Familien oder bestimmten Personengruppen in schwierigen Situationen
- Hauptaufgaben: Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme (z.B. Beratung bei Schulden, Erziehung)
- Weitere mögliche Aufgabenfelder sind u.a. Informationsveranstaltungen, Betreuung diverser Bedarfsgruppen, pädagogisches Arbeiten, Analyse sozialer Probleme sowie Tätigkeiten in der wissenschaftlichen Forschung und Lehre
- Abgrenzung zu GB: Wird meist von Sozialarbeiter*innen durchgeführt, körperliche Gesundheit nur kleiner Teilaspekt

Case Management	- Ermittlung des Hilfebedarfs betroffener Personen und Koordination von in die Unterstützung einbezogener Institutionen - Angebot der sozialen Arbeit - sehr unterschiedliche Maßnahmen in Abhängigkeit von Region und Anbieter (z.B. teilweise angeboten über Krankenkassen, teils über Kliniken) - Abgrenzung zu GB: Beschränkt sich nicht auf die körperliche Gesundheit und hat weniger präventive Aspekte
Einzelfallhilfe	- Einen Anspruch auf Einzelfallhilfe haben Personen mit einer Behinderung (z.B. psychische oder chronische körperliche Behinderung) im Rahmen der Eingliederungshilfe und Jugendliche, die einer intensiven Unterstützung bei der sozialen Integration bedürfen - Ressourcenorientiertes Arbeiten, um den Betroffenen eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen - Abgrenzung zu GB: Bezieht sich eher auf generelle Lebensbewältigung als auf die körperliche Gesundheit
Sozial-psychiatrischer Dienst	- Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisen - Oft ist der SPD (auch S.D., SPDi) in den Gesundheitsämtern angesiedelt - Beachte: Organisationstypen und Aufgaben unterscheiden sich durch rechtliche Regelungen der Bundesländer - Multiprofessionelle Zusammensetzung: Beschäftigte sind in der Regel (regional unterschiedlich) ärztlich, psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch oder pflegerisch ausgebildet - Mögliche Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen; Organisation ambulanter Hilfestellung; Beratung hinsichtlich Therapiemöglichkeiten; Problemen bei der Wiedereingliederung; Fragen zu Umgang mit Ämtern, Behörden, sowie der Alltags- und Lebensgestaltung - Abgrenzung zu GB: Somatische Aspekte eher untergeordnet, Fokus auf gesellschaftlicher Wiedereingliederung und Teilhabe
Psychiatrische Instituts-ambulanzen (PIA)	- PIA (Psychiatrische Institutsambulanzen) erfüllen Versorgungsauftrag für psychisch Erkrankte, die ein krankenhausnahes Versorgungsangebot benötigen - Leistungsangebot erfüllt das gesamte Spektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie gemäß dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse - Aufgaben: Psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakotherapie, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, Psychoedukation, Psychotherapie, Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans - Abgrenzung: Zielt darauf ab, durch Behandlungskontinuität stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, körperliche Gesundheit steht nicht im Vordergrund

Ergänzende unabhängige Teilhabe-beratung (EUTB®)

- Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen bedroht sowie deren Angehörigen
- Die EUTB® berät u.a. zu den Themen:
  - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der Zuständigkeit der Rehabilitationsträger.
  - Fragen rund um das Thema Teilhabe, z.B. am Arbeitsleben
  - Antidiskriminierung
  - Gesundheit
  - Migration
  - Persönliches Budget
  - Pflege
  - u.v.m.
- Viele Mitarbeiter der EUTB®-Angebote sind Peer-Berater*innen, d.h. sie leben selbst mit einer Behinderung
- Abgrenzung zu GB: Primär beratende Funktion mit Schwerpunkt auf Rehabilitation und Teilhabe

Unabhängige Beratungs-, Informations- und Beschwerde-stellen für psychisch Erkrankte

- Informieren über Hilfsangebote, sowie Leistungen von Einrichtungen und Diensten für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Beraten bei Problemen der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
- Unterstützen bei Beschwerden über Einrichtungen und Personen
- Begleiten bei Bedarf auch zu klärenden Gesprächen
- Abgrenzung zu GB: In der Regel Selbstorganisation durch Betroffene oder deren Angehörige; Fokus auf psychischer Erkrankung

Rechtliche Betreuung und Vorsorge-vollmacht

- Das Betreuungsrecht dient dem Schutz und der Unterstützung erwachsener Menschen, die aufgrund einer Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst regeln können
- Sowohl bei rechtlicher Betreuung, als auch Versorgungsvollmacht handelt es sich um eine rein rechtliche und keine soziale Betreuung
- Mit der Vorsorgevollmacht können Betroffene (vor Eintreten des Unterstützungsbedarfs) eine andere Person vorsorglich dazu bevollmächtigen, stellvertretend im Namen der Betroffenen zu handeln
- Gibt es keine geeignete Person für die Vorsorgevollmacht, bestellt das Gericht (bei Unterstützungsbedarf) eine*n gesetzliche*r Betreuer*in
- Abgrenzung zu GB: Bevollmächtige handeln im Namen der Patient*innen und können umfassende, rechtlich relevanten Bereiche übernehmen (z.B. Abschluss von Verträgen und Geschäften)

1.5 Beteiligte des Projekts



Konsortial-führung

Zentrales Steuerungsorgan, verantwortlich für das Gesamtprojekt

Modellregionen

In den vier Modellregionen wird die PSY-KOMO Idee vollständig umgesetzt: Training von ärztlichem Personal und Gesundheitsbegleitung, Rekrutierung von PSY-KOMO Patienten, Umsetzung der optimierten Versorgung (Diagnostik, Prävention und gegebenenfalls weiterführende Behandlung). Konsortialpartner in den Modellregionen sind das Universitätsklinikum der Goethe Universität-Frankfurt am Main (KGU), das Alexius/Josef Krankenhaus Neuss, das Klinikum Christophsbad Göppingen und die Universitätsmedizin Greifswald.

Training & Medikation

Die PHB (Psychologische Hochschule Berlin) ist schwerpunktmäßig für das Training der Gesundheitsbegleitung, das IFAM (Institut für Allgemeinmedizin) für das Training von Ärztinnen und Ärzten, das LVR-Klinikum für die Medikationsberatung (Konsile) verantwortlich

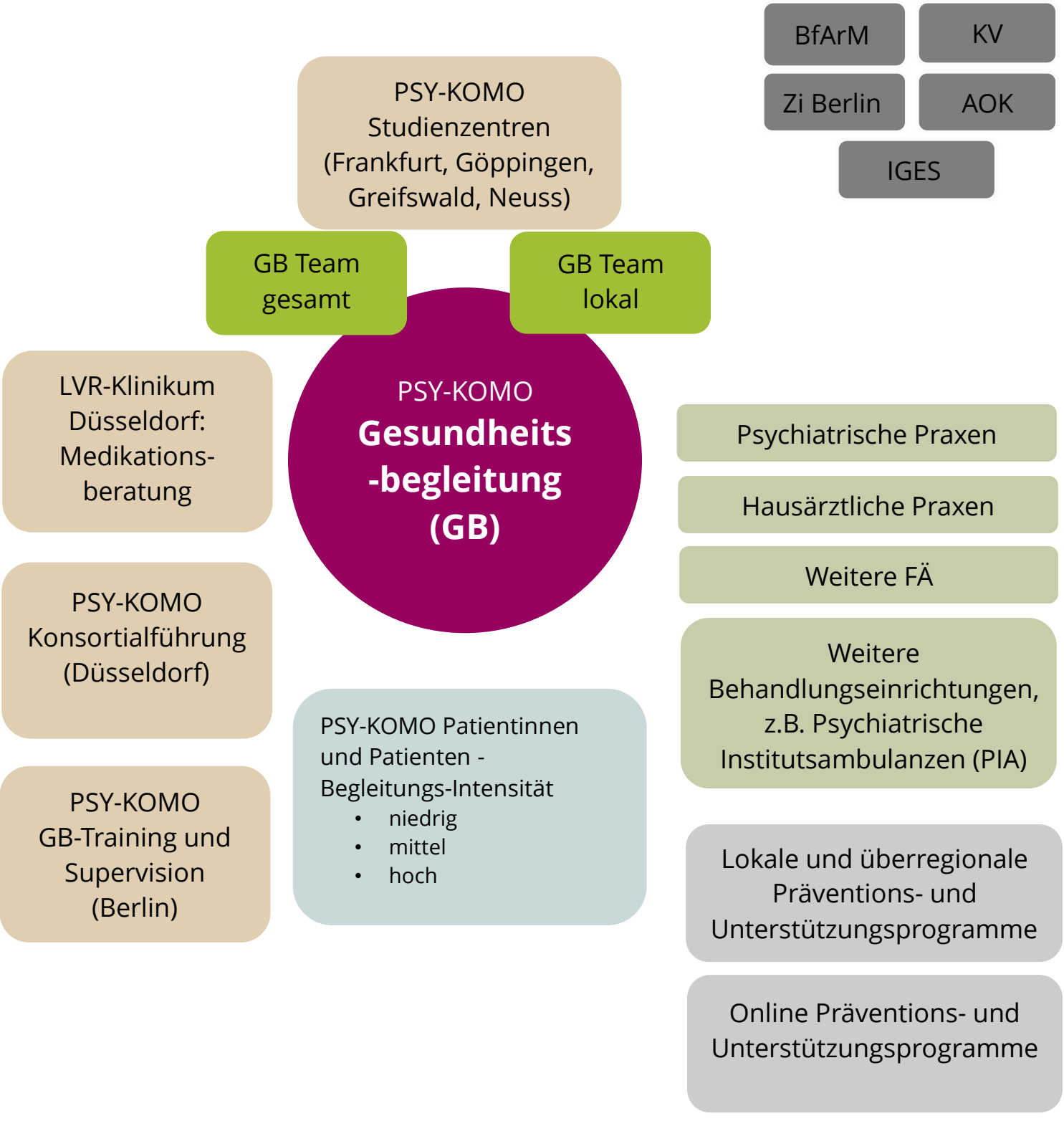
Daten

Zur Auswertung des Projekts werden von den beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen, der AOK Rheinland/Hamburg und dem Zi Berlin Abrechnungsdaten aufbereitet und zur Verfügung gestellt

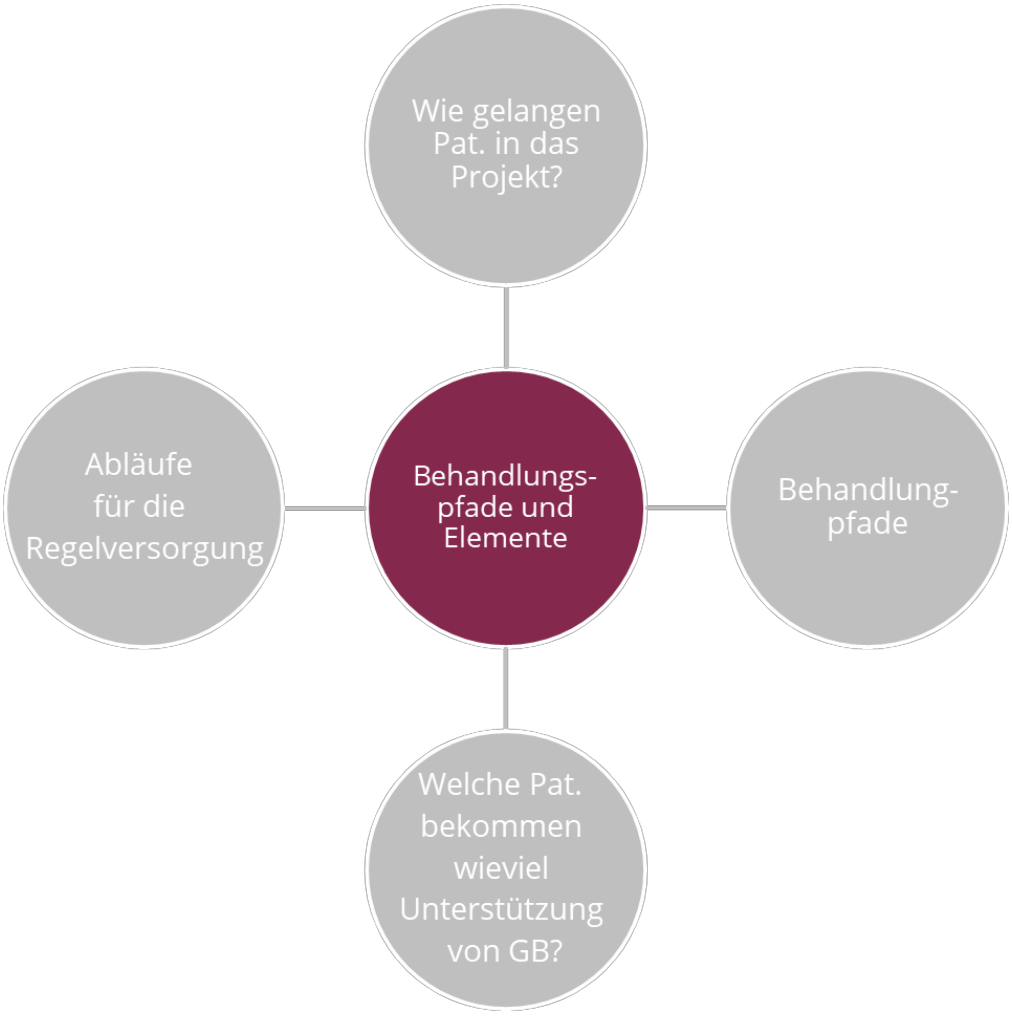
Evaluation & Beratung

IGES (Institut für Gesundheit und Sozialforschung), BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) und Zi Berlin (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) sind für die wissenschaftliche Evaluation des Projektes verantwortlich (Zentrale Frage: Werden durch PSY-KOMO Maßnahmen zu Prävention und Früherkennung von somatischen Erkrankungen vermehrt in Anspruch genommen?)

Wer sind die Beteiligten, mit denen die Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter zusammenarbeiten?



2 Behandlungspfade und Elemente



2.1 Wie gelangen die Patientinnen und Patienten in das PSY-KOMO Programm – und wie geht es dann weiter?

Von der ersten Information über das PSY-KOMO Programm bis zum Abschluss der 6-monatigen Teilnahme werden Patientinnen und Patienten je nach Bedarf verschiedene notwendige und auch optionale Stationen durchlaufen. Die wesentlichen Elemente des PSY-KOMO Projekts umfassen ein Eingangsscreening, die Möglichkeit zusätzlicher ärztlicher Telefonkonsile, die PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung und die zentrale PSY-KOMO Informations- und Präventionsplattform. Diese auf den ersten Blick nicht ganz leicht zu überblickenden Schritte sind hier im Wesentlichen dargestellt:

Weg in das PSY-KOMO Programm

- Rekrutierung über zertifizierte niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater in niedergelassenen Praxen und psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)
- Die Patientinnen und Patienten erhalten Aufklärungsunterlagen zum Projekt und können sich in Ruhe für oder gegen die Projektteilnahme entscheiden
- Um an der Studie teilnehmen zu können, muss eine Einverständniserklärung der Teilnehmenden vorliegen

Eingangsuntersuchungen und Zuordnung

- Nach Einschluss in das Projekt wird einmalig eine Erhebung von Primärdaten und eine körperliche Untersuchung (siehe Dokument Screening) in einer psychiatrischen Praxis oder PIA durchgeführt. Das beinhaltet:
  - Einschlussdiagnose(n)
  - Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, BMI und Blutdruck
  - Eingenommene Psychopharmaka
  - Konsumverhalten (Rauchen, Trinken, Medikamente)
  - Vorsorgeuntersuchungen
  - Somatische Komorbiditäten
  - Fragen zum Lebensstil (z.B. Bewegung)
  - Abklärung der hausärztlichen Versorgung

Mögliche Maßnahmen

Aus diesen Angaben der eingeschlossenen SMI-Patient*innen leiten die behandelnden Psychiater*innen das weitere Vorgehen ab und treffen eine Entscheidung, ob eine zusätzliche Gesundheitsbegleitung empfohlen wird:

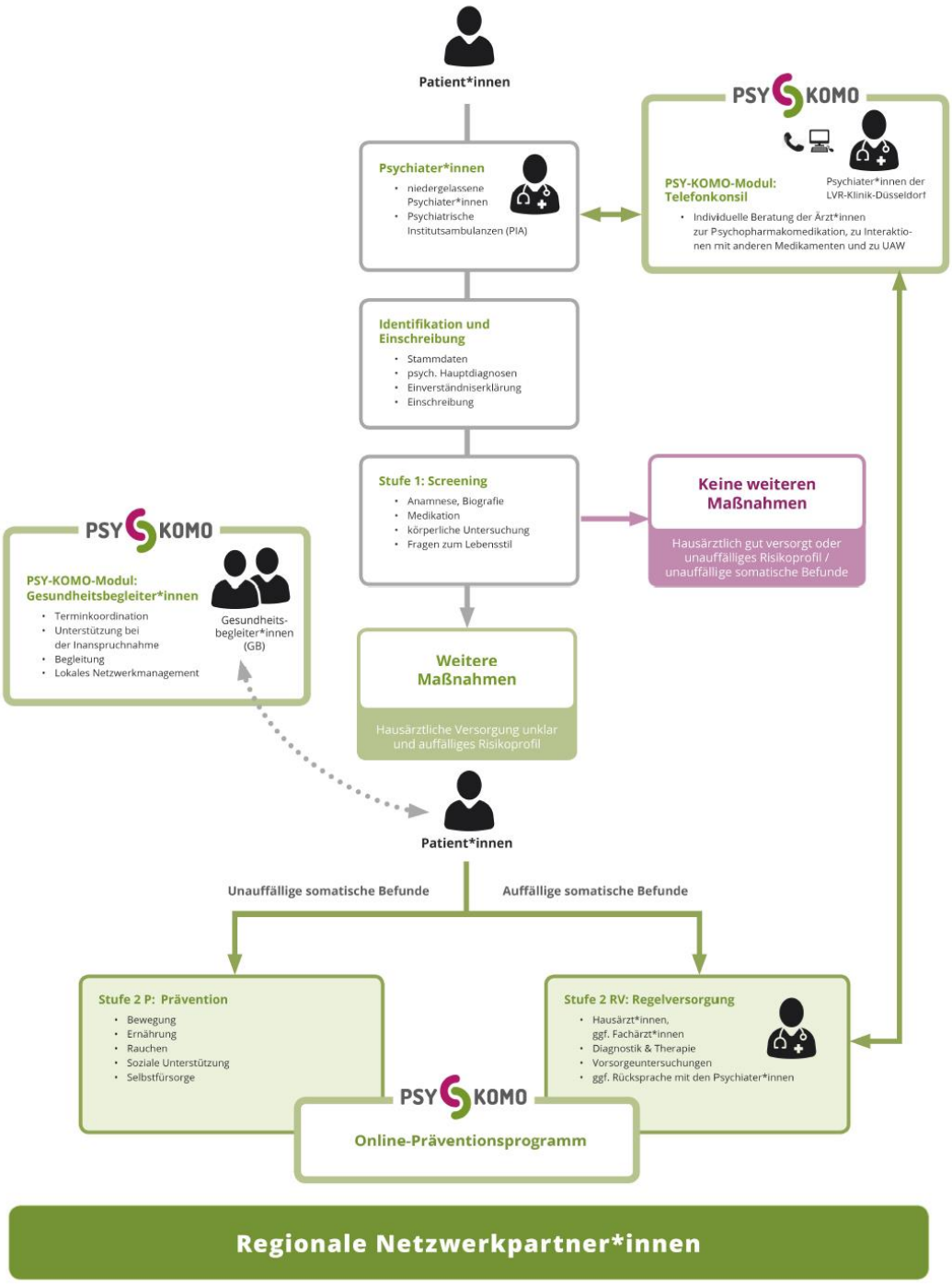
1. **Keine weiteren Maßnahmen:**
   - Bei unauffälligem Risikoprofil und/oder guter hausärztlicher Versorgung
   - Pat. erhalten Hinweise zu regionalen Präventionsangeboten und über die zentrale PSY-KOMO Informationsplattform zu Präventionsprogrammen

2. **Weitere Maßnahmen**

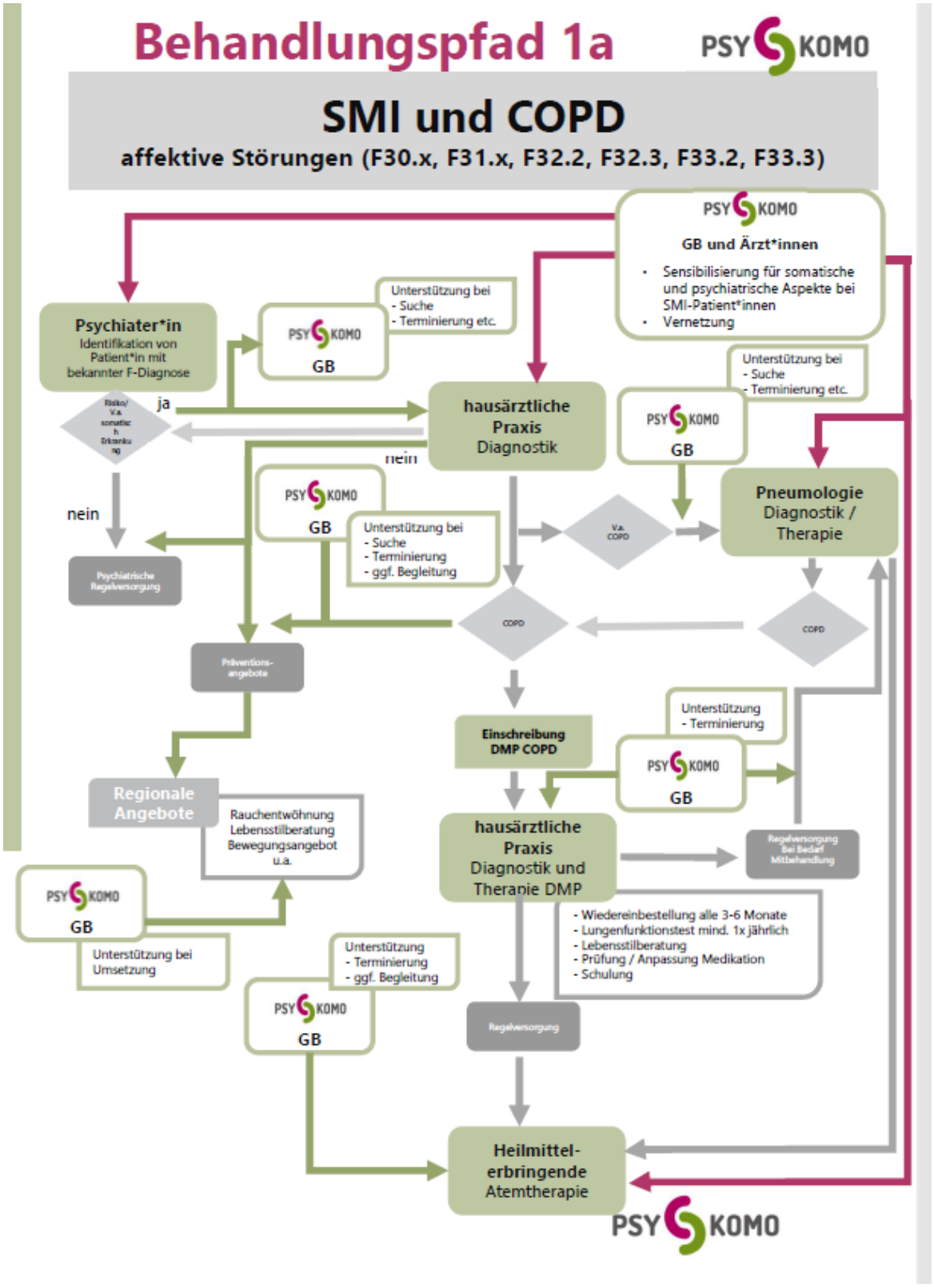
   Unauffällige somatische Befunde:
   - Einbindung in Präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung (Unterstützung durch Gesundheitsbegleitung möglich)

Auffällige somatische Befunde:

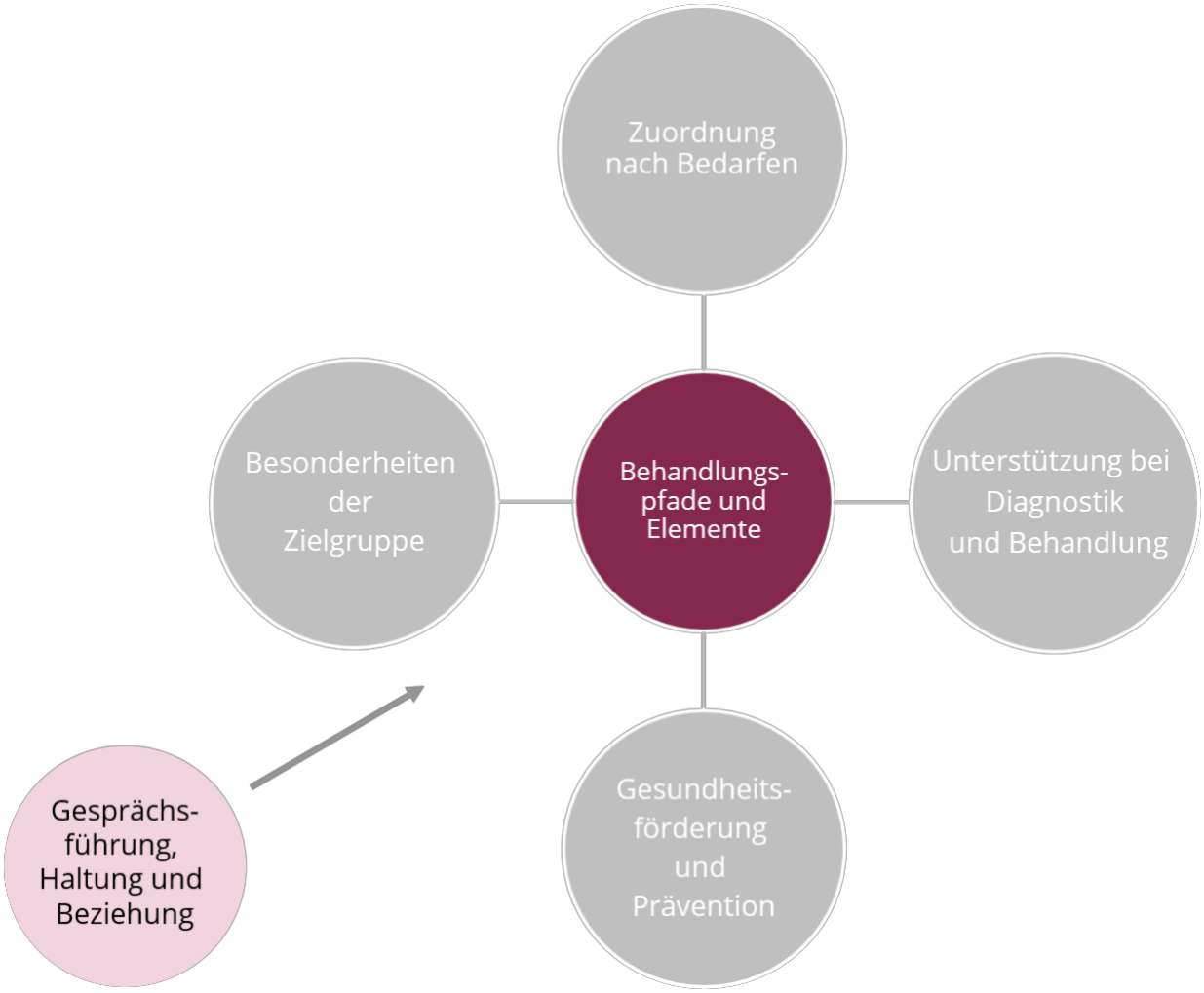
- Weitere Diagnostik, Vorsorgeuntersuchungen und Therapieabstimmung innerhalb der Regelversorgung (Unterstützung durch Gesundheitsbegleitung möglich)
- Einbindung in Präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung (Unterstützung durch GB möglich)
- Evtl. Einholen medizinischer (Telefon-) Konsile bezüglich UAWs und weiteren medizinischen Fragen bei der LVR Klinik Düsseldorf



2.2 Beispielhafter Behandlungspfad



3 Gesundheitsbegleitung als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten bei…



3.1 Unterstützung bei der Umsetzung von Behandlung und Diagnostik

Nachdem die Patientinnen und Patienten in das PSY-KOMO Programm eingeschlossen wurden und alle Basisuntersuchungen durchlaufen haben, sind gegebenenfalls weitere diagnostische sowie therapeutische Maßnahmen indiziert. Hierfür kann die Gesundheitsbegleitung auf Patient*innenseite unterstützend sowie auf ärztlicher Seite entlastend wirken. Beispielhaft sind hier verschiedene Unterstützungsbereiche genannt. Der Fokus der Unterstützung wird individuell festgelegt und kann natürlich auch anders aussehen. Zentral ist immer, Barrieren zur Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems abzubauen!

Hilfe bei der Termin-koordination	- Unterstützung der Patient*innen beim Finden geeigneter Expert*innen - Unterstützung von Terminvereinbarungen - Unterstützung bei Fahrten zu Ärzt*innen (insbesondere zum ersten Termin) - …
Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlungs-empfehlung	- Unterstützung bei der Wahrnehmung von indizierten Therapien (z.B. Physiotherapie) - Werden Behandlungsempfehlungen (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten) an Patient*innen ausgesprochen, können sie dies mit der Gesundheitsbegleitung besprechen - Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Online-Angeboten - …
Abbau von individuellen Hürden	- Abbau von Ängsten und Befürchtungen bezüglich Untersuchungsmaßnahmen - Zusätzliche Unterstützung bei Patient*innen mit ausgeprägter Antriebslosigkeit und Negativsymptomatik - Motivationsaufbau - Abbau von mobilitätsbedingten Einschränkungen (z.B. durch Aufsuchen der Patientinnen und Patienten bei entsprechender Notwendigkeit, Vermittlung ärztlicher Hausbesuche, etc…) - …

3.2 Gesundheitsförderung und Prävention – Bewegung

Ob jung, alt, männlich, weiblich, sozial besser oder schlechter gestellt: Bewegung ist unabhängig vom Gesundheitszustand eine bedeutsame Gesundheitsressource. Im Rahmen der Gesundheitsförderung sind Bewegung und Sport als besonders kostengünstige Maßnahmen nicht zu unterschätzen. Leider werden sie im Rahmen unserer modernen, ständig sitzenden Lebensweise immer weniger genutzt…

Förderung der körperlichen Gesundheit

Vorbeugend:

- Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose)
- Metabolische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht/Adipositas)
- Krebserkrankungen (z.B. Brust-, Darm- und Prostatakrebs)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz/Herzinfarkt, Schlaganfall)

Unterstützend:

- Generelle Stärkung des Immunsystems
- Verlangsamung von Alterungsprozessen

Verbesserung des psychischen Befindens

- Steigerung von Wohlbefinden, Förderung des eigenen Gesundheitsgefühls
- Reduktion von Angst, Stress und Depressivität
- Steigerung der Gedächtnisleistung
- Regelmäßige Bewegung hilft, den Alltag zu strukturieren
- Kann Schmerzen reduzieren und erholsamen Schlaf fördern
- Chance zur sozialen Interaktion durch Sport mit anderen

Verhaltens-änderungen sind nicht einfach…

Ganz allgemein fällt es uns Menschen schwer, einen Vorsatz (wie z.B. “Ich sollte mehr Sport treiben”) auch in konkretes Verhalten umzusetzen. Programme zur Bewegungsförderung sollten zuerst die Motivation fördern, so dass man sich ein Mehr an Bewegung überhaupt erstmal vornimmt und sich auch zutraut – erst im nächsten Schritt folgt die Unterstützung dabei, das selbst gesteckte Ziel auch zu erreichen.

Welche Art von Bewegung und wieviel davon ist erstrebenswert?

Grundsätzlich ist das, was an Bewegung erstrebenswert ist, immer sehr individuell und zum Beispiel abhängig vom aktuellen Fitnesszustand, Alter, Gewicht und körperlichen Einschränkungen. Es gibt aber dennoch allgemeine Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zum Beispiel:

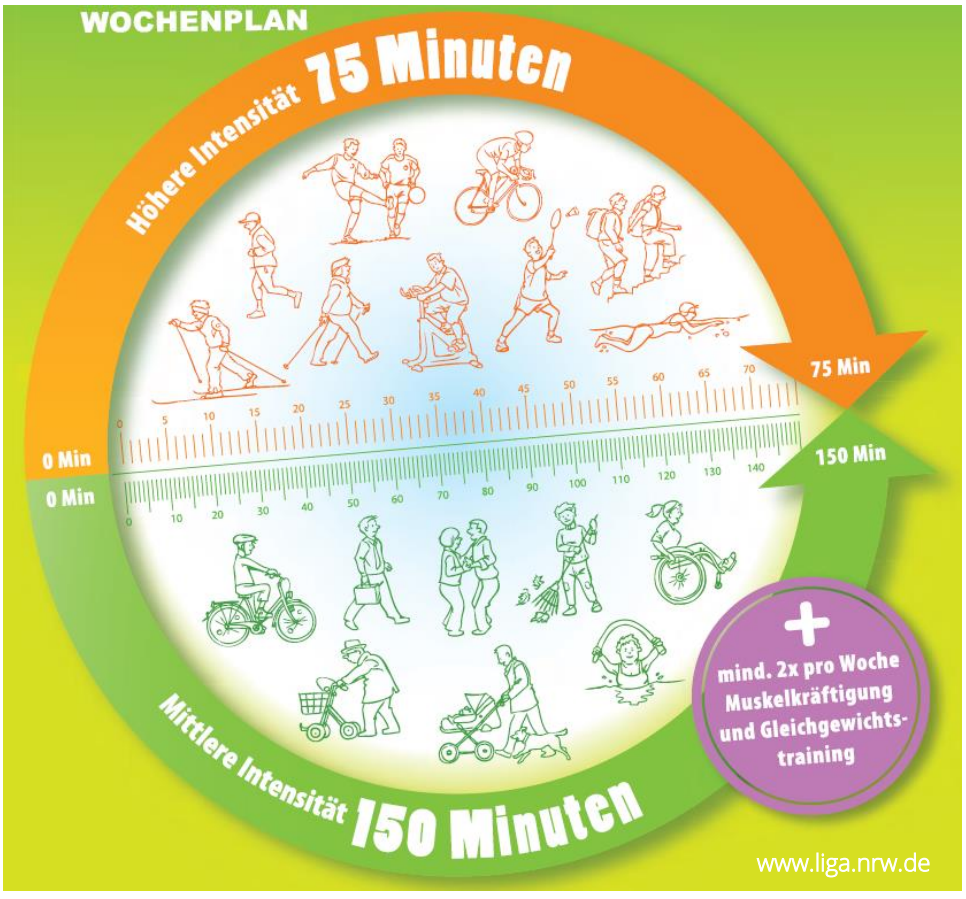
- pro Woche 150 Minuten ausdauerorientierte Bewegung mit mittlerer Intensität (Daumenregel: hierbei sollte man noch sprechen, aber nicht mehr singen können, z.B. zügiges Gehen oder Fahrradfahren, Schwimmen)

- oder alternativ pro Woche 75 Minuten ausdauerorientierte Bewegung mit hoher Intensität (Daumenregel: hierbei sind nur noch kurze Wortwechsel möglich, z.B. Jogging, Rennradfahren

- pro Woche mindestens zweimal Kraft- und Gleichgewichtstraining mit Beanspruchung aller großen Muskelgruppen (z.B. Kniebeugen), hierbei werden mindestens 2-3 Sätze mit 8-12 Wiederholungen für das Krafttraining empfohlen

- o.g. Zeitangaben können auch in (mindestens 10minütige) Bewegungseinheiten aufgeteilt werden

- Noch besser als diese Mindestempfehlungen ist ein Mehr an Bewegung (insbesondere tägliche) - aber auch weniger Bewegung als diese Empfehlungen ist bereits gesundheitswirksam!



3.3 Gesundheitsförderung und Prävention – Warum Ernährung so wichtig ist

Es ist nicht möglich, sich nicht mit Ernährung zu befassen - denn Essen müssen wir alle (und das mehrmals täglich). Doch auch über die reine Energiezufuhr für das Überleben hinaus haben die Art und die Menge unserer Nahrung bedeutenden Einfluss auf unsere Gesundheit und unser Befinden. Die Effekte unserer Ernährung können sowohl körperlich als auch psychisch positiv oder negativ ausfallen. Bei den folgenden Effekten ist natürlich nicht zu vergessen, dass die Gene ebenfalls eine Rolle spielen.

Positive Effekte "guter" Ernährung

- Positive Beeinflussung der körperlichen und psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens
- Fördert die Konzentration und Gedächtnisleistung
- Genuss durch achtsame Ernährung kann Zufriedenheit fördern und Stress reduzieren
- Körperliche Leistungsfähigkeit und Regeneration steigen
- Alterungsprozesse werden verlangsamt
- Kann Wirksamkeit von Psychopharmaka positiv beeinflussen
- Wirkt Übergewicht/Adipositas und damit verbundenen negativen Folgen entgegen
- Berücksichtigt Aspekte der Nachhaltigkeit (z.B. Ökobilanz, faire Produktionsbedingungen, Tierwohl)

Negative Effekte "schlechter" Ernährung

- Kardiovaskuläre Erkrankungen: Arteriosklerose (kann zu einer Vielzahl weiterer Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen); bedarf besonderer Beachtung, denn Fette lagern sich in den Blutgefäßen ein und verringern deren Elastizität
  - Um Arteriosklerose zu vermeiden, sollte die Ernährung arm an tierischen und gehärteten Fetten sein
  - Schätzungsweise 73% der Todesfälle durch kardiovaskuläre Erkrankungen gehen auf Ernährung zurück
- Diabetes mellitus Typ 2 und metabolisches Syndrom, u.a. durch zu viel Alkohol und tierisches Fett
- Krebserkrankungen werden durch Ernährung mit Alkohol, rotem Fleisch sowie wenig Antioxidantien begünstigt
- Demenz, gesättigte Fette erhöhen möglicherweise das Risiko, während Gemüse und Beeren protektive Faktoren sein könnten

Aber wie ernähren wir uns nun “richtig”?

Es gibt einige Anhaltspunkte, was ein "gutes" oder ein "schlechtes" Ernährungsverhalten ist - aber einfache, eindeutige, für alle Menschen gleiche Regeln gibt es nicht!

- Die Menge macht das Gift: Kein Lebensmittel ist per se als gesund oder ungesund zu kategorisieren.
- Eine Ernährungsweise, die sich für alle Menschen als besonders förderlich gezeigt hat,
    - beinhaltet viel Gemüse
    - ist abwechslungsreich
    - beinhaltet möglichst unverarbeitete Lebensmittel
    - achtet auf genügende Flüssigkeitszufuhr (ohne Alkohol und Zucker)
    - berücksichtigt individuelle Anlagen (z.B. Neigung zu Übergewicht) und individuelle Lebenssituation (insbesondere das Ausmaß des Energieverbrauchs durch Bewegung)
- **wichtig:** in der Begleitung von Patient*innen kann eine Ernährungsberatung sinnvoll sein. In diesem Feld gibt es allerdings auch viele eher unseriöse Angebote. Bei der eigenen Recherche und Vermittlung ist daher am besten darauf zu achten, dass die Ernährungsberatung als Kassenleistung erstattungsfähig ist

3.4 Gesundheitsförderung und Prävention – Rauchen als Problem

Der chronische Nikotingebrauch ist die häufigste vermeidbare Ursache für einen vorzeitigen Tod. Nichtrauchen gehört somit zu den allerwichtigsten Faktoren, welche Diabetes und Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krebserkrankungen verhindern können. Am besten sollte man also gar nicht erst mit dem regelmäßigen Rauchen beginnen! Denn das Begrenzen und Aufhören mit dem Rauchen ist meist schwer; die größte Hürde bei der Rauchentwöhnung sind die Entzugssymptome.

Statistik

- Jedes Jahr stehen in Deutschland über 100.000 Todesfälle unmittelbar mit dem Rauchen in Verbindung.
- Auch die Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch das Rauchen (z.B. Atem- und Fitnessprobleme) summieren sich zu einer großen individuellen und gesellschaftlichen Krankheitslast.
- Das Rauchverhalten und die Raucherquote unterscheiden sich in Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel:
    - weniger Raucher in Schichten mit höherer Bildung und höherem Einkommen
    - In der Altersgruppe zwischen 18 und 65 Jahren rauchen 24,2 % der Männer und 18,5% der Frauen (BzGa, 2018)
    - mehr Raucher unter Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Rauchen als "Selbstmedikation" und vermeintliches Stressmanagement)

Ab wann wird Rauchen problematisch?

Die allerwenigsten Raucher schaffen es, ihren Konsum dauerhaft so zu begrenzen, dass er ohne körperliche Folgen bleibt (“Kontrollierter Konsum” funktioniert in der Regel nicht). Merkmale einer Nikotinabhängigkeit sind (mindestens drei Merkmale müssen über mindestens 1 Monat bestehen):

1. Starkes, zwanghaftes Verlangen nach Tabakkonsum (Craving)
2. Verminderte Kontrolle über das Rauchverhalten (z.B. mehr rauchen als beabsichtigt)
3. Auftreten körperlicher Entzugssymptome (s.u.) bei Abstinenz
4. Zunahme des Rauchens, weil mehr gebraucht wird, um eine Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung)
5. Probleme im Alltag wegen des Tabakkonsums (z.B. fortgesetzte partnerschaftliche Probleme, Einschränkung der Freiheitsgrade für Aktivitäten, bei denen Rauchen unerwünscht oder unmöglich ist)
6. Anhaltender Tabakgebrauch trotz bereits vorliegender Gesundheitsschädigung

Weitere Probleme entstehen, wenn das Rauchen stark gekoppelt ist mit anderen psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Kaffee und Drogen (Konditionierung).

Entzugs-symptome als Barriere zur Entwöhnung

Wenn es einfach wäre, mit dem Rauchen aufzuhören, würden viele Raucher das auch einfach tun - dem stehen aber eine Menge Entzugssymptome im Wege, zum Beispiel:

- Unruhe, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Schlaflosigkeit
- Appetitzunahme und darauffolgend Gewichtszunahme
- ausgeprägtes Verlangen nach Nikotin
- Nikotinentzug kann auch mit Verschlechterung einer akuten psychischen Symptomatik einher gehen

3.5 Gesundheitsförderung und Prävention – Ansatzpunkte der Rauchentwöhnung

Mit dem Rauchen aufzuhören ist nicht immer leicht – ein guter Plan kann die Erfolgswahrscheinlichkeit deutlich erhöhen. Als wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Entwöhnung wird zuerst die Motivation des Rauchers betrachtet, das schädliche Verhalten zu verändern. Hierzu zählt nicht nur, dass man einen Rauchstopp bei sich für sinnvoll hält, sondern dass man es sich auch zutraut. Es gibt verschiedene bewährte Ansätze, Motivation zu fördern und die Umsetzung zu unterstützen. Die meisten Rauchenden benötigen mehr als einen Anlauf für eine anhaltende Abstinenz, d.h. Rückfälle sind normal und sollten nicht zur Selbstabwertung oder Entmutigung führen!

Positive Veränderungen durch Rauchstopp

- Reduziertes Krankheitsrisiko: Verbesserung der Lungenfunktion und Verminderung des Risikos für Atemwegserkrankungen bereits nach wenigen Tagen; Verminderung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Verbesserung der Fruchtbarkeit und Potenz; Verminderung des Risikos für viele verschiedene Krebserkrankungen
- Finanzen: Mehr Geld für andere Lebensbereiche, bspw. spart eine Person, die täglich ein Päckchen geraucht hat, über 2500 € pro Jahr
- Soziale Faktoren: Man muss gesellige Runden nicht mehr verlassen, vermeidet die Schädigung anderer (Passivrauchen)
- Freiheit: Entspannteres Leben, da man keine Pausen mehr für das Rauchen einlegen muss und keinen “Rauch-Stress” mehr empfindet
- Gesünderes Aussehen und Attraktivität: Verfärbungen von Zähnen und Nägel verschwinden, die Haut wird glatter und der unangenehme Geruch verschwindet
- Verbesserung der körperlichen Fitness: Man wird körperlich fitter, belastbarer und gesünder

Methoden zur Rauch-entwöhnung aus der Verhaltenstherapie

- Kann in Form von Selbsthilfeprogrammen oder angeleitet (z.B. in einer Gruppe) stattfinden
- Vorbereitung für die erfolgreiche Rauchentwöhnung ist die Entwicklung eines Verständnisses der für die Entstehung und Aufrechterhaltung verantwortlichen Mechanismen (Psychoedukation).
- Um Abstinenz zu erreichen und aufrecht zu erhalten, werden neue Strategien zur Stressbewältigung, Umgang mit Entzugssymptomen und Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe erarbeitet.

Pharmakologische Ansätze

- Die Erfolgsrate bei Pharmakotherapie steigt bei Kombination mit Rauchentwöhnungsprogrammen.
- Eine Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Nikotinpflaster) verdoppelt bei schweren Raucherinnen und Rauchern die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Auch ärztlich verschriebene andere Medikamente haben sich als hilfreich erwiesen (z.B. Nikotin-Agonisten, manche Antidepressiva).

Alternative Verfahren

Es gibt weitere Ansätze, die bei manchen Betroffenen die Rauchentwöhnung wirksam unterstützen können, zum Beispiel:

- Hypnotherapie, Akupunktur
- App-gestützte Verfahren (z.B. der Krankenkassen; oft auf verhaltenstherapeutischer Basis)

3.6 Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe

Eine "gesunde Lebensweise" und die Umsetzung gesundheitsbezogener Verhaltensänderungen und präventiver Maßnahmen fallen den meisten Menschen nicht eben leicht. Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwerer Depression, bipolarer Störung oder Borderline-Störung (einschließlich komorbider Substanzkonsumstörungen) bedürfen aber häufig besonderer Unterstützung, wenn sie unter einer oder mehrerer der folgenden Einschränkungen leiden:

Psychische Faktoren

- Inhaltliche Denkstörungen wie zum Beispiel Wahn oder Zwangsgedanken
- Antriebsarmut und Motivationsverlust
- Misstrauen und Ängste gegenüber ungewohnten Situationen und unbekannten Personen
- Veränderungen in der Sinneswahrnehmung
- Emotionale Instabilität, Impulsivität und Risikoverhalten
- Schwierigkeiten in der Kommunikation und Konfliktlösung
- Geringes Vertrauen in die eigene Tüchtigkeit und geringes Selbstwertgefühl
- Hoffnungslosigkeit und Demoralisation
- Mangelnde Inanspruchnahme und Verteidigung eigener Bedürfnisse und Rechte wegen fragiler Ich-Grenzen
- Besondere Verletzlichkeit während psychotischer/psychischer Krisen
- Schwankungen bei der Fähigkeit, Herausforderungen des Lebens zu bewältigen

Kognitive Einschränkungen

- Formale Denkstörungen wie zum Beispiel umständliches oder verlangsamtes Denken
- Verständnisschwierigkeiten
- Gedächtnisschwierigkeiten
- Probleme, über einen längeren Zeitraum Aufmerksamkeit und Konzentration aufrecht zu erhalten
- Schwierigkeiten, sich zu orientieren (z.B. räumlich und zeitlich)
- sprachliche Probleme

Umweltfaktoren

- Phänomen des *„Overshadowings"* auf Seiten des Gesundheitssystems (somatische Probleme werden nicht erkannt, weil die psychische Symptomatik alles andere überschattet) und häufig kategorial/dichotomisierend gedacht wird („Ist es körperlich oder psychisch?")
- Diskriminierende Sprache (geistesschwach, irre, ...): wirkt verletzend, erzeugt Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit
- Ungeduld oder Ablehnung gegenüber eigentümlichem Verhalten
- Soziale Isolation aufgrund von sozialem Rückzug und Stigmatisierung
- Prekäre Lebensverhältnisse (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit) und/oder ein soziales Umfeld, das Gesundheitsverhalten erschwert (z.B. bzgl. Alkohol- und Tabakkonsum)

3.7 Erstgespräch und Beziehungsgestaltung

Der erste Kontakt zu den Patientinnen und Patienten hat vor allem das Ziel, eine tragfähige und kooperative Arbeitsbeziehung aufzubauen. Wir können nur mit Menschen arbeiten, die auch nach dem Erstgespräch weiterhin von uns begleitet werden möchten. Daher stellt das Erstgespräch, gegebenenfalls auch verteilt auf zwei Termine, einen wichtigen Raum für das gegenseitige Kennenlernen und den Aufbau von Vertrauen dar. Dabei sollen idealerweise auch realistische Erwartungen an die Gesundheitsbegleitung abgestimmt werden und Informationen für Unterstützungsmöglichkeiten gegeben werden. Das Gespräch lässt sich in der Regel gut in drei Bereiche gliedern:

Kennenlernen und Beziehungsaufbau

Wichtig ist zunächst, Verständnis zu zeigen und Vertrauen aufzubauen:

- Vorstellen der eigenen Person und der Rolle als Gesundheitsbegleitung
  - z.B. vorherige Tätigkeiten; Bisherige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SMI-Betroffenen bzw. der Gesundheitsförderung, Motivation für das PSY-KOMO Projekt etc.
  - Angebot und Raum für Fragen lassen
  - Bei misstrauischen Patient*innen ggf. darauf hinweisen, dass man sich Notizen macht und diese am Ende des Gesprächs auch nochmal eingesehen werden können
- Interessierte und empathische Gesprächsatmosphäre erzeugen
  - z.B. Validieren (siehe Infoblatt 3.8), interessiert zuhören und nachfragen, nicht überfordern und in kleinen Schritten, etc.
- Transparenz über den Prozess der Gesundheitsbegleitung herstellen (z.B. die Aufgabenfelder und Unterstützungsmöglichkeit der Gesundheitsbegleitung grob erklären)
  - Klären von Erwartungen an die Gesundheitsbegleitung
- Umgang mit Angehörigen und Begleitpersonen:
  - Validieren, dass Begleitperson mitgekommen ist – sofern keine bedeutsamen Gründe dagegensprechen, Hinweis geben und darauf hinwirken, dass Gespräche ohne die Begleitperson stattfinden sollen (Gefahr der Bevormundung, dass für Patient*innen gesprochen wird, Patient*innen nicht selbst zu Wort kommen, etc.)
  - Hilfreich kann auch das Angebot sein, Begleitpersonen zum Ende des Gesprächs noch einmal hereinzubitten oder einen Extra-Termin für ein Angehörigengespräch anzubieten

Sammlung von Informationen

Wichtig: Das Erstgespräch dient nicht der direkten Aufforderung zur Veränderung:

- Patient*innen werden in der Regel erstmal daran interessiert sein, gesehen zu werden und möchten eine Entscheidung treffen, ob sie das Angebot auch wahrnehmen möchten
- Daher ist es notwendig, ihnen ausreichend Raum zu geben, sie frei berichten und ankommen zu lassen
- Mögliche Fragen:
  - Gibt es bereits ärztliche Diagnosen und Behandlungsempfehlungen?
  - Was tun Sie für ihre körperliche Gesundheit?

- Was würden Sie gerne anders machen, aber wissen nicht wie?
- Wo sehen Sie besonderen Bedarf? Auch: Wo ist die Motivation aktuell am größten?
- Was sind Erwartungen und Zielvorstellungen an die Gesundheitsbegleitung?
- Haben Sie in der Vergangenheit Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gespürt? Falls ja, welche?
- Haben Sie Ideen, welche Ressourcen ihnen helfen könnten?
- Kennen Sie Schwankungen darin, wie gut Ihnen die Dinge gelingen?

Organisatorische Aspekte und Abschluss

- Organisatorisches (dies kann auch die Aufklärung beinhalten, dass die Rahmenbedingungen noch entwickelt werden)
  - Frequenz und Dauer der Unterstützung
  - Kontaktmöglichkeiten
  - Eventuell Handout mit eigenen Informationen mitgeben
  - Wichtig: Kompetenz berücksichtigen: Manche Pat. sind möglicherweise überfordert mit bestimmten Medien
- Abschluss:
  - Nachfragen, ob es noch offene Fragen gibt
  - Kurzzusammenfassung geben
  - Eventuell signalisieren, dass man sich auf Zusammenarbeit freut
  - Nachfolgetermin vereinbaren

3.8 Gesprächsführung und Motivationsförderung

In der Arbeit mit den SMI-Patientinnen und Patienten ist es besonders wichtig, gut in Kontakt zu kommen und gleichzeitig eine veränderungsorientierte Arbeitsbeziehung herzustellen. Der Kontakt ist also durch die Balance zwischen Akzeptanz des Ist-Zustands und der Ausrichtung auf Veränderung gekennzeichnet. Ziel ist es, dass die Patientinnen und Patienten sich einerseits angenommen und mit ihren Problemen ernstgenommen fühlen, andererseits Hoffnung, positives Zutrauen und Bestärkung erfahren, um die Motivation für Änderungen in ihrem Gesundheitsverhalten zu steigern. In diesem Überblick werden zentrale Aspekte von Beziehungsgestaltung und Motivationsaufbau dargestellt.

Validierende Grundhaltung

Validierung bedeutet, einer anderen Person zu vermitteln, dass ihre subjektive Sicht der Dinge nachvollziehbar und ihre dazugehörigen Gefühle stimmig sind. Prinzipiell können alle Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens validiert werden. Dazu zählen zum Beispiel Emotionen, Motive, Sichtweisen, Einstellungen, die Entwicklung eines bestimmten Problemverhaltens oder diesbezügliche Bemühungen einer Person. Gerade SMI-Patient*innen erleben häufig, dass ihr Denken und Fühlen in Frage gestellt wird, weshalb dieser Aspekt besonders wichtig ist. Aspekte der Validierung können sein:

- Nicht-wertendes, interessiertes Nachfragen
- Gesagtes in eigenen Worten wiedergeben („Ich habe dieses und jenes verstanden, stimmt das?“)
- Subjektive Perspektive äußern („Ich kann mir vorstellen, wie schwierig das für sie sein muss“)
- Normalisieren („In dieser Situation ist es gut nachvollziehbar, dass Ihnen das bisher nicht gelungen ist“)

Positive Erfolgserwartung

Förderung von Hoffnung und Zuversicht sowie Zutrauen in die eigenen Kompetenzen, da eine positive Erwartungshaltung das Gesundheitsverhalten fördert.

- Regelmäßige Rückmeldungen erbeten (z.B. „Was war für Sie nun am hilfreichsten?“ „Was möchten Sie weiterverfolgen?“; „Welche Erkenntnisse haben Sie mitgenommen?“)
- Transparente und gute Informationsvermittlung beim Aufzeigen der Möglichkeiten der Gesundheitsförderung

Soziale Verstärkung

Verstärkung bedeutet in der Psychologie, dass ein Verhalten aufgrund einer positiven Konsequenz häufiger ausgeführt wird

- Zu den sozialen Verstärkern zählen u.a. Lob, Zuwendung und Aufmerksamkeit
- Lob hat bei der PSY-KOMO Zielgruppe eine immense Bedeutung, da SMI-Betroffene ihre eigenen Leistungen häufig abwerten. Leistungen und Anstrengungen von Patientinnen und Patienten verdienen Anerkennung und sollen gelobt werden – natürlich sollte dies in einem authentischen und glaubwürdigen Rahmen geschehen
- Wichtig: Vor allem die Anstrengung verstärken, nicht nur den Erfolg (z.B. Erfolglose Terminvereinbarung in einer fachärztlichen Praxis)

Motivierende Gesprächsführung

Grundannahmen:

- Motivation ist nicht statisch, sondern verändert sich stetig und kann gefördert werden
- Gründe, die man selbst für eine Veränderung gefunden hat, sind wirksamer als Gründe von Anderen
- Je häufiger man selbst Argumente für eine Veränderung ausspricht, desto wahrscheinlicher verändert man sich auch

Fördern von patientenseitigen Aussagen in Richtung Veränderung:

- Offene Fragen in Richtung Veränderung: z.B. Was wäre für Sie anders, wenn sie weniger Rückenschmerzen hätten?
- Bestärkungen: z.B. Das klingt nach einem sehr guten Vorsatz, weiter so!
- Aktives Zuhören (Wiederholen, umformulieren, paraphrasieren, Gefühl reflektieren)
- Zusammenfassen

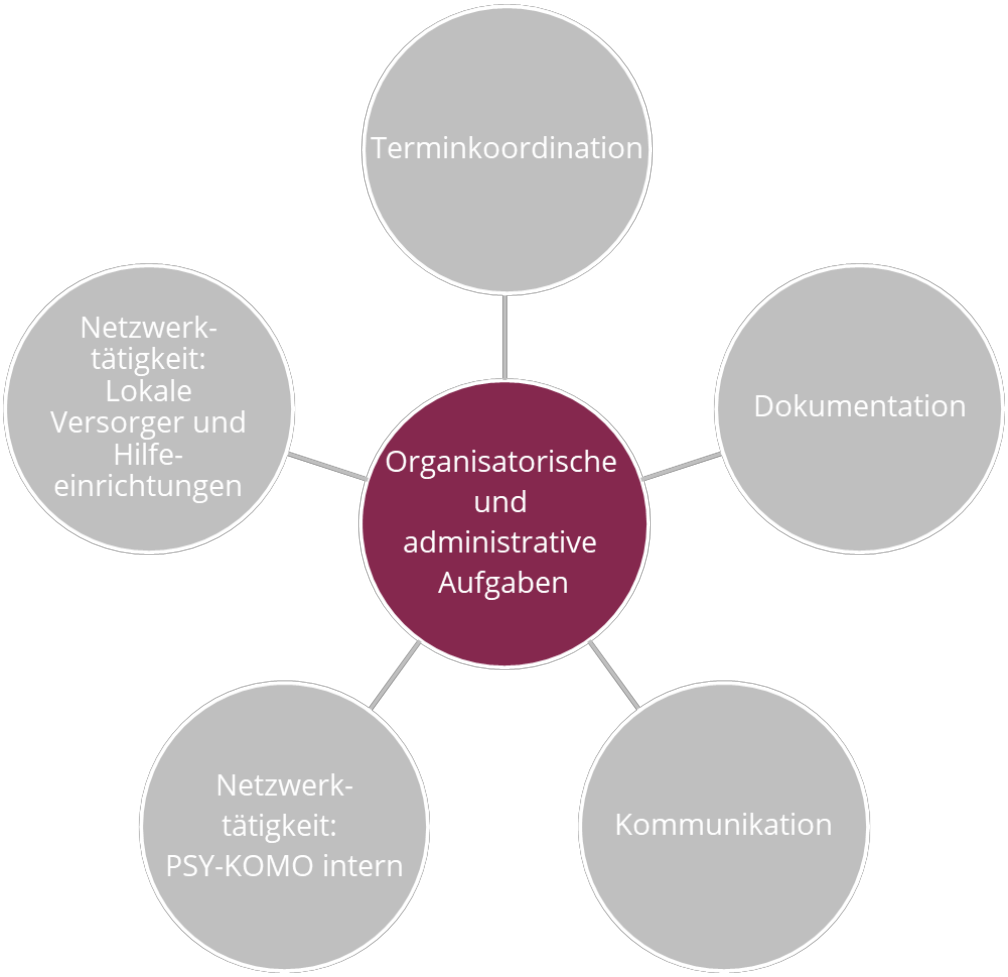
Akzeptierende Haltung gegenüber Hinderungsgründen ohne direkte Überzeugungsversuche

Berücksichtigung der individuellen Sicht auf die Dinge

PSY-KOMO soll die Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, ein möglichst autonomes Leben zu führen, jedoch kann die eigene Motivation und der Anspruch im Projekt möglicherweise auch überfordern und entmutigen:

- Abgleich eigener Ziele mit den Zielen der Patientinnen und Patienten ist von essentieller Bedeutung
- Die Diagnose ist für die meisten Personen weniger relevant, als die dadurch erfahrenen Einschränkungen (z.B. (Selbst-) Stigmatisierung, individuelle Symptome und deren Folgen, geringere soziale Teilhabe)
- Die Berücksichtigung von patientenseitigen Ressourcen kann sehr hilfreich sein:
  - z.B. die Familie, das soziale Umfeld, Situationen, in denen das gewünschte Verhalten schon mal geklappt hat
  - auch Ziele und Werte, Vorlieben und Wünsche können wertvolle Ressourcen sein
- Eine erste Einschätzung muss oft auch wieder revidiert werden:
  - Auch zunächst sehr souverän auftretende Menschen können Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Gesundheitsverhalten haben
  - Im Rahmen von SMI gibt es häufig Schwankungen: Was heute noch gut geklappt hat, kann ein andermal wieder sehr schwer fallen (und umgekehrt)

4 Organisatorische und administrative Aufgaben



4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)

Ein wesentlicher Aspekt der Tätigkeit von Gesundheitsbegleiterinnen und –begleitern ist deren Lotsenfunktion im Gesundheitssystem. Sie sind oder werden also Experten für lokale Angebote des Versorgungssystems und benötigen dafür Netzwerkwissen, dass sie gegebenenfalls erwerben oder erweitern müssen. Je nach Standort können die Angebote im Versorgungssystem unterschiedlich ausfallen, daher sind diese hier in Form von Kategorien dargestellt. Wichtig ist zu betonen, dass je nach Standort und natürlich auch nach Person unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten zur Anwendung kommen können. Möglicherweise gibt es zum Beispiel bereits eine standortspezifische Datenbank. Außerdem werden von PSY-KOMO kontinuierlich Informationen über das PSY-KOMO Präventionsportal unter www.psy-komo-tut-mir-gut.de bereitgestellt. Neben den hier aufgeführten Recherchemöglichkeiten kann auch das Kapitel 1.4 (Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen…) als Orientierung dienen.

Tipps zur Online-Recherche

- Suche über Suchmaschinen wie Google, Bing, Ecosia, MetaGer, Startpage, DuckDuckGo etc.
  - Oftmals muss die Suche durch geeignete Stichworte erst eingegrenzt werden (sonst zu viele Ergebnisse)
  - Suche mit wenigen Stichwörtern statt ganzen Sätzen (z.B. Ernährungskurse, die von den Krankenkassen erstattet werden: „Neuss“, „Ernährungskurs“, „Erstattung“)
- Findet sich auf einer verlinkten Website zunächst nicht direkt das, wonach man gesucht hat, kann man die Seite mithilfe der Tastenkombination „Strg“ + „F“ nochmal gezielt nach einem Stichwort durchsuchen (z.B. „Ex-IN“)
- Recherchierte Angebote sollten entweder von den Krankenkassen erstattet werden können oder kostenfrei sein

Bereiche, in denen Netzwerkwissen relevant ist

Psychische Gesundheit:
- Stationäres klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem
- Ambulantes klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem
- Psychotherapeutisches Versorgungssystem
- Außerklinische psychosoziale Angebote

Körperliche Gesundheit / Unterstützung bei der Lebensbewältigung:
- Spezialkliniken / Spezialambulanzen verschiedener Fachrichtungen
- Niedergelassene FÄ verschiedener Fachrichtungen
- Außerklinische Betreuungs- und Unterstützungsangebote
- Gesundheitliche Präventionsangebote

Recherche-möglichkeiten

- Regionale Broschüren, die Angebote speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen auflisten:
  - Über Websuche (z.B. „Angebote psychische Erkrankung Greifswald“) oder direkte Nachfrage bei sozialpsychiatrischen Diensten
  - Beispiel Raum Ulm: „Wegweiser – Unterstützungsangebote für psychisch erkrankte Menschen“ https://www.bezirk-schwaben.de/media/5975/psychiatrische-angebote_2019_webversion.pdf

Recherche-möglichkeiten

- Stationäres und teilstationäres Versorgungssystem:
  - Datenbanken (Für Frankfurt z.B.: https://www.kliniken.de/suche/krankenhaus?l=Frankfurt%20am%20Main&sortierung=2)
  - Datenbanken der Krankenkassen (z.B. https://www.aok.de/pk/rh/medizin-versorgung/krankenhaussuche)
  - Für Rehaleistungen (z.B. https://www.rehakliniken.de/rehakliniken/kliniksuche, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Einrichtungen/UmkreisSuche_Kliniken/kliniken_node_functional.html)
- Ambulantes Versorgungssystem:
  - Datenbank der kassenärztlichen Vereinigung (https://patienten.kvno.de/praxissuche)
  - Datenbanken der Krankenkassen (z.B. https://www.aok.de/pk/uni/medizin-versorgung/arztsuche/)
- Außerklinische psychosoziale Angebote:
  - Lokale Datenbanken (Für Neuss z.B.: https://www.rhein-kreis-neuss.de/de/verwaltung-politik/aemterliste/gesundheitsamt/dienstleistungen/hilfen-fuer-psychische-kranke-und-deren-angehoerige/)
  - Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: https://www.bzga.de/service/beratungsstellen/
- Außerklinische soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote:
  - Meist lokal sehr unterschiedlich, häufig organisiert im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) der jeweiligen Kommune bzw. des Bezirks
  - Recherche vor allem über lokale Datenbanken (Für Greifswald z.B.: http://www.psychiatriewegweiser.sozialpsychiatrie-mv.de/angebote/)
- Gesundheitliche Präventionsangebote:
  - Datenbanken der Krankenkassen zu anerkannten Präventionsangeboten: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

Bereiche, in denen Netzrecherche angewendet werden kann

Beispielvorlage für den Standort:

Stationäres klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem	• *Akutpsychiatrien* • *Psychosomatische Kliniken* • *Psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken* • *Reha-Kliniken*
Ambulantes klinisch-psychiatrisches Versorgungssystem	• *Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)* • *niedergelassene FÄ für Psychiatrie (Datenbank der kassenärztlichen Vereinigung https://patienten.kvno.de/praxissuche)*
Psycho-therapeutisches Versorgungssystem	• *Ärztliche Psychotherapeut*innen* • *Psychologische Psychotherapeut*innen*

Außerklinische psychosoziale Angebote	• *Sozialpsychiatrischer Dienst* • *Beratungsstellen* • *EX-IN Genesungsbegleitung* • *Soziotherapie* • *Case-Management* • *Beratungs-, und Beschwerdestelle für psychische kranke Menschen und deren Angehörige* • *Selbsthilfegruppen* • *Dienste zum Einbezug Angehöriger*
Außerklinische Betreuungs- und Unterstützungs-angebote	• *Betreutes Wohnen* • *Einzelfallhilfe* • *Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung* • *Gesetzliche Betreuung*

Niedergelassene FÄ verschiedener Fachrichtungen	• *Allgemeinmedizin*
	• *Dermatologie*
	• *Gynäkologie*
	• *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*
	• *Innere Medizin*
	  ○ *Endokrinologie und Diabetologie*
	  ○ *Gastroenterologie*
	  ○ *Hämatologie und Onkologie*
	  ○ *Kardiologie*
	  ○ *Nephrologie*
	  ○ *Pneumologie*
	  ○ *Rheumatologie*
	• *Orthopädie*
	• *Urologie*
	• *Chirurgie*
	• *Übergreifende Einrichtungen (z.B. MVZ)*

Spezialkliniken / Spezialambulanzen verschiedener Fachrichtungen	
Weitere Dienste der somatischen Versorgung	
Gesundheitliche Präventions-angebote	• *Rauchentwöhnung* • *Ernährung* • *Bewegung* • *Selbstfürsorge*

5 Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter?



5.1 Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB): Was zählt zu den Aufgaben, und was zählt nicht dazu?

Was genau bedeutet es überhaupt, Gesundheitsbegleiterin oder Gesundheitsbegleiter zu sein? Das Infoblatt *Angebot für Menschen mit Psychischen Erkrankungen (SMI) – Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB)* gibt einen ersten Eindruck über die neue Versorgungsform und die Unterscheidung zu verwandten Berufen. Natürlich kann diese wichtige und neue Aufgabe nicht auf einer Seite beschrieben werden – das vorliegende Blatt soll jedoch Hinweise über die verschiedenen Arten geben, auf denen GB zur verbesserten somatischen Gesundheit von SMI Patientinnen und Patienten beitragen können.

Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten

- Vermitteln von Basisinformation und Motivation zur Gesundheitsförderung, primär über Weiterleitung zu Portalen und regionalen Anbietern
- Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik, zum Beispiel bei der Terminvereinbarung
- Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlung, zum Beispiel beim Aufsuchen des ersten Termins
- Vermittlung oder eigene Durchführung von indizierter Prävention bei Patienten mit Risikofaktoren
- Gruppenangebote, sowie Vernetzung der Patientinnen und Patienten mit anderen Betroffenen

Weiter-entwicklung

- Mitwirkung an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform
  - Partizipativer Prozess, die neue Versorgungsform kann nur durch Einbezug der Erfahrungen von GB erfolgen
- Teilnahme an der Prozessevaluation
- Kontinuierliches Training und Supervision, PSY-KOMO interne Kommunikation/ Meetings inkl. Intervision
- Kontinuierliche Fortbildung
- Selbstfürsorge (z.B. Stressbewältigung)

Grenzen der Zuständigkeit

Um die Übernahme der neuen Instanz Gesundheitsbegleitung in die Regelversorgung zu ermöglichen, ist es wichtig, die Tätigkeit klar zu definieren:

- Austarieren zwischen neuer unmittelbarer Unterstützungsmöglichkeit und Weiterleitung/Vernetzung zu bestehendem Unterstützungssystem
- Erarbeitung von Grenzen beim Ausmaß und Umfang der Unterstützung
- Die GB Tätigkeit soll keine bestehenden Angebote ersetzen, z.B. Psychotherapie, Genesungsbegleitung oder Einzelfallhilfe

5.2 Wie wirken die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform mit?

Die Arbeit als PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung ist ganz zentral, um das oberste PSY-KOMO-Ziel zu erreichen: Die Hinwirkung auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit für eine besonders vulnerable Gruppe. Die Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung helfen maßgeblich, die neue Versorgungsform flächendeckend einsetzen zu können.

Mitentwicklung an einem gemeinsamen Leitbild

- PSY-KOMO Identität: Woran wollen wir uns als projektbeteiligte orientieren?
- Gemeinsame Werte aller im Projekt Beteiligten und Kommunikation auf Augenhöhe: Wir sind gegenseitig aufeinander angewiesen
- Selbst-Fürsorge als Teil der gemeinsamen Aufgabe etablieren

Warum ist die GB-Tätigkeit so essentiell?

- **Für das Gesamtprojekt:** Vermittlungsrolle zwischen der Patientenseite, der ärztlichen Seite und der Studienkoordination
- **Für die PSY-KOMO Patientinnen und Patienten:** GB als neue Instanz zur Unterstützung, weil dringender Bedarf der Gesundheitsförderung bei SMI besteht und bislang nicht ausreichend vorgehalten wird
- **Für die wissenschaftliche Studie:** Mitwirkung an der „Prozess-Evaluation“

Gestaltungs-möglichkeiten im Projekt

- “Arbeitsabläufe selbst formen”: Manche neuen Abläufe müssen erst vor Ort neu und individuell entwickelt werden (z.B. Terminmanagement, Organisation der Fallbegleitung, Trainingsmaßnahmen)
- Rückmeldungen zu Schwierigkeiten und Fortschritten bei Abläufen der GB-Tätigkeit sind jederzeit möglich und erwünscht
- GB-seitige Verbesserungen und Verbesserungsvorschläge sollen stets geprüft und auch ermöglicht werden
- Möglichkeit, derzeit noch nicht bestehende Interventionen vor Ort zu entwickeln (z.B. eigene Gesundheitsförderungskurse anbieten, PSY-KOMO-Gruppen leiten)
- Einbindung in das PSY-KOMO Studiensetting und die Evaluation durch regelmäßige GB-Befragungen (z.B. zu Qualität der Trainings und der Unterstützung, Erleben der Behandlungsqualität und -auswirkungen auf die einbezogenen Patientinnen und Patienten)

5.3 Weitere Trainings und Supervision

Da es sich bei dem Tätigkeitsfeld der Gesundheitsbegleitung um eine noch ganz neue Versorgungsform handelt, können Trainings zu manchen Themengebieten erst im Verlauf der Tätigkeit vertieft stattfinden, oder der Bedarf wird erst im Verlauf deutlich. Eine flexible Anpassung der Trainingsinhalte an die mit der Zeit auftauchenden Fragen und Problemfelder ist daher notwendig und gewünscht. Hand in Hand geht das mit der Prozessevaluation des Trainings, also der fortlaufenden Anpassung und Optimierung des Trainingsprogramms während der Gesamtlaufzeit des PSY-KOMO Projekts.

Ein Überblick über die weitere Trainingskonzeption ist hier dargestellt:

Organisatorische Aspekte der Trainings bzw. „Blended Learning“	- Standortübergreifender Trainings - Varianten zeitlichen Umfangs: z.B. halbtägige Workshops - Blended Learning: Trainingsmaterialien in „Moodle“
Bisherige zusätzliche Themenfelder (In Moodle verfügbar)	- Diagnosespezifisches Wissen - Materialien zur Bewegungsförderung und zur Inanspruchnahmeförderung von Gesundheitsleistungen - Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) - Wissen zum Thema „Intuitives Essen“ - Übungen und Rollenspiele zu schwierigen Situationen
Kontinuierliche Supervision	- regelmäßig im Einzel- und/oder Gruppenformat („Kollegiale Beratung“) - Möglichkeit zur individuellen Vertiefung von Fragen und Problemfeldern - Verbesserung des Trainings durch Rückmeldungen der GB

6 Weitere Unterlagen, Arbeitsmaterialien, Mitschriften, etc. (fortlaufend)



GUT VORGESORGT
DER CHECK-UP FÜR ERWACHSENE

INFORMATION FÜR UNSERE PATIENTEN

WARUM VORSORGE SO WICHTIG IST

Sie fühlen sich fit und möchten, dass das so bleibt? Dann fragen Sie Ihren Arzt nach der Check-up-Untersuchung. Denn diese hilft Ihnen, häufig auftretende Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes beziehungsweise deren Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen.

NEU: FÜR ALLE AB 18

Zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr haben Sie als gesetzlich Krankenversicherter einmalig Anspruch auf den Gesundheits-Check. Ab dem Alter von 35 können Sie die Untersuchung alle drei Jahre in Anspruch nehmen.

Dabei werden Ihre gesundheitlichen Risiken und Belastungen erfasst und von Ihrem Arzt ausgewertet. In einer anschließenden Beratung erhalten Sie Tipps, die Ihnen dabei helfen, gesund zu bleiben.

WAS BEIM CHECK-UP GEMACHT WIRD

Gespräch

Der Check-up startet mit einem Gespräch – der sogenannten Anamnese. Der Arzt befragt Sie zu Vorerkrankungen und Krankheiten von Familienmitgliedern sowie zu eventuellen Beschwerden. Zudem prüft der Arzt Ihren Impfstatus.

Untersuchung

Danach folgen:

- Eine vollständige körperliche Untersuchung: Dabei werden Herz, Lunge, Kopf, Hals, Bauch, Wirbelsäule, Bewegungsapparat, Nervensystem und Sinnesorgane überprüft, um abweichende oder krankhafte Befunde feststellen zu können.
- Das Messen des Blutdrucks: Zusammen mit dem Cholesterinwert kann der Blutdruck auf Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) oder für einen Herzinfarkt hinweisen.
- Die Entnahme einer Blutprobe: Diese wird dann im Labor ausgewertet und gibt Aufschluss über Cholesterin- und Blutzuckerwerte. Anhand dieser Werte kann der Arzt erkennen, ob zum Beispiel der Verdacht auf eine Zuckerkrankheit besteht.

Bei Versicherten unter 35 Jahren erfolgen Blutuntersuchungen nur bei einem entsprechenden Risikoprofil, das heißt bei Übergewicht, Bluthochdruck oder familiären Vorerkrankungen.

- Zusätzlich bei Versicherten ab 35 Jahren:
Die Untersuchung des Urins: Hinweise auf Nieren- und Blasenerkrankungen, aber auch auf eine Zuckerkrankheit lassen sich auf dem Teststreifen der Urinprobe ablesen.

Beratung

Abschließend informiert der Arzt Sie über die Ergebnisse des Check-ups und erstellt ein individuelles Risikoprofil für Sie. Darüber hinaus gibt er Ihnen Tipps für eine gesunde Lebensweise. Bei Verdacht oder Diagnose einer Krankheit folgen weiterführende Untersuchungen oder eine entsprechende Behandlung.

CHECK-UP: IHRE VORTEILE

↗ Sie erhalten schnell und unkompliziert einen Überblick über Ihren Gesundheitszustand.

↗ Ihr Arzt kann Sie anhand der Erkenntnisse aus dem Check-up noch besser beraten.

↗ Sie bekommen Tipps, um nachhaltig gesund zu leben.

WIE SIE DEN CHECK-UP BEKOMMEN

Einfach beim Hausarzt einen Termin für den Check-up vereinbaren. Je früher, desto besser!

DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UND DIE KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Rund 175.000 Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen in Deutschland die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Dass alles reibungslos funktioniert, dafür sorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen):

↗ Sie schließen für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit allen gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die ambulante Versorgung ab. So können Patienten jeden Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, egal in welcher Krankenkasse sie versichert sind.

↗ Sie gewährleisten eine ambulante Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit.

↗ Sie überprüfen die Qualifikationen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, kontrollieren die medizinischen Apparaturen sowie die Qualität der Untersuchungen.

Der Dachverband der 17 KVen in Deutschland ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

IHR PERSÖNLICHER VORSORGEKALENDER

Die folgenden Früherkennungsuntersuchungen gehören zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen, das für Sie kostenfrei ist.

Alter	Frauen	Männer
Ab 18 Jahren: **Check-up** einmalig zwischen 18 und 35 Jahren		
Ab 20 Jahren	**Früherkennung Krebserkrankungen des Genitales** jährlich; **Früherkennung Gebärmutterhalskrebs** im Alter von 20 bis 34 Jahren: Pap-Abstrich; ab 35 Jahren alle drei Jahre: Pap-Abstrich kombiniert mit Test auf Humane Papillomaviren (HPV)	
zusätzlich Ab 30 Jahren	**Früherkennung Brustkrebs** jährlich	
Ab 35 Jahren: **Check-up** alle drei Jahre		
Ab 35 Jahren: **Früherkennung Hautkrebs** alle zwei Jahre		
Ab 45 Jahren		**Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales** jährlich
Ab 50 bis 69 Jahre	**Früherkennung Brustkrebs** alle zwei Jahre Einladung zum Mammographie-Screening	
Ab 50 Jahren	**Früherkennung Darmkrebs** 50 bis 54 Jahre: jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl	**Früherkennung Darmkrebs** 50 bis 54 Jahre: wahlweise jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl oder ab 50 Jahre: zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren
Ab 55 Jahren	**Früherkennung Darmkrebs** wahlweise alle zwei Jahre Test auf verborgenes Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren	**Früherkennung Darmkrebs** wahlweise alle zwei Jahre Test auf verborgenes Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren
Ab 65 Jahren		**Früherkennung Bauchaortenaneurysmen** einmalig

Mit freundlichen Grüßen von Ihrem Praxisteam

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

www.kbv.de

PRÄVENTION – MACHEN SIE MIT.

FRÜHERKENNUNG – ANGEBOTE NUTZEN, RISIKEN RECHTZEITIG ERKENNEN

Mehr Informationen im Internet unter www.kbv.de

Persönlicher Präventions-Fahrplan für:

Nächster Impftermin:	_____	Praxis-Kontakt
Nächster Termin für den Check-up	_____	Praxis-Kontakt
Nächster Termin zur Krebsfrüherkennung:		Praxis-Kontakt
↗ Hautkrebs-Check	_____	
↗ Früherkennung Darmkrebs	_____	
Außerdem für Frauen:		Praxis-Kontakt
↗ Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales	_____	
↗ Früherkennung Brustkrebs	_____	
Außerdem für Männer:		Praxis-Kontakt
↗ Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales	_____	
↗ Früherkennung Bauchaortenaneurysmen	_____	

Warum zum Arzt gehen, wenn einem nichts weh tut? Doch viele Krankheiten – wie ein Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette – beginnen unauffällig, können aber zu ernsthaften Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu Herzinfarkt und Schlaganfall führen.

Durch Früherkennungsuntersuchungen können Risiken frühzeitig entdeckt werden, sodass die Beschwerden im Idealfall gar nicht erst auftreten.

Deshalb: Nutzen Sie das Angebot. Vereinbaren Sie bei Ihrem Arzt einen Termin. Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse haben Sie Anspruch auf eine ganze Reihe von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.



Mit freundlichen Grüßen von Ihrem Praxisteam

DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UND DIE KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Rund 175.000 Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen in Deutschland die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Dass alles reibungslos funktioniert, dafür sorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen):

↗ Sie schließen für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit allen gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die ambulante Versorgung ab. So können Patienten jeden Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, egal in welcher Krankenkasse sie versichert sind.

↗ Sie gewährleisten eine ambulante Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit.

↗ Sie überprüfen die Qualifikationen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, kontrollieren die medizinischen Apparaturen sowie die Qualität der Untersuchungen.

Der Dachverband der 17 KVen in Deutschland ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

www.kbv.de



INFORMATION FÜR UNSERE PATIENTEN

DER VORSORGE-CHECKER
IHR PERSÖNLICHES PRÄVENTIONSPROGRAMM

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG AUF EINEN BLICK

	FRAUEN		MÄNNER	
ALTER	UNTERSUCHUNG	WAS WIRD GEMACHT?	UNTERSUCHUNG	WAS WIRD GEMACHT?
Ab 18 Jahren	Check-up: Früherkennung u.a. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes	einmalig im Alter von 18 bis 35 Jahren: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte der Patientin) ▸ körperliche Untersuchung ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis	Check-up: Früherkennung u.a. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes	einmalig im Alter von 18 bis 35 Jahren: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten) ▸ körperliche Untersuchung ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 20 Jahren	Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales	jährlich: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte der Patientin) jährlich: ▸ Untersuchung der Geschlechtsorgane ▸ 20 bis 34 Jahre (jährlich): Gewebeabstrich und Untersuchung auf Zellveränderung (Pap-Abstrich) ▸ ab 35 Jahren (alle drei Jahre): Pap-Abstrich kombiniert mit Test auf Humane Papillomaviren (HPV) jährlich: ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis		
Zusätzlich ab 30 Jahren	Früherkennung Brustkrebs	jährlich: ▸ Abtasten der Brust und der örtlichen Lymphknoten (Achselhöhlen) ▸ Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust		
Ab 35 Jahren	Check-up: Früherkennung u.a. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes	alle drei Jahre: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte der Patientin) ▸ körperliche Untersuchung ▸ Kontrolle der Blutfettwerte und des Blutzuckers ▸ Kontrolle des Urins ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis	Check-up: Früherkennung u.a. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes	alle drei Jahre: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten) ▸ körperliche Untersuchung ▸ Kontrolle der Blutfettwerte und des Blutzuckers ▸ Kontrolle des Urins ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 35 Jahren	Früherkennung Hautkrebs	alle zwei Jahre: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte der Patientin) ▸ Untersuchung der gesamten Haut ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis	Früherkennung Hautkrebs	alle zwei Jahre: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten) ▸ Untersuchung der gesamten Haut ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 45 Jahren			Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales	jährlich: ▸ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten) ▸ Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane ▸ Enddarmaustastung zur Untersuchung der Prostata ▸ Untersuchung örtlicher Lymphknoten ▸ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 50 Jahren	Früherkennung Brustkrebs – Mammographie-Screening	alle zwei Jahre bis zum Ende des 70. Lebensjahres (Sie werden per Post zur Untersuchung eingeladen): ▸ Gezielte Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte der Patientin) ▸ Röntgen-Untersuchung (Mammographie-Screening) der Brust ▸ Information über das Untersuchungsergebnis		
	Früherkennung Darmkrebs – Darmkrebs-Screening	▸ Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm ▸ 50 bis 54 Jahre: jährlicher Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl	Früherkennung Darmkrebs – Darmkrebs-Screening	▸ Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm ▸ 50 bis 54 Jahre: wahlweise jährlicher Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl oder ab 50 Jahre: zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren
Ab 55 Jahren	Früherkennung Darmkrebs – Darmkrebs-Screening	▸ wahlweise alle zwei Jahre Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren	Früherkennung Darmkrebs – Darmkrebs-Screening	▸ wahlweise alle zwei Jahre Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren
Ab 65 Jahren			Früherkennung Bauchaorten-aneurysmen	einmalig: ▸ Patientenaufklärung zur Früherkennungsuntersuchung auf Bauchaortenaneurysmen ▸ Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader

NICHT VERGESSEN: IMPFSCHUTZ AUFBAUEN – UND AUFFRISCHEN LASSEN

	IMPFUNGEN														
empfohlenes Impfalter	Diphtherie*	Wundstarrkrampf (Tetanus)*	Keuchhusten (Pertussis)*	Haemophilus influenzae Typ b (Hib)*	Kinderlähmung (Poliomyelitis)*	Hepatitis B*	Masern	Mumps, Röteln	Windpocken	Influenza	Pneumokokken*	Meningokokken c	Humane Papillomaviren (HPV) *** **	Rotaviren	Herpes zoster
6 Wochen														1.	
2 Monate	1.	1.	1.	1.	1.	1.					1.				
3 Monate														2.	
4 Monate	2.	4.	2.	2.	2.	2.					2.			(3.)	
11 Monate	3.	3.	3.	3.	3.	3.	1.	1.	1.		3.				
12 Monate												1.			
15 Monate							2.	2	2.						
5-6 Jahre	A	A	A												
9-14 Jahre	A	A	A		A								S		
15-16 Jahre															
ab 18 Jahre			A				S#								
ab 60 Jahre	** ** A	** ** A								** S	*** S				S##

Hinweis: Die oben genannten Impfungen entsprechen den Standard-Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts. Es gibt weitere Empfehlungen für Frauen im gebärfähigen Alter, bestimmte Risiko- und Berufsgruppen, für Reisen etc., die aus Platzgründen nicht aufgeführt sind. Sprechen Sie Ihren Arzt ggf. darauf an.
Generell empfiehlt die STIKO, versäumte Impfungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachzuholen.

A Auffrischung
S Standardimpfung
Masern-Impfung für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, die noch gar nicht oder nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder deren Impfstatus unklar ist
zweimalige Impfung im Abstand von mind. 2 bis max. 6 Monaten
* Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten
** jährlich mit aktuellem Impfstoff
*** ggf. Wiederimpfung alle 6 Jahre (nur bei bestimmten Indikationen)
** ** Wiederimpfung alle 10 Jahre
*** ** Grundimmunisierung mit 2 bzw. 3 Dosen je nach Alter und Impfstoff

Stand: November 2020

Hinweis: Wird noch in einfacher Sprache formuliert

UKD Universitätsklinikum Düsseldorf — hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Information für Interessentinnen und Interessenten
PSY-KOMO Projekt

Wir laden Sie herzlich ein, am PSY-KOMO Projekt teilzunehmen, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

Das PSY-KOMO Projekt beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer neuen Versorgungsform. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese Informationen aufmerksam zu lesen.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihr Interesse an unserem Vorhaben!

Was ist das Ziel des Projektes?

Ziel des PSY-KOMO Projekt ist es, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Für Menschen mit schweren psychischen und weiteren körperlichen Erkrankungen, ist es häufig schwierig, die passenden gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsangebote zu finden und zu nutzen.

Im PSY-KOMO Projekt werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei Bedarf durch Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen unterstützt. Diese Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen helfen Ihnen dabei, passende Versorgungsangebote zu finden.

Im Projekt PSY-KOMO arbeiten wir auch daran, Ärztinnen, Ärzte und andere Anbieter von Gesundheitsdiensten in Ihrer Region miteinander zu vernetzen. So wollen wir den Austausch im Netzwerk verbessern und die einzelnen Angebote besser bekannt machen. Das soll dazu beitragen, dass Sie schneller die Informationen erhalten, die für Sie wichtig sind.

Was beinhaltet die Teilnahme an PSY-KOMO für Sie?

Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin hat sich entschieden, das PSY-KOMO Projekt zu unterstützen und Sie gefragt, ob Sie an dem Projekt teilnehmen möchten. Im Gespräch zu dem Projekt wird Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin einige Fragen zu Ihren Erkrankungen mit Ihnen durchgehen.

Wenn Sie der Teilnahme zustimmen, erhalten Sie die folgenden Angebote.

Ob und wie Sie die folgenden Angebote nutzen, können Sie jederzeit selbst bestimmen:

- **Internetseite mit Präventionsangeboten:**

  Hier finden Sie verschiedene Angebote von Maßnahmen in den Bereichen Rauchentwöhnung, Bewegung oder Ernährung etc.. Diese Angebote können Ihnen dabei helfen, Risiken für körperliche Erkrankungen zu verringern. Es handelt sich dabei um Angebote, die online oder in Ihrer Region angeboten werden.

- **PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterin**

  Ihr PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter oder Ihre Gesundheitsbegleiterin werden ganz individuell mit Ihnen überlegen, wie Sie in Gesundheitsfragen unterstützt werden können. Das kann zum Beispiel beinhalten:

  - bei Telefonaten und Terminabsprache mit Arztpraxen unterstützen,
  - bei der Suche von Informationsmaterial helfen

- geeignete Präventionsangebote in der Region finden (Bewegungskurse, Ernährungsberatung, Rauchstopp oder ähnliches).

Der Kontakt kann per E-Mail, Telefon oder auch persönlich erfolgen.

Wie können Sie teilnehmen?

Mit dieser Informationsbroschüre erhalten Sie auch eine Einwilligungserklärung. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch. Mit Ihrer Unterschrift auf der Einwilligungserklärung stimmen Sie der Teilnahme an dem PSY-KOMO Projekt zu.

Wenn Sie eine Betreuung für Gesundheitsfragen oder eine allgemeine Betreuung haben, besprechen Sie bitte das Projekt mit Ihrem Betreuer oder Ihrer Betreuerin. Vom Psychiater oder der Psychiaterin erhalten Sie hierzu noch Informationsmaterial.

Was sind mögliche Vorteile einer Teilnahme?

Wie oben beschrieben werden wir Ihnen im Projektes Informationsmaterialien zu Präventionsangeboten und Unterstützung durch das Team der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen anbieten. Das Angebot kann von Ihnen sechs Monate lang genutzt werden. Nach Beendigung der Teilnahme am PSY-KOMO Projekt stehen die regulären Versorgungsangebote durch Ihre Ärztinnen, Ärzte und anderen Gesundheitsanbietern in Ihrer Region selbstverständlich weiterhin für Sie zur Verfügung.

Wie werden die Daten erhoben und was geschieht mit ihren Gesundheitsdaten?

Für die Teilnahme ist es notwendig, dass Sie ihrem Psychiater/ihrer Psychiaterin einige kurze Fragen beantworten. Dies wird ca. 5-15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Die von Ihrem Psychiater/Ihrer Psychiaterin bei Projektbeginn erhobenen Daten (Gesundheitsdaten) werden elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Ihre freiwillige und ausdrückliche Einwilligung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die für die Studie wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Pseudonymisierung bedeutet, dass Ihr Name oder andere Identifikationsmerkmale durch einen Code ersetzt werden, um die Feststellung Ihrer Identität auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Dieser „Schlüssel“ (Verbindung zwischen Ihrem Namen bzw. Ihren Identifikationsmerkmalen und dem Code) wird getrennt von Ihren übrigen Befunden oder Informationen aufbewahrt. Zugang zu dem Schlüssel hat ausschließlich Ihr Psychiater / Ihre Psychiaterin. Die ärztliche Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Bestimmungen werden eingehalten.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung. Sobald es nach dem Forschungszweck möglich ist, werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, d.h. in der Weise verändert, dass eine Identifizierung Ihrer Person nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich sein wird.

Die Wirksamkeit des Projekts wird durch Auswertung von sogenannten Abrechnungsdaten überprüft. Ärztinnen und Ärzte senden Daten der Behandlung von Patientinnen und Patienten

(Diagnosen, Arzneimittelverschreibungen etc.) zu Abrechnungszwecken an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Krankenkassen. Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer werden in pseudonymisierter Form an das IGES, Berlin (Daten der Kassenärztlichen Vereinigung) und an das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Krankenkassendaten) übermittelt. In den beiden Instituten werden beispielsweise Häufigkeiten von Diagnosen körperlicher Erkrankungen und Häufigkeiten von Krankenhausaufenthalten statistisch ausgewertet.

Einwilligung zur Teilnahme an der Studie

Die Teilnahme setzt Ihre Einwilligung voraus. Ihre Einwilligung erteilen sie mittels der Einwilligungserklärung.
Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung der Daten verlangt werden. Daraus entstehen für Sie keine Nachteile. Bei einem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr von Ihnen erhoben und eine Kontaktaufnahme im Rahmen der Studie erfolgt nicht mehr. Wenn Sie nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten, geben Sie Ihrem Psychiater / Ihrer Psychiaterin Bescheid. Er/sie wird dann das Studienzentrum informieren, und wir werden anhand Ihrer Studien-Nummer die Daten löschen.

Wer sind die Partner des Projektes?

- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf
- Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Koordinierungszentrum für Klinische Studien Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD)
- Alexius/Josef Krankenhaus Neuss
- Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Göppingen
- Universitätsklinikum Frankfurt am Main.
- Universitätsmedizin Greifswald
- Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse.

Wer hat die Studie geprüft?

Die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat diese Studie geprüft und der Durchführung zugestimmt . Die Ethikkommission hat die Aufgabe, Rechte und Sicherheit sowie Würde und Wohlbefinden der Studienteilnehmer zu schützen.

Wer finanziert dieses Forschungsprojekt?

Dieses Projekt wird aus den Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert (Förderkennzeichen 01NVF19019). Die finanziellen Mittel des

Innovationsfonds werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen und den Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

Erläuterungen zur Datenverarbeitung

- Ihre Gesundheitsdaten werden nur zu unmittelbaren Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung dieser Studie innerhalb des Projektkonsortiums verwendet.
- Ihre Daten werden in pseudonymisierter Form vom Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS), Universitätsklinikum Düsseldorf, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der Auswertungsstelle, dem IGES Institut verarbeitet.
- Ihre im Rahmen dieser Studie erhobenen personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert. Pseudonymisiert bedeutet, dass Ihr Name entfernt wird und durch eine Studien-Nummer ersetzt wird.
- Die Weiterleitung der pseudonymisierten Daten zwischen den Projektbeteiligten erfolgt über gesicherte EDV-Systeme. Die ordnungsgerechte Handhabung Ihrer Daten wird während des gesamten Verlaufs der Studie durch die durchführenden Stellen datenschutzrechtlich überwacht.
- Die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung gesammelten Informationen werden pseudonymisiert zu Forschungszwecken verwendet. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Die Ergebnisse der Studie werden nur in Form von zusammenfassenden Auswertungen und Texten dargestellt und veröffentlicht. Es sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich.
- Dem Projekt und dem beschriebenen Vorgehen, das von den Datenschutzbeauftragten der Projektbeteiligten begleitet wurde, hat die Ethik-Kommission der Universität Düsseldorf zugestimmt. Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz nach dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz NRW und dem Sozialgesetzbuch. Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der genannten personenbezogenen Daten bildet die Einwilligung gemäß Art. 6 (1) lit. a, 9 Abs. 2 lit. a EU-DSGVO im zweiten Teil dieses Dokumentes.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden:
Adressen und Kontakte:

Verena Leve / Verena Geffe
Institut für Allgemeinmedizin
der Med. Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 08183
E-Mail:
verena.leve@med.uni-duesseldorf.de

Dr. Anja Viehmann
Institut für Versorgungsforschung und
Gesundheitsökonomie der Med. Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel.: 0211 – 81 06532,
E-Mail:
anja.viehmann@med.uni-duesseldorf.de

Die Verantwortliche für die studienbedingte Verarbeitung personenbezogener Daten ist die Studienleiterin:

Projektleitung und Verantwortlichkeit für die Verarbeitung der Daten:

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks

Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
Medizinische Fakultät
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Moorenstrasse 5, 40225 Düsseldorf
http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-versorgungsforschung-und-gesundheitsoekonomie/

Sie können als betroffene Person jederzeit die Ihnen durch die EU-DSGVO gewährten Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft, ob und welche Daten von Ihnen verarbeitet werden (Art. 15 EU-DSGVO),
- das Recht, die Berichtigung oder Vervollständigung der Sie betreffenden Daten zu verlangen (Art. 16 EU-DSGVO),
- das Recht auf Löschung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 17 EU-DSGVO,
- das Recht, nach Maßgabe des Art. 18 EU-DSGVO eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen,
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen; die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO),
- das Recht auf Widerspruch gegen eine künftige Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 EU-DSGVO.

Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen wenden Sie sich bitte zunächst an die Studienleiterin (Kontaktdaten siehe oben) oder an die Datenschutzkoordination des Universitätsklinikums Düsseldorf.

Für weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Datenschutzbeauftragte:

für die Heinrich-Heine-Universität: Datenschutzbeauftragte Universitätsstr. 1 40225 Düsseldorf Tel: 0211 81-13060 datenschutzbeauftragter@hhu.de	für das Universitätsklinikum Düsseldorf: Datenschutzbeauftragte Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf Tel: 0211 81-18419 datenschutz@med.uni-duesseldorf.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

ENTWURF

ENTWURF

PSY-KOMO (Förderkennzeichen: 01NVF19019)

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass meine Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen des PSY-KOMO Projektes in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD) gesendet, dort elektronisch erfasst und aufbewahrt bzw. gespeichert werden. Außerdem willige ich ein, dass die Abrechnungsdaten, die im Rahmen von ärztlichen Behandlungen erfolgt sind und bei meiner Krankenkasse sowie bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, für das Projekt an die auswertende Stelle, an das IGES Institut in Berlin (Daten der kassenärztlichen Vereinigung) sowie an das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität (Krankenkassendaten) übermittelt und dort ausgewertet werden. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Ich habe die Informationen und Erläuterungen über die Inhalte der Studie und deren Ablauf sowie zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und verstanden.
Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
Eine Kopie der Aufklärungsunterlagen und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Studienteilnahme sowie in die Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Daraus entstehen für mich keine Nachteile.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1) Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben, in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern beim Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Universitätsklinikum Düsseldorf (KKSD), Düsseldorf, pseudonymisiert aufgezeichnet und gespeichert werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) an die auswertende Stelle, das IGES Institut, Berlin, weitergegeben und für folgende Zwecke *(Begleitstudie des PSY-KOMO-Projektes)* verwendet werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.

2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich keine weiteren Daten mehr erhoben.

ENTWURF

3) Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie 10 Jahre lang aufbewahrt werden Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Name Studienteilnehmer/Studienteilnehmerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Es liegt eine Betreuung für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge oder für alle Angelegenheiten vor:

☐ Ja ☐ Nein

Bestätigung der Einwilligung durch Betreuer/Betreuerin

Name Betreuer/Betreuerin in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift

Name des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin (Druckbuchstaben)	Datum	Unterschrift

ENTWURF

Patient ID **01** / **001** / **0001**

SCREENING

Datum: __ __ / __ __ / __ __ __ __
Tag Monat Jahr

Adresse: Universitätsklinikum Düsseldorf AÖR; Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS); Datenmanagement; Gebäude 14.75, 1. OG, Raum 207; Moorenstr. 5; 40225 Düsseldorf

Bitte eGK-Nr. eintragen und mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

eGK-Nr. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Datum __ __ / __ __ / __ __ __ __ _____ _____
Tag Monat Jahr Name Behandler*in (Druckbuchstaben) Unterschrift Behandler*in

Bitte beachten:

- Beide Dokumentseiten müssen nach dem Ausfüllen getrennt werden.
- ***1. Seite** bitte per Post verschicken an:*
  Universitätsklinikum Düsseldorf AÖR
  Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)
  Datenmanagement
  Gebäude 14.75, 1. OG, Raum 207
  Moorenstr. 5
  40225 Düsseldorf
- ***2. Seite** bitte per Fax an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf verschicken:*
  0211 / 81 – 19705

Datenschutzrechtlich ist es nicht erlaubt beide Seiten zusammen zu verschicken!

Hinweis:

- Bei fehlerhaftem Ausfüllen bitte das **komplette Dokument** vernichten und einen neuen Fragebogen verwenden.

Patient ID **01** / **001** / **0001**

SCREENING

Datum: __ __ / __ __ / __ __ __ __
Tag Monat Jahr

Faxnummer (Koordinierungszentrum für Klinische Studien Düsseldorf): 0211 / 81 – 19705

Einschlussdiagnose [ICD]:

☐ F20.__ / ☐ F21.__ / ☐ F22.__ / ☐ F25.__ / ☐ F30.__ / ☐ F31.__ / ☐ F32.2 / ☐ F32.3 / ☐ F33.2 / ☐ F33.3 / ☐ F60.3__

Einverständnis des Patienten/der Patientin:

Unterschriebene Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Versorgungsstudie liegt vor ☐ Nein ☐ Ja

Datum Einwilligungserklärung __ __ / __ __ / __ __ __ __
Tag Monat Jahr

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Alter [Jahre] ___ ___
gemessene Größe [cm] ___ ___ ___
gemessenes Gewicht [kg] ___ ___ ___
berechneter BMI [kg/m²] ___ ___ , ___
gemessener Blutdruck [mmHg] _____ / _____

Medikamente:

Nehmen Sie Antipsychotika? ☐ Nein ☐ Ja
Nehmen Sie Antidepressiva? ☐ Nein ☐ Ja
Nehmen Sie Phasenprophylaktika? ☐ Nein ☐ Ja
Nehmen Sie Tranquilizer? ☐ Nein ☐ Ja

Vorsorge:

Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einer Vorsorgeuntersuchung? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, bei welcher?

_____

Wenn ja, wann? __ __ __ __
Jahr

Komorbidität:

Liegt bereits eine bestätigte Diagnose vor zu

☐ Diabetes mellitus Typ 2
☐ Koronare Herzkrankheit (KHK)
☐ Herzinsuffizienz
☐ Arteriellen Hypertonie
☐ Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung
☐ Sonstiges, bitte spezifizieren: _____

_____

Lebensstil:

Bewegung

An wie vielen Tagen pro Woche betreiben Sie durchschnittlich moderate* bis intensive körperliche Aktivität? _____ Tage/Wo
*(z.B. schnelles Gehen, Fahrradfahren, Gartenarbeit, Tanzen)

Wie viele Minuten betätigen Sie sich dann durchschnittlich?
_____ Minuten pro Tag

Alkohol

Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?
☐ Nie
☐ 1 x im Monat oder weniger ☐ 2 –4 x im Monat
☐ 2 –4 x in der Woche ☐ 4 x oder mehr die Woche

Wenn Sie alkoholische Getränke* zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?
☐ 1 oder 2 ☐ 3 oder 4 ☐ 5 oder 6
☐ 7 bis 9 ☐ 10 oder mehr
* Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z.B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

Tabakkonsum

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja:
Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
☐ innerhalb von 5 Minuten ☐ 6-30 Minuten
☐ 31- 60 Minuten ☐ nach 60 Minuten

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?
☐ bis 10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31 und mehr

Hausarzt/Hausärztin:

Ich habe einen PSY-KOMO Bogen und eine Überweisung für die Hausarztpraxis ausgegeben ☐ Nein ☐ Ja
Ich habe eine Überweisung für _____ ausgestellt ☐ Nein ☐ Ja
Grund für die Überweisung: _____

_____

Ich habe auf das PSY-KOMO Präventionsportal hingewiesen ☐ Nein ☐ Ja
Ich habe die Kontaktdaten der Gesundheitsbegleiter*in ausgegeben ☐ Nein ☐ Ja
Ich habe direkt einen Termin mit Gesundheitsbegleiter*in vereinbart ☐ Nein ☐ Ja

ENTWURF

Fallvignette – Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe

Rolle: Gesundheitsbegleiter*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie als Gesundheitsbegleiter*in eine Patient*in seit einigen Wochen betreuen. Diese bedarf laut ihrer Hausärztin einer Ernährungsumstellung und hat von ihr eine Ernährungsberaterin empfohlen bekommen, welche von der Kasse übernommen wird.

Ihr Gegenüber berichtet von erfolgslosen Versuchen, die Ernährung umzustellen.

Besprechen Sie…

- Bisherige Lösungsversuche
  - Was war schwierig?
  - Was war hilfreich?
- Welche Hürden gibt es, jetzt eine Veränderung zu erreichen?
- Welche Ideen gibt es, was jetzt dabei hilfreich sein könnte?

Fallvignette – Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe

Rolle: Patient*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie ein*e PSY-KOMO Patient*in sind. Sie kennen ihre*n Gesundheitsbegleiter*in schon seit einigen Wochen und haben vereinbart, sich heute über das Thema Ernährung zu unterhalten.

Sie wissen zwar, dass es für Ihre körperliche Gesundheit besser wäre, wenn Sie sich anders ernähren würden, mit einer Veränderung hat es bis jetzt jedoch nicht geklappt. Ihre Hausärztin hat Ihnen aufgrund Ihrer Cholesterin-Werte geraten, zu einer Ernährungsberaterin zu gehen.

Sie sind jedoch ängstlich, da Sie die Praxis der Ernährungsberaterin nicht kennen (ungewohnte Situation) und neuen Personen gegenüber generell misstrauisch sind. Außerdem wissen Sie nicht, ob Sie überhaupt das Recht haben, die Ernährungsberaterin in Anspruch zu nehmen, da Sie sich ohnehin nicht zutrauen, neue Tipps umzusetzen. Ihre Schwester, die versucht hat, bei einer Ernährungsumstellung zu helfen, hat aufgegeben, da sie die Geduld mit Ihnen verloren hat. Sie wirft Ihnen vor, dass Sie sich ihre Tipps so schlecht merken konnten. Da Sie es aber auch selbst schwierig fanden, ihrer Schwester zu folgen, haben Sie Angst, dass die Schwierigkeiten bei einer professionellen Ernährungsberaterin noch größer werden.

Überlegen Sie in Ihrer Rolle als Patient*in, was für Sie hilfreich sein könnte, um jetzt eine Veränderung zu erreichen.

Beispielablauf zum Erstgespräch der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung

a) Kurze Vorstellung der eigenen Person

*Guten Tag, mein Name ist … Ich freue mich, Sie für die nächste Zeit als Gesundheitsbegleiter*in unterstützen zu dürfen. Ein paar kurze Informationen zu mir: Ich bin …, habe zuletzt in …/ im Bereich … gearbeitet und dabei auch Menschen mit psychischen Problemen / … unterstützt. Ich bin seit … bei PSY-KOMO dabei und finde das Projekt sinnvoll, weil…*

Gibt es noch etwas, dass Sie über mich wissen möchten?

b) Einführung und Überblick zum Projekt

In diesem Gespräch soll es vor allem darum gehen, sich gegenseitig Kennenzulernen. Ich würde gerne eine Idee davon bekommen, wie ich Sie gut unterstützen kann und Ihnen ausreichend Raum geben, um Fragen zu klären und Erwartungen abzugleichen.

Bestimmt haben Sie schon ein paar Informationen von Ihrem Arzt oder ihrer Ärztin bekommen oder ein wenig zum Projekt gelesen. PSY-KOMO hat das Ziel, die körperliche Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung zu verbessern. Der Fokus meiner Hilfe als Gesundheitsbegleitung liegt also auf Ihrer körperlichen Gesundheit und was wir tun können, um diese zu erhalten oder zu verbessern.

*Meine Unterstützung kann ganz unterschiedlich aussehen, zum Beispiel für die Abklärung von körperlichen Erkrankungen eine passende Ärzt*in aufzusuchen oder zu finden, Sie durch das komplizierte Gesundheitssystem zu begleiten und die richtigen Anlaufstellen zu finden, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen, Präventionsprogramme wahrzunehmen oder Ihnen Informationen geben und Möglichkeiten zeigen, wie sie etwas für Ihre Gesundheit tun können.*

c) Patient*innen ankommen und berichten lassen

Bestehen bisher ärztliche Indikationen, was Ihre körperliche Gesundheit angeht?

Wo sehen Sie am ehesten Bedarf?

Gab es etwas, dass Ihnen in der Vergangenheit besonders schwerfiel?
Welche Hindernisse haben Sie bisher erlebt, die es Ihnen schwer gemacht haben, sich gut um Ihre körperliche Gesundheit zu kümmern?

Was trauen Sie sich am Ehesten zu? Wo glauben Sie, am Ehesten etwas verändern zu können?

d) Abstimmung: Erwartungs- und Auftragsklärung

Jetzt würde mich vor allem interessieren, was Sie sich von der Teilnahme erwarten.
Was sind Ihre Ziele für die Teilnahme am PSY-KOMO Programm?
Welche Art von Unterstützung wünschen Sie sich von mir?

Was … betrifft, kann ich mir gut vorstellen, dass wir gemeinsam daran arbeiten können. Bezüglich … kann ich Ihnen leider nicht weiterhelfen. Vielleicht können wir aber gemeinsam nach den richtigen Stellen dafür suchen.

Habe ich es richtig verstanden, dass wir …, … und … für die nächsten Monate in Angriff nehmen?

Gibt es sonst noch etwas, dass wir uns gemeinsam ansehen sollten?

e) Rahmenbedingungen und organisatorische Aspekte klären

Wir werden uns für die nächsten 6 Monate in regelmäßigen Abständen miteinander in Verbindung setzen. Wie häufig das sein wird, hängt davon ab, wieviel Unterstützung sie benötigen – für den Anfang hat sich ein/… Termin pro Woche bewährt. Wir schauen dann immer von Woche zu Woche gemeinsam, je nach Ihren und meinen Kapazitäten, wann wir uns wiedersehen.

Wie kann ich Sie denn am besten erreichen?

Sie können mich unter folgender Telefonnummer (bzw. E-Mail Adresse) erreichen (evtl. Flyer oder Visitenkarte mitgeben).

f) Abschluss

Wir kommen zum Ende unseres Kennenlerngesprächs.
Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen?

Schön, dass wir uns ein wenig besser kennenlernen konnten. Ich würde mich sehr freuen, Sie eine Weile begleiten zu können. Möchten wir direkt einen Folgetermin vereinbaren?

Alles Gute und bis bald

Rollenspiel im Erstgespräch
Rolle: Gesundheitsbegleiter*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie für das Rollenspiel die Rolle als Gesundheitsbegleiter*in übernehmen. Orientieren Sie sich dabei an Ihren Notizen, wie Sie ein Erstgespräch gestalten möchten.

Wir fokussieren uns in dieser Übung aus Zeitgründen nur auf einzelne Aspekte, da wir davon ausgehen, dass ein Erstgespräch in der Regel zwischen 20 und 30 Minuten dauern wird und gegebenenfalls auf zwei Termine aufgeteilt wird.

1. Einstieg: Finden Sie einen kurzen Einstieg, wie Sie Ihre neue Patient*in begrüßen und wie Sie nach der gesundheitlichen Situation fragen möchten.

2. Auftragsklärung: Ihnen fällt direkt auf, dass die*der Patient*in stark übergewichtig ist und Sie könnten sich vorstellen, dass das ein gutes Anliegen für die Gesundheitsbegleitung seien könnte. Versuchen Sie mit dem*der Patient*in Ziele und Erwartungen der Gesundheitsbegleitung abzuklären und eine erste Idee zu entwickeln, wie die Unterstützung konkret aussehen könnte.

3. Abschluss: Finden Sie einen kurzen Abschluss für das Gespräch, welche die Möglichkeit eines direkten Anschlusstermins beinhaltet.

Gesamtdauer der Übung: ca. 10 Minuten

Rollenspiel im Erstgespräch
Rolle: Patient*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie für das Rollenspiel die Rolle eines oder einer SMI-Patient*in übernehmen. Ihre Psychiaterin hat Ihnen von einem neuen Programm erzählt, mit dem Sie ihre gesundheitlichen Baustellen angehen können. Außerdem haben Sie die Psychiaterin so verstanden, dass Ihnen ab sofort eine persönliche Assistenz zur Verfügung steht.

Zur Zeit nehmen Sie 8 verschiedene Medikamente ein, darunter zwei Psychopharmaka. In den letzten 15 Jahren haben Sie deutlich an Gewicht zugelegt und kriegen deswegen von Ihrem Umfeld häufig abfällige Kommentare zu hören. Das Thema ist für sie sehr sensibel, und Sie sind sich nicht sicher, ob sich (auch aufgrund der Medikamente) daran viel verändern lässt.

Gleichzeitig haben Sie in den letzten Jahren häufiger Schwierigkeiten gehabt, Arzttermine zu vereinbaren oder zu Vorsorgeuntersuchungen zu erscheinen. Aufgrund Ihrer Depressionen fällt es Ihnen manchmal schwer, sich dafür aufzuraffen. Sie könnten sich vorstellen, mithilfe der Gesundheitsbegleitung das Problem in den Griff zu bekommen.

Da sie noch nicht so genau über das Projekt Bescheid wissen, möchten Sie wissen, ob die Gesundheitsbegleitung Ihnen auch bei der Alltagsbewältigung (z.B. Kochen, Putzen und Einkaufen) helfen kann. Außerdem wünschen Sie sich jemandem, mit dem Sie telefonieren können, eine Person, die ein offenes Ohr für Sie hat.

Die Gesundheitsbegleitung wird Ihnen gezielte Fragen stellen, wobei aus Zeitgründen der Aspekt der Auftragsklärung im Vordergrund stehen wird.

Die Gesamtdauer der Übung beträgt 10 Minuten.

Rollenspiel zum Motivationsaufbau
Rolle: Gesundheitsbegleiter*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie für das Rollenspiel die Rolle als Gesundheitsbegleiter*in übernehmen. Sie kennen Ihre*n Patient*in von einem gemeinsamen Erstgespräch und einem weiteren Treffen.

Die Patient*in berichtete Ihnen, dass sie seit langer Zeit an Diabetes leide und im Rahmen von PSY-KOMO festgestellt wurde, dass die Medikation nicht mehr gut angepasst ist.

Außerdem klagt die Patient*in über Herzprobleme, bei der Basisuntersuchung wurde ein leicht erhöhter Blutdruck festgestellt.

Sie möchten Ihre Patient*in dabei unterstützen, die entsprechenden Abklärungsmaßnahmen in Angriff zu nehmen.

Aufgabe 1: Umgang mit Hinderungsgründen
Versuchen Sie zunächst, den Hinderungsgründen des Patienten akzeptierend gegenüberzustehen und diese widerzuspiegeln.

Diskutieren Sie nicht darüber. Es ist völlig in Ordnung, wenn Sie erstmal empathisch auf die Schwierigkeiten reagieren, ohne konkrete Veränderungsvorschläge zu bieten.

Versuchen Sie, Empathie auszudrücken, zum Beispiel durch Wiederholungen, Umformulierungen, Umbewertungen und Zusammenfassungen und bisherige Bemühungen zu erkennen und zu validieren.

Zum Beispiel:

- *„Ich kriege es nicht richtig auf die Reihe, mich um die ganzen Termine zu kümmern“*
  -> „Ich glaube Ihnen, wie schwer es für Sie ist, das alles zu organisieren“
- *„Ich weiß einfach nicht, wie ich das anstellen könnte, um damit zurecht zu kommen“*
  -> „Ich habe das Gefühl, Sie fühlen sich unsicher“
- *„Ich habe es schon so oft probiert und bin gescheitert“*
  -> „Sie haben es immer wieder versucht, diese Veränderung scheint Ihnen sehr wichtig zu sein“
- *„Es sagt sich ja so leicht, die Termine zu vereinbaren und einfach mal alles abklären zu lassen. Aber schon allein die Vorstellung des vollen Wartezimmers lässt bei mir die Panik wieder hochkommen. Außerdem verlangen die so viele Informationen von mir, die ich bestimmt gar nicht alle weiß“*
  -> „Habe ich also richtig verstanden, dass die Hauptschwierigkeiten darin bestehen, dass Sie sich bei Ihrer Ärztin unwohl und überfordert fühlen?“

Aufgabe 2 (heute aus Zeitgründen nicht behandelt):
Ambivalenzen und Veränderungsmotivation fördern

Versuchen Sie jetzt, Motivation zu fördern, indem Sie das Gespräch immer wieder in Richtung Veränderung lenken, ohne den*die Patient*in zu drängen. Dabei ist es hilfreich, auf Widersprüche einzugehen und Ambivalenz zu fördern, Äußerungen des*der Patient*in zu Veränderungsabsichten zu fördern und offene Fragen in Richtung Veränderung zu stellen.

Hilfreiche Fragen und Ideen sind:

Ambivalenzen fördern, z.B.:

- *„Habe ich es richtig verstanden, dass es einerseits sehr schwierig für Sie ist, Arztbesuche wahrzunehmen, Sie andererseits wissen möchten, ob mit ihrer Gesundheit alles in Ordnung ist?“*
- *„Aufgrund der Tatsache, dass Sie sich für PSY-KOMO entschieden haben, scheint Ihnen Ihre Gesundheit wichtig zu sein. Stimmen Sie da überein?“*

Rückfragen stellen bei Patient*innenaussagen in Richtung Veränderung, z.B.:

- *„Früher habe ich es ja auch hingekriegt. Da ging das alles noch einfacher“*
  -> „Das ist ja spannend! Wie haben Sie das damals geschafft?“
- *„Eigentlich wäre es ja ganz gut, den Arzttermin wahrzunehmen“*
  -> „Ja genau, dass kann ich mir auch vorstellen. Warum wäre es dann ganz gut für Sie?“

Offene Fragen in Richtung Veränderung stellen, z.B.:

- *Welches Ziel haben Sie in Bezug auf körperliche Gesundheit?*
- *Warum möchten Sie gesund leben?*
- *Was wären die schlimmsten Konsequenzen für Sie, wenn sich nichts verändern würde?*
- *Was wären die Vorteile einer Veränderung?*

Rollenspiel zum Motivationsaufbau

Rolle: Patient*in

Stellen Sie sich vor, dass Sie für das Rollenspiel die Rolle als Patient*in übernehmen. Sie kennen die Gesundheitsbegleitung von einem gemeinsamen Erstgespräch und einem Folgetermin.

Sie leiden schon seit Jahren unter Diabetes, und bei der Aufnahme in PSY-KOMO wurde Ihnen empfohlen, nochmal eine genaue Untersuchung bei Ihrem Diabetologen zu machen, da der Verdacht auf Arzneimittelwechselwirkungen besteht. Außerdem haben Sie seit einiger Zeit Herzprobleme und leicht erhöhten Blutdruck, weshalb eine kardiologische Abklärung sinnvoll wäre.

Die Gesundheitsbegleitung möchte mit Ihnen klären, wie sie Sie dabei am besten unterstützen kann.

Aufgabe 1: Der Gesundheitsbegleitung Ihre Situation verständlich machen. *Hier sind einige Anhaltspunkte gegeben, selbstverständlich können Sie Ihre Rolle noch weiter ausführen mit eigenen Ideen, weshalb Ihnen Arztbesuche schwerfallen.*

Versuchen Sie möglichst, sich Gehör zu verschaffen und der Gesundheitsbegleitung von Ihren Beschwerden zu berichten. Sie haben sich im letzten Jahr schon öfter Gedanken über Ihre Herzprobleme gemacht. Auch die Rückmeldung, dass Ihr Diabetologe sich Ihre Werte nochmal genauer ansehen sollte, wundert Sie nicht. Seit einiger Zeit haben Sie den Eindruck, dass sich die verschiedenen Medikamente, die Sie einnehmen müssen, nicht so gut vertragen.
Die Terminvereinbarung haben Sie immer wieder vor sich hergeschoben, weil Sie eigentlich sehr ungern zum Arzt bzw. zur Ärztin gehen. Eine Befürchtung ist dabei, dass etwas Schlimmes gefunden werden könnte. Auch haben Sie immer wieder schlechte Erfahrungen mit Sprechstundenhilfen gemacht, da diese manchmal sehr unwirsch Ihnen gegenüber auftreten.

Aufgabe 2 (heute aus Zeitgründen nicht behandelt):
Sich auf weitere Fragen der Gesundheitsbegleitung einlassen.

Auch hier können Sie die Rolle noch mit eigenen Ideen weiter ausführen, wenn es sich im Gespräch ergibt– hier geht es vor allem darum, welche Zweifel Sie daran haben, dass ihr bisheriges Verhalten zielführend ist.

Es scheint so, als hätte die Gesundheitsbegleitung verstanden, warum es Ihnen eher schwer fällt, regelmäßige ärztliche Untersuchungen wahrzunehmen. Sie denken gleichzeitig auch, dass ihr*e Gesundheitsbegleiter*in nicht nur da ist, um Ihnen ein offenes Ohr zu schenken.
Sie wissen eigentlich, dass es besser wäre, mögliche Krankheiten bald zu entdecken und dass es nicht so viel bringt, die Termine aufzuschieben. Früher hat es Ihnen eigentlich gar nichts ausgemacht, von einer Sprechstundenhilfe unsanft behandelt zu werden. Da die Herzprobleme Ihnen immer wieder Sorgen machen, wäre es vielleicht auch eine Entlastung, wenn sie abgeklärt werden würden.

Liebe Gesundheitsbegleiter*innen,

nun, am Ende ihres ersten PSY-KOMO Workshops ist bestimmt so einiges klarer geworden und Sie haben viele Informationen erhalten. Um Ihr neues Wissen etwas zu ordnen, haben wir uns für Sie die folgenden Szenarien überlegt, welche wir im Anschluss mit Ihnen im Rollenspiel durchspielen möchten.

Rollenspiel – Netzwerk

Stellen Sie sich vor, dass Sie von einem lokalen Anbieter der Rauchentwöhnung gehört haben und prüfen wollen, ob dieser Anbieter auch für die PSY-KOMO Zielgruppe geeignet sein könnte. Als Sie dort anrufen, ist Ihr Gesprächspartner neugierig auf das Projekt und würde gerne wissen, was Ihre Tätigkeit umfasst und warum Sie wichtig ist. Bitte geben Sie Ihrem Gesprächspartner einen Überblick über Ihre wichtigsten Aufgaben und die Bedeutung des PSY-KOMO Projektes.

Rollenspiel – Neue Patientin

Stellen Sie sich vor, dass Sie sich in einem Erstgespräch mit einer Patientin mit Depressionen befinden. Trotz der Aufklärung über das PSY-KOMO Projekt bei der Rekrutierung ist die Patientin skeptisch, da sie sich noch nicht genau vorstellen kann, welche Funktion Sie (GB) in dem Projekt erfüllen. Außerdem möchte Sie wissen, was alles zu Ihren Aufgaben gehört. Überlegen Sie, wie Sie einer Patientin erklären würden, was alles zu Ihrem Aufgabenbereich gehört und welche Unterstützungsmöglichkeiten das Projekt für die Patientin bietet.

Rollenspiel – Neue Gesundheitsbegleitung

Stellen Sie sich vor, dass Sie nun seit einigen Monaten im Projekt sind und eine weitere Gesundheitsbegleitung eingestellt werden soll. Hierzu wurden Sie gebeten, ein Gespräch mit potenziellen Kolleg*innen zu führen, indem Sie erzählen, was Ihre Tätigkeit alles umfasst, warum Sie so wichtig ist und vielleicht auch, warum Sie sich dafür entschieden haben. Überlegen Sie auch, welche Fragen Sie vielleicht vor ihrem Vorstellungsgespräch oder vor dem ersten Workshop hatten.

Anlage 8.7: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Beteiligte des Projekts

Link: https://vimeo.com/809064707

Anlage 8.8: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Behandlungspfade und Elemente

Link: https://vimeo.com/605597992/19efa86941

Anlage 8.9: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Erstgespräch und Beziehungsaufbau

Link: https://vimeo.com/606362097/3cd19a04a7

Anlage 8.10: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Gesprächsführung und Motivationsaufbau

Link: https://vimeo.com/606362181/4a973fa1cf

Anlage 8.11: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung

Link: https://vimeo.com/809065343

Anlage 8.12: Selbstlernvideo Initialtraining zum Thema Weiterentwicklung und Ausblick

Link: https://vimeo.com/606361875/2e4983c5c2

Sequenzplan Einzelworkshop

Vortreffen

Zeit	Min.	Sequenz	Inhalt	Zweck/Kompetenz	Sozialform/ Methode	ReferntIn/ Bemerkung	Medien/ Material
	10	Ankommen	- Begrüßung - Ablauf -> ggf. Anpassen an TN Bedarfe - Ziele Auftaktworkshop Tage - Betonung Mitwirkung	Z: Sitzungsablauf und Ziele transparent gestalten Zielvereinbarung Z: Rahmen und Erwartungen klären Erwartungsklärung Z: Positive Stimmung erzeugen	Moderation/	FJ	
	15	Vorbefragung	SoSci	Trainingsevaluation (wenn nicht schon im Vorfeld ausgefüllt)			
	30	Einführung PSY-KOMO 1.1,1.2	1. Was ist PSY-KOMO - PSY-KOMO ist… als offene Frage - 1. SMI, Komorbidität, Stigma – Naomi - 2. Ursachen für Probleme - Michael	K: Die GB verstehen die Hintergründe und Ideen von PSY-KOMO.	Vortrag	NJ 1.1 /FJ 1.2	PP

Tag 1: 28.03.2022

Zeit	Min.	Sequenz	Inhalt	Zweck/Kompetenz	Sozialform/ Methode	ReferntIn/ Bemerkung	Medien/ Material
Blended Learning	10	Vielfalt der Anbieter 1.4	Info-Blätter	Z: Die Teilnehmer haben einen guten Überblick über verwandte Berufsgruppen K: Die Teilnehmer können die unterschiedlichen Anbieter im Feld diskutieren.	Selbststudium	TN	
Blended Learning	10	Wer sind die Beteiligten 1.5		K: Die Teilnehmer wissen welche Akteure zum PSY-KOMO-Projekt gehören	Video (offen)	TN	PP
Blended Learning	30	Behandlungspfade und Elemente 2.1 - 2.2	Wie gelangen Pat. ins Programm und wie geht es dann weiter? Vorstellung Behandlungspfade zur Illustration und evtl. am Beispiel eines Patienten		Video (NJ)	TN	PP (Abschnitte animiert)
Blended Learning	30	Basiswissen zur Gesundheitsförderung 3.2 - 3.5	Vier Hauptthemen: Rauchentwöhnung, Ernährung, Bewegung, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	Z: Die TN haben einen Überblick über die wichtigsten Themenfelder der Gesundheitsförderung	Selbststudium	TN	PP

				K: Die GB wissen welche GF Punkte für SMI-PatientInnen besonders wichtig sind			
Blended Learning	15	Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe 3.6	Was ist bei der Zielgruppe des PSY-KOMO Projekts besonders wichtig?	Z: Bewusstsein für besondere Bedürfnisse von SMI-PatientInnen schaffen K: Die GB wissen auf welche Aspekte sie im Umgang mit SMI-Patienten berücksichtigen müssen	Selbststudium	TN	
Blended Learning			-				
14:00	20	1.3	Erfahrungsaustausch/Ideensammlung: „Was macht diese Patientengruppe aus, was ist wichtig, was schwierig, was hilfreich?“	Z: Erfahren wo die Teilnehmer sind; Anknüpfen an Vorwissen K: Die GB können Erfahrungen mit SMI-Patienten abrufen und wichtige Schlüsse für das künftige Aufgabenfeld ableiten.	Diskussion	NJ/MS	Miro parallel durch Naomi gesteuert
14:20	10	Erfahrungsaustausch über wichtigste Akteure und Vielfalt der Anbieter*Innen		Z: - Besseres kennenlernen der Teilnehmer und deren bisheriger Erfahrungen, Teilen Erfahrungsschatz, Festigung des Wissens eben - Ankündigung von Rechercheaufgaben K: TN verstehen den Unterschied der neuen Aufgaben der Beteiligten zu den üblichen.	Diskussion	NJ	ggf. sammeln
14:30	5	Unterstützung von PSY-KOMO- Patienten 3	Worin bestehen die Aufgaben der Gesundheitsbegleitung bei der Unterstützung der PSY-KOMO-Patienten?	Z: Überblick über das Aufgabenfeld	Vortrag	MS	Übersichtsgrafik

				K: Die TN können ihr Aufgabenfeld darlegen.			
14:35	15	Unterstützung der Patient*innen bei Behandlung und Diagnostik 3.1	- TN bitten, Handbuch auf S. 19 aufzuschlagen - Vorstellung und Sammlung von Unterstützungsmöglichkeiten bei Behandlung und Diagnostik - Befürchtungen bei Ressourcenmangel Raum geben: zum Beispiel wäre eine Idee, in 3 „Intensitätsstufen“ aufzuteilen – ein großer Teil wird sich möglicherweise gar nicht melden oder ist relativ fit; eine Gruppe wird etwas Unterstützung in Anspruch nehmen; eine dritte Gruppe wird viel Unterstützung benötigen	K: GB wissen, was Unterstützungsmöglichkeiten umfassen können K: GB wissen, dass es Notwendigkeit geben kann, ihre Ressourcen auf Patienten unterschiedlich aufzuteilen		MS	
14:50	15	Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe 3.6	Nachbesprechung: Was ist bei der Zielgruppe des PSY-KOMO Projekts besonders wichtig? Was sind die eigenen Erfahrungen mit der Zielgruppe?	Z: Bewusstsein für besondere Bedürfnisse von SMI-PatientInnen schaffen K: Die GB wissen auf welche Aspekte sie im Umgang mit SMI-Patienten berücksichtigen müssen	Offene Gesprächsrunde	NJ/MS	
15:05	10	Pause					
15:15	30	Rollenspiel	Rollenspiel: Besonderheiten PSY-KOMO Zielgruppe – Ernährung - Vorstellung, was ist bei einem Rollenspiel wichtig ist - Nur die beiden TN in Breakoutroom schicken und dann als Beisitzer dabeisitzen - Zuordnung zu Breakoutroom, ca. 5 Minuten in Rolle einlesen, dann 10 min Rollenspiel			NJ/MS	Arbeitsblatt: Fallbeispiele

			- Beisitzer im Rollenspíel, Rückfragen, was das jeweils in der jeweligen Rolle auslöst				
15:45	15	Zusammenfassung und Verabschiedung	- Recap, So geht es morgen weiter	Z: Abgerundeter Tagesabschluss und Motivation für den Folgetag schaffen		NJ	Koffer packen
Eingeplante Zeit für Blended – Learning:	95						
Eingeplante Zeit mit Dozierenden:	110						

Tag 2: 29.03.2022

Zeit	Min.	Sequenz	Inhalt	Ziel	Sozialform/ Methode	ReferntIn/ Bemerkung	Medien/ Material
	30	Erstkontakt und Beziehungsaufbau 3.7	1. Was ist beim Erstkontakt wichtig? 2. GB sollen Leitfaden für sich erstellen	Z: Angenehmer Erstkontakt für Pat K: GB haben Wissen, wie sie den Erstkontakt gestalten können	Video (MS)		
	20	Gesprächsführung und Motivationsförderung 3.8	- Validierende Grundhaltung - Positive Erfolgserwartung - Soziale Verstärkung - Motivierende Gesprächsführung	Z: GB bekommen eine Idee über die Wirkung der Wortwahl K: GB verfügen über Grundkenntnisse der Gesprächsführung und Motivationsförderung	Video (MS)		
	25	4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)	Hilfestellung beim Netzwerkaufbau, je nachdem, wo TN stehen und wie sie mit Rechercheaufgaben vertraut sind, mehr oder weniger ausführlich	Z: GB erhalten eine Übersicht, in welchen Feldern Recherche und Netzwerkaufbau sinnvoll sein kann - GB erhalten Tipps über „richtiges Recherchieren“ - Kennenlernen der Tools Moodle und Google-Docs	Selbststudium		
	5	Beruf: GB (5) 5.1	1. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO GB? (Übersicht) 2. Klares Rollenverständnis	K: GB wissen was alles zu ihrem Job dazu gehört	Video (FJ)		
	10	Weiterentwicklung Berufsfeld GB 5.2	Welche Kompetenzen möchten Sie für den Job ausbauen? Wo haben sie Bedenken? Welche Maßnahmen halten sie für sinnvoll	Z: Mitdenken der GB und Motivation wird gefördert	Video (Naomi)		

		Ausblick, Fortbildungen und Supervision 5.3	- Vorläufige Ideen für Supervision und Fortbildung Ausblick über künftige Workshops -				
14:00	5	Begrüßung	- Begrüßung - Ablauf - Ziele - Wie geht es Ihnen heute? - Fragen zu gestern	- Sitzungsablauf und Ziele transparent gestalten Zielvereinbarung - Rahmen und Erwartungen klären Erwartungsklärung - Positive Stimmung erzeugen - Unklarheiten ausräumen		NJ	
14:05	10	Erstkontakt und Beziehungsaufbau 3.8	Nochmal Besprechen, was TN bei Erstkontakt wichtig findet 1. Was ist beim Erstkontakt wichtig?	Z: Angenehmer Erstkontakt für Pat K: GB haben Wissen, wie sie den Erstkontakt gestalten können		MS	
14:15	30	Erstkontakt und Beziehungsaufbau 3.8	1. GB sollen Leitfaden für sich erstellen 2. Rollenspiel durchführen lassen, eine Person ist Beobachter, eine Person ist GB, eine Person ist Patient 3. Diskussion in der Gesamtgruppe		Rollenspiel	NJ	
14:45	10	Gesprächsführung und	Offene Fragen zum Thema klären - Validierende Grundhaltung	Z: GB bekommen eine Idee über die Wirkung der Wortwahl	Diskussion	MS	

		Motivationsförderung 3.9	- Positive Erfolgserwartung - Soziale Verstärkung - Motivierende Gesprächsführung	K: GB verfügen über Grundkenntnisse der Gesprächsführung und Motivationsförderung			
14:55	10	Pause					
15:05	30	Rollenspiel: Übung Motivationsförderung	Szenario: Pat bewegt sich sehr wenig, GB möchte Pat zu mehr Alltagsbewegung anregen Oder Szenario: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems	Z: GB bekommen Erfahrung in der Anleitung zu GF	Rollenspiel 1	MS	Arbeitsblatt
15:35	10	Organisatorische und administrative Aufgaben 4	Framing: Wir machen das vor allem für uns als Themensammlung	Z: - Gesundheitsbegleiter kennen die Aufgabenbereiche - Lösungen werden genannt (zB Miro)	Diskussion	NJ	
15:45	10	4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)	Moodle vorstellen und offene Fragen klären	Z: GB erhalten eine Übersicht, in welchen Feldern Recherche und Netzwerkaufbau sinnvoll sein kann - GB erhalten Tipps über „richtiges Recherchieren“ - Kennenlernen der Tools Moodle und Google-Docs	Screensharing Moodle	NJ/MS	
15:55	5	Beruf: GB (5) 5.1	Offene Fragen zum Berufsbild der GB 1. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO GB? (Übersicht) 2. Klares Rollenverständnis	K: GB wissen was alles zu ihrem Job dazu gehört	Austausch/Diskussion	FJ	PP-Übersichtsgrafik

16:00	15	Übung klares Rollenverständnis 5.1	Szenario 1: GB erklärt Pat. seine Rolle in PSY-KOMO Szenario 2: GB erklärt einem Netzwerkpartner… Szenario 3: GB erklärt neuem Job-Interessenten was zu den Aufgaben eines GB gehört.	Z: Rollenklarheit, Motivationssteigerung K: GB können die Relevanz ihres Berufes erläutern	Rollenspiel	Frank	Arbeitsblätter
16:15	10	Weiterentwicklung Berufsfeld GB 5.2 Ausblick, Fortbildungen und Supervision 5.3	Offene Fragen zum Thema Klären und Austausch: Welche Kompetenzen möchten Sie für den Job ausbauen? Wo haben sie Bedenken? Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll - Vorläufige Ideen für Supervision und Fortbildung Ausblick über künftige Workshops -	Z: Mitdenken der GB und Motivation wird gefördert	Austausch/Diskussion	NJ	PP-Übersichtsgrafik
16:25	20	Post-Test	-				
16:45	10	Zusammenfassung und Verabschiedung	- Recap, Fünf-Finger-Feedback - PDFs bzw. Sammlungen aus der Präsi ankündigen, dann später per Mail versenden	Z: Initialworkshop gut abrunden		NJ/FJ/MS	Koffer packen

Eingeplante Zeit für Blended – Learning:	90						
Eingeplante Zeit mit Dozierenden:	165						

Lernplan – Workshop 1- Einzeltraining für PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen

Die folgende Übersicht zeigt die Inhalte des Einzeltrainings für PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen. Die zwei Workshoptage unterteilen sich jeweils in Inhalte zum Selbstlernen (weiß hinterlegt) sowie Inhalte, die gemeinsam besprochen werden (hellgrau hinterlegt). Es bietet sich an, die weiß hinterlegten Inhalte des ersten bzw. zweiten Workshoptages im Vorfeld des jeweiligen Tages zu bearbeiten, da wir im anschließenden gemeinsamen Teil darauf Bezug nehmen werden. Für diese Inhalte finden Sie jeweils einen kleinen Arbeitsauftrag in der untenstehenden Tabelle. Einige der Kapitel zum Selbstlernen haben wir außerdem mit einem Video ergänzt, das Sie sich ergänzend anschauen können – die Übersicht aller Videos mit den entsprechenden Links finden Sie am Ende des Lernplans. Viel Spaß bei der Bearbeitung und Teilnahme am Training!

Kapitel	Thema	Format/Anleitung	Platz für Fragen/Unklarheiten/Notizen	Erledigt
Inhalte Workshop Tag 1				
		<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 1.1 (S. 7) im Handbuch an.		☐
1.1	Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität	Präsentation		
		<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 1.2 (S. 8) im Handbuch an.		☐

1.2	Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI	Präsentation		
		<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 1.3 (S. 9) im Handbuch an.		☐
1.3	Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung – Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe	Gemeinsamer Erfahrungsaustausch und Ideensammlung		
1.4	Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) –	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 1.4 (S. 10-12) im Handbuch an und machen Sie sich Notizen,		☐

	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB)	welche der genannten Angebote für SMI-Patient*innen Sie bereits kennen.		
		Gemeinsamer Erfahrungsaustausch		
1.5	Beteiligte des Projekts	Selbstlernen: Sehen Sie sich begleitend zu Kapitel 1.5 (S. 13/14) im Handbuch das entsprechende Video an.		☐
2.1 & 2.2	Wie gelangen die Patientinnen und Patienten in das PSY-KOMO Programm – und wie geht es dann weiter?	Selbstlernen: Sehen Sie sich begleitend zu den Kapiteln 2.1 und 2.2 (S. 16-18) im Handbuch das entsprechende Video an.		☐

3	Gesundheitsbegleitung als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten bei…	Präsentation		
3.1	Unterstützung bei der Umsetzung von Behandlung und Diagnostik	Präsentation		
3.2	Gesundheitsförderung und Prävention – Bewegung	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 3.2 (S.21/22) im Handbuch an.		☐
3.3	Gesundheitsförderung und Prävention – Warum Ernährung so wichtig ist	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 3.3 (S.23/24) im Handbuch an.		☐
3.4	Gesundheitsförderung und Prävention – Rauchen als Problem	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 3.4 (S.25/26) im Handbuch an.		☐

3.5	Gesundheitsförderung und Prävention – Ansatzpunkte der Rauchentwöhnung	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 3.5 (S.27/28) im Handbuch an.		☐
3.6	Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Gesundheitsförderung: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 3.6 (S. 28) im Handbuch an und machen Sie sich Notizen, welche eigenen Erfahrungen mit den Besonderheiten schwer psychisch erkrankter Menschen Sie bereits gemacht haben.		☐
		Gemeinsame Nachbesprechung		
		Rollenspiel: Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe		

Inhalte Workshop Tag 2				
3.7	Erstgespräch und Beziehungsgestaltung	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich begleitend zu Kapitel 3.7 (S. 29/30) im Handbuch das entsprechende Video an. Machen Sie sich Notizen, was aus Ihrer Erfahrung heraus in den Bereichen Gesprächsaufbau und Beziehungsgestaltung gut funktioniert.		☐
		Gemeinsame Nachbesprechung		
		Rollenspiel: Erstkontakt und Beziehungsaufbau		

3.8	Gesprächsführung und Motivationsförderung	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich begleitend zu Kapitel 3.8 (S. 31/32) im Handbuch das entsprechende Video auf Moodle an. Machen Sie sich Notizen, was Sie aus Ihrer Erfahrung heraus zu den Themen Gesprächsführung und Motivationsförderung besonders wichtig finden.		☐
		Klärung offener Fragen		
		Rollenspiel: Gesprächsführung		
4	Organisatorische und administrative Aufgaben	Präsentation und gemeinsame Sammlung		
4.1	Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich das Kapitel 4.1 (S. 34 – 38) im Handbuch an. Machen Sie sich Notizen, wenn Ihnen etwas unklar ist.		☐
		Vorstellung des Moodles und Klären offener Fragen		

5.1	Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB): Was zählt zu den Aufgaben, und was zählt nicht dazu?	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich begleitend zu Kapitel 5.1 (S. 41) im Handbuch das entsprechende Video an.		☐
		Übung zum klaren Rollenverständnis		
5.2 & 5.3	Wie wirken die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform mit? Ausblick: Kontinuierliches Training und Supervision	<u>Selbstlernen:</u> Sehen Sie sich begleitend zu den Kapiteln 5.2 und 5.3 (S. 42/43) im Handbuch das entsprechende Video an.		☐
		Gemeinsamer Austausch		

Lernvideos

Liebe Gesundheitsbegleiter*in,

im Folgenden finden Sie die Links für die von uns vorbereiteten Lernvideos. Diese werden über die Plattform „vimeo“ gehostet. Viel Spaß beim Lernen!

Kapitel 1.5 – Beteiligte des Projekts https://vimeo.com/809064707

Kapitel 2 – Behandlungspfade und Elemente https://vimeo.com/605597992/19efa86941

Kapitel 3.7 – Erstgespräch und Beziehungsgestaltung https://vimeo.com/606362097/3cd19a04a7

Kapitel 3.8 Gesprächsführung und Motivationsförderung https://vimeo.com/606362181/4a973fa1cf

Kapitel 5.1 Klares Rollenverständnis der PSY-KOMO GB https://vimeo.com/809065343

Kapitel 5.2 – Wie wirken die PSY-KOMO GB an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform mit? https://vimeo.com/606361875/2e4983c5c2

Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Trainingstag 1 - Gesundheitsbegleitung

Workshop 1

Frank Jacobi, Naomi-Pua'nani Jiménez, Michael Strunz

PSYSKOMO

Agenda Inhalte

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Agenda Inhalte

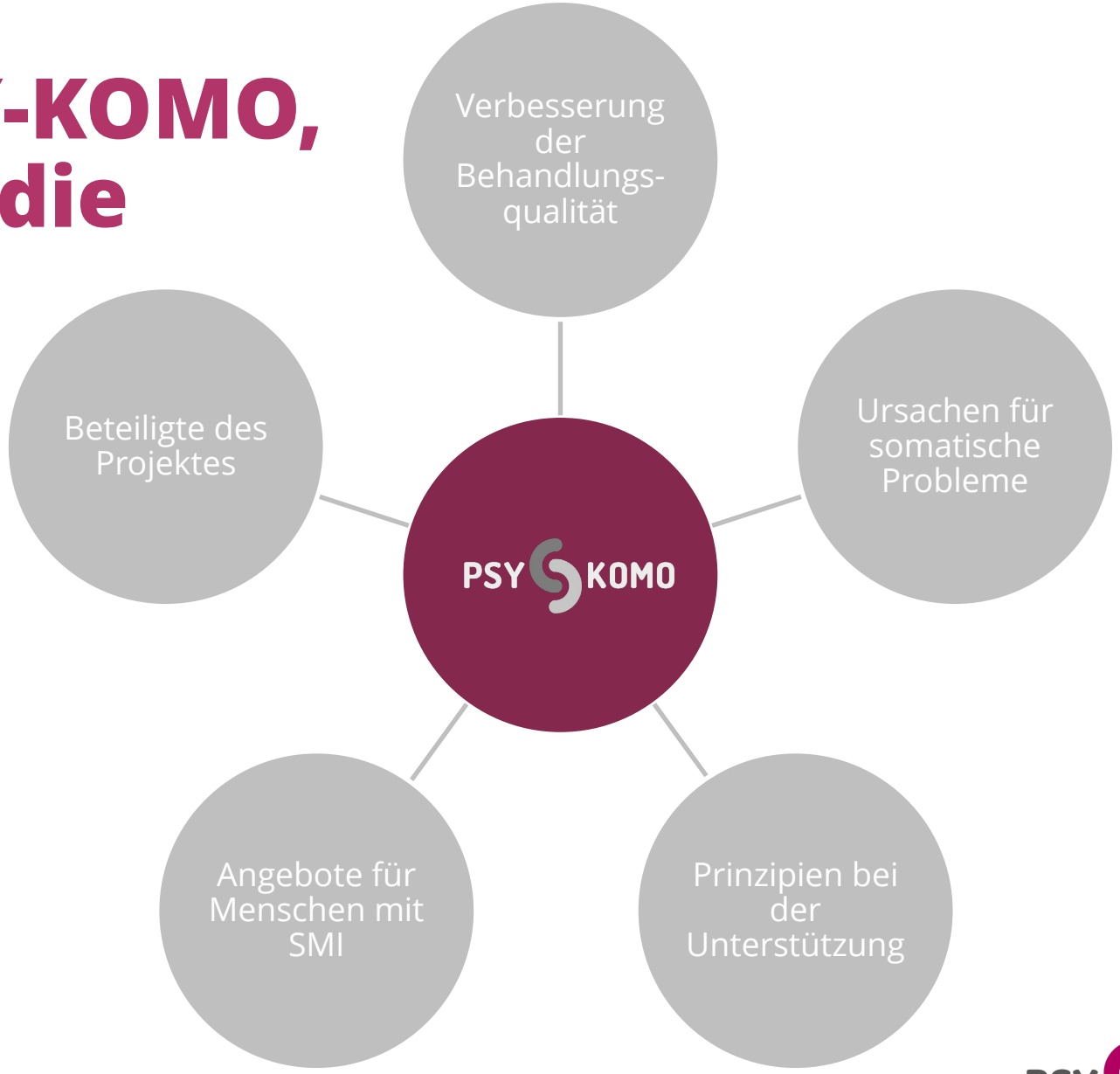
Schwerpunkt Tag 1

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Was ist PSY-KOMO?

Einführung

1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?



Was ist PSY-KOMO?

Problem:

- Erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen
- Erhöhte Morbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Overshadowing
- Regelversorgung wird nicht ausreichend wahrgenommen

Was ist PSY-KOMO?

Ziel:

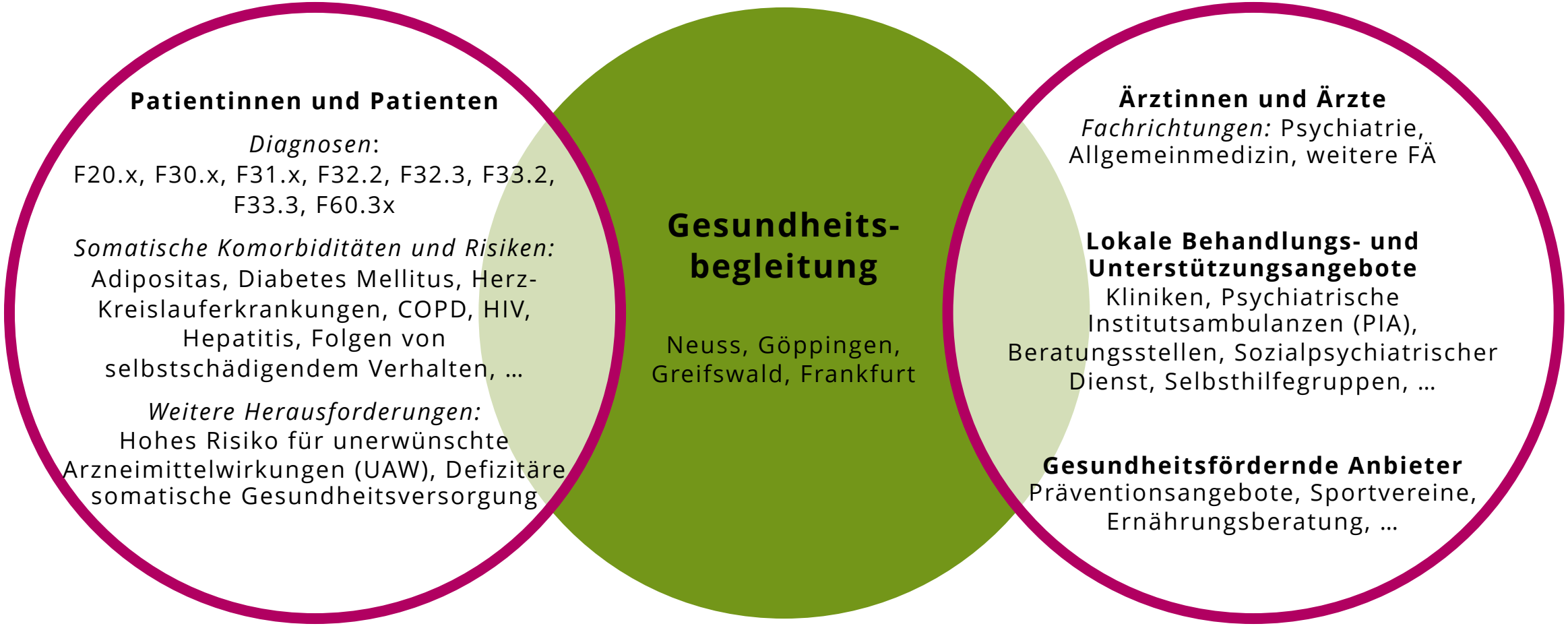
- Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem
- Entwicklung einer neuen Versorgungsform
- Bessere Prävention somatischer Erkrankungen
- Inanspruchnahme der Regelversorgung optimieren

Was ist PSY-KOMO?

Methode:

- Unterstützung der Betroffenen durch Gesundheitsbegleitung (z.B. bei Prävention und Inanspruchnahme medizinischer Angebote)
- Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Versorgung (z.B. telefonisches Konsil)
- Gesundheitsbegleitung als Knotenpunkt in einem interdisziplinären, multiprofessionellen Netzwerk

Was ist PSY-KOMO?



Was ist PSY-KOMO?

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Gesundheitssystem:

- Schwierigkeiten bei Vernetzung und Abstimmung der Gesundheitsdienstleistungen untereinander
- Vielfalt des Versorgungssystems
- Wenig Anreize für zusätzliche patientenbezogene, fachärztliche Beratung (Konsil)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) stellen wichtige Eckpfeiler in der umfassenden Behandlung von SMI-Patient*innen dar, stehen aber nicht überall zur Verfügung
- Weitere geeignete Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Soziotherapie stehen vielerorts nicht zur Verfügung

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Behandler*innen und Behandlungskonzept:

- Fehlende routinemäßige Überprüfung unerwünschter (Wechsel-)wirkungen von Arzneimitteln (UAW)
- Unklare Zuständigkeiten auf Versorgerseite bezüglich routinemäßiger Untersuchung allgemeiner, körperlicher Gesundheitsmaße
- Diagnostic Overshadowing
- Schwierigkeiten aufgrund zusätzlicher, bisweilen stigmatisierender Einstellungen

Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit SMI

Patientinnen und Patienten:

- Anhäufung von Gesundheitsrisiken und problematischen Lebensstilfaktoren (zum Beispiel Rauchen, Ernährung, Bewegung)
- Unzureichende hausärztliche Anbindung, zu wenig Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen (Adhärenz) – dies gilt übrigens für die Gesamtbevölkerung im Allgemeinen!
- Schwierigkeiten in der Zuordnung eigener, körperlicher Symptome als Zeichen körperlicher Erkrankungen
- Bisweilen selbststigmatisierende Einstellungen (zum Beispiel negative Überzeugungen bezüglich der eigenen psychischen Erkrankung und auch der Kompetenzen psychisch Erkrankter allgemein)

Recap: Vormittag 1

1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
   1.4 Angebote für Menschen mit (SMI)
   1.5 Beteiligte des Projekts
2. Behandlungspfade und Elemente
   2.1 Wie gelangen Pat. in das Projekt…
   2.2 Beispielhafter Behandlungspfad
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
   3.2 – 3.6 Gesundheitsförderung und Prävention

Was ist PSY-KOMO?

Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe

Allgemeine Prinzipien bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe

Erfahrungsaustausch:

Was macht diese Patient*innengruppe aus,

Was ist wichtig, was schwierig, was hilfreich?

3. GB als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten



Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik und Behandlung…

➡ Handbuch Seite 20

- ➡ …Hilfe bei der Koordination von Terminen
- ➡ …Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlungsempfehlung
- ➡ …Abbau von individuellen Hürden

Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik und Behandlung

Wieviel Zeit habe ich pro PSY-KOMO Patient*in?

- Im Projektverlauf feststellen, welche Varianten optimal und praktikabel sind

- Mögliche Aufteilung anhand zeitlicher Kriterien:

  - minimal
  - mittel
  - intensiv

Besonderheiten der PSY-KOMO Zielgruppe

Gesprächsrunde



Gruppe 1: Kognitive Einschränkungen



Gruppe 2: Psychische Einschränkungen



Gruppe 3: Umweltfaktoren

Rollenspiel



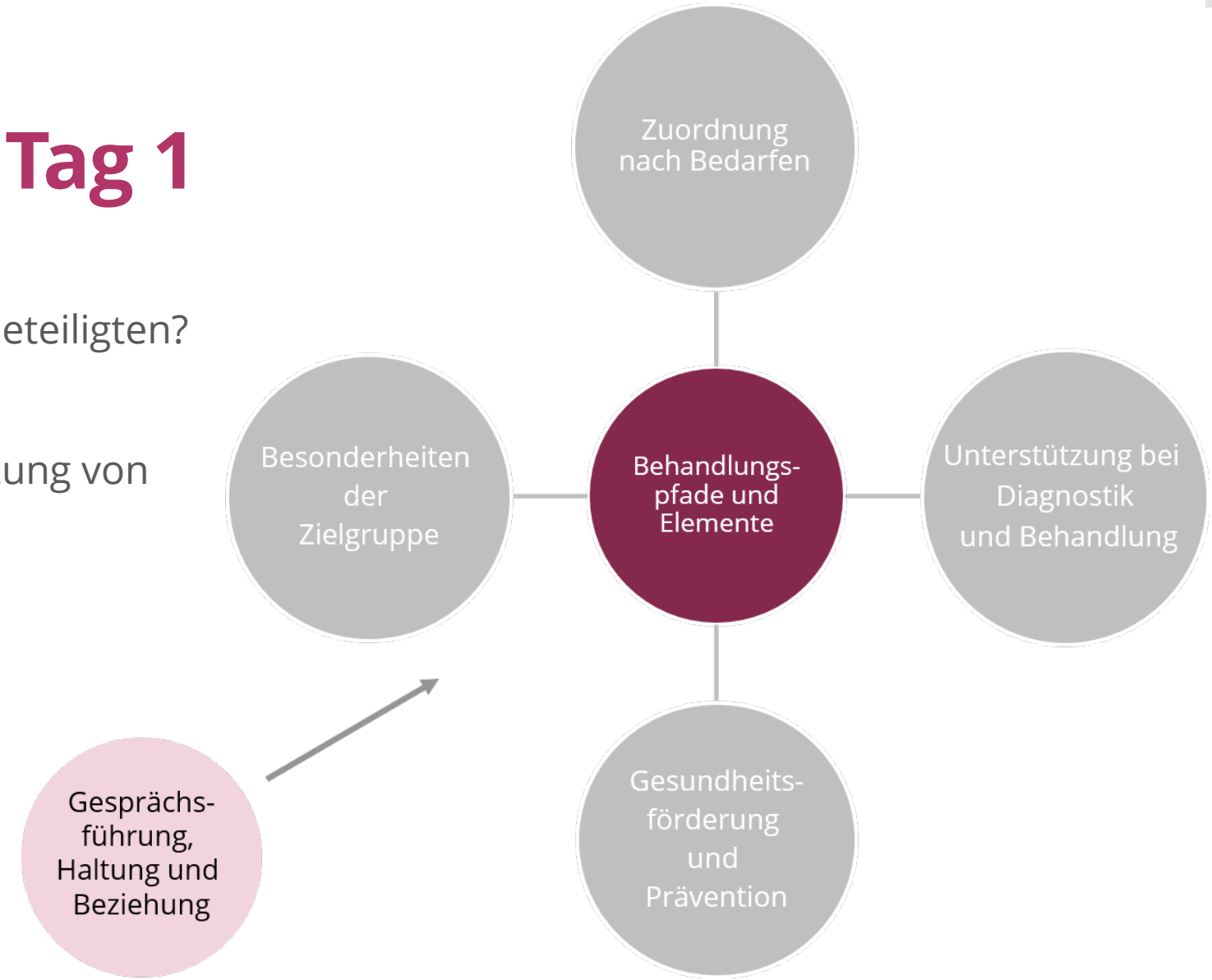
Regeln für den Ablauf von Rollenspielen

1. Vor dem Rollenspiel:
   - Zuweisen von zwei Rollen
   - Absprechen der Ziele für alle Beteiligten
   - Planung des Ablaufs
2. Während des Rollenspiels:
   - Darauf achten, dass alle in ihrer Rolle bleiben
   - Bei Bedarf (z.B. bei schwieriger Stelle) explizit pausieren
   - Es der anderen Person nicht zu schwer machen, aber auch nicht zu leicht
3. Nach dem Rollenspiel:
   - Auf was beim nächsten Mal achten? Was anders/neu machen?
   - Was kann beibehalten bzw. sogar noch deutlicher zum Ausdruck gebracht werden?
   - Anwendung und Erprobung des neuen Verhaltens in Anlehnung an eigene Eindrücke und Erfahrungen sowie der Rückmeldungen und Vorschläge



Zusammenfassung Tag 1

1. Was ist PSY-KOMO und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…



Abschlussrunde – Koffer packen



So geht es morgen weiter…

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Schwerpunkt Tag 2

Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Trainingstag 2 Gesundheitsbegleitung

Workshop 1

Frank Jacobi, Naomi-Pua'nani Jiménez, Michael Strunz

Agenda – Inhalte

0. Begrüßung und Einstieg
1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?

Schwerpunkt Tag 2

Recap: Vormittag 2

3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung von Patienten und Patientinnen bei…
   - 3.7 Erstgespräch und Beziehungsgestaltung
   - 3.8 Gesprächsführung und Motivationsförderung
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
   - 4.1 Netzwerktätigkeit: Lokale Versorger und Hilfeeinrichtungen (Recherche)
5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen?
   - 5.1 Klares Rollenverständnis der PSY-KOMO (GB)
   - 5.2 Mitwirkung an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform
   - 5.3 Ausblick: Weitere Trainings und Supervision

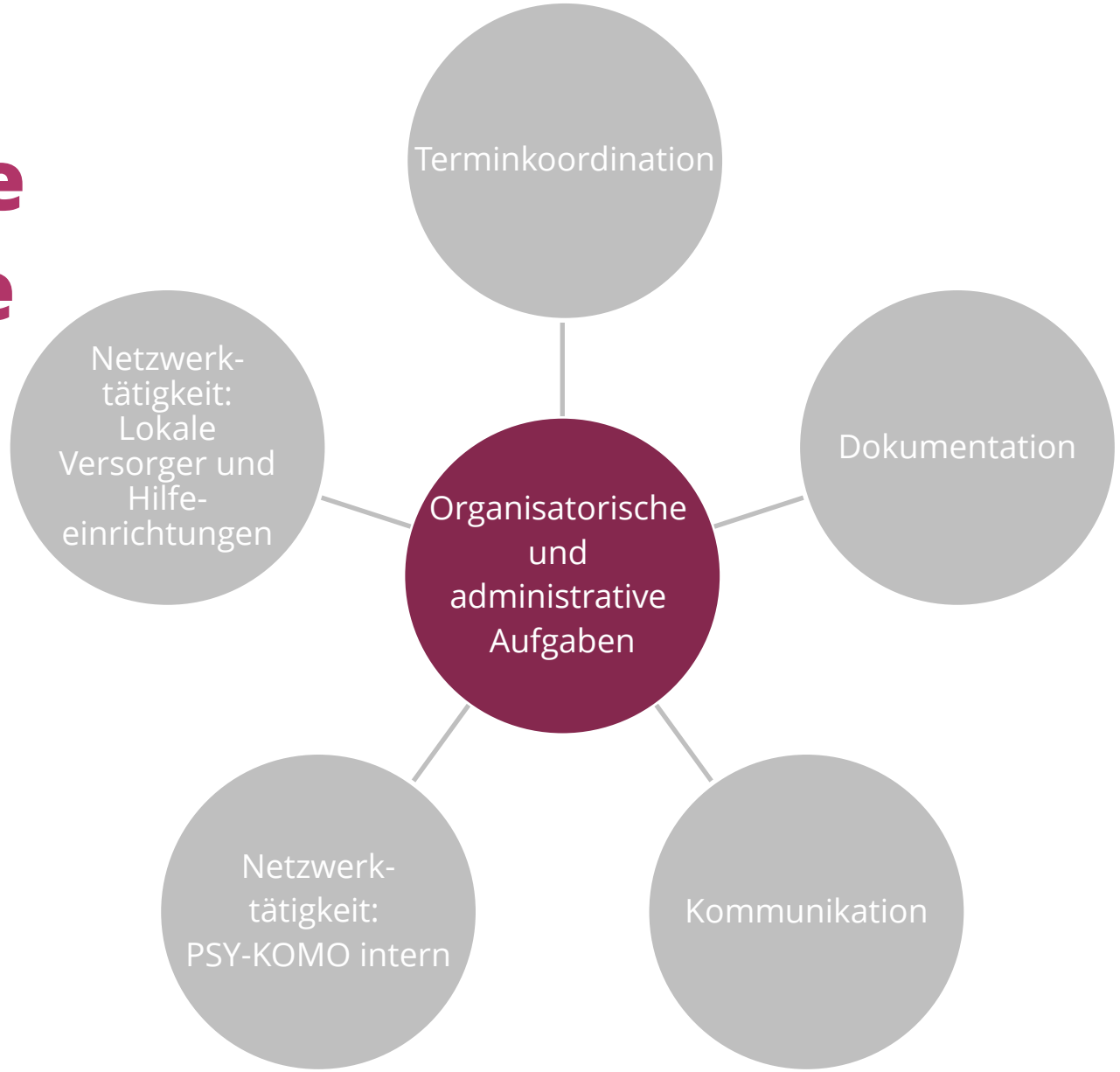
3. GB als Unterstützung der PSY-KOMO Patientinnen und Patienten



Rollenspiel Gesprächsführung und Motivation



4. Organisatorische und administrative Aufgaben



Wie ist das bei Ihnen?

5. Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheits-begleitung?



Feedbackfragebogen zum Seminar

Abschlussrunde



Übersicht zu den Ergebnissen der Trainingsevaluation für die Gesundheitsbegleiter*innen (Initialtraining)

M. Strunz, N. Jiménez, F. Jacobi

Ausgangs-Überlegungen

- Trainingstransfer wird als entscheidendes Maß der Trainingswirksamkeit betrachtet und beleuchtet die Frage, in welchem Umfang Trainees Wissen und Fähigkeiten aus dem Training auch außerhalb der Trainingsumgebung anwenden werden (Baldwin & Ford, 1988)
- Um den Trainingstransfer und damit den Erfolg des Trainings zu verbessern, sind bestimmte Methoden der Trainingsevaluation sinnvoll, darunter Bedarfsanalysen und die Durchführung einer prozess- sowie ergebnisorientierten Evaluation (Seeg, 2020)
- Evaluation in Form eines Eingruppen-Prä-Postplans als gängigste Methode in der Trainingsevaluation bei fehlender Vergleichsgruppe (Lacerenza et al., 2017; Seeg, 2020)
- Bedarfsanalysen in Form von Vortreffen vor jeder Trainingseinheit
- Ergebnisorientierte Variablen zum ersten Training: Wissenszuwachs, subjektiver Nutzen des Trainings und Trainingszufriedenheit
- Prozessorientierte Variablen: Fragen zu Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten des Trainings

Methoden

- Generierung von Bedarfsanalysen anhand von Vortreffen vor jedem Training mit Fokus auf Erwartungen zum Training
- Alle schriftlichen Befragungen werden mittels SoSci-Survey (Leitner, 2021) realisiert und den Teilnehmenden auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt
- Erhebung des beruflichen Hintergrunds als Teilnehmendeneigenschaft
- Wissenszuwachs in Form eines Prä-Post Vergleichs vor und nach dem Training anhand von 21 selbstgenerierten Fragen mit insgesamt 100 Items zu den Trainingsinhalten (siehe komplette Befragung in Anlage):
    - Erstellung eines individuellen, anoymisierten Codes, um Prä – und Postmessung zuordnen zu können
    - Fragen zu jedem inhaltlichen Aspekt des Trainings (Ausnahme: PSY-KOMO Behandlungspfade und Organigramm)
    - 1 Punkt pro ausgewählter richtiger Antwort oder nicht ausgewählter falscher Antwort mit einem maximalen Punktwert von 100
    - Itemanalyse für Items < 75% richtiger Antwortrate sowie = 100% richtiger Antwortrate
- Trainingsbewertungen anhand von gängigen Evaluationsitems
    - 19 Fragen zum Training, die anhand von Schulnoten beurteilt werden:
        - 3 Fragen zum subjektiven Wissenszuwachs
        - 3 Fragen zur Einschätzung der eigenen Teilnahme und Trainingsatmosphäre
        - 2 Fragen zum Praxisbezug und zum Nutzen des Trainings
        - 7 Fragen zur Konzeption und Durchführung des Trainings
        - 4 Fragen zu den Referent*innen
    - 3 offene Fragen:
        - Was ist nützlich für die spätere Tätigkeit?

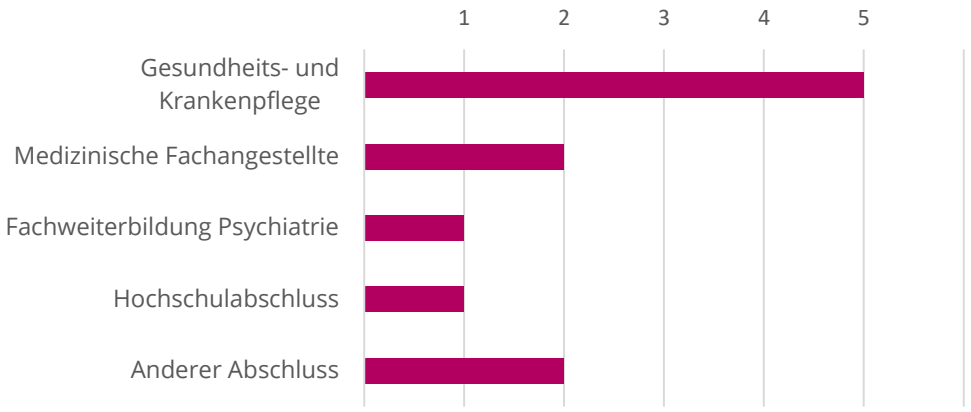
- Was wurde als störend empfunden?
- Was sind Verbesserungsvorschläge?

Ergebnisse

Bedarfsanalyse

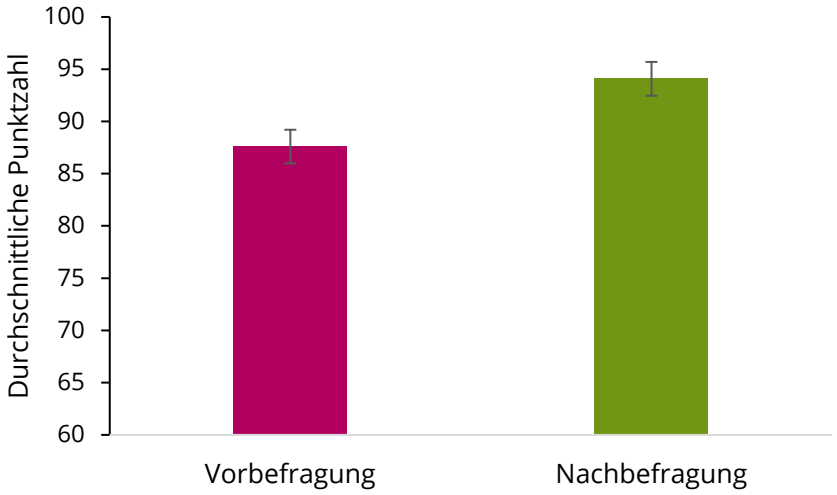
- Folgende Bedarfe wurden im Vorfeld der Trainings von den Teilnehmenden geäußert
  - Klares Rollenverständnis über die Tätigkeitsfelder der Gesundheitsbegleitung
  - Klarheit über die Vorgehensweise bei der Netzwerktätigkeit
  - Informationen zum Projekt und zur Projektstruktur
  - Mehr Sicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten
  - Einführung zu weiteren Online-Materialien (Moodle, Präventionsportal)

Beruflicher Hintergrund



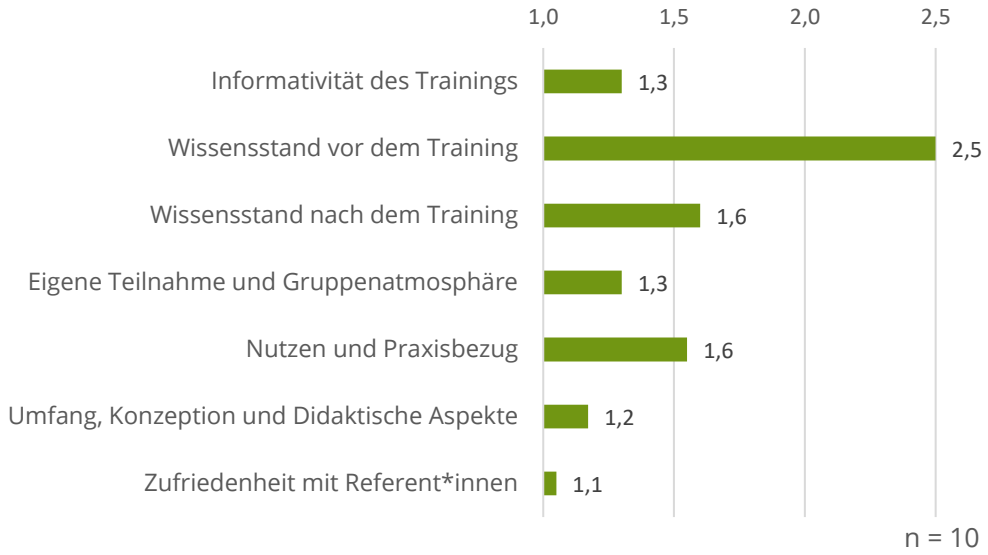
(n=10; Mehrfachnennung möglich)

Wissenstest im Prä-Postvergleich



- Anzahl vollständiger Datensätze: 9
- Durchschnittlicher Punktwert vor dem Training: 88
  (SD: 4,8; Minimum: 82; Maximum: 93)
- Durchschnittlicher Punktwert nach dem Training: 94
  (SD: 4,9; Minimum: 91; Maximum: 97)
- Alle Teilnehmenden haben sich um 1-12 Punkte verbessert
- Itemanalyse:
    - Anzahl Items, die vor dem Training zu weniger als 75% richtig beantwortet wurden: 18
    - Anzahl Items, die nach dem Training zu weniger als 75% richtig beantwortet wurden: 6
    - Weniger Veränderung bei Einzelaspekten, die Wissen zu den Themen Einschlussdiagnosen, Motivationsaufbau, Gesprächsführung und Defiziten des Versorgungssystems abfragten
    - Mehr Veränderung bei Einzelaspekten, die Wissen zur PSY-KOMO Zielgruppe und zum Tätigkeitsfeld der GBs abfragten
    - Anzahl Items, die vor und nach dem Training immer richtig beantwortet wurden: 44
    - Insbesondere in den Bereichen PSY-KOMO Basisinformationen und Gesundheitswissen zu Bewegung, Ernährung und Rauchen bereits viel Vorwissen

Bewertung des Trainings (in Schulnoten)



Textbasierte Rückmeldungen:

- Insbesondere Wissensvermittlung und praktische Anwendung in Rollenspielen wurden als hilfreich erlebt (allerdings auch unterschiedliche Haltung zu Rollenspielen)

- Rückmeldung zu technischen Schwierigkeiten, Trainingsmodalitäten (Früherer Trainingsbeginn) und inhaltliche Ergänzung zu Sozialleistungen als Verbesserungsvorschläge
- Keine explizit als „störend“ genannte Kommentare

Diskussion

- Die Bedarfe, die im Vorfeld des Trainings erfragt wurden, deckten sich mit den bereits vorbereiteten Trainingsinhalten. Die Teilnehmenden meldeten auch nach dem Training mündlich und schriftlich zurück, dass ihre Erwartungen erfüllt worden seien.
- Die Teilnehmenden kommen mehrheitlich aus Gesundheitsberufen und haben teils jahrelange Erfahrung in der Arbeit mit schwer psychisch erkrankten Menschen. Ein breites Basiswissen bezüglich der wesentlichen Tätigkeitsaspekte der Gesundheitsbegleitung war somit bereits gegeben.
- Der selbstkonstruierte Wissenstest zur Messung des Erfolgskriteriums ‚Wissenszuwachs‘ zeigte leichte Wissenszuwächse ausgehend von einem bereits hohen Kenntnisstand. Drei Aspekte sind hier wahrscheinlich ausschlaggebend: a) das bereits bestehende Vorwissen der Teilnehmenden aufgrund ihres Hintergrunds; b) den Teilnehmerinnen und Teilnehmern lag i.d.R. unser PSY-KOMO-GB-Manual (Jacobi et al., 2021) bereits vor und wurde ggf. bereits vor den Vortreffen gelesen, auch wenn dies erst zum Initialtraining eingesetzt werden sollte; c) die Fragebogenkonstruktion, die den Fokus weniger auf Trennschärfe und besondere Schwierigkeit als auf niedrigschwellige Wissensüberprüfung legte.
- Wissenszuwächse zeichneten sich vor allem bei Items bezüglich der PSY-KOMO Zielgruppe und dem Tätigkeitsfeld der zukünftigen Gesundheitsbegleiterinnen und -begleiter ab.
- Items, die sowohl vor als auch nach dem Test zu weniger als 75% richtig beantwortet wurden, umfassten insbesondere die Bereiche Stigmatisierungsphänomene, Gesprächsführung und Motivationsförderung. Dies kann ein Hinweis auf weiteres Trainingspotential sein und deckt sich mit der aktuellen Rückmeldung der Teilnehmenden.
- Deckeneffekte vieler Items derart, dass sie auf bereits hohem Niveau vor und nach dem Initialtraining richtig beantwortet wurden (d.h. psychometrisch betrachtet „leicht“ sind), stellen unserer Einschätzung nach keine Schwäche der Evaluation dar, da es bei diesem Wissenstest nicht um eine Leistungsdifferenzierung zwischen den einzelnen Trainingsteilnehmer*innen ging sondern darum zu prüfen, ob die für PSY-KOMO essenziellen Wissensinhalte auch in der GB-Gruppe vorhanden sind.
- Die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Trainingsgestaltung per se und den Dozent*innen kann als sehr hoch eingestuft werden, wenngleich dies in der Regel keine Aussage über die Wirksamkeit des Trainings zulässt (Beinicke & Bipp, 2019). Der selbsteingeschätzte Wissensstand vor und nach dem Training weist eine zufriedenstellende Veränderung auf, die Teilnehmenden schätzten den praktischen Nutzen des Trainings im Schnitt positiv ein, was es im Verlauf zu validieren gilt.
- Limitierend muss beachtet werden, dass es sich bei der Tätigkeit der Gesundheitsbegleitung um eine bislang so noch nicht existierende Tätigkeit handelt, was sowohl für Evaluierte als auch Evaluierende die Einschätzung von Erfolgskriterien erschwert.
- Erfolgskriterien im Sinne von Veränderungen des Gesundheitsverhaltens oder sogar der körperlichen Gesundheit der PSY-KOMO Zielgruppe lassen sich im Rahmen des

Eingruppen-Prä-Postplans nicht bewerten. Hierfür wäre ein randomisiert-kontrolliertes Trainingsdesign mit einer Zuordnung der Erfolgsvariablen auf die einzelnen Trainingsgruppen notwendig, was jedoch in der Praxis des Verbundprojekts nicht umsetzbar ist. Weitere Hinweise über die Effektivität des Trainings sind über kontinuierliche weitere Befragungen und die externe Prozessevaluation anhand von semi-strukturierten Interviews zu erwarten.

- Bislang wurde nur ein Einzeltraining in einer Mischform von E-Learning und interaktivem Workshop durchgeführt, sodass ein direkter Vergleich mit dem regulären Training noch nicht sinnvoll ist. Bestimmte Aspekte des Trainings lassen sich auch mit *blended learning* gut darstellen (insbesondere Projektinformationen und Gesundheitswissen), andere wiederum sind im Einzeltraining schwieriger umzusetzen (Rollenspiele und Erfahrungsaustausch zu den Aspekten Zielgruppe, Gesprächsführung und Motivationsaufbau).

Literatur

Baldwin, T., & Ford, J. (1988). Transfer of Training: A Review and Directions for Future Research. *Personnel Psychology*, *41*, 63–105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Beinicke, A., & Bipp, T. (Hrsg.). (2019). *Strategische Personalentwicklung: Psychologische, pädagogische und betriebswirtschaftliche Kernthemen*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55689-4

Jacobi, F., Jiménez, N., Struntz, M. et al. (2021). Trainingsmaterialien für Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter. [Handbuch entwickelt für PSY-KOMO]

Lacerenza, C. N., Reyes, D. L., Marlow, S. L., Joseph, D. L., & Salas, E. (2017). Leadership training design, delivery, and implementation: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *102*(12), 1686–1718. https://doi.org/10.1037/apl0000241

Leitner, D. J. (2021). *SoSci Survey (Version 3.2.42)* (3.2.42) [Computer software]. https://www.soscisurvey.de

Seeg, B. (2020). *Systematisches Transfermanagement für nachhaltige Führungskräftetrainings* [Otto-Friedrich-Universität]. https://doi.org/10.20378/irb-48256

Berlin, 23.11.21

Wissenstest – Initialtraining der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter: Antwortbogen

1. Was sind Ziele von PSY-KOMO?
   a) Die Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen.
   b) Die Prävention von somatischen Erkrankungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verbessern.
   c) Die Prävention psychischer Erkrankungen verbessern.
   d) Die Behandlungsqualität schwer psychisch erkrankter Menschen durch optimale Inanspruchnahme der Regelversorgung verbessern

2. Patient*innen welcher Hauptdiagnosen werden in PSY-KOMO aufgenommen?
   a) Abhängigkeitserkrankungen
   b) Narzisstische Persönlichkeitsstörung
   c) Borderline-Persönlichkeitsstörung
   d) Zwangsstörungen
   e) Bipolare Störungen
   f) Mittelgradige depressive Störungen
   g) Schwere depressive Störungen
   h) Demenzen
   i) Psychosen

3. Was zählt alles zu den Ursachen für Probleme bei der somatischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?
   a) Stigmatisierende Einstellungen seitens der Versorger.
   b) Selbststigmatisierende Einstellungen seitens der Patient*innen.
   c) In Deutschland muss man sich entscheiden, ob man lieber Gesundheitsleistungen für die psychische oder die körperliche Gesundheit erhalten möchte.
   d) Versorgende sehen bei Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen nur die körperliche Symptomatik und behandelt kaum die Psyche
   e) Zu geringe Inanspruchnahme fachärztlicher Leistung.
   f) Wegen psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen fehlt Patient*innen die Zeit, sich um ihre körperliche Gesundheit zu kümmern.

4. Welche Allgemeinen Prinzipien gelten bei der Unterstützung der PSY-KOMO Zielgruppe?
   a) Fordernde Beziehungsgestaltung
   b) Stigmatisierende Haltung
   c) Motivierende Grundhaltung
   d) Starke Erwartungshaltung
   e) Zutrauen
   f) Sensibilität

5. Welche Punkte sind hilfreich für den Motivationsaufbau bei der Unterstützung von SMI-Patient*innen?
   a) Möglichst hohe Ziele setzen, um den Anreiz zu stärken.
   b) Ausrichtung an objektiv wichtigen Wertevorstellungen, wie zum Beispiel Geld
   c) Setzen niedrigschwelliger Ziele, um Frustration zu vermeiden

d) Hoffnung auf Veränderung fördern

6. Welche Aussagen über das Versorgungssystem treffen zu?

a) Das Versorgungssystem ist leicht zu überblicken
b) Angebote des Versorgungssystems sind deutschlandweit verfügbar
c) Der sozialpsychiatrische Dienst ist eine Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisen und ist mit Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachgruppen ausgestattet
d) Psychiatrische Institutsambulanzen sollen Krankenhausaufenthalte vorbereiten

7. Welche Aussagen über die EX-In Genesungsbegleitung treffen zu?
a) Der Hauptfokus der Genesungsbegleiter*innen liegt auf den Schwächen der Klienten
b) Genesungsbegleitung bringt zusätzlich zur Perspektive Professioneller die Expertise aus der persönlichen Erfahrung Betroffener mit ein
c) Genesungsbegleiter*innen sind ausgebildete Sozialarbeiter*innen
d) EX-in haben persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Krisen

8. In wie vielen Modellregionen wird die PSY-KOMO-Idee vollständig umgesetzt?
a) 3 Regionen
b) 5 Regionen
c) 4 Regionen
d) 2 Regionen

9. Was zählt alles zu den Maßnahmen, durch die PSY-KOMO Patient*innen Unterstützung von Gesundheitsbegleiter*innen erhalten?
a) Als psychotherapeutische Beratungsstelle
b) Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung
c) Gesundheitsförderung und Prävention
d) Unterstützung bei täglichen Einkäufen und Erledigungen

10. Wie wirkt sich Bewegung auf die körperliche Gesundheit aus?
a) Wirkt u.a. vorbeugend bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei Herz-Kreislauferkrankungen.
b) Wirkt primär vorbeugend bei Erkrankungen des Gehirns und der Leber
c) Kann Alterungsprozesse verlangsamen
d) Ist bei Osteoporose kontraindiziert.

11. Welche der folgenden Aussagen über Bewegungsempfehlungen treffen zu?
a) Man sollte pro Woche so viel Bewegung wie möglich haben sowie täglich Kraft- und Ausdauertraining absolvieren
b) Empfehlungen zur Gesamtdauer von Bewegung pro Woche können auch in kleinere Bewegungseinheiten von mindestens 10 Minuten unterteilt werden.
c) Ausgewogene Bewegung umfasst sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining.
d) Liegen die Bewegungsempfehlungen unter den Mindestempfehlungen, sind sie nicht gesundheitswirksam.

12. Welche Aussagen treffen zu?
a) Gesunde Ernährung kann die Körperliche Leistungsfähigkeit und Regeneration fördern.
b) Eine Ernährung, die sich für alle Menschen als besonders förderlich gezeigt hat, beinhaltet viele verarbeitete Lebensmittel und möglichst viel Gemüse.
c) Krebserkrankungen werden durch Ernährung mit Alkohol, rotem Fleisch, sowie wenig Antioxidantien begünstigt.

d) Um Arteriosklerose vorzubeugen, sollte die Ernährung reich an gehärteten Fetten sein.

e) Gesunde Ernährung ist im Idealfall abwechslungsreich und beinhaltet wenig Zucker

13. Welche Aussagen über das Rauchen treffen zu?
    a) In Deutschland stehen jährlich über 100.000 Todesfälle unmittelbar mit dem Rauchen zusammen.
    b) Menschen mit psychischen Erkrankungen rauchen mehr.
    c) Typische Entzugssymptome bei der Rauchentwöhnung sind vermehrter Schlaf, bessere Konzentration (da man nicht mehr Rauchen muss), Unruhe und Stimmungsschwankungen.
    d) Typische Entzugssymptome bei der Rauchentwöhnung sind Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit.

14. Welche Aussagen über Rauchentwöhnung treffen zu?

    a) Die meisten Rauchenden schaffen es bei einem ersten Anlauf, anhaltend abstinent zu bleiben.
    b) Die Motivation gilt als wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Rauchentwöhnung. Hierzu zählt auch, dass man sich einen Rauchstopp zutraut.
    c) Wenn man mit dem Rauchen aufhört, steigt die körperliche Fitness.
    d) Am erforschtesten sind Rauchentwöhnungsprogramme aus der Psychoanalyse, die sich unter anderem mit unterbewussten Trauminhalten beschäftigen.

15. Warum bedürfen SMI-Patient*innen häufig mehr Unterstützung bei der Gesundheitsförderung?
    a) Aufgrund von Overshadowing seitens des Gesundheitssystems
    b) Aufgrund von Undershadowing seitens der Ärzt*innen.
    c) Aufgrund von kognitiven Einschränkungen.
    d) Aufgrund von stabilen Ich-Grenzen.
    e) Aufgrund ihrer ausgeprägten Fähigkeit, eigene Rechte durchzusetzen

16. In welche 3 Aspekte lässt sich ein Erstgespräch sinnvoll unterteilen?
    a) Referat über persönlichen Werdegang; Aufforderung zur Veränderung; Wissenschaftliche Erkenntnisse und Abschluss
    b) Kennenlernen und Beziehungsaufbau; Sammeln von Informationen; Aufforderung zur Veränderung
    c) Sammeln von Informationen; Aufforderung zur Veränderung; Organisatorische Aspekte und Abschluss
    d) Kennenlernen und Beziehungsaufbau; Sammeln von Informationen; Organisatorische Aspekte und Abschluss

3.8 Gesprächsführung und Motivationsförderung

WT17 Was bedeutet Validierung im Kontext der Gesprächsführung? (leichter Zuwachs mit weiterem Klärungsbedarf)

a) Validierung kommt von dem lateinischen Wort validus (“kräftig, wirksam, fest”), im Gesprächskontext bedeutet Validierung ein überzeugendes Gespräch führen
b) Validierung kommt von dem lateinischen Wort validus (“kräftig, wirksam, fest”), im Gesprächskontext bedeutet Validierung mit kräftiger Stimme zu sprechen
c) Validierung kommt von dem lateinischen Wort validus (“kräftig, wirksam, fest”), im Gesprächskontext bedeutet Validierung feste Rahmenbedingungen zu setzten
d) Validierung kommt von dem lateinischen Wort validus (“kräftig, wirksam, fest”), im Gesprächskontext bedeutet Validierung Patient*innen zu vermitteln, dass ihre subjektive Sicht der Dinge nachvollziehbar und ihre dazugehörigen Gefühle stimmig sind

WT18 Welche Grundannahmen gilt bei der Motivierenden Gesprächsführung? (leichter Zuwachs mit weiterem Klärungsbedarf)

a) Gründe, die man selbst für eine Veränderung gefunden hat, sind wirksamer als Gründe von Anderen
b) Motivation ist angeboren und kann nicht verändert werden
c) Gründe, die einem nahestehende Personen für eine Veränderung geben, sind wirksamer als selbst gefundene Gründe
d) Motivation verändert sich stetig und kann gefördert werden

4 Organisatorische und administrative Aufgaben

4.1 Organisatorische und administrative Aufgaben - Netzwerkrecherche

WT22 Welche Prinzipien sind bei der Netzwerkrecherche und beim Netzwerkaufbau sinnvoll? (Deckeneffekt + Klärungsbedarf wegen Wissensreduktion)

a) Die systematische Durchforstung aller Seiten, die bei Google während der Netzwerkrecherche angezeigt werden.
b) Die Nutzung von Internetseiten, welche vorwiegend auf kommerzielle und gewinnorientierte Angebote verweisen.
c) Die Nutzung von Datenbanken der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen, die auf Angebote des Versorgungssystems verweisen.
d) Das Eingrenzen der Netzwerkangebote auf vorher festgelegte Teilbereiche.

5 Was ist weiterhin wichtig für die PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter?

5.1 Klares Rollenverständnis bei der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung (GB): Was zählt zu den Aufgaben und was zählt nicht dazu?*

WT19 Was zählt nicht zu den Aufgaben der PSY-KOMO Gesundheitsbegleitung? (Deutlicher Zuwachs)

a) Unterstützung bei der Umsetzung von Diagnostik, zum Beispiel bei der Terminvereinbarung.
b) Beratung zur Linderung der psychischen Symptome der Patient*innen.
c) Das Stellen von somatischen Diagnosen.
d) Das mitwirken an der Weiterentwicklung der neuen Versorgungsform.

5.2 Mitwirkung an der Entwicklung der neuen Versorgungsform

WT20 Wie können PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter an der (Weiter-) Entwicklung der neuen Versorgungsform mitwirken? (Leichter Zuwachs)

a) Durch Datenauswertung, um Schlüsse über die Wirksamkeit von Interventionen zu ziehen.
b) Über Einbindung in das Studiensetting, durch regelmäßige Befragungen.
c) Durch Gespräche mit lokalen Politiker*innen
d) Durch regelmäßiges Verteilen von Flyern in Einkaufszentren, um PSY-KOMO bekannter zu machen.
e) Durch die Rückmeldung über Schwierigkeiten und Veränderungsvorschläge bei Abläufen der GB-Tätigkeit.

Herzlich Willkommen!

Alles einklappen

Abschluss

Abschluss

Hallo und Herzlich Willkommen in Ihrem Moodle-Forum,

dieses Forum dient der Unterstützung Ihres Trainings als PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter.

Hier wird Ihr Trainerteam die Trainingsmaterialien zur Verfügung stellen und stets die neuesten Versionen hochladen. Weiterhin soll das Forum dem standortübergreifenden Austausch und dem Sammeln von weiterführenden Informationen dienen. Das Forum soll dabei nicht das Präventionsportal ersetzen, sondern ausschließlich der Weiterbildung und dem Austausch der Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter dienen.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an n.jimenez@phb.de

Ankündigungen

Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

Forum

Forum der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen

Abschluss

Dieses Forum dient dem gegenseitigen Austausch und bietet Platz für Fragen und Anregungen.

?

Teamliste Gesundheitsbegleiter*innen und Trainer*innen

Abschluss

Unter diesem Link befindet sich eine Teamliste für den internen Gebrauch.

Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

Workshop 1

Abschluss

In diesem Abschnitt finden Sie sämtliche Workshop-Unterlagen auf dem Bearbeitungsstand des jeweiligen Termins. Unter dem Reiter "sonstige Anlagen" finden Sie weitere, nicht von der PHB erstellte Unterlagen.

Training 1: Handbuchkorrekturen

Abschluss

Training 1: GB-Handbuch

Abschluss

Training 1: Präsentation

Abschluss

Workshop 1_Neuss

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Neuss, Datum 05./06. Juli 2021

Workshop 1_Frankfurt

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Frankfurt, Datum 09./10. August 2021

Workshop 1_Göppingen

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Göppingen, Datum 23./24. August 2021

Workshop 1_Frankfurt (Einzeltraining)

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Frankfurt, Datum 20./21. September 2021

Workshop 1_Frankfurt (Einzeltraining 2)

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Frankfurt, Datum 31. März/14. April 2023

Workshop 1_Greifswald & Ulm

Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Greifswald und Göppingen, Datum 11./12. Oktober 2021

Workshop 1_Göppingen/Ulm (Einzeltraining) Abschluss

Hier befinden sich die Inhalte des ersten Workshops, Standort: Göppingen/Ulm, Datum 28./29. März 2022

Sonstige Anlagen Abschluss

Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

Netzwerkrecherche und Netzwerkaufbau

Hier können Hinweise und Orientierungshilfen für die Recherche und den Aufbau von Netzwerkwissen an den einzelnen PSY-KOMO-Standorten gemeinsam gesammelt werden.

Standortübergreifende Materialien Abschluss

Standort Neuss Abschluss

Hier ist Raum für Netzwerkthemen am Standort Neuss. Unter diesem Link findet sich ein gemeinschaftlich nutzbares und aktuelles Google-Dokument zur lokalen Netzwerkrecherche - kopieren Sie gerne Ihre gefundenen Angebote und Links, die Sie evtl. zunächst in einer Word-Datei gesammelt haben, hier an entsprechender Stelle hinein.

Standort Frankfurt am Main Abschluss

Hier ist Raum für Netzwerkthemen am Standort Frankfurt. Unter diesem Link findet sich ein gemeinschaftlich nutzbares und aktuelles Google-Dokument zur lokalen Netzwerkrecherche - kopieren Sie gerne Ihre gefundenen Angebote und Links, die Sie evtl. zunächst in einer Word-Datei gesammelt haben, hier an entsprechender Stelle hinein.

Standort Göppingen Abschluss

Hier ist Raum für Netzwerkthemen am Standort Göppingen. Unter diesem Link findet sich ein gemeinschaftlich nutzbares und aktuelles Google-Dokument zur lokalen Netzwerkrecherche - kopieren Sie gerne Ihre gefundenen Angebote und Links, die Sie evtl. zunächst in einer Word-Datei gesammelt haben, hier an entsprechender Stelle hinein.

Standort Greifswald Abschluss

Hier ist Raum für Netzwerkthemen am Standort Greifswald. Unter diesem Link findet sich ein gemeinschaftlich nutzbares und aktuelles Google-Dokument zur lokalen Netzwerkrecherche - kopieren Sie gerne Ihre gefundenen Angebote und Links, die Sie evtl. zunächst in einer Word-Datei gesammelt haben, hier an entsprechender Stelle hinein.

Standort Ulm Abschluss

Hier ist Raum für Netzwerkthemen am Standort Ulm. Unter diesem Link findet sich ein gemeinschaftlich nutzbares und aktuelles Google-Dokument zur lokalen Netzwerkrecherche - kopieren Sie gerne Ihre gefundenen Angebote und Links, die Sie evtl. zunächst in einer Word-Datei gesammelt haben, hier an entsprechender Stelle hinein.

Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

Weiterführende Quellen und Inhalte

Weiterführende Quellen und Inhalte

Abschluss

Liebe Gesundheitsbegleiter und Gesundheitsbegleiterinnen,

in diesem Wiki wollen wir gemeinsam mit Ihnen weiterführende Materialien sammeln. Hier dürfen alle Informationsquellen (z.B. wissenschaftliche Artikel, Videos, Bücher, Buchkapitel) gelistet werden, die für die Tätigkeit hilfreich sein können. Bitte fügen Sie Passendes ein und nutzen Sie nach Bedarf und Interesse die zur Verfügung stehenden Informationen.

Wir haben bereits mit der Sammlung angefangen und wollen diese im Laufe der nächsten Monate mit Ihnen erweitern. Die Ordnung der Themen richtet sich nach dem aktuellen Handbuch, zusätzlich gibt es einen weiteren Abschnitt "Sonstiges". Unter dem Reiter "Dateien" können Sie PDF-Dokumente herunterladen. Bitte notieren Sie immer den Titel, das Format der Quelle, einen Satz, warum die Quelle hilfreich ist und gegebenenfalls einen Link.

Viel Spaß beim Stöbern und Ergänzen!

P.S. Bei Fragen oder Unterstützungsbedarf bei der Nutzung des Wikis wenden Sie sich bitte an n.jimenez@phb.de.

+ Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

FAQ

An dieser Stelle sammeln wir im Rahmen der Projektzeit häufige Fragen, von deren Antworten alle profitieren können.

FAQ

Abschluss

+ Aktivität oder Material anlegen

+ Thema hinzufügen

?

PSY-KOMO Einschlussdiagnosen: Psychosen

Menschen mit Psychosen (Schizophrenie als Fachbegriff für “Gespaltene Seele”) erleben eine Spaltung von “allgemeiner” und “privat” erlebter Wirklichkeit. Innen- und Außenwelt passen nicht zusammen: Betroffene berichten zum Beispiel, Stimmen zu hören, obwohl sie allein in einem ruhigen Raum sind. Oder sie haben den Eindruck, beobachtet oder sogar verfolgt zu werden. Sie können teilweise Dinge sehen oder spüren, die für andere Personen nicht wahrnehmbar sind. Mit der Zeit verschwimmt die “Innen- und Außensicht” und Betroffene gelangen zur Überzeugung, dass ihr Erleben real ist.

ICD-10 Schlüssel in PSY-KOMO

- F20.x: Schizophrenien
- F21 Schizotype Störungen
- F22.x Anhaltende wahnhafte Störungen
- F25.x Schizoaffektive Störungen

Merkmale

- Spaltung zwischen eigener Wahrnehmung und Realität
- Entwicklung logischer Fehlschlüsse aufgrund der fremdartigen Wahrnehmungen
- Ausprägung wahnhaften Erlebens
- Ausprägung von Misstrauen, Ängsten und bizarren Verhaltensweisen

Positiv-symptomatik

Bezeichnet Symptome, die im Vergleich zum gesunden Zustand in einem akuten psychotischen Schub hinzukommen, zum Beispiel:

- Halluzinationen (häufig akustischer Art, aber auch alle anderen Sinnesmodalitäten)
- Wahnhaftes Erleben und Wahngedanken
- Angst- und Erregungszustände; Gefühl, sich aufzulösen oder beeinflusst zu werden

Negativ-symptomatik

Bezeichnet einen Wegfall von Funktionen im Vergleich zum gesunden Zustand und tritt häufig nach einem akuten Schub auf, zum Beispiel:

- Verlust von Antrieb und Energie
- Beeinträchtigte Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu zeigen
- Abgeflachte, monotone Sprache und leblose Mimik

Häufige, phasen-unabhängige Begleit-symptomatik

- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Probleme im vorausschauenden Denken
- Schnelle Reizüberflutung
- Angstzustände
- Depressive Verstimmungen und Gleichgültigkeit
- Beeinträchtigte Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu zeigen
- Abgeflachte, monotone Sprache und leblose Mimik

Vulnerabilität-Stress-Modell

Die Entstehung von Psychosen wird als Interaktion zwischen angeborenen und erworbenen Vulnerabilitäten (Verletzlichkeiten) sowie Stressfaktoren aufgefasst. Hierunter zählen unter anderem:

- Genetische Faktoren (Hoher Einfluss!)
- Umweltfaktoren (z.B. Aufwachsen in emotional belastendem Familienmilieu)
- Kritische Lebensereignisse (z.B. Hohe Stressbelastung, Substanzkonsum, Traumata)

Behandlung

- Medikamentöse Behandlung durch Antipsychotika
  - Dopamin-Hypothese: Psychotische Symptome hängen mit einem „Überangebot“ des Neurotransmitters Dopamin zusammen (Ob Ursache oder Folge von Psychosen ist allerdings unklar!)
  - Blockade von Dopamin-Rezeptoren führt zu reduzierter Weiterleitung von Signalen im Gehirn und verringert psychotische Symptome
  - Vorteil: Verhindert neue psychotische Schübe und verbessert die Krankheitsprognose
  - Nachteil: Führt je nach Art des Medikaments und der Dosierung zu mehr oder weniger starken Nebenwirkungen und kann schädliche Langzeitwirkung auf das Gehirn haben
- Psychotherapeutische Behandlungskonzepte

- Zielen vor allem auf Rückfallprophylaxe ab (z.B. Stressreduktion, Erkennen von Frühwarnzeichen, Selbstfürsorge)
- auch Auseinandersetzung und Umgang mit psychotischem Erleben

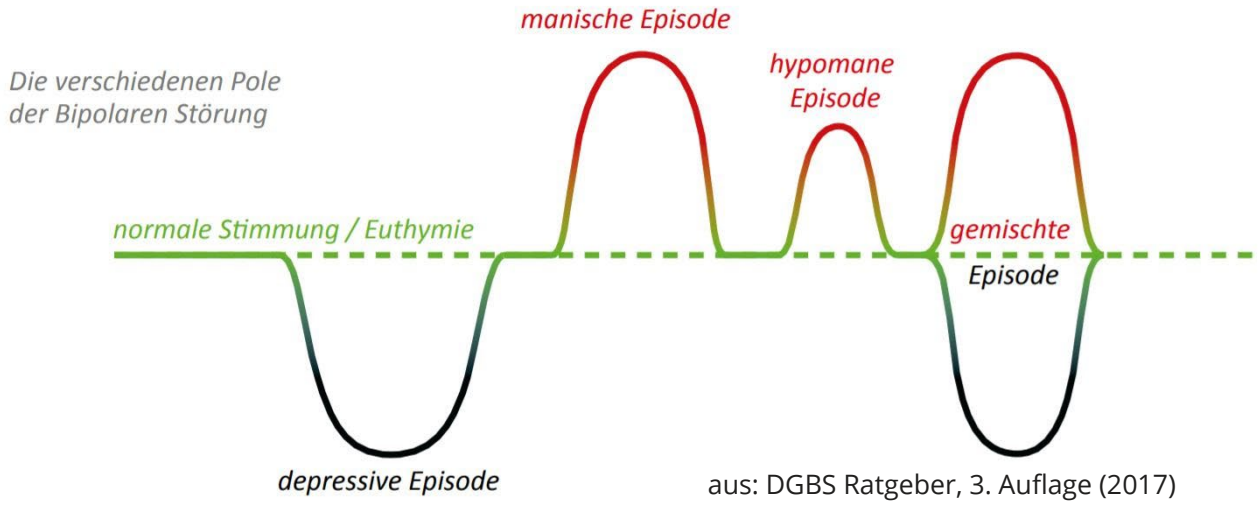
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Einbezug von Angehörigen
  - Ein stabiles familiäres (bzw. soziales) Umfeld ist ein wichtiger Genesungsfaktor
  - Der Einbezug Angehöriger kann zum Beispiel in Form von Trialogarbeit (Betroffene, Angehörige und Behandler*innen) stattfinden und kann Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung und beim allgemeinen Abbau von Stigmatisierung in der Öffentlichkeit helfen

Wichtig für PSY-KOMO

- Von Psychosen betroffene Menschen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar:
  - Höchstes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko innerhalb der vier PSY-KOMO Einschlussdiagnosegruppen
  - Häufig besonders ausgeprägte Stigmatisierungserfahrung
  - Häufig dauerhafte Erwerbsunfähigkeit und prekäre Lebensverhältnisse
- Durch die Symptomatik sind Betroffene oft besonders misstrauisch. Ein transparenter Umgang bezüglich der Maßnahmen während der Gesundheitsbegleitung (z.B. Aufklärung über Datenschutz, Einsicht geben in Mitschriften) kann hilfreich sein.
- Selbstfürsorge: Bei Unsicherheiten bezüglich des Auftretens eines erneuten Schubs oder dem Aufkommen von persönlicher Überforderung ist es wichtig, auf die eigenen Grenzen zu achten und sich gegebenenfalls Hilfe und Beratung von Ansprechpersonen zu holen.

PSY-KOMO Einschlussdiagnosen: Bipolare Störungen

Menschen mit bipolaren Erkrankungen erleben deutliche Ausschläge in Richtung der Pole negativer und positiver Stimmung. Man unterscheidet insbesondere zwischen manischen und hypomanischen (weniger stark ausgeprägten) Episoden und es können Depressionen jeglichen Schweregrades auftreten. Ausgeprägte manische Episoden haben oft drastische Konsequenzen für das Berufs- und Privatleben, depressive Episoden, die oft auf (hypo)manische Episoden folgen, erzeugen bei Betroffenen oft einen hohen Leidensdruck aufgrund des starken Stimmungsgefälles.



aus: DGBS Ratgeber, 3. Auflage (2017)

ICD-10 Schlüssel in PSY-KOMO

- F30.x Manische Episode (Hypomanie, Manie; einmalige Episode)
- F31.x Bipolare affektive Störung (mindestens zwei Episoden)

Merkmale Manie

- Deutlich gehobene oder gereizte Stimmung
- Gesteigerte Aktivität bzw. Ruhelosigkeit
- Rededrang
- Ablenkbarkeit
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Libidosteigerung
- Auffälliges Verhalten (Risikobereitschaft, Geldausgaben, Geselligkeit, teils sehr charismatisches, teils sehr gereiztes Auftreten) mit teils gravierenden Konsequenzen

Merkmale Hypomanie

- Es können sämtliche Merkmale der Manie auftreten, in der Regel aber milder ausgeprägt
- Keine gravierenden persönlichen und sozialen Konsequenzen nach Abklingen einer hypomanischen Episode
- Wird von Betroffenen retrospektiv häufig als angenehm erlebt

Vulnerabilität -Stress-Modell

Die Entstehung der Bipolaren Störung wird als Interaktion zwischen angeborenen und erworbenen Vulnerabilitäten (Verletzlichkeiten) sowie Stressfaktoren aufgefasst. Hierunter zählen insbesondere:

- Genetische Einflüsse als Vulnerabilität (Hoher Einfluss! Etwa 50% aller bipolar Erkrankten haben Angehörige, die ebenfalls erkrankt sind)
- Kritische Lebensereignisse und Stressfaktoren als Auslöser (z.B. Hohe Stressbelastung, Substanzkonsum, Störung des Schlaf-Wachrhythmus)

Behandlung

- Medikamentöse Behandlung durch
  - Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika): Hierbei handelt es sich um Medikamente, die Ausschläge in beide Stimmungspole verhindern können (v.a. Lithium und verschiedene Antiepileptika) und in der Regel dauerhaft eingenommen werden müssen
- Psychotherapeutische Behandlungskonzepte
  - Zielen vor allem auf Rückfallprophylaxe ab (z.B. Stressreduktion, Erkennen von Frühwarnzeichen, Selbstfürsorge)

- Kreative und handlungsorientierte Therapieverfahren (Kunst- und Musiktherapie, Ergotherapie) können zur psychischen und sozialen Stabilisierung beitragen
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Trialogische Zusammenarbeit, sowohl zur Krankheitsbewältigung als auch zur Sensibilisierung und dem Abbau von Stigmatisierung in der Öffentlichkeit

Wichtig für PSY-KOMO

- Im Projektverlauf kann es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten während der 6-monatigen Teilnahme erkrankungsspezifische Schwankungen erleben und in eine neue Episode rutschen
- Selbstfürsorge: Bei Unsicherheiten bezüglich des Auftretens einer erneuten Episode oder dem Aufkommen von persönlicher Überforderung ist es wichtig, auf die eigenen Grenzen zu achten und sich gegebenenfalls Hilfe und Beratung von Ansprechpersonen zu holen

PSY-KOMO Einschlussdiagnosen: Schwere Depressionen

Schwere depressive Erkrankungen sind gekennzeichnet durch ausgeprägte Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit sowie Freud- und Interessenlosigkeit. Betroffenen fallen oft einfachste Alltagsroutinen sehr schwer und sie sind in ihrer gesamten Lebensführung stark beeinträchtigt. Da in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl beeinträchtigt ist, gehen schwere Depressionen mit einem hohen Leidensdruck einher. Unbehandelt können massive Einschränkungen in der Lebensbewältigung bis hin zu suizidalem Verhalten und Suizid die Folge sein.

ICD-10 Schlüssel in PSY-KOMO

- F32.2, F32.3 Schwere depressive Episode ohne bzw. mit psychotischen Symptomen
- F33.2, F33.3 Schwere rezidivierende Depression ohne bzw. mit psychotischen Symptomen

Merkmale

- Deutlich herabgesetzte Stimmung
- Ausgeprägte Antriebsarmut
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Schuldgefühle
- Selbstwertverlust
- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Suizidgedanken und Handlungen
- Von außen beobachtbare Unruhe oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Ausgeprägte Appetitveränderungen

Psychotische Symptome

- Besonders schwere Form der Depression
- Auftreten von Wahninhalten und Halluzinationen; diese sind in der Regel stimmungskongruent, d.h., sie passen zum depressiven Erleben (z.B. Schuldwahn, strafende Stimmen)

Vulnerabilität -Stress-Modell

Die Entstehung von Depressionen wird als Interaktion zwischen angeborenen und erworbenen Vulnerabilitäten (Verletzlichkeiten) sowie Stressfaktoren aufgefasst. Hierunter zählen insbesondere:

- Genetische Einflüsse als Vulnerabilität (Weniger relevant als bei Psychosen und bipolaren Erkrankungen)
- Häufig: Verlust-, Verunsicherungs- und Enttäuschungserlebnisse in der Kindheit
- Kritische Lebensereignisse und Stressfaktoren als Auslöser (z.B. Arbeitsplatzverlust, Verlust nahestehender Angehöriger, dauerhafte Stressbelastung)

Behandlung

- Bei schweren Depressionen ist sowohl die psychotherapeutische als auch eine medikamentöse Behandlung wichtig
- Medikamentöse Behandlung:
  - Bei zwei oder mehr Episoden mind. 2 Jahre Dauermedikation, ggf. unbefristet
- Psychotherapeutische Behandlungskonzepte
  - Richtlinienverfahren (Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie)
  - Teils spezifische Behandlungskonzepte für schwere und chronische Depressionen
- Bei therapieresistenten Depressionen EKT (Elektro-Konvulsiv-Therapie) als Behandlungsalternative
- Teilnahme an Selbsthilfe- und Angehörigengruppen
- Das Risiko für erneute Episoden erhöht sich mit jeder weiteren Episode – bei leitliniengerechter Behandlung ist die Prognose jedoch deutlich besser

Wichtig für PSY-KOMO

- Sollten Patient*innen im Begleitungsverlauf suizidale Absichten ohne glaubhafte Distanzierung äußern (Eigengefährdung), ist direktes Handeln erforderlich: z.B. Klinikeinweisung einleiten, Notruf wählen, Ansprechpersonen hinzuziehen
- Gerade im Umgang mit akut sehr depressiven Patient*innen kann die mitunter transportierte Hilf- und Hoffnungslosigkeit zu Gefühlen von eigener Überforderung und

Hilflosigkeit führen. In diesem Fall ist es wichtig, auf die eigenen Grenzen zu achten und sich gegebenenfalls Hilfe und Beratung von Ansprechpersonen zu holen.

PSY-KOMO Einschlussdiagnosen: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung erleben emotionale Zustände mitunter so intensiv, dass sie den daraus resultierenden Impulsen ohne Berücksichtigung der Folgen nachgeben. Häufig kommt es zu emotionalen Schwankungen und Ausbrüchen sowie Konflikten mit anderen. Man unterscheidet zwischen dem Impulsiven Typ und dem Borderline Typ.

ICD-10 Schlüssel in PSY-KOMO

- F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ)
- F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)

Merkmale

- Störung der Emotionsregulation:
  - z. B. Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren und emotionale Instabilität
- Impulsivität
  - z.B. unerwartete Handlungen ohne Rücksicht auf Konsequenzen
  - z.B. Substanzmissbrauch, Geldausgaben und Essanfälle
- Instabiles Identitätserleben
  - z.B. Schwanken zwischen Selbstidealisierung („Ego-Phasen“) und Selbstentwertung („Ich weiß gar nicht was mein Partner an mir mag“)
- Inkonsistente Beziehungsgestaltung
  - z.B. Schwanken zwischen Ängsten vor Verlassenwerden und Entwertung anderer
  - Muster zwischen Idealisierung und Entwertung
- Häufig Selbstverletzung und Suizidalität
- Häufig weitere komorbide psychische Erkrankungen

Entstehung

Psychosoziale Risikofaktoren:

- Beziehungsfaktoren
- Frühe Traumatisierung, Erleben von Gewalt oder Überforderung
- Problematisches Beziehungserhalten der primären Beziehungsperson, es kommt zur Spaltung (d.h. es werden entweder nur noch die positiven oder negativen Eigenschaften einer Person wahrgenommen)
- Fehlen einer Schutz und Geborgenheit bietenden Bezugsperson, die Wahrnehmungen und Empfindungen der Pat. bestätigt
- Traumatische Erfahrungen: 70% sexuelle Gewalt, 60% körperliche Gewalt und 40% schwere Vernachlässigung
- genetische Disposition

Behandlung

- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)
  - Form der kognitiven Verhaltenstherapie mit Skillstraining zu: Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschlichen Beziehungen und Achtsamkeit
- Mentalization-based Therapy (MBT)
  - Unter Mentalisierung wird die Fähigkeit verstanden sich mentale Zustände im Selbst und anderen vorzustellen. MBT fokussiert auf Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit und integriertes Erleben des selbst und der anderen
- Psychoedukation als integraler Bestandteil
- Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie
- Bei Bedarf Interventionen mit Angehörigen
- Medikamente werden möglichst zurückhaltend verordnet
  - Bei Bedarf eher zur Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen

Wichtig für PSY-KOMO

- Menschen mit Persönlichkeitsstörung können interaktionell herausfordernd sein. Hierbei ist es wichtig, dies nicht auf sich zu beziehen, sondern die traumatischen Beziehungserfahrungen der Patient*innen im Hinterkopf zu behalten.

Kollegiale Beratung

Kollegiale Beratung ist eine Intervisionsmethode zur strukturierten Fallberatung. Ziel der Beratung ist es, dass eine ratsuchende Person mehr Klarheit bezüglich ihres Anliegens sowie Hypothesen, Perspektivwechsel und Lösungsideen erhält. Hierbei gibt es ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen. In jeder Phase gibt es ein spezifisches Vorgehen, von dem nicht abgewichen um möglichst viele Hypothesen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Von diesen Phasen nicht abzuweichen ist kontraintuitiv, bewährt sich jedoch meist im Verlauf.

Ablauf		Regeln
Rollen verteilen	Eine Gesundheitsbegleitung ist Fallgeber*in, eine Person ist Moderator*in und der Rest sind Berater*innen	-
Fallvorstellung	Fallgeber*in beschreibt die Situation und ein Anliegen in Form einer Frage. Die moderierende Person notiert die Frage am Whiteboard. Berater*innen hören zu und machen sich bei Bedarf Notizen.	Berater*innen stellen noch keine Fragen!
Fallgeber*in befragen	Es geht um Verständnisfragen seitens der Berater*innen. Im Anschluss an diese Phase sagt der*die Fallgeber*in nichts mehr und hört zu.	Es werden nur Verständnisfragen gestellt und keine Interpretationen des Problems abgegeben.
Hypothesen	Berater*innen äußern Hypothesen, Vermutungen und Eindrücke. Der*die Moderator*in notiert diese auf dem Whiteboard.	Hier werden noch keine Lösungen entwickelt!
Berater*innen schlagen Lösungen vor	Die Berater*innen machen Lösungsvorschläge. Sie sagen zum Beispiel was Sie an Stelle der fallgebenden Person tun würden	Keine Diskussion!
Fallgeber*in gibt Rückmeldung	Fallgeber*in nimmt Stellung zu den Vorschlägen und Anregungen und bedankt sich für die Unterstützung!	Keine Diskussion!
Gegebenenfalls Handlungsplan festlegen	Fallgeber*in äußert, wie es ihm*ihr geht und nennt den nächsten kleinen Schritt bezüglich des Anliegens.	-

Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Motivierende Gesprächsführung

Workshop 2

Agenda Inhalte

1. Motivierende Gesprächsführung
   - Rahmenbedingungen
   - MI Spirit
   - Ziele und Grundprinzipien
2. Basistechniken der Motivierenden Gesprächsführung
3. Praktische Übung
4. Evokation und “Change Talk”
5. Praktische Übung
6. Ausblick: Veränderungsplan

Was ist Motivierende Gesprächsführung ?

- „Motivierende Gesprächsführung ist ein personenzentrierter therapeutischer Stil, der sich dafür eignet, mit dem häufigen Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderung umzugehen.“ (Miller und Rollnick, 2015)

Rahmenbedingungen – Motivierende Gesprächsführung…

- …ist eine Kommunikationsart, keine Therapieform
- …eignet sich für viele Themen
- …eignet sich auch für wenig Kontakte

Was ist Motivational Interviewing (MI) ?

“MI – Spirit”

- Wertschätzend, wohlwollende, akzeptierende Grundhaltung gegenüber den Klient:innen
- Menschen sind grundsätzlich in der Lage, sich zu ändern
- Authentische Übernahme des “MI – Spirits” + Anwendung der Basistechniken ermöglicht die Umsetzung der motivierenden Gesprächsführung

Was ist Motivational Interviewing (MI) ?

Grundprinzipien – 1. Dem Korrekturreflex widerstehen

- Korrekturreflex: Drang, Klient:innen überzeugen zu wollen,
- schlüssig zu argumentieren,
- das eigene Recht zu verteidigen
- …führt nicht zu konstruktiver Veränderung
- …Verhärtung, Frust, Eskalation sind mögliche Konsequenzen

Was ist Motivational Interviewing (MI) ?

Grundprinzipien – 2. Motivation verstehen

- Nicht eigene Werte unterstellen (sondern Werte von Klient:innen ergründen)
- Kient:innen in ihren Gründen für ihr Tun verstehen
- Dahinterliegende Motive und Werte ableiten

➢ Werte von Klient:innen müssen nicht geteilt, aber nachvollzogen und verstanden werden

➢ Vorsicht v.a. bei Problemen, die man selbst kennt (z.B. Gefahr, voreilige Schlüsse zu ziehen)

Was ist Motivational Interviewing (MI) ?

Grundprinzipien – 3. Empathisch zuhören

- Empathie und gutes Zuhören sind wichtig für den Beziehungsaufbau

Was ist Motivational Interviewing (MI) ?

Grundprinzipien – 4. Empowerment

- Veränderungszuversicht bekräftigen
  - ➢ Ohne Selbstwirksamkeitsempfinden keine gelingende Veränderung!

Basistechniken des Motivational Interviewing

1. Offene Fragen stellen

- geschlossene Fragen → passiv-konsumierende Grundhaltung bei Klient:innen → sparsam einsetzen!

  „Haben Sie schon daran gedacht, mit dem Rauchen aufzuhören?“

  → “Wie denken Sie über das Thema Rauchen?”

- möglichst nicht zu viele Fragen hintereinander stellen (Faustregel: nicht mehr als Drei) → „Verhörcharakter“
  - Stattdessen Reflexionen: Inhalte weiter vertiefen

Basistechniken des Motivational Interviewing

2. Würdigungen

- Lob, Bestätigung, Bekräftigung und Komplimente kommen oft zu kurz, sind aber eine wichtige Motivation für Veränderung und dienen der Ressourcenstärkung
- Hilfreich für die Berater – Klient:innen-Beziehung
- Stärkung des Selbstwirksamkeitsempfindens

Basistechniken des Motivational Interviewing

2. Würdigungen - “Richtig” loben

- Lob begründen → kann dann innerlich nicht so schnell wieder entkäftet werden
- z.B. im Vergleich zu einer ähnlichen Bezugsgruppe oder zu Veränderungen innerhalb einer Person
- Kontinuität → nur durch häufiges und regelmäßiges Loben kommt es zu einem “Umlernprozess”
- eventuelle Ankündigung von Lob, um Akzeptanz zu erhöhen

Basistechniken des Motivational Interviewing

3. Reflektierendes Zuhören

- Kernstück des MI
- Berater:in entscheidet, was (nicht) aufgegriffen wird

Ganz grob vereinfacht:

- Weniger Fokus auf Aussagen über dysfunktionale Verhaltensweisen
- Mehr Fokus auf Aussagen, die in Richtung einer positiven Veränderung gehen

Basistechniken des Motivational Interviewing

3. Reflektierendes Zuhören

In die Welt der Klient:innen eintauchen

- Inhaltliche Wiedergabe
- Wiederholen in eigenen Worten
- Aussagen: fördern Introspektion und emotionales Erleben
- Fragen: führen zu Erklärungen und Distanzierung vom Erleben
- Darauf vertrauen, dass Klient:innen “nachjustieren”, wenn ihnen die Reflexion nicht stimmig erscheint

Klient: “Ich kann die meisten Menschen unter den Tisch trinken”

Beraterin: “Sie sind stolz darauf, wieviel Sie vertragen.”

Klient: “Ich denke, wie ich mit meiner Frau und meinen Kindern umgehe, ist schon okay, am Ende muss schließlich der Mann vorgeben, wie der Hase zuhause zu laufen hat.”

Beraterin: “Ihre Art des Umgangs innerhalb Ihrer Beziehung hat für Sie keine ernsten Probleme zur Folge”

Klient: “Von meinen Freunden kifft doch fast jeder. Aber meine Mutter tut so, als wäre ich ein verrückter Junkie. Das ist doch bescheuert!”

Beraterin: “Sie fühlen sich ungerecht behandelt und sind ärgerlich. Eigentlich hat Ihre Mutter ein Problem”

Basistechniken des Motivational Interviewing

4. Zusammenfassen

- **Ambivalenzförderung:** Helfen, innere Auseinandersetzung mit motivationalen Tendenzen ”am köcheln” zu halten
- Klient:innen-seitige Zusammenfassungen: Eignen sich besonders gut zu Beginn und am Ende einer Sitzung

➢ Was hat Sie im Anschluss an unsere letzte Sitzung noch beschäftigt?

➢ Was ist heute besonders wichtig/hilfreich gewesen?

Übung zu den Basistechniken: ca. 2 x 10 min

Video: https://www.dailymotion.com/video/xdi81t

Übung zu den Basistechniken: ca. 2 x 10 min

Rolle: Klientin

Stellen Sie sich vor, dass Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beschwerden Unterstützung bei Ihrer Gesundheitsbegleiterin suchen. Sie haben mit der Ernährung teilweise Probleme, auch fällt Ihnen die regelmäßige Bewegung schwer. Zudem Rauchen Sie seit etwa 20 Jahren und haben bereits mehrmals ohne Erfolg einen Aufhörversuch gestartet. Entscheiden Sie sich für für maximal zwei Themen, die Sie mit Ihrer Gesundheitsbegleiterin in den Fokus rücken möchten und machen Sie sich Gedanken darüber, was aktuell bei Ihnen für und was gegen eine Veränderung spricht. Sie hoffen, von der Gesundheitsbegleiterin für Ihr Verhalten nicht verurteilt zu werden und sind vorsichtig mit der Schilderung Ihres Problems.

Achten Sie darauf, wie Ihr Gegenüber auf Sie eingeht und sich ein Bild von Ihrem Problem macht.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Was hat Ihnen besonders geholfen, eine Beziehung zu Ihrem Gegenüber aufzubauen und sich zu öffnen?

Rolle: Gesundheitsbegleiterin

Stellen Sie sich vor, dass Sie eine neue Klientin als Gesundheitsbegleiterin betreuen.

Sie möchten nun die Anliegen der Klientin genauer explorieren und über Beweg- und Hinderungsgründe genauer Bescheid wissen.

Orientieren Sie sich an der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung (Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl, Ressourcenaktivierung) und nutzen Sie die entsprechenden Basistechniken:

- Offene Fragen
- Würdigungen
- Reflektierendes Zuhören
- Zusammenfassungen

Achten Sie darauf, welche Reaktionen Sie mit den verschiedenen Techniken erzielen.

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Welche Techniken haben sie versucht anzuwenden? Ist es Ihnen gelungen, Ihre Klientin gut „abzuholen“?

Evokation und “Change Talk”

Was ist Evokation?

- **Hauptziel:** Ambivalenz von Klient:innen auflösen und Veränderungsbereitschaft stärken
- Individualisiertes Vorgehen -> Klient:innen befinden sich an unterschiedlichen Ausgangspunkten
- Grundlage: ausführliche Ergründung der Ambivalenz
  - Was sind Beweggründe?
  - Was sind Hinderungsgründe?

Evokation und “Change Talk”

Ziele: Klient:innen sollen sich…

- …mit ihrer inneren Ambivalenz auseinandersetzen
- …selbst Gründe für eine Veränderung offen legen
- …sich der Gründe für eine Veränderung bewusst werden
- …selbst die Position der Argumentation in Richtung Veränderung einnehmen
- …selbst möglichst viele Argumente für eine Veränderung finden

Evokation und “Change Talk”

Change Talk:

- Selbstmotivierende Aussagen zu Gunsten einer Veränderung
- Formen von Change Talk:
  - vorbereitender Change Talk
  - mobilisierender Change Talk

Evokation und “Change Talk”

Vorbereitender Change Talk:

- Äußerung von Bedürfnissen, Wünschen, Gründen und Fähigkeiten
- Niedriger Grad der Selbstverpflichtung

Mobilisierender Change Talk:

- Klient:in macht Aussagen darüber, was er:sie zu tun beabsichtigt
- Grad der inneren Selbstverpflichtung nimmt zu

Übung - Erkennen von vorbereitendem Change Talk:

Ordnen Sie Bedürfnissen, Wünschen, Gründen und Fähigkeiten den Aussagen des Klienten zu!

K: Grundsätzlich möchte ich wieder mehr Sport machen, da ich mich danach meist besser gefühlt habe.
B: Okay, Sie sagen, dass sie sich dann besser fühlen. Was genau erhoffen Sie sich von der Veränderung?
K: Ich konnte durch Sport immer ganz gut Stress abbauen und hatte nach dem Sport fast immer gute Laune. Danach war ich einfach immer sehr entspannt.
B: Wenn Sie beschließen wieder mehr Sport zu machen, wie könnten Sie es schaffen?
K: Da bin ich mir unsicher. Eigentlich würde es mir denke ich nicht schwerfallen, da ich schon immer eine sportliche Person war, jedoch fehlt mir einfach der Antrieb, um es dann wirklich durchzuziehen.
B: Also haben Sie das Gefühl, dass Sport eigentlich gut zu ihrer Persönlichkeit passt.
K: Genau, das finde ich. Daher würde ich auch gerne wieder damit anfangen, aber mir fällt es wirklich schwer.
B: Wie hoch schätzen Sie ihre Fähigkeit ein, Sport wieder anzugehen?
K: Ich müsste zwar wieder reinkommen, aber ich wäre recht schnell wieder fit denke ich.
B: Okay, das finde ich toll, dass Sie ihre Fähigkeiten hoch einschätzen. Wenn Sie sich einfach einmal vorstellen, dass Sie es geschafft haben zu ihrem ersten Training zu gehen: Worauf hoffen Sie, was wäre wünschenswert?
K: Ich wünsche mir, dass ich den Punkt dadurch überwinde und wieder regelmäßiger Sport machen kann, da ich dadurch sehe, wie sehr es mir hilft. Ich würde dadurch wahrscheinlich wieder mehr Sport machen.
B: Da sprechen Sie bereits viele positive Faktoren an, die sich durch die Teilnahme am Sport ergeben würden. Was sollten Sie nun tun?
K: Ich denke, ich muss nun wirklich etwas verändern.

Übung - Erkennen von vorbereitendem Change Talk:

Ordnen Sie Bedürfnissen, Wünschen, Gründen und Fähigkeiten den Aussagen des Klienten zu!

K: Grundsätzlich **möchte ich wieder mehr Sport machen**, da ich mich **danach meist besser gefühlt** habe. Wunsch, Gründe

B: Okay, Sie sagen, dass sie sich dann besser fühlen. Was genau erhoffen Sie sich von der Veränderung?

K: Ich konnte durch Sport immer ganz gut **Stress abbauen** und hatte nach dem Sport fast immer **gute Laune**. Danach war ich einfach immer **sehr entspannt**. Gründe

B: Wenn Sie beschließen wieder mehr Sport zu machen, wie könnten Sie es schaffen?

K: Da bin ich mir unsicher. Eigentlich **würde es mir denke ich nicht schwerfallen**, da ich schon immer eine sportliche Person war, jedoch fehlt mir einfach der Antrieb, um es dann wirklich durchzuziehen. Fähigkeit

B: Also haben Sie das Gefühl, dass Sport eigentlich gut zu ihrer Persönlichkeit passt.

K: Genau, das finde ich. Daher **würde ich auch gerne wieder damit anfangen**, aber mir fällt es wirklich schwer. Wunsch, Bedürfnis

B: Wie hoch schätzen Sie ihre Fähigkeit ein, Sport wieder anzugehen?

K: Ich müsste zwar wieder reinkommen, **aber ich wäre recht schnell wieder fit** denke ich. Fähigkeit

B: Okay, das finde ich toll, dass Sie ihre Fähigkeiten hoch einschätzen. Wenn Sie sich einfach einmal vorstellen, dass Sie es geschafft haben zu ihrem ersten Training zu gehen: Worauf hoffen Sie, was wäre wünschenswert?

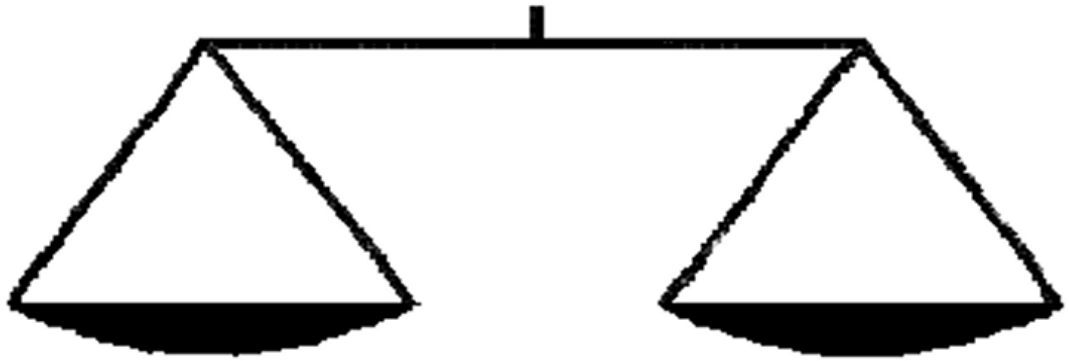
K: Ich **wünsche mir, dass ich den Punkt dadurch überwinde und wieder regelmäßiger Sport machen kann**, da ich dadurch sehe, wie sehr es mir hilft. **Ich würde dadurch wahrscheinlich wieder mehr Sport machen**. Wunsch, Gründe

B: Da sprechen Sie bereits viele positive Faktoren an, die sich durch die Teilnahme am Sport ergeben würden. Was sollten Sie nun tun?

K: Ich denke, **ich muss nun wirklich etwas verändern.** Bedürfnis

Methoden zur Förderung von “Change Talk”

- Anwenden der Basistechniken
- Wichtigkeits- und Zuversichtsratings mithilfe von Skalen
- 4-Felder Entscheidungsmatrix



Vorteile des (alten) Verhaltens/
des „alten Lebens“

Nachteile des (alten) Verhaltens/
des „alten Lebens“

Nachteile einer Veränderung/
des „neuen Lebens“

Vorteile einer Veränderung
des „neuen Lebens“

Methoden zur Förderung von “Change Talk”

- Extrementwicklungen erfragen
- Rückschau halten
- Lebensziele und Werte explorieren

Übung zu Change-Talk: ca. 2 x 10 min

Video: https://youtu.be/pAoJCl511_k?t=71

Übung zu Change-Talk: ca. 2 x 10 min

Übung: Rolle Klientin

Denken Sie an ein aktuelles Motivationsproblem (z.B. Sport, gesunde Ernährung, Arbeiten für die Uni…), dass Sie mit Gesundheitsbegleitung besprechen möchten. Überlegen Sie sich, was die Lösung Ihres Problems erschwert und was Sie dazu anregt, es zu lösen.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, bei Ihnen „Change-Talk“ hervorzurufen?

Übung: Rolle Gesundheitsbegleitung

Ihre Klientin kommt aufgrund eines Anliegens zu Ihnen, das für sie*ihn ein motivationales Problem darstellt.

Versuchen Sie, die motivationalen Tendenzen zu erfassen und Äußerungen Ihres Gegenüber in Richtung einer Veränderung zu fördern (Evokation von „Change-Talk“ durch: Offene Fragen, Affirmationen, Reflexionen, Zusammenfassungen; Skalierungsfragen; Aufstellen einer Entscheidungswaage, Wert- und Zielklärung, etc…).

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenüber ist es gelungen, „Change-Talk“ zu fördern? Wo gab es Schwierigkeiten?

Ausblick: Aufstellen eines Veränderungsplans

- **Wichtig:** Plan soll nicht vom Berater verordnet, sondern eigenverantwortlich mit dem Klienten erarbeitet werden
- 1. Zusammenfassung des Bisherigen, Wiederholung der Gründe für die Veränderung sowie Einholen des Einverständnisses des Klienten
- 2. Stellen einer Schlüsselfrage, z.B.: "„Nachdem wir noch einmal alles betrachtet haben und Sie möchten, dass es so nicht mehr weitergeht, was ist der nächste Schritt für Sie?"

Ausblick: Aufstellen eines Veränderungsplans

- 3. Zielformulierung mit Blick auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Veränderung
- 4. Aufstellen des Ziels (z.B. S.M.A.R.T.: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und zeitlich terminiert) und Erarbeiten eines Veränderungsplans

Wichtig beim Veränderungsplan:

- Nur Eingreifen und helfen, wenn Pat. nicht weiß, wie er das umsetzen soll.
- Ungefragte Lösungswege geben Signal, passiv zu bleiben und auf Veränderung zu warten

Abschlussrunde



Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Motivierende Gesprächsführung

Training

PSYKOMO

Agenda Inhalte

1. **Kurze Wiederholung**
   - Basistechniken
   - ”Change Talk”
2. **Praktische Übung**

Basistechniken des Motivational Interviewing

1. Offene Fragen stellen

- geschlossene Fragen → passiv-konsumierende Grundhaltung bei Klient:innen → sparsam einsetzen!

  „Haben Sie schon daran gedacht, mit dem Rauchen aufzuhören?“

  → “Wie denken Sie über das Thema Rauchen?”

- möglichst nicht zu viele Fragen hintereinander stellen (Faustregel: nicht mehr als Drei) → „Verhörcharakter“
  - Stattdessen Reflexionen: Inhalte weiter vertiefen

Basistechniken des Motivational Interviewing

2. Würdigungen

- Lob, Bestätigung, Bekräftigung und Komplimente kommen oft zu kurz, sind aber eine wichtige Motivation für Veränderung und dienen der Ressourcenstärkung
- Hilfreich für die Berater – Klient:innen-Beziehung
- Stärkung des Selbstwirksamkeitsempfindens

Basistechniken des Motivational Interviewing

3. Reflektierendes Zuhören (Reflexionen)

In die Welt der Klient:innen eintauchen

- Inhaltliche Wiedergabe
- Wiederholen in eigenen Worten
- Aussagen: fördern Introspektion und emotionales Erleben
- Fragen: führen zu Erklärungen und Distanzierung vom Erleben
- Darauf vertrauen, dass Klient:innen “nachjustieren”, wenn ihnen die Reflexion nicht stimmig erscheint

Basistechniken des Motivational Interviewing

4. Zusammenfassen

- **Ambivalenzförderung:** Helfen, innere Auseinandersetzung mit motivationalen Tendenzen ”am köcheln” zu halten
- Klient:innen-seitige Zusammenfassungen: Eignen sich besonders gut zu Beginn und am Ende einer Sitzung

➢ Was hat Sie im Anschluss an unsere letzte Sitzung noch beschäftigt?

➢ Was ist heute besonders wichtig/hilfreich gewesen?

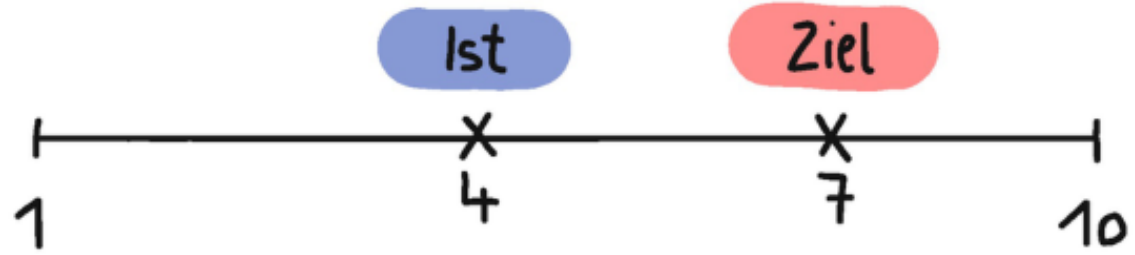
Evokation und “Change Talk”

Ziele: Klient:innen sollen sich…

- …mit ihrer inneren Ambivalenz auseinandersetzen
- …selbst Gründe für eine Veränderung offen legen
- …sich der Gründe für eine Veränderung bewusst werden
- …selbst die Position der Argumentation in Richtung Veränderung einnehmen
- …selbst möglichst viele Argumente für eine Veränderung finden

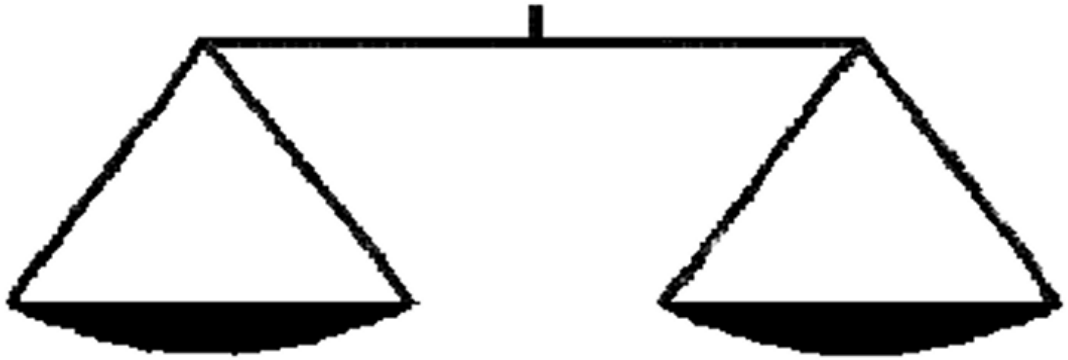
Methoden zur Förderung von “Change Talk”

- Anwenden der Basistechniken
- Wichtigkeits- und Zuversichtsratings mithilfe von Skalen



- 4-Felder Entscheidungsmatrix

Methoden zur Förderung von “Change Talk”



Vorteile des (alten) Verhaltens/
des „alten Lebens“

Nachteile des (alten) Verhaltens/
des „alten Lebens“

Nachteile einer Veränderung/
des „neuen Lebens“

Vorteile einer Veränderung
des „neuen Lebens“

Methoden zur Förderung von “Change Talk”

- Extrementwicklungen erfragen:
  - Was könnten Sie sich vorstellen, wie verliefe ihr Leben schlechtesten/bestenfalls, sollten Sie weiterrauchen/mit dem Rauchen aufhören?
- Rückschau halten
  - Stellen Sie sich vor, Sie machen nun weiter wie bisher und schauen als 70-jährige Person auf ihr Leben zurück. Wie würde das aussehen?
- Lebensziele und Werte explorieren

Ausblick: Aufstellen eines Veränderungsplans

- **Wichtig:** Plan soll nicht allein vom Berater verordnet, sondern eigenverantwortlich mit dem Klienten erarbeitet werden
- Zielformulierung mit Blick auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Veränderung
- Aufstellen des Ziels (z.B. S.M.A.R.T.: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und zeitlich terminiert) und Erarbeiten eines Veränderungsplans

Übung

- **Weiteres Videobeispiel:**

https://www.youtube.com/watch?v=bTRRNWrwRCo

Übung: Rolle Gesundheitsbegleitung

Ihre Klientin kommt aufgrund eines Anliegens zu Ihnen, das für sie*ihn ein motivationales Problem darstellt.

Versuchen Sie, die motivationalen Tendenzen zu erfassen und Äußerungen Ihres Gegenüber in Richtung einer Veränderung zu fördern. Nutzen Sie dabei Techniken der motivierenden Gesprächsführung, z.B.:

- Offene Fragen
- Würdigungen
- Reflexionen und Zusammenfassungen
- Skalierungsfragen
- Aufstellen einer Entscheidungswaage
- Fragen nach Extrementwicklungen
- „Rückschau halten“

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenüber ist es gelungen, Aussagen in Richtung einer Veränderung zu fördern? Wo gab es Schwierigkeiten?

Übung: Rolle Klientin

Denken Sie an einen Klienten aus Ihrer Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung, wo Ambivalenz (z.B. bezüglich Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchen…) eine Rolle gespielt hat. Spielen Sie Ihren Klienten und sein/ihr Motivationsproblem, indem Sie es bei Ihrer Gesundheitsbegleitung einbringen.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, bei Ihnen Aussagen in Richtung einer Veränderung hervorzurufen?

Abschlussrunde



Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Willkommen! Motivierende Gesprächsführung

“Sustain Talk”, Widerstand und Übung

Agenda Inhalte

1. **Theoretischer Überblick**
   - Wiederholung “Change Talk”
   - Was ist ”Sustain Talk”?
   - Widerstand in der motivierenden Gesprächsführung
2. **Praktische Übung**

Wiederholung Change Talk

Ausgangssituation - Innere Ambivalenz des Klienten zu einem motivationalen Konflikt:

Bei Ambivalenz äußern Klient*innen sowohl Argumente, die **für Veränderung** sprechen, als auch welche, die den Status quo rechtfertigen.

- **Argumente für die Veränderung = „Change Talk“**

Unterstützung von Klient*innen im Change Talk durch:
- Basistechniken (Offene Fragen, Lob und Bekräftigung, Reflektionen, Zusammenfassungen)
- Exploration aller Aspekte des Change Talks
- Entwicklung konkreter Vorstellungen zur Veränderung

Was ist Sustain Talk?

Ausgangssituation - Innere Ambivalenz des Klienten zu einem motivationalen Konflikt:

Bei Ambivalenz äußern Klient*innen sowohl Argumente, die für Veränderung sprechen, als auch welche, die **den Status quo** rechtfertigen.

- **Argumente gegen die Veränderung und für das Bisherige = „Sustain Talk“ (to sustain= aufrechterhalten)**

Was ist Sustain Talk?

- Sustain Talk ist ein natürliches Phänomen, dass bei Ambivalenz auftritt
- Muss nicht aktiv sanktioniert oder unterbunden werden
- Sollte aber auch nicht zu viel Raum bekommen, da es in der Regel nicht motivationsfördernd ist

Ausnahmen:

- Um überhaupt erst über ein Problemthema ins Gespräch zu kommen (Zum Beispiel Vorteile des Rauchens explorieren)
- Um Hürden im Veränderungsprozess vorzubereiten (z.B. Problemlösetraining)
- Wenn noch unklar ist, was das Ziel ist (z.B.: Möchte die Person mit dem Rauchen aufhören oder nicht)

Möglichkeiten, auf Sustain Talk zu reagieren

Anwendung der Basistechniken der motivierenden Gesprächsführung, um Aussagen in Richtung einer Veränderung hervorzuheben:

- Offene Fragen
- Reflexionen
- Würdigungen
- Zusammenfassungen

Auf Sustain Talk direkt reagieren:

- Doppelseitige Reflexion
- Überzogene Reflexion
- Betonen der Autonomie des Klienten
- Sich auf die Seite des Klienten stellen

Doppelseitige Reflexionen:

„Es ist einfach sehr verlockend für Sie, den Abend nur auf dem Sofa zu verbringen, um Serien anzusehen, und gleichzeitig wünschen Sie sich, dass Sie aktiver etwas für sich tun würden!“

- Beginn mit der „Sustain-Seite“ des Problems
- Verwenden eines „und gleichzeitig“ statt eines „aber“ - oder ein „einerseits-andererseits“

Überzogene Reflexionen:

*Klient*in: „Ich bin mit meinem Leben insgesamt ganz zufrieden!“*
*Therapeut*in: „Es läuft bei Ihnen gerade super!“ oder „Es könnte gerade nicht besser sein in Ihrem Leben!“*

- Reflexion einer Klient*in-Aussage durch bewusstes Übertreiben, Überspitzen oder Überziehen
- Ziel: Klient*innen durch Übertreibung zu einem Widerspruch zu ermuntern, was Aussagen des Change Talks fördert

Autonomie betonen

- *„Es ist Ihre Entscheidung!“*
- *„Selbst wenn ich es wollte, könnte ich nicht für Sie entscheiden!“*
- *„Wie es weiter geht, und was Sie machen, entscheiden nur Sie!“*

➢ Simpel, aber wirksam: die wiederkehrende Betonung, dass Klient*innen selbst Entscheidungen treffen und Verantwortung für ihr Leben tragen, nimmt Druck aus Gesprächen

Sich auf die Seite eines Klienten stellen

Klientin: „Es ist unmöglich für mich, mit dem Rauchen aufzuhören“

*Berater*in: Vielleicht wäre es für Sie im Moment wirklich besser, weiter zu rauchen, um sich den massiven Stress zu ersparen.*

- Zustimmung (evtl. mit leichter Übertreibung) kann bei sehr ausgeprägtem Sustain Talk hilfreich sein
- Klient*in hat weniger das Gefühl, sich verteidigen zu müssen und erlaubt eher, Aussagen in Richtung Veränderung zu explorieren

Widerstand in der motivierenden Gesprächsführung

-Rechtfertigen oder Dinge herunterzuspielen:
„Ja, aber …!“
„Das ist nicht mein Fehler!“
„So schlimm ist das nun auch wieder nicht!“
„Was ich mache, ist sinnvoll und notwendig!“

- „Angriff“ auf Berater:
„Wer sind Sie, dass Sie mir sagen wollen, was ich zu tun habe!“
„Sie haben ja gar keine Ahnung, wie das ist!“
„Ich bin Ihnen doch völlig egal!“
„Sie haben Ihr Wissen doch nur aus Büchern, das ist alles nicht umsetzbar!“

- Unterbrechen und ins Wort fallen, um zu signalisieren, dass Klient*in sich nicht verstanden fühlt

-Klient*in zeigt nachlassendes Engagement, sagt ab, kommt zu spät, erledigt die Hausaufgaben nicht, schaut ständig auf die Uhr etc.

Widerstand in der motivierenden Gesprächsführung

Einfach gesagt entsteht Widerstand immer dann, wenn Therapeut und Klient sich nicht einig sind:

Widerstand entsteht in der Interaktion
zwischen Klient*in und Berater*in und ist
Ausdruck einer misslingenden Kommunikation.

- Kommunikation ist dann in der aktuellen Art ist nicht mehr hilfreich!
- Vereinfacht: Mit dem aufhören, was man gerade macht, und anders reagieren, um Reibung zu reduzieren

Widerstand – was tun?

- **Nicht weiter argumentativ dagegenhalten**
- **Sich entschuldigen**
  „Es tut mir Leid, wenn ich mit meiner Aussage eine Grenze übertreten habe. Das war nicht meine Absicht“
- **Bekräftigen und anerkennen**
  „Ich kann nachvollziehen, dass Ihnen die Beratung gerade auch zu viel ist“
- **Den Fokus verschieben**
  „Sie glauben also, dass ich ein Alkoholiker bin!“ - „Ich mach mir keine Gedanken über solche Etikettierungen. Aber ich mache mir viele Gedanken um Sie!“

Unterscheidung von Sustain Talk und Widerstand

Sustain Talk beinhaltet Argumente für die
Beibehaltung des Status quo und ist
kein Zeichen von Widerstand, sondern von Ambivalenz!

Widerstand entsteht in der Interaktion zwischen Klient*in und Berater*in und ist Ausdruck einer misslingenden Kommunikation.

- Signal, anders zu handeln!

Der Fokus beim **Widerstand** liegt auf Unstimmigkeiten in der Beziehung zwischen Klient und Berater - beim **Sustain Talk** liegt das Augenmerk auf dem eigentlichen Inhalt des Gesprächs

Übung: Rolle Klientin

Denken Sie an eine Situation mit einer Klientin/einem Klienten aus Ihrer Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung, in welcher das Argumentieren für den bisherigen Zustand (= „Sustain Talk“) oder Widerstand eine Rolle spielten (z.B. bezüglich der Umsetzung/ dem Motivationsaufbau für mehr Bewegung, gesündere Ernährung, der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, mit dem Rauchen aufzuhören…).

Geben Sie der Gesundheitsbegleitung Bescheid, um welches Gesundheitsthema es sich handelt. Spielen Sie dann Ihre Klientin/ Ihren Klienten und äußern Sie „Sustain Talk“ bzw. „Widerstand“.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, auf Ihre Beweggründe gegen eine Veränderung einzugehen, ohne diese zu verstärken bzw. Widerstand zu erzeugen?

Übung: Rolle Gesundheitsbegleitung

Sie befinden sich in einer Sitzung mit einer Klientin/ einem Klienten, in welcher sich herausstellt, dass sie / er noch viele Einwände bzw. Widerstand gegen die von Ihnen angestrebte Veränderung hat. Beginnen Sie die Übung damit,
über das Veränderungsthema ins Gespräch zu kommen. Achten Sie auf „Sustain Talk“ und darauf, ob Ihre Äußerungen in Ihrem Gegenüber Widerstand auslösen.

Versuchen Sie nicht, Ihre Klientin/ Ihren Klienten argumentativ zu überzeugen und wenden Sie stattdessen Strategien zum Umgang mit „Sustain Talk“ und Widerstand ein, z.B.:

Förderung von Change Talk z.B. durch
- Basistechniken: Offene Fragen, Würdigungen, Reflexionen und Zusammenfassungen

Eingehen auf Sustain Talk z.B. durch
- Doppelseitige Reflexionen / überzogene Reflexionen („Einerseits scheint es so, dass…, andererseits..“/ „Es läuft super bei Ihnen“)
- Betonung der Autonomie („Es ist Ihre Entscheidung, ob Sie so weitermachen möchten wie bisher, oder etwas verändern möchten“)
- Sich auf die Seite des Gegenüber stellen („Ich kann nachvollziehen, dass Sie unter diesen Bedingungen am liebsten so weitermachen möchten)
- Widerstand reduzieren, zum Beispiel durch: Veränderung des Fokus, Entschuldigungen, Anerkennung

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenüber ist es gelungen, „Sustain Talk“ und Widerstand zu reduzieren? Wo gab es Schwierigkeiten?

Abschlussrunde



Übung - Basistechniken
Rolle: Gesundheitsbegleiterin

Stellen Sie sich vor, dass Sie eine neue Klientin als Gesundheitsbegleiterin betreuen.

Sie möchten nun die Anliegen der Klientin genauer explorieren und über Beweg- und Hinderungsgründe genauer Bescheid wissen.

Orientieren Sie sich an der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung (Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl, Ressourcenaktivierung) und nutzen Sie die entsprechenden Basistechniken:

- Offene Fragen
- Würdigungen
- Reflektierendes Zuhören
- Zusammenfassungen

Achten Sie darauf, welche Reaktionen Sie mit den verschiedenen Techniken erzielen.

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Welche Techniken haben sie versucht anzuwenden? Ist es Ihnen gelungen, Ihre Klientin gut „abzuholen“?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Basistechniken der motivierenden Gesprächsführung
Rolle: Klientin

Stellen Sie sich vor, dass Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beschwerden Unterstützung bei Ihrer Gesundheitsbegleiterin suchen. Sie haben mit der Ernährung teilweise Probleme, auch fällt Ihnen die regelmäßige Bewegung schwer. Zudem Rauchen Sie seit etwa 20 Jahren und haben bereits mehrmals ohne Erfolg einen Aufhörversuch gestartet. Entscheiden Sie sich für für maximal zwei Themen, die Sie mit Ihrer Gesundheitsbegleiterin in den Fokus rücken möchten und machen Sie sich Gedanken darüber, was aktuell bei Ihnen für und was gegen eine Veränderung spricht. Sie hoffen, von der Gesundheitsbegleiterin für Ihr Verhalten nicht verurteilt zu werden und sind vorsichtig mit der Schilderung Ihres Problems.

Achten Sie darauf, wie Ihr Gegenüber auf Sie eingeht und sich ein Bild von Ihrem Problem macht.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Was hat Ihnen besonders geholfen, eine Beziehung zu Ihrem Gegenüber aufzubauen und sich zu öffnen?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Motivierende Gesprächsführung: Evokation von Veränderung

Rolle: Gesundheitsbegleiterin

Ihre Klientin kommt aufgrund eines Anliegens zu Ihnen, das für sie ein motivationales Problem darstellt.

Versuchen Sie, die motivationalen Tendenzen zu erfassen und Äußerungen Ihres Gegenübers in Richtung einer Veränderung zu fördern (Evokation von „Change-Talk“ durch: Offene Fragen, Affirmationen, Reflexionen, Zusammenfassungen; Skalierungsfragen; Aufstellen einer Entscheidungswaage, Wert- und Zielklärung, etc…).

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenübers ist es gelungen, „Change-Talk“ zu fördern? Wo gab es Schwierigkeiten?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Motivierende Gesprächsführung: Evokation von Veränderung

Rolle: Klient*in

Denken Sie an ein **eigenes** aktuelles Motivationsproblem (z.B. Sport, gesunde Ernährung, Rauchen), dass Sie Ihrer Gesundheitsbegleiterin besprechen möchten. Überlegen Sie sich, was die Lösung Ihres Problems erschwert und was Sie dazu anregt, es zu lösen.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleiterin auf Ihre Motivationsproblem eingegangen? Ist es ihr gelungen, bei Ihnen „Change-Talk“ hervorzurufen?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung: Rolle Gesundheitsbegleitung

Ihre Klientin kommt aufgrund eines Anliegens zu Ihnen, das für sie*ihn ein motivationales Problem darstellt.

Versuchen Sie, die motivationalen Tendenzen zu erfassen und Äußerungen Ihres Gegenüber in Richtung einer Veränderung zu fördern. Nutzen Sie dabei Techniken der motivierenden Gesprächsführung, z.B.:

- Offene Fragen
- Würdigungen
- Reflexionen und Zusammenfassungen
- Skalierungsfragen
- Aufstellen einer Entscheidungswaage
- Fragen nach Extrementwicklungen
- „Rückschau halten“

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenüber ist es gelungen, Aussagen in Richtung einer Veränderung zu fördern? Wo gab es Schwierigkeiten?

Übung: Rolle Klientin

Denken Sie an einen Klienten aus Ihrer Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung, wo Ambivalenz (z.B. bezüglich Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchen…) eine Rolle gespielt hat. Spielen Sie Ihren Klienten und sein/ihr Motivationsproblem, indem Sie es bei Ihrer Gesundheitsbegleitung einbringen.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, bei Ihnen Aussagen in Richtung einer Veränderung hervorzurufen?

Rollenspiel - „Sustain Talk“ und Widerstand

Rolle: Gesundheitsbegleiter*in

Sie befinden sich in einer Sitzung mit einer*einem Klient*in, in welcher sich herausstellt, dass noch viele Einwände bzw. Widerstand gegen die von Ihnen angestrebte Veränderung bestehen. Beginnen Sie die Übung damit, über das Veränderungsthema ins Gespräch zu kommen. Achten Sie auf „Sustain Talk“ und darauf, ob Ihre Äußerungen in Ihrem Gegenüber Widerstand auslösen.

Versuchen Sie nicht, Ihre*n Klient*in argumentativ zu überzeugen und wenden Sie stattdessen Strategien zum Umgang mit „Sustain Talk“ und Widerstand ein, z.B.:

Change Talk fördern durch

- **Basistechniken:** Offene Fragen, Würdigungen, Reflexionen und Zusammenfassungen

Auf Sustain Talk eingehen durch

- **Doppelseitige Reflexionen / überzogene Reflexionen** („Einerseits scheint es so, dass..., andererseits..“/ „Es läuft super bei Ihnen“)
- **Betonung der Autonomie** („Es ist Ihre Entscheidung, ob Sie so weitermachen möchten wie bisher, oder etwas verändern möchten“)
- **Sich auf die Seite des Gegenübers stellen** („Ich kann nachvollziehen, dass Sie unter diesen Bedingungen am liebsten so weitermachen möchten)
- **Widerstand reduzieren**, zum Beispiel durch: Veränderung des Fokus, Entschuldigungen, Anerkennung

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenübers ist es gelungen, „Sustain Talk“ und Widerstand zu reduzieren? Wo gab es Schwierigkeiten?

Rollenspiel - „Sustain Talk“ und Widerstand

Rolle: Klient*in

Denken Sie an eine Situation mit einer*einem Klient*in aus Ihrer Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung, in welcher das Argumentieren für den bisherigen Zustand (= „Sustain Talk“) und/oder Widerstand eine Rolle spielten (z.B. dem Motivationsaufbau für mehr Bewegung, eine gesündere Ernährung, der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, einem Rauch-Stopp…).

Geben Sie vor Beginn des Rollenspiels der Rolle der Gesundheitsbegleitung Bescheid, um welches Gesundheitsthema es sich handelt. Spielen Sie dann Ihre*n Klient*in und äußern Sie „Sustain Talk“ bzw. „Widerstand“.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:

Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, auf Ihre Beweggründe gegen eine Veränderung einzugehen, ohne diese zu verstärken bzw. Widerstand zu erzeugen?

Übung - Basistechniken
Rolle: Gesundheitsbegleiterin

Stellen Sie sich vor, dass Sie eine neue Klientin als Gesundheitsbegleiterin betreuen.

Sie möchten nun die Anliegen der Klientin genauer explorieren und über Beweg- und Hinderungsgründe genauer Bescheid wissen.

Orientieren Sie sich an der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung (Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl, Ressourcenaktivierung) und nutzen Sie die entsprechenden Basistechniken:

- Offene Fragen
- Würdigungen
- Reflektierendes Zuhören
- Zusammenfassungen

Achten Sie darauf, welche Reaktionen Sie mit den verschiedenen Techniken erzielen.

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Welche Techniken haben sie versucht anzuwenden? Ist es Ihnen gelungen, Ihre Klientin gut „abzuholen“?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Basistechniken der motivierenden Gesprächsführung
Rolle: Klientin

Stellen Sie sich vor, dass Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beschwerden Unterstützung bei Ihrer Gesundheitsbegleiterin suchen. Sie haben mit der Ernährung teilweise Probleme, auch fällt Ihnen die regelmäßige Bewegung schwer. Zudem Rauchen Sie seit etwa 20 Jahren und haben bereits mehrmals ohne Erfolg einen Aufhörversuch gestartet. Entscheiden Sie sich für für maximal zwei Themen, die Sie mit Ihrer Gesundheitsbegleiterin in den Fokus rücken möchten und machen Sie sich Gedanken darüber, was aktuell bei Ihnen für und was gegen eine Veränderung spricht. Sie hoffen, von der Gesundheitsbegleiterin für Ihr Verhalten nicht verurteilt zu werden und sind vorsichtig mit der Schilderung Ihres Problems.

Achten Sie darauf, wie Ihr Gegenüber auf Sie eingeht und sich ein Bild von Ihrem Problem macht.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Was hat Ihnen besonders geholfen, eine Beziehung zu Ihrem Gegenüber aufzubauen und sich zu öffnen?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Motivierende Gesprächsführung: Evokation von Veränderung

Rolle: Gesundheitsbegleiterin

Ihre Klientin kommt aufgrund eines Anliegens zu Ihnen, das für sie ein motivationales Problem darstellt.

Versuchen Sie, die motivationalen Tendenzen zu erfassen und Äußerungen Ihres Gegenübers in Richtung einer Veränderung zu fördern (Evokation von „Change-Talk“ durch: Offene Fragen, Affirmationen, Reflexionen, Zusammenfassungen; Skalierungsfragen; Aufstellen einer Entscheidungswaage, Wert- und Zielklärung, etc…).

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenübers ist es gelungen, „Change-Talk“ zu fördern? Wo gab es Schwierigkeiten?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Übung – Motivierende Gesprächsführung: Evokation von Veränderung

Rolle: Klient*in

Denken Sie an ein **eigenes** aktuelles Motivationsproblem (z.B. Sport, gesunde Ernährung, Rauchen), dass Sie Ihrer Gesundheitsbegleiterin besprechen möchten. Überlegen Sie sich, was die Lösung Ihres Problems erschwert und was Sie dazu anregt, es zu lösen.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:
Wie ist Ihre Gesundheitsbegleiterin auf Ihre Motivationsproblem eingegangen? Ist es ihr gelungen, bei Ihnen „Change-Talk“ hervorzurufen?

Gesamtdauer der Übung: ca. 2 x 10 Minuten

Rollenspiel - „Sustain Talk“ und Widerstand

Rolle: Gesundheitsbegleiter*in

Sie befinden sich in einer Sitzung mit einer*einem Klient*in, in welcher sich herausstellt, dass noch viele Einwände bzw. Widerstand gegen die von Ihnen angestrebte Veränderung bestehen. Beginnen Sie die Übung damit, über das Veränderungsthema ins Gespräch zu kommen. Achten Sie auf „Sustain Talk“ und darauf, ob Ihre Äußerungen in Ihrem Gegenüber Widerstand auslösen.

Versuchen Sie nicht, Ihre*n Klient*in argumentativ zu überzeugen und wenden Sie stattdessen Strategien zum Umgang mit „Sustain Talk“ und Widerstand ein, z.B.:

Change Talk fördern durch

- **Basistechniken:** Offene Fragen, Würdigungen, Reflexionen und Zusammenfassungen

Auf Sustain Talk eingehen durch

- **Doppelseitige Reflexionen / überzogene Reflexionen** („Einerseits scheint es so, dass..., andererseits..“/ „Es läuft super bei Ihnen“)
- **Betonung der Autonomie** („Es ist Ihre Entscheidung, ob Sie so weitermachen möchten wie bisher, oder etwas verändern möchten“)
- **Sich auf die Seite des Gegenübers stellen** („Ich kann nachvollziehen, dass Sie unter diesen Bedingungen am liebsten so weitermachen möchten)
- **Widerstand reduzieren**, zum Beispiel durch: Veränderung des Fokus, Entschuldigungen, Anerkennung

Berichten Sie im Anschluss von Ihren Erfahrungen:
Bei welchen Äußerungen Ihres Gegenübers ist es gelungen, „Sustain Talk“ und Widerstand zu reduzieren? Wo gab es Schwierigkeiten?

Rollenspiel - „Sustain Talk“ und Widerstand

Rolle: Klient*in

Denken Sie an eine Situation mit einer*einem Klient*in aus Ihrer Tätigkeit als Gesundheitsbegleitung, in welcher das Argumentieren für den bisherigen Zustand (= „Sustain Talk“) und/oder Widerstand eine Rolle spielten (z.B. dem Motivationsaufbau für mehr Bewegung, eine gesündere Ernährung, der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, einem Rauch-Stopp…).

Geben Sie vor Beginn des Rollenspiels der Rolle der Gesundheitsbegleitung Bescheid, um welches Gesundheitsthema es sich handelt. Spielen Sie dann Ihre*n Klient*in und äußern Sie „Sustain Talk“ bzw. „Widerstand“.

Geben Sie im Anschluss an das Gespräch ressourcenorientiert und wertschätzend Feedback:

Wie ist Ihre Gesundheitsbegleitung auf Ihre Motivationsprobleme eingegangen? Ist es ihr gelungen, auf Ihre Beweggründe gegen eine Veränderung einzugehen, ohne diese zu verstärken bzw. Widerstand zu erzeugen?

Anlage 8.20: Workshop zum Thema "Intuitives Essen" (Präsentation und "Hunger-Sättigungs-Skala")

Psychologische Hochschule Berlin

Intuitives Essen

Ein alternativer Weg zu einem gesunden Essverhalten

M.Sc. Naomi Jiménez

PSYKOMO

Warum Intuitives Essen fördern?

- Ernährungsbildung um im Alltag Entscheidungen für eine bedarfsgerechte Ernährung fällen zu können
- Positiver Zusammenhang von intuitivem Essverhalten und psychischem Wohlbefinden
- Negativer Zusammenhang von intuitivem Essverhalten und Essstörungen
- Negativer Zusammenhang von intuitivem Essverhalten und Risiko für Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems

Was ist intuitives Essen?

- „Dynamischer Prozess, der Körper, Psyche und Essen in Einklang bringt“ (Tribole und Resch, 2020)
- 1995 entwickelt, da „normale“ Ernährungsberatung nicht funktionierte
- Kein Grübeln über Essen oder Diäten
- Lebensmittel sind nicht in "gut" oder "schlecht" einzuteilen
- Auf Hunger und Sättigung achten

Was ist intuitives Essen?

- Auswahl von Lebensmitteln, die schmecken und es dem Körper ermöglichen, optimal zu funktionieren
  - Body-Food-Choice Congruence
- Hunger- und Sättigungssignale, um zu bestimmen, wann und wie gegessen wird
- Keine Diät sondern adaptives Essverhalten

Die 10 Grundsätze

1. Diätmentalität ablegen
2. Den Hunger achten
3. Mit dem Essen Frieden schließen
4. Die innere „Lebensmittelpolizei“ herausfordern
5. Zufriedenheit entdecken
6. Sättigung fühlen
7. Emotionen mit Freundlichkeit begegnen
8. Den eigenen Körper respektieren
9. Aktiv werden und den Unterschied spüren
10. Sanfte Ernährungsweise

Die 10 Grundsätze

1. Diätmentalität ablegen
2. **Den Hunger achten**
3. Mit dem Essen Frieden schließen
4. Die innere „Lebensmittelpolizei“ herausfordern
5. **Zufriedenheit entdecken**
6. **Sättigung Fühlen**
7. **Emotionen mit Freundlichkeit begegnen**
8. Den eigenen Körper respektieren
9. Aktiv werden und den Unterschied spüren
10. **Sanfte Ernährungsweise**

Die 10 Grundsätze

2. Den Hunger achten

- Den Körper mit ausreichend Energie versorgen
  - Sonst kann Überlebenshunger entstehen
- Übermäßigen Hunger vermeiden
- Biologisches Signal eines Hungergefühls wahrnehmen lernen
  - Wieder Vertrauen in Selbst und Essen entwickeln
- Hungersignale sind individuell!

Die 10 Grundsätze

5. Zufriedenheit entdecken

- Vergnügen und Zufriedenheit beim Essen kennenlernen
- Essen, was man wirklich will, in einer einladenden Umgebung

→ Genuss als hilfreiche Kraft, sich zufrieden und satt zu fühlen

→ Je mehr Genuss, desto mehr Zufriedenheit

→ Sieben Schritte für mehr Genuss und Zufriedenheit

Die 10 Grundsätze

5. Sieben Schritte für mehr Genuss und Zufriedenheit

1. Sich erlauben, zu genießen
2. Welche Essensempfindungen möchte ich? (Geschmack, Textur, Aroma, Aussehen, Temperatur, Volumen)
3. Wie wird sich der Körper nach dem essen fühlen?
4. Essensumwelt erfreulich gestalten
5. Sich nicht zufrieden geben
6. Während dem Essen checken, ob es noch so gut schmeckt, wie zu Beginn
7. Es muss nicht immer perfekt sein

Die 10 Grundsätze

6. Sättigung fühlen

- Die Lebensmittel essen, die man sich wünscht
- Auf die Körperzeichen achten, die Sättigung signalisieren
- Während des Essens eine Pause machen und sich fragen, wie das Essen schmeckt und wie hoch der aktuelle Hunger noch ist
- Man kann Sättigung nur fühlen, wenn man sich bedingungslos erlaubt, zu essen!
- Wenn man vor körperlichem Hunger ist, kann man keine Sättigung spüren

TIPP: Hunger–Sättigung–Skala

Hunger–Sättigung–Skala

	Skala	Hunger- und Sättigungssignale
Überhungrig	1	Quälender Hunger. Überlebenshunger, welcher sehr dringend und intensiv ist.
	2	Heißhunger und gereizt. Dringend etwas essen wollen.
	3	Sehr hungrig. Lust auf eine kräftige Mahlzeit.
Normaler Essensbereich	4	Hungrig und bereit zu essen, aber ohne Dringlichkeit.
	5	Leicht hungrig, etwas leeres Gefühl.
	6	Neutral, weder hungrig noch voll. Der Körper hat genug Energie.
	7	Beginnendes Gefühl der aufkommenden Sättigung.
	8	Angenehme Sättigung, die sich befriedigt und zufrieden anfühlt. Vielleicht noch ein paar Bissen zum Genuss.
Übervoll	9	Sich ein bisschen voll fühlen. Es ist nicht angenehm, aber auch noch nicht soweit, dass es zu einer unangenehmen Empfindung geworden ist.
	10	Sehr voll, zu voll. Sich unwohl fühlen, als ob man den Hosenknopf oder Gürtel öffnen müsste.

Psychologische Hochschule Berlin

Die 10 Grundsätze

7. Emotionen mit Freundlichkeit begegnen

- Gefühle wie Angst, Einsamkeit, Langeweile und Wut haben ihre Berechtigung
- Essen wird keines dieser Gefühle beheben und Probleme nicht lösen
  → Am Ende muss man sich ohnehin mit der Ursache beschäftigen
- Tipp: Wie fühl ich mich gerade?
  → z.B. mit Hilfe eines Gefühlsrads oder Gefühlstagebuch
- Tipp: Was brauche ich gerade?

Falls doch mal in einer Phase Essen als Bewältigung verwendet wird, nicht deswegen runter machen, sondern als Hinweis verstehen!!!

Die 10 Grundsätze

Sanfte Ernährungsweise

- Lebensmittel auswählen, die Gesundheit und Gaumen gut tun und gleichzeitig ein positives Gefühl vermitteln
- Man muss nicht perfekt essen, um gesund zu sein
- Ein Snack oder ein ungesunder Tag werden weder für Nährstoffen noch für bleibende Schäden der Gesundheit sorgen

✓ Vollkornprodukte, Obst, Gemüse und Bohnen unterstützen den Verdauungstrakt
  ✓ außerdem viele Vitamine und Mineralien
✓ Ausreichend Wasser, Fett, Kohlehydrate und Proteine

Diskussion

- Manche Autor:innen sagen, dass die Evidenz für die gesundheitswirksamen Faktoren von mindful eating besser ist, als die von IE
- Was halten Sie von den vorgestellten Grundsätzen?

Literatur und weitere Quellen

Videos:

Intuitiv Essen: Das große Quarks Ernährungsexperiment (Ganze Folge) | Quarks:

- https://youtu.be/pKUAajN5fnc

Intuitive Eating: Make Peace with Food, Mind & Body Evelyn Tribole, MS, RD:

- https://youtu.be/eSpzf72S6IY

Literatur und weitere Quellen

Becker, U., & Diers, A. (o. J.). *Intuitive Ernährung—Essen nach dem Bauchgefühl*.

Boucher, S., Edwards, O., Gray, A., Nada-Raja, S., Lillis, J., Tylka, T. L., & Horwath, C. C. (2016). Teaching Intuitive Eating and Acceptance and Commitment Therapy Skills Via a Web-Based Intervention: A Pilot Single-Arm Intervention Study. *JMIR Research Protocols*, *5*(4), e180. https://doi.org/10.2196/resprot.5861

Bucher, A. A. (2014). Auf dem Weg zu einer spirituellen Psychologie? *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, *13*(1), 125–136.

Byrne, C. (2019, Mai 2). *Intuitive Eating Is the Opposite of Dieting—That's Why We Love It*. Outside Online. https://www.outsideonline.com/2394686/what-is-intuitive-eating

Christoph, M. J., Hazzard, V. M., Järvelä-Reijonen, E., Hooper, L., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive Eating is Associated With Higher Fruit and Vegetable Intake Among Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *53*(3), 240–245. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.11.015

Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, *60*, 13–19. https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029

Evelyn Tribole, MS RDN CEDRD-S (Regisseur). (o. J.-a). *Intuitive Eating: Make Peace with Food, Mind & Body Evelyn Tribole, MS, RD*. Abgerufen 26. Juni 2019, von https://www.youtube.com/watch?v=eSpzf72S6IY

Evelyn Tribole, MS RDN CEDRD-S (Regisseur). (o. J.-b). *Warning Dieting Causes Weight GAIN by Evelyn Tribole MS RD*. Abgerufen 26. Juni 2019, von https://www.youtube.com/watch?v=eSpzf72S6IY

Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *20*(11), 1619–1627. https://doi.org/10.1111/obr.12918

Gast, J., Madanat, H., & Nielson, A. C. (2012). Are Men More Intuitive When It Comes to Eating and Physical Activity? *American Journal of Men's Health*, *6*(2), 164–171. https://doi.org/10.1177/1557988311428090

Literatur und weitere Quellen

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric Properties, Validity, and Population-Based Norms. *European Journal of Psychological Assessment*, *27*(2), 127–132. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000058

Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., & Harris, A. (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American Journal of Health Education*, *36*(6), 331–336. https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608206

Herbert, B. M., Blechert, J., Hautzinger, M., Matthias, E., & Herbert, C. (2013). Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. *Appetite*, *70*, 22–30. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.082

Kabat-Zinn, J. (2019). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR* (H. Kappen, Übers.; Taschenbuchausgabe). Knaur Verlag.

Klotter, C. (2007). *Einführung Ernährungspsychologie: Mit 43 Übungsfragen und 5 Tabellen*. Reinhardt.

Leahy, K., Berlin, K. S., Banks, G. G., & Bachman, J. (2017). The Relationship Between Intuitive Eating and Postpartum Weight Loss. *Maternal and Child Health Journal*, *21*(8), 1591–1597. https://doi.org/10.1007/s10995-017-2281-4

Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A META-ANALYSIS. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(7), 1073–1098. https://doi.org/10.1002/eat.23509

Mensinger, J. L., Calogero, R. M., Stranges, S., & Tylka, T. L. (2016). A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite*, *105*, 364–374. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.006

Repräsentative Umfrage—Wie zufrieden ist Deutschland mit seinem körperlichen Wohlbefinden (S. 5). (2014). [Pressemitteilung]. Nestlé Deutschland AG. https://www.nestle.de/asset-library/documents/medien/medieninformationen/2014/2014-07-07-nes-gfk-umfrage.pdf

Literatur und weitere Quellen

Richards, P. S., Crowton, S., Berrett, M. E., Smith, M. H., & Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *Eating Disorders*, *25*(2), 99–113. https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1279907

Rogers, C. R. (1964). Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *68*(2), 160–167. https://doi.org/10.1037/h0046419

Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä, E., Rantala, S., Peuhkuri, K., Korpela, R., & Lappalainen, R. (2015). Psychological Flexibility and Mindfulness Explain Intuitive Eating in Overweight Adults. *Behavior Modification*, *39*(4), 557–579. https://doi.org/10.1177/0145445515576402

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(5), 499–509. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198909)8:5<499::AID-EAT2260080502>3.0.CO;2-A

Tribole, E., MS, RDN, & CEDRD-S. (2019, März 1). Principle 10: Honor your health with gentle nutrition. *Evelyn Tribole*. https://www.evelyntribole.com/principle-10-honor-your-health-with-gentle-nutrition/

Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2022). Intuitive eating is positively associated with indicators of physical and mental health among rural Australian adults. *Australian Journal of Rural Health*, *30*(4), 468–477. https://doi.org/10.1111/ajr.12856

Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, *30*(2), 272–283. https://doi.org/10.1017/S0954422417000154

Hunger-Sättigungs-Skala

Die Hunger-Sättigungs-Skala ist ein Hilfsmittel, mit dem Sie abschätzen können, wann Sie essen sollten und wie viel Nahrung Sie zu sich nehmen sollten, um sich gut zu fühlen. Verwenden Sie diese Skala vor, während und nach den Mahlzeiten. Anfangs mag es schwierig sein, Ihre Gefühle und Ihren Hunger mit einer Zahl in Verbindung zu bringen. Mit der Zeit wird dies jedoch einfacher und automatisch geschehen.

	Skala	Hunger- und Sättigungssignale
Überhungrig	1	Quälender Hunger. Überlebenshunger, welcher sehr dringend und intensiv ist.
	2	Heißhunger und gereizt. Dringend etwas essen wollen.
	3	Sehr hungrig. Lust auf eine kräftige Mahlzeit.
Normaler Essensbereich	4	Hungrig und bereit zu essen, aber ohne Dringlichkeit.
	5	Leicht hungrig, etwas leeres Gefühl.
	6	Neutral, weder hungrig noch voll. Der Körper hat genug Energie.
	7	Beginnendes Gefühl der aufkommenden Sättigung.
	8	Angenehme Sättigung, die sich befriedigt und zufrieden anfühlt. Vielleicht noch ein paar Bissen zum Genuss.
Übervoll	9	Sich ein bisschen voll fühlen. Es ist nicht angenehm, aber auch noch nicht soweit, dass es zu einer unangenehmen Empfindung geworden ist.
	10	Sehr voll, zu voll. Sich unwohl fühlen, als ob man den Hosenknopf oder Gürtel öffnen müsste.

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung: Gesundheitsschädigendes Verhalten hat eine wichtige Funktion

Gesundheitsschädigendes Verhalten (z.B. Rauchen) hat eine wichtige Funktion (und basiert nicht nur auf Unwissenheit)

Woran erkenne ich die Situation?

- Patient*innen zeigen oder berichten von gesundheitsschädigendem Verhalten (ungesundes Essverhalten, Rauchen, Substanzkonsum, extremes Schonverhalten, riskantes Sexualverhalten etc.)
- Das Verhalten hat langfristig gesundheitsschädigende Konsequenzen und basiert nicht nur auf Unwissenheit (z.B. fehlendes Ernährungswissen)

Was mache ich dann am besten?

- Strategien aus der motivierenden Gesprächsführung:
  - Ambivalenz fördern (Vor- und Nachteile des Verhaltens erarbeiten, langfristige Folgen bewusst machen, anhand der individuellen Lebensziele der Patient*innen abgleichen)
  - Veränderungsmotivation fördern
  - Alternativen anhand eines Veränderungsplans erarbeiten
- Falls (momentan) keine Veränderung möglich ist (z.B. aufgrund von akuter Belastung oder wenn Patient*innen keine Ambivalenz zeigen):
  - Patient*innenseitige Akzeptanz vermitteln, um Emotionen wie Scham und Schuld zu reduzieren
  - Eigene akzeptierende Haltung statt Druck kommunizieren, um Autonomie der Patient*innen zu wahren und Widerstand gering zu halten
  - Gegebenenfalls „Harm-Reduction"-Ansätze erarbeiten (z.B. E-Zigarette oder eine statt zwei Schachteln am Tag rauchen)

Was kann ich als GB für mich tun?

- Sich bewusst machen, dass man Menschen in Veränderungsprozessen begleitet, aber nicht für deren Veränderung verantwortlich ist
- Einerseits Zutrauen kommunizieren und Zuversicht behalten, dass Veränderungen möglich sind
- Andererseits Akzeptanz aufbauen, wenn eine Veränderung in einem Bereich unrealistisch ist (und dafür den Veränderungsfokus auf andere Bereich legen)
- Sich selbst bewusst machen, dass auch kleine Veränderungen in anderen Bereichen positiven Einfluss auf die Patient*innen haben

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung:
Umgang mit aggressiven Patient*innen / geringer Kooperationsbereitschaft

Wie in allen helfenden Berufen, kann es auch Ihnen als Gesundheitsbegleiter:innen passieren, dass Menschen im Gespräch ärgerlich oder aggressiv werden. Auch wenn es keine klare Evidenz für eine größere Gewaltbereitschaft von Menschen mit schweren psychischen Störungen gibt, kann eine Gesprächssituation mit einer aggressiv wirkenden Person Angst auslösen. Hier einige Tipps für den Umgang mit solchen Situationen:

Woran erkenne ich die Situation?

- Auf Bauchgefühl hören: Unwohlsein, Angst, sich bedroht fühlen
- Gestik (z.B. Hand des Gegenübers ballt sich zur Faust, Person beugt sich immer mehr nach vorne)
- Sprache: Laute, ärgerliche/wütende Sprache, ins Wort fallen

Was mache ich dann am besten?

- „Normales" Vorgehen an die Situation anpassen: Innerlich einen Schritt zurücktreten und dem Gegenüber Raum geben: „Ich habe gerade den Eindruck, dass Sie ganz ärgerlich sind. Was geht gerade in Ihnen vor?"
- Eigene Gestik, Mimik und Sprache an die Situation anpassen: Bedauern/Enttäuschung/Verständnis äußern, den Ärger des Gegenübers validieren
- Wenn es um Freiwilligkeit geht, Autonomie des Patienten betonen
- Bei Überschreitung der eigenen Grenzen:
    - „Ich habe den Eindruck, dass gerade so viel Ärger im Raum ist, dass wir nicht zusammenarbeiten können."
    - „Bei diesem Punkt kommen wir nicht weiter, weil wir unterschiedliche Meinungen haben. Das ist in Ordnung, aber dann lassen wir jetzt das Thema sein und machen an einer anderen Stelle weiter."
    - Gegebenenfalls Kolleg*innen dazu holen und/oder die Situation verlassen

Was kann ich als GB für mich tun?

- Rücksprache und Austausch mit Kolleg*innen/Intervision/Supervision
- Sich bewusst machen, dass starke Aggressionen/Wut in der Begleitungssituation in der Regel mehr mit dem Gegenüber als mit einem selbst zu tun haben
- Ggf. auf eigene Sicherheit achten, Kolleg*innen in Rufweite halten/sich so setzen, dass man schnell den Raum verlassen kann

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung: Umgang mit sehr fordernden Patient*innen mit viel Bedarf an Zuspruch

Woran erkenne ich die Situation?

- Übermäßige (bzw. fordernde) Inanspruchnahme der Angebote der Gesundheitsbegleitung (ohne diese wirklich umzusetzen)
- Wunsch nach Ausweitung des professionellen Kontexts (z.B. Einladung zu privaten Treffen, Anbieten des „Du“, private Fragen)
- Übermäßige Inanspruchnahme von anderen Angeboten des Gesundheitssystems
- Krankheitsgewinn durch Kontakt und Versorgung

Was mache ich dann am besten?

- Professionelle Ebene betonen („Nehmen Sie es nicht persönlich, aber ich möchte keine privaten Treffen mit meinen Klient*innen. Für den professionellen Kontakt werde ich bezahlt.“)
- Grenzen der eigenen Arbeit verdeutlichen („Das ist nicht meine Aufgabe.“)
- Auf thematischen Fokus hinweisen bzw. die Notwendigkeit spezifischer Anliegen verdeutlichen
- Zeitliche Grenzen der Gesundheitsbegleitung betonen, um auch andere Klient*innen begleiten zu können („Ein Anruf genügt, Sie müssen mich nicht siebenmal anrufen.“)
- Wenn man merkt, dass im Kontakt wiederholt Grenzüberschreitungen auftreten, ohne dass diese konstruktiv bearbeitet werden können, ist es auch legitim, die Begleitung zu beenden
- Gesundheitsbegleitung kann nur dann fortgesetzt werden, wenn es konkrete Anliegen gibt, an denen auch gearbeitet wird
- Auch das Bewusstsein dafür wecken, dass die übermäßige Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen dazu führt, dass Andere „kürzertreten müssen“ und Geld kostet

Was kann ich als GB für mich tun?

- Austausch mit Kolleg*innen bzw. mit dem Team (zweite Meinung einholen, dass Kolleg*innen ähnlich - oder aber auch anders - handeln würden)
- Eigene Haltung zur Überinanspruchnahme reflektieren (Abgrenzung ist auch im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wichtig)
- Auf das „Bauchgefühl“ achten, wenn es zu Grenzüberschreitungen kommt (und gegebenenfalls Recht ausüben, den Kontakt zu beenden) -> Möchte ich auf private Fragen eingehen - und wenn ja, wie weit?
- Sich an die Grenzen und den Auftrag der GB-Tätigkeit erinnern, um Abgrenzung durchzusetzen (und für sich z.B. zu klären, welche andere Berufsgruppe hierfür zuständig wäre)

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung: Umgang mit geringer Änderungsmotivation und geringer Ambivalenz

Woran erkenne ich die Situation?

- Häufige Einwände, warum Angebote nicht wahrgenommen werden können („Verharren“ auf dem Status quo → „sustain talk“)
- Auftauchen von Frustration/Ohnmacht auf Behandler*innenseite
- Unterschiedliche Ziele auf Behandelnder- und Patient*innenseite
- Eindruck, dass Patient*innen mangelnde Motivation haben

Was mache ich dann am besten?

- Ambivalenz aufbauen (Techniken der motivierenden Gesprächsführung)
- Thematisieren der eigenen Wahrnehmung: „Ich habe das Gefühl, dass ich Ihnen alles anbieten kann, aber Sie wollen das gar nicht.“
    - Zielklärung: Ziehen Behandler*in und Patient*in am selben Strang?
- Chronifizierung / Schweregrad der Störung berücksichtigen: Was ist überhaupt realistisch?
- Commitment durch kleine Erfolge steigern: Leistung von Patient*innen würdigen, die erstmal „ganz klein“ wirken → „Cheerleading“ (jeden noch so kleinen Erfolg validieren)
- Gegebenenfalls „harm reduction“ statt größere Gesundheitsziele anstreben
- „Dialektische Haltung“ zwischen Veränderung und Akzeptanz des Status Quo
- Nochmal prüfen, ob ich aktuell die richtige Anlaufstelle bin -> Eventuell zu Genesungsbegleiter*in oder Fallmanger*in übermitteln (Lotsenfunktion)

Was kann ich als GB für mich tun?

- Nochmal prüfen, ob man alle möglichen Interventionen ausprobiert hat → Sich selbst sagen: „Ich habe alles versucht.“
- Sich auch kleine Fortschritte bewusst machen
- Besprechung im Team, eventuell kann eine weitere Perspektive neue Ideen und/oder mehr Verständnis generieren
- Sich an die anderen Fälle erinnern, die das Angebot annehmen und umsetzten können

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung: Suizidandrohungen

Risikofaktoren: Einsamkeit, männliches Geschlecht, körperliche Erkrankung

Woran erkenne ich die Situation?

- Person äußert Zweifel an Sinnhaftigkeit des Lebens
- Wenn Ankündigungen für ein „Aussteigen, Abschluss, Ende“ kommen
- Wenn Familie plötzlich „abgesichert“ wird
- Hinweise für das Vorliegen ausgeprägter Suizidalität:
  - Äußerung von Selbsttötungsabsichten
  - Wenn Vorteile vom Tod gegenüber Nachteilen überwiegen
  - Wenn Suizidgedanken länger andauern
  - Wenn keine Hindernisse genannt werden (z.B. Kinder)
  - Wenn Vorbereitungen getroffen sind
  - Wenn Patient*in ihre/seine Überlegungen gelassen schildert
  - Insgesamt nach großer Verzweiflung gelassen/heiter wirkend

Was mache ich dann am besten?

- Lieber einmal zu viel, als zu wenig handeln!
- Anrufen oder versuchen, die Person zu erreichen
  1. Notfallkontakte übermitteln (Krisendienst, SPD, Psychiatrien in der Nähe)
  2. Fragen, wie es der Person geht, Absprachefähigkeit prüfen (Person „muss“ uns hierzu beweisen, dass sie am Leben bleiben möchte)
- Falls Schweigepflichtsentbindung besteht, nochmal behandelnde Ärzt:innen kontaktieren
- Falls Person nicht erreicht wird, Polizei kontaktieren und Situation schildern
- Ausführlich dokumentieren
- Falls kein Therapieplatz, „Notfallplan“ erstellen

Was kann ich als GB für mich tun?

- Für sich reflektieren und Haltung entwickeln: Wie stehe ich zum Thema Suizid?
- Für Psychohygiene Austausch mit Kolleg:innen und gegebenenfalls Supervision
- Trotzdem distanzieren, bewusst machen, dass man alles gemacht hat, was man konnte
- Sich selbst was Gutes tun, angenehme Ablenkung schaffen

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung:
Einschränkungen von Betroffenen

Einschränkungen von Betroffenen erschweren Fortschritte in der Begleitung.

Woran erkenne ich die Situation?

- Patient*in äußert Schwierigkeiten zu verstehen, worum es geht
- Teilnehmer*in äußert direkt, wo die Schwierigkeiten liegen (z.B. dass keine Kenntnisse im Bereich Medien vorhanden sind oder die Hardware fehlt)
- Patient*in fragt mehrmals nach, weil etwas nicht verstanden wird

Was mache ich dann am besten?

- Versuchen herauszufinden, warum etwas nicht funktioniert
- Barrieren abbauen, z.B.:
    - Busplan/Stadtplan ausdrucken
    - Vermittlung von Kursen für Kennenlernen im Internet
    - Je nach Erkrankung die Ressourcen stärken
- Hilfe von außen holen (z.B: Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Austausch mit anderen Betroffenen fördern, bzw. soziale Einbettung fördern (z.B. „offenes Café“)
- Keinen Druck ausüben und signalisieren, dass „die Tür immer offensteht“ oder dass Teilnehmende sich an einem anderen Zeitpunkt wieder melden können
- In besonders schwierigen Fällen aktiver bei Teilnehmenden melden und nicht auf deren Initiative warten
- Auch kleine Fortschritte loben (z.B. weil weniger geraucht wurde)

Was kann ich als GB für mich tun?

- Sich selbst ins Bewusstsein rufen, dass man Teilnehmende nicht „zwangsbeglücken“ kann
    - Darauf fokussieren, was dennoch während der Begleitung erreicht wurde
    - Bildungshintergrund, Funktionsniveau etc. berücksichtigen, um einzuschätzen, was man von den Patient*innen „abverlangen“ kann
- Die Grenzen der ambulanten Gesundheitsbegleitung im Blick behalten
- Akzeptierende Haltung statt Frustration
- Es nicht persönlich nehmen, wenn Patient*innen etwas nicht machen
- Sich mit Kolleg*innen darüber austauschen, um es „loszuwerden“

Schwierige Situationen in der Gesundheitsbegleitung:
Konflikte mit anderen Versorger*innen

Woran erkenne ich die Situation?

- Patient*innen berichten GB über Konflikte mit Versorger*innen (persönlich, telefonisch oder über E-Mail)
- Bei Versuch einen Termin zu vereinbaren, äußern Behandler*innen Ärger

Was mache ich dann am besten?

- GB tritt nach Absprache mit Patient*in in Kontakt mit Versorger*in, entweder mit MFA oder direkt (z.B. Arzt), um sich einen Überblick über die Situation zu verschaffen
- Rückmeldung einholen, versuchen die Situation zu entschärfen und Versorger*in erklären, dass evtl. Situation und Diagnose die Schwierigkeit von Patient*innenseite verursacht bzw. verstärkt haben
- Versuchen auf beiden Seiten „den Wind aus den Segeln zu nehmen“
- Perspektive sowohl seitens der Patient*innen als auch der Versorgenden betrachten
- Optionaler Wechsel der behandelnden Person, z.B. wenn diese von sich aus Termine absagt oder einen unzuverlässigen Eindruck macht
- Versuchen als Moderator*in zwischen Patient*in und Versorger*in zu agieren

Was kann ich als GB für mich tun?

- Sich selbst nicht verantwortlich fühlen und emotionale Distanz wahren
- Wir versuchen, Patient*innen zu unterstützen und Motivation zu erhöhen, aber das Problem „nicht mit nach Hause zu nehmen“
- Den Frust und die Schwierigkeiten im Team besprechen, um eine andere Perspektive und Unterstützung zu erfahren
- Auch kleine Fortschritte und Veränderungen wertschätzen
- Grenzen in der Begleitung setzen

Psychologische Hochschule Berlin

Kommunikationsmöglichkeiten und Schweigepflicht im PSY-KOMO Projekt

29.11.2021

Frank Jacobi, Naomi-Pua'nani Jiménez, Michael Strunz

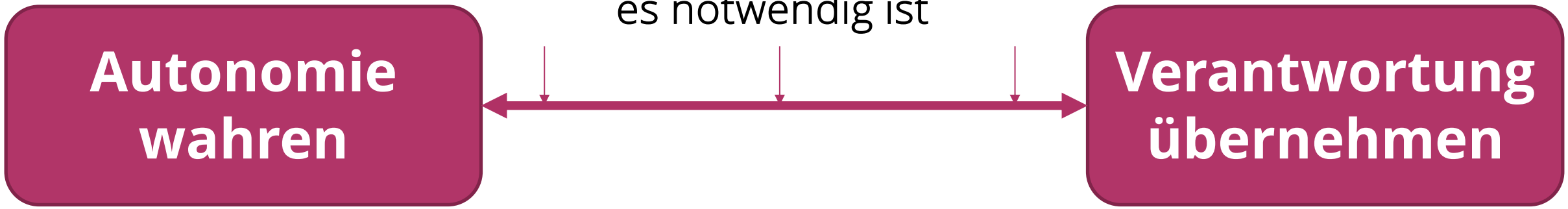
PSY KOMO

Übersicht

1. **Leitidee**
2. Schweigepflichtsentbindungen
3. Eigen- und Fremdgefährdung sowie Unklarheiten

Leitidee:

Autonomie der Patientinnen und Patienten wahren, wo immer es geht vs. Verantwortung übernehmen, wo es notwendig ist



Umgang mit Schweigepflichtsentbindungen

- Schweigepflichtsentbindungen, wenn:
  - Keine relevanten Basisinformationen vorliegen
  - Informationsaustausch im Trialog (z.B. aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist)
- Für administrative Tätigkeiten ist in der Regel keine SPE notwendig
  - z.B. Vereinbarung von Terminen
  - Bei darüber hinausgehenden Informationen reicht eine informelle Dokumentation des Einverständnisses des Pat. (z.B. „Ich würde gerne einen Termin für Frau Y. ausmachen“ vs. „Frau Y. hat die Diagnose Z. und muss deshalb baldmöglich eine Blutuntersuchung machen“

Eigen- und Fremdgefährdung

- Bei akuten Gefahrensituationen (z.B. Äußerung von Suizidabsichten):
  - Ist Pat. absprachefähig? -> Glaubhafte Distanzierung oder Zusicherung, sich in ein Krankenhaus zu begeben
  - Ist Pat. nicht absprachefähig? -> Hier muss (im Zweifel auch gegen den Willen der Pat.) Hilfe geleistet werden!
    - z.B. Notruf wählen und solange bei Pat. warten, bis Krankenwagen kommt
    - Oder Pat. mit dem Taxi ins nächste Krankenhaus begleiten
  - **Bei Unsicherheiten immer Rücksprache halten!**

Verhalten bei Unklarheiten

- Berichten Pat. „Komisches“ oder Unglaubwürdiges, zunächst interne Besprechung im regionalen PSY-KOMO Team bzw. mit den Standortpsychiater*innen
- Bei Standortübergreifenden Fallbesprechungen muss auf „Entpersonalisierung“ geachtet werden

Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Behandler*innen, Patient*innen und Gesundheitsbegleiter*innen

Generell wird es in der Begleitung von SMI-Patientinnen und Patienten immer wieder um die Frage nach dem Umgang mit der Steuerung und Kontrolle von Informationen gehen. Grundsätzlich gilt: Patient*in entscheidet, wer welche Informationen erhält und ob und wer mit wem was kommunizieren sollte. Einerseits sind Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung wichtige und zentrale Patient*innenrechte, andererseits ist für einige Teilnehmende in PSY-KOMO auch zusätzliche Unterstützung, mitunter in der Übernahme von Aufgaben, notwendig und gewünscht. Leitend sollte stets der (nicht immer einfach zu realisierende) Gedanke sein, den Patientinnen und Patienten so viel Autonomie wie möglich zu lassen und so wenig wie nötig einzugreifen.

Braucht es Schweigepflichts-entbindungen?

- Im Regelfall sollte keine Schweigepflichtsentbindung notwendig sein!
- PSY-KOMO Psychiater*innen sollen dazu angeregt werden, Basisinformationen zu den „nächsten Schritten" (z.B. wichtigste Befunde und Maßnahmen) z.B. auf der PSY-KOMO Patient*innenmappe zu notieren. Wird die Mappe mit den Infos durch den Pat. an die GBs gegeben, ist keine Schweigepflichtsentbindung notwendig.
- Gibt es Zweifel daran oder ist ersichtlich, dass relevante Aspekte von Patient*innen nicht wahrgenommen werden (oder Informationen nicht vollständig zur GB übermittelt werden), ist mit Einverständnis des Pat. ein gemeinsamer Informationsaustausch im „Trialog" bei den Behandler*innen sinnvoll (z.B. telefonisch oder vor Ort).
- Sollte dies (z.B. aus organisatorischen Gründen) nicht möglich sein, sollte mit Schweigepflichtsentbindungen gearbeitet werden (so wie in der Regelversorgung üblich, kann z.B. ein*e Psychiater*in eine solche mitgeben und bekommt von Pat. umgekehrt die Einwilligung zurück)
- Generell ist hier zu beachten, dass es in der Gesundheitsbegleitung darum gehen sollte, die individuellen Gesundheitsziele der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. Hierzu ist es nicht zwingend notwendig, „alles" von den Psychiater*innen zu erfahren.
- Administrative Tätigkeiten, die von GB übernommen werden (z.B. für Pat. Termine vereinbaren) sind auch ohne Schweigepflichtsentbindung problemlos möglich. Dennoch sollte auch hier das Einverständnis der Patient*innen eingeholt werden.

Umgang mit Schweigepflichts-entbindungen

Falls im Einzelfall doch mit Schweigepflichtsentbindung(en) gearbeitet werden sollte, ist folgendes zu beachten:

- Generell sind jegliche Formen von Schweigepflichtsentbindungen in den im jeweiligen Standort vereinbarten Dokumentationsmedien (z.B. Excel-Tabelle) zu dokumentieren.
- Auch simple Vereinbarungen, wie die Erlaubnis zur Terminvereinbarung, z.B. „Ich würde gerne einen Termin für Frau Y ausmachen. Sie bat mich, den Termin für Sie zu vereinbaren.", sollten informell dokumentiert werden. Hierbei ist zu beachten, dass man für die meisten Terminvereinbarungen persönliche Informationen wie Diagnosen nicht benötigt.
- Zieht ein*e Patient*in die Schweigepflichtsentbindung bzw. die Einwilligung zur Weitergabe von Informationen zurück, sollte dies ebenfalls dokumentiert werden. Schriftliche Schweigepflichtsentbindungen sollten hierbei als nicht gültig markiert oder vernichtet werden.

Drei Beispiel-Bereiche:

Patient*innen-Einschluss

- Es stellt sich gegebenenfalls die Frage, wie GB sicher sein können, dass Patient*innen in das Projekt eingeschlossen sind und nicht über andere Quellen an Kontaktdaten der GB gelangt sind.
- Es gibt zwei Wege zum Patient*innen-Einschluss:
  1. Der/die Psychiater*in spricht den/die Patient*in beim Termin auf PSY-KOMO an.
  2. Im Wartezimmer des/der zertifizierten Psychiater*in/ PIA liegen die allgemeinen PSY-KOMO Flyer aus. Daraufhin sprechen die Patient*innen oder Angehörige die Psychiater*innen an und die Patient*innen werden ggf. eingeschlossen.
- Andere Zugangswege zum Projekt müssen aufgrund von begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen i.d.R. ausgeschlossen werden.
- Um das Risiko zu minimieren, dass Patient*innen über andere Wege an die Kontaktdaten gelangen, sollen die Einlegeblätter mit den Adressen der GB NUR im Kontakt zwischen zertifizierten Psychiater*innen und Patient*innen ausgetauscht werden.

Ansprache auf Prävention und Vorsorge-untersuchungen

- Die Frage welche Informationen man geben darf und soll, grenzt auch an das Thema der Grenzen der GB-Tätigkeit (siehe Thema 5.1 im GB-Handbuch).
- Patient*innen die Informationen zur Sinnhaftigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen im Sinne der Prävention zu geben, gehört zum Aufgabenbereich der GB.
- Individuelle Beratungen (z.B. über Impfempfehlungen) sind jedoch ärztliche Aufgabe.

Vorgehen bei Eigen- und Fremdgefährdung sowie Unklarheiten

- Bei akuter Gefahrensituation (z.B. Äußerung von drängenden suizidalen Absichten):
  Pat. ansprechen und versuchen, die Situation gemeinsam zu lösen (z.B. Kontakt zu Psychiater*in; hierzu müssen die GB von Pat. erfahren haben, wer Psychiater*in ist, aber dies geschieht üblicherweise ohnehin zu Beginn der Begleitung).
  a) Ist Pat. absprachefähig (d.h. er oder sie kann glaubhaft versichern, sich nichts anzutun oder sichert zu, sich in das nächste Krankenhaus zu begeben), muss dies dokumentiert werden. Rechtlich gesehen ist das abgesichert – bei Unsicherheit immer Rücksprache mit Vorgesetzten halten!
  b) Ist Pat. nicht absprachefähig (Gefahr in Verzug), muss auch ohne Einwilligung Hilfe geleistet werden (z.B. Notruf wählen und solange bei Pat. warten, bis Krankenwagen kommt; Pat. mit Taxi in das nächste Krankenhaus begleiten).
- Bei Verunsicherungen (z.B. Pat. berichtet Unglaubwürdiges oder Beängstigendes) oder sonstigen Unklarheiten: intern im regionalen PSY-KOMO Team besprechen.
- Bei überregionalen Fallbesprechungen muss „Entpersonalisierung“ beachtet werden (keine Namen etc.).
- Selbstverständlich ist dieses Thema ein komplexes, erfordert immer Einzelfall-Betrachtung und kann in einem Merkblatt wie dem vorliegenden nicht umfassend behandelt werden (➡ in Training thematisieren)

Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Behandler*innen, Patient*innen und Gesundheitsbegleiter*innen

Generell wird es in der Begleitung von SMI-Patientinnen und Patienten immer wieder um die Frage nach dem Umgang mit der Steuerung und Kontrolle von Informationen gehen. Grundsätzlich gilt: Patient*in entscheidet, wer welche Informationen erhält und ob und wer mit wem was kommunizieren sollte. Einerseits sind Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung wichtige und zentrale Patient*innenrechte, andererseits ist für einige Teilnehmende in PSY-KOMO auch zusätzliche Unterstützung, mitunter in der Übernahme von Aufgaben, notwendig und gewünscht. Leitend sollte stets der (nicht immer einfach zu realisierende) Gedanke sein, den Patientinnen und Patienten so viel Autonomie wie möglich zu lassen und so wenig wie nötig einzugreifen.

Braucht es Schweigepflichts-entbindungen?

- Im Regelfall sollte keine Schweigepflichtsentbindung notwendig sein!
- PSY-KOMO Psychiater*innen sollen dazu angeregt werden, Basisinformationen zu den „nächsten Schritten" (z.B. wichtigste Befunde und Maßnahmen) z.B. auf der PSY-KOMO Patient*innenmappe zu notieren. Wird die Mappe mit den Infos durch den Pat. an die GBs gegeben, ist keine Schweigepflichtsentbindung notwendig.
- Gibt es Zweifel daran oder ist ersichtlich, dass relevante Aspekte von Patient*innen nicht wahrgenommen werden (oder Informationen nicht vollständig zur GB übermittelt werden), ist mit Einverständnis des Pat. ein gemeinsamer Informationsaustausch im „Trialog" bei den Behandler*innen sinnvoll (z.B. telefonisch oder vor Ort).
- Sollte dies (z.B. aus organisatorischen Gründen) nicht möglich sein, sollte mit Schweigepflichtsentbindungen gearbeitet werden (so wie in der Regelversorgung üblich, kann z.B. ein*e Psychiater*in eine solche mitgeben und bekommt von Pat. umgekehrt die Einwilligung zurück)
- Generell ist hier zu beachten, dass es in der Gesundheitsbegleitung darum gehen sollte, die individuellen Gesundheitsziele der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. Hierzu ist es nicht zwingend notwendig, „alles" von den Psychiater*innen zu erfahren.
- Administrative Tätigkeiten, die von GB übernommen werden (z.B. für Pat. Termine vereinbaren) sind auch ohne Schweigepflichtsentbindung problemlos möglich. Dennoch sollte auch hier das Einverständnis der Patient*innen eingeholt werden.

Umgang mit Schweigepflichts-entbindungen

Falls im Einzelfall doch mit Schweigepflichtsentbindung(en) gearbeitet werden sollte, ist folgendes zu beachten:

- Generell sind jegliche Formen von Schweigepflichtsentbindungen in den im jeweiligen Standort vereinbarten Dokumentationsmedien (z.B. Excel-Tabelle) zu dokumentieren.
- Auch simple Vereinbarungen, wie die Erlaubnis zur Terminvereinbarung, z.B. „Ich würde gerne einen Termin für Frau Y ausmachen. Sie bat mich, den Termin für Sie zu vereinbaren.", sollten informell dokumentiert werden. Hierbei ist zu beachten, dass man für die meisten Terminvereinbarungen persönliche Informationen wie Diagnosen nicht benötigt.
- Zieht ein*e Patient*in die Schweigepflichtsentbindung bzw. die Einwilligung zur Weitergabe von Informationen zurück, sollte dies ebenfalls dokumentiert werden. Schriftliche Schweigepflichtsentbindungen sollten hierbei als nicht gültig markiert oder vernichtet werden.

Drei Beispiel-Bereiche:

Patient*innen-Einschluss

- Es stellt sich gegebenenfalls die Frage, wie GB sicher sein können, dass Patient*innen in das Projekt eingeschlossen sind und nicht über andere Quellen an Kontaktdaten der GB gelangt sind.
- Es gibt zwei Wege zum Patient*innen-Einschluss:
  1. Der/die Psychiater*in spricht den/die Patient*in beim Termin auf PSY-KOMO an.
  2. Im Wartezimmer des/der zertifizierten Psychiater*in/ PIA liegen die allgemeinen PSY-KOMO Flyer aus. Daraufhin sprechen die Patient*innen oder Angehörige die Psychiater*innen an und die Patient*innen werden ggf. eingeschlossen.
- Andere Zugangswege zum Projekt müssen aufgrund von begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen i.d.R. ausgeschlossen werden.
- Um das Risiko zu minimieren, dass Patient*innen über andere Wege an die Kontaktdaten gelangen, sollen die Einlegeblätter mit den Adressen der GB NUR im Kontakt zwischen zertifizierten Psychiater*innen und Patient*innen ausgetauscht werden.

Ansprache auf Prävention und Vorsorge-untersuchungen

- Die Frage welche Informationen man geben darf und soll, grenzt auch an das Thema der Grenzen der GB-Tätigkeit (siehe Thema 5.1 im GB-Handbuch).
- Patient*innen die Informationen zur Sinnhaftigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen im Sinne der Prävention zu geben, gehört zum Aufgabenbereich der GB.
- Individuelle Beratungen (z.B. über Impfempfehlungen) sind jedoch ärztliche Aufgabe.

Vorgehen bei Eigen- und Fremdgefährdung sowie Unklarheiten

- Bei akuter Gefahrensituation (z.B. Äußerung von drängenden suizidalen Absichten):
  Pat. ansprechen und versuchen, die Situation gemeinsam zu lösen (z.B. Kontakt zu Psychiater*in; hierzu müssen die GB von Pat. erfahren haben, wer Psychiater*in ist, aber dies geschieht üblicherweise ohnehin zu Beginn der Begleitung).
  a) Ist Pat. absprachefähig (d.h. er oder sie kann glaubhaft versichern, sich nichts anzutun oder sichert zu, sich in das nächste Krankenhaus zu begeben), muss dies dokumentiert werden. Rechtlich gesehen ist das abgesichert – bei Unsicherheit immer Rücksprache mit Vorgesetzten halten!
  b) Ist Pat. nicht absprachefähig (Gefahr in Verzug), muss auch ohne Einwilligung Hilfe geleistet werden (z.B. Notruf wählen und solange bei Pat. warten, bis Krankenwagen kommt; Pat. mit Taxi in das nächste Krankenhaus begleiten).
- Bei Verunsicherungen (z.B. Pat. berichtet Unglaubwürdiges oder Beängstigendes) oder sonstigen Unklarheiten: intern im regionalen PSY-KOMO Team besprechen.
- Bei überregionalen Fallbesprechungen muss „Entpersonalisierung" beachtet werden (keine Namen etc.).
- Selbstverständlich ist dieses Thema ein komplexes, erfordert immer Einzelfall-Betrachtung und kann in einem Merkblatt wie dem vorliegenden nicht umfassend behandelt werden (➡ in Training thematisieren)

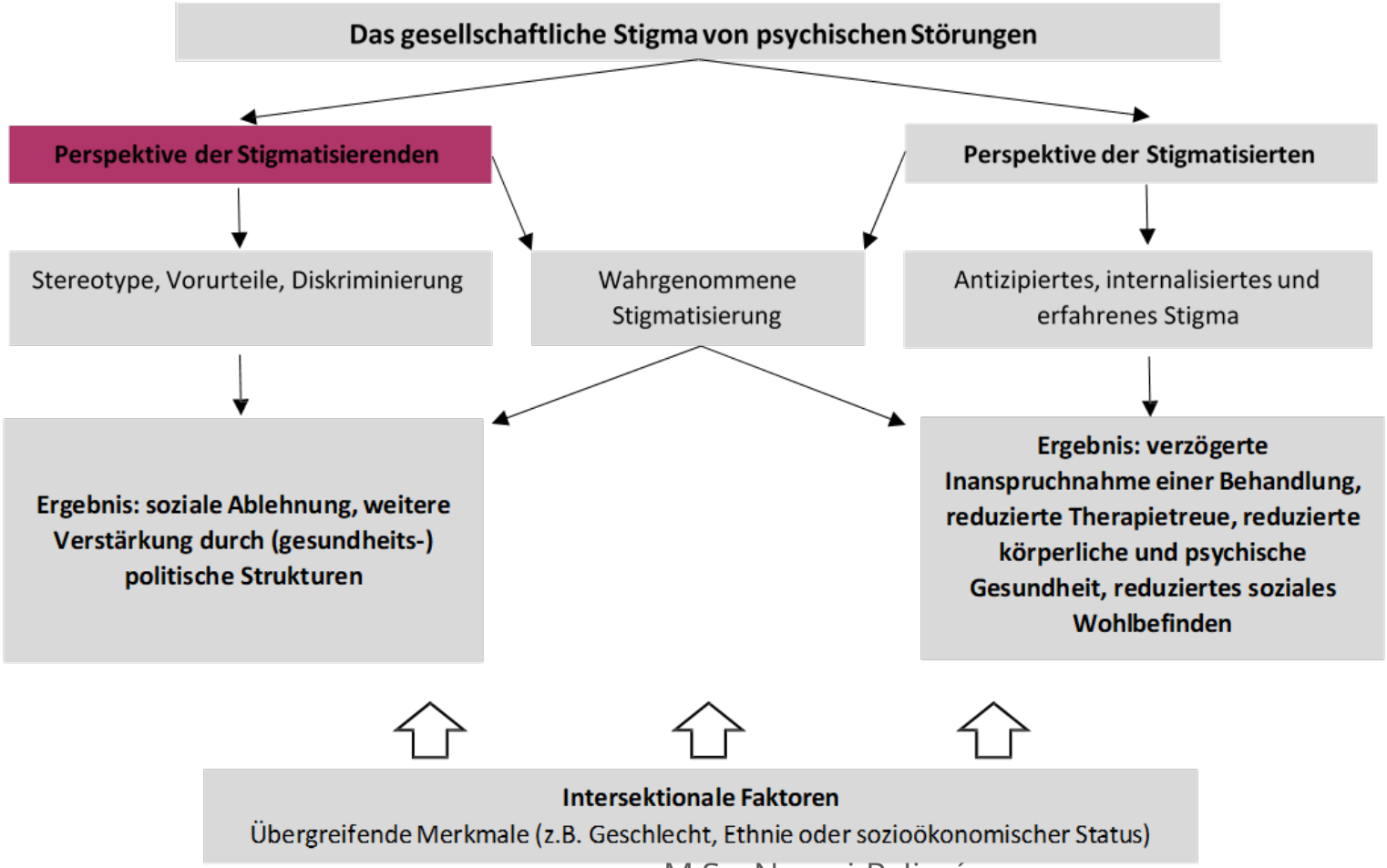
Anlage 8.23: Workshop zum Umgang mit Stigmatisierungsphänomenen im somatischen Gesundheitssystem (Präsentation)

Workshop zum Umgang mit Stigmatisierungsphänomenen im somatischen Gesundheitssystem

M.Sc. Naomi-P. Jiménez

Psychologische Hochschule Berlin

Mental Illness Stigma Framework (Fox et al., 2018)



Es ist nicht immer leicht…

…das eigene Verhalten kritisch zu hinterfragen

- Erfordert Mut, Feedback anzunehmen und das eigene Verhalten reflektieren
- Der Wille, eigenes Verhalten zu reflektieren und davon zu lernen, ist wichtig, um die Qualität von Interaktionen zu steigern
- Besonders als Psycholog:innen, die es „eigentlich besser wissen müssten“
- Selbstmitgefühl als Teil einer stigmatisierenden Gesellschaft

Erfahrungsaustausch - Kleingruppen

- Denken sie an ihre Arbeitserfahrungen mit Menschen, die eine psychische Störung haben.
- Gibt es hier eine Situation, in der sie sich in Bezug auf Patient:innen auf eine Art und Weise bezogen/verhalten habt, die sie bereuen?



M.Sc. Naomi-P. Jiménez

Psychologische Hochschule Berlin

Tests



- https://www.menti.com/alkji7283rba
- Menti.com und code eingeben: 8455 3150
- QR Code Scannen

M.Sc. Naomi-P. Jiménez

Die drei Facetten in der Praxis

Aufgrund ihrer Diagnose...

Diskriminierung	Stereotype	Vorurteile
…wurden Menschen benachteiligt (z.B. bei der Terminvergabe).	…war man Betroffenen gegenüber misstrauisch.	...Genervtheit, Betroffene mit bestimmter Diagnose zu behandeln.
…wurde Betroffenen mitgeteilt, dass sie im Leben nicht viel erreichen können.	…ist man davon ausgegangen, dass Betroffene besonders abhängig waren.	…hatten Teammitglieder Angst, mit Betroffenen zusammenzuarbeiten.
…wurden Betroffene weniger ernstgenommen.	…ist man davon ausgegangen, dass die Betroffenen ihre Schwierigkeiten aufgrund von Charakterschwäche haben.	...Mitleid mit den Betroffenen.

Was können wir besser machen?

Auf die Frage, was ihre Erfahrungen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten verbessern würde, machten die Teilnehmer der Patient:innenfokusgruppen die folgenden Vorschläge (Central LHIN Resource Manual, 2012):

- Stellen Sie sich und andere an der Behandlung beteiligte immer vor, wenn Sie uns treffen.
- Fragen Sie uns, ob wir jemanden dabeihaben möchten, der uns bei dieser Angelegenheit unterstützt. Sprechen Sie im Gespräch aber direkt mit uns, und nicht nur mit Angehörigen, Fallmanagern oder anderen Anwesenden über uns.
- Stellen Sie kurze Fragen, die kurze Antworten erfordern.
- Hören Sie aufmerksam zu und warten Sie darauf, dass wir ausreden. Manchmal sind unsere Gedanken verwirrt und rasend und wir brauchen mehr Zeit, um zu antworten.
- Geben Sie niemals einfach nur vor, etwas zu verstehen. Wiederholen Sie stattdessen, was Sie verstanden haben, und lassen Sie uns antworten.
- Nehmen Sie uns ernst und hören Sie zu. Verwenden Sie eine klare Sprache.
- ...

Was können wir besser machen?

...

- Unterstützen Sie uns bei Formalitäten (zum Beispiel Antragsverfahren) – dazu wäre es gut, wenn Sie und andere an der Behandlung beteiligte in diesen Dingen geschult sind.
- Unterstützen Sie bei der Kommunikation von Gesundheitsinformationen durch die Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten und die Übersetzung von Aufklärungsmaterialien in verschiedene Sprachen und Formaten.
- Erkennen Sie an, dass der Zugang zu einem Telefon und zu Transportmitteln ein echtes Problem darstellt. Versuchen Sie, diese Aspekte zu berücksichtigen und zu unterstützen.
- Bieten Sie Peer-Unterstützung in der Notaufnahme an.
- Versuchen Sie, in multidisziplinären Teams zu arbeiten, wenn Sie die Versorgung übernehmen.
- Zeigen Sie Mitgefühl, Freundlichkeit, Respekt und Verständnis.

M.Sc. Naomi-P. Jiménez

Anti-Stigmakompetenz

- nach Zäske et al. (2014)



Quellen

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and health*, *3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (Hrsg.). (2017). *The Stigma of Mental Illness—End of the Story?* Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1

Jacobi, F., Jiménez, N.-P., Scholz, E., Strunz, M., Grabe, H., Hewer, W., Köhne, M., Reif, A., Icks, A., & Wilm, S. (2021, Mai 20). *Verbesserung der somatischen Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Die Rolle der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter in einer neuen Versorgungsform*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15185.20329

Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A., & Jacobi, F. (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill: A German registry study. Deutsches Ärzteblatt International, 116(23–24), 405.

World Health Organization: Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018. www.who.int/mental_health/evidence/evidence_profiles_severe_mental_disorders.pdf?ua=1 (last accessed on 4 January 2019)

Zäske H, Freimüller L, Wölwer W, et al. Antistigma-Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung: Ergebnisse der Pilotierung einer berufsgruppenübergreifenden Weiterbildung. Fortschr Neurol Psychiatr 2014; 82: 586–592. doi:10.1055/s-0034-1385130

M.Sc. Naomi-P. Jiménez

Psychologische Hochschule Berlin

PSY-KOMO Online-Präventionsprogramme

[Stand: 11.03.22]

Ausgangsposition: Das PSY-KOMO-Präventionsportal bietet für die in die neue Versorgungsform PSY-KOMO eingeschriebenen SMI-Patient*innen niedrigschwellig Informationen und Verweise zu Online-/Präsenzangeboten zu den Themenbereichen Bewegung, Ernährung, Nicht-Rauchen und Selbstfürsorge. Diese Angebote sollen ergänzt werden durch auf die Patient*innen-Bedürfnisse ausgerichtete Online-Präventionsprogramme zu ausgewählten einzelnen weiteren Themen, die bisher nicht adäquat abgedeckt sind.

Wir entwickeln dementsprechend Online-Präventionsprogrammen für das Patient*innen-zentrierte PSY-KOMO-Präventionsportal www.psy-komo-tut-mir-gut.de. Hierbei arbeiten die Psychologischen Hochschule Berlin (PHB) und das Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (ifam) zusammen.

Vorüber-legungen

Inhaltlicher Fokus auf drei Bereiche:

- Informationen zu und Förderung der Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen/-leistungen (ifam)
- Inanspruchnahme-Training von Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems (PHB)
- Niedrigschwelliges Bewegungsförderungstraining (PHB)

Ziel: Bereitstellung von zusätzlichen Online-Präventionsprogrammen aus den drei genannten Themenbereichen mit Anpassungen der Inhalte für SMI-Patient*innen auf Basis bestehender Programme

Anforderungen: Ausgestaltung der Programme unter Einbezug der Rückmeldung aus der PSY-KOMO-Gesundheitsbegleitung an den vier Versorgungs-Standorten des Projektes (zuständig: PHB); Berücksichtigung der Ergebnisse von schriftlichen/mündlichen Befragungen von SMI-Patient*innen außerhalb von PSY-KOMO in verschiedenen Settings (zuständig: Dr. Natalia Wege, Christian Funke, Kerstin Viehmann; ifam) zu den Präventions-spezifischen Bedarfen der PSY-KOMO-Zielgruppe; projektbegleitende Validierung und Qualitätssicherung.

Inhalte

Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen/-leistungen

- Bei SMI-Patient*innen in Deutschland besteht eine Exzessmortalität u.a. bei Krebserkrankungen des Dickdarms und der weiblichen Brustdrüse, insbesondere aber bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Vorsorgeuntersuchungen zu diesen Erkrankungen (Darmkrebs-Vorsorge, Mammografie, Check-up-Untersuchung bei Hausärzt*innen) werden von SMI-Patient*innen zu wenig in Anspruch genommen. Dabei spielen allgemeine Barrieren der Inanspruchnahme (siehe Abschnitt Inanspruchnahme-Training von Versorgungsleistungen), aber auch spezifische Informationsdefizite und Ängste bei den SMI-Patient*innen eine Rolle.
- Kurze, prägnante und evidenzbasierte Information, warum Krebsvorsorgeuntersuchungen (Darmkrebs, Brustkrebs) und Check-up-Untersuchungen für den Einzelnen sinnvoll sind; konkrete Informationen zum Ablauf der Untersuchungen; konkretes Adressieren von Ängsten; Unterstützung der Motivation, diese Untersuchungen in Anspruch zu nehmen; Stärkung der Rolle der eigenen Hausärzt*innen bei der Hilfe zur Inanspruchnahme bzw. Durchführung der Untersuchungen

Inanspruchnahme-Training von Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems

- Allgemeine Strategie: Problemlösetraining und Empowerment-Ansatz: Wie suche ich mir medizinische Unterstützung? Was brauche ich alles, um einen Termin wahrnehmen zu können?
- Hilfreiche Strategien und konkrete Tipps, wo man Versorgerinnen und Versorger finden kann (z.B. doctolib, KBV-Seiten)
- Umgang mit Frustration bzw. Normalisierung: Terminvereinbarung braucht Geduld und klappt oft nicht beim ersten Anlauf
- Stärkung der Rolle der eigenen Hausärzt*innen bei der Motivation und Hilfe zur Inanspruchnahme

Niedrigschwelliges Bewegungsförderungstraining

- Kurze und prägnante Information, warum Bewegung sinnvoll ist (abgestimmt mit und in Ergänzung zu den bereits vorhandenen Inhalten und Verweisen zum Thema Bewegung)
- Konkreter Vorschlag: 500 Schritte mehr am Tag gehen lernen
- Motivationsstärkung: Pat. eigene Gründe finden lassen, warum mehr Bewegung sinnvoll sein könnte;
- Hinderungsgründe und Lösungsvorschläge; Pat. sollen eigenen „inneren Schweinehund“ identifizieren und wie sie damit umgehen möchten
- Umsetzungsphase (u.a. Ist-Zustand erheben, wöchentliche Auswertung mit festem Termin im Kalender)
- Zuversicht erhöhen: Wenn man es 2 Monate macht, ist es wahrscheinlicher, es auch weiter fortzuführen; nach 2 Monaten bewerten lassen, ob es auch weiterhin in den Alltag integrierbar ist

Geplante Anpassungen und Format

- Präventionsprogramme auf der Website „PSY-KOMO tut mir gut“ mit Berücksichtigung der Zielgruppe (vgl. Vorschläge hierzu bei Rotondi et al., 2015): Verwendung von einfacher Sprache (siehe Inclusion Europe); 2 bis max. 3 Hierarchie-Ebenen, prägnante, kurze und evidenzbasierte Informationen; Übersichtlichkeit und leichte Orientierbarkeit; Video-Tutorials
- Niedrigschwellige Nutzbarkeit: Keine interaktiven Formate, in denen die Patient*innen Informationen eingeben müssen; kein Passwort-geschützter Bereich; kein Anschreiben der Nutzer*innen
- Niedrigschwelligkeit und Fokus auf erreichbaren Zielen, um Zuversicht zu erhöhen (z.B. in den Fokus rücken, wie mehr Bewegung in den Alltag integriert werden kann, ohne explizit Sport zu machen; Erfolgserlebnisse bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen sichtbarer machen; Ziele SMART setzen)
- Besondere Berücksichtigung motivationaler Faktoren und möglicher Hinderungsgründe der Zielgruppe zur Verbesserung der Adhärenz (vgl. S3-Leitlinie, Gühne et al. (2019))

Entwicklung

- Abstimmung der Konzeption und Zuständigkeiten zwischen PHB und ifam bis **15.03.2022**
- Einholung der Rückmeldung aus den Gesundheitsbegleitungen und den Befragungen von SMI-Patient*innen außerhalb von PSY-KOMO; Erstellung der Webseiteninhalte (zuständig: PHB, ifam); Integration in die einfache Architektur des Präventionsportals (zuständig: Bärbel Möllmann, ifam) bis **31.05.2022**
- Implementierung sowie Informationsworkshop für GBs zur Motivation und Begleitung der Patient*innen bei der Nutzung des Präventionsportals (zuständig: PHB) bis **30.06.2022**
- Projektbegleitende Qualitätssicherung und ggf. weitere Anpassung: Überprüfung von Verständlichkeit und Nutzbarkeit (auch z.B. Nutzungszahl) durch Befragung von Betroffenen im Rahmen der Prozessevaluation am ifam Düsseldorf (zuständig: ifam) und GBs (zuständig: PHB) im **dritten und vierten Quartal 2022.**

Literatur

- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8
- Rotondi, A. J., Eack, S. M., Hanusa, B. H., Spring, M. B., & Haas, G. L. (2015). Critical Design Elements of E-Health Applications for Users With Severe Mental Illness: Singular Focus, Simple Architecture, Prominent Contents, Explicit Navigation, and Inclusive Hyperlinks. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(2), 440–448. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt194
- http://www.inclusion-europe.eu/easy-to-read/; letzter Zugriff 11.03.2022

[Schritte steigern

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

Schritt für Schritt ein bisschen...
...gesünder
...leistungsfähiger
...weniger Rückenschmerzen

Mit kleinem Aufwand viel für Ihre Gesundheit tun! [Video-Tutorial eingeplant]

- Es braucht nicht immer Stunden im Fitnessstudio - Sie können auch jederzeit im Alltag ein bisschen für Ihre Gesundheit tun!
- Wir haben eine einfache Anleitung für Sie, wie Sie mit wenig Aufwand ganz einfach etwas für Ihre Gesundheit tun können
- Mehr tägliche Bewegung im Alltag durch mehr Schritte hilft, gesünder zu sein.
- Das Schritteprogramm ist ganz simpel mit 500 Schritten mehr am Tag. Das dauert ca. 5 Minuten, 5 Minuten für Ihre Gesundheit

Warum Sie sich mehr bewegen wollen...

- Was sind Ihre Gründe für mehr Bewegung im Alltag?
    - Was glauben Sie in welchem Lebensbereichen Sie am meisten von mehr Bewegung profitieren würden?
    - Wollen Sie weniger Rückenschmerzen?
    - Wollen Sie fitter werden?
    - Wollen Sie belastbarer sein?
    - Wollen Sie ihre Ausdauer verbessern?
    - Wollen Sie sich ausgeglichener fühlen?
    - Wollen Sie weniger gestresst sein?
    - Wollen Sie sich vor Krankheiten schützen?
    - Wollen Sie Ihr Immunsystem stärken?

- Weitere Gründe, warum sich schon ein bisschen mehr Bewegung lohnen kann:
    - Mit mehr Alltagsbewegung, zum Beispiel durch mehr Schritte, kann man vielen chronischen Krankheiten vorbeugen.
    - So können bei bestehendem Diabetes die Symptome deutlich milder werden.
    - Generell stärkt Bewegung das Immunsystem und verlangsamt Alterungsprozesse.
    - Jeder noch so kleine Schritt fördert die Gesundheit. Jeder Schritt zählt.
    - Mehr Schritte steigern das Wohlbefinden und fördern das Gesundheitsgefühl
    - Mehr Bewegung hilft bei Angst, Stress und Depressivität
        - Steigerung der Gedächtnisleistung
        - Regelmäßige Bewegung hilft den Alltag zu strukturieren
        - Kann Schmerzen reduzieren und erholsamen Schlaf fördern

➢ Notieren Sie sich jetzt auf einem Blatt Papier, was für Sie wichtige Gründe für mehr Bewegung sind.
Gerne können Sie auch unsere Vorlage ausdrucken [Link AB_1_Schritteprogramm].

Ganz einfach zu mehr Schritten…

- Einfache Wege, um mehr Schritte zu sammeln:
  - Nehmen Sie die Treppe anstatt Aufzüge und Rolltreppen
  - Treffen Sie Ihre Kontakte zu einem Spaziergang statt im Sitzen
  - Gehen Sie spazieren oder in der Wohnung auf und ab, wenn Sie telefonieren
  - Verwenden Sie auf der Arbeit WCs oder Konferenzräume, die weiter weg sind
  - Platzieren Sie den Drucker so, dass Sie für jeden Ausdruck ein paar Schritte gehen
  - Probieren Sie Neues aus, zum Beispiel Tanzen oder Wandern
  - Parken Sie Ihr Auto ein Stück weiter weg von der Wohnung oder anderen Zielen und laufen Sie ein Stück
  - Steigen Sie eine Station früher aus und gehen Sie den Rest zu Fuß
  - Versuchen Sie generell zu Laufen, anstatt die Bahn oder das Auto zu nehmen

➢ Notieren Sie sich jetzt auf Ihrem Blatt Papier, was Ihre Tricks für mehr Schritte sind. Gerne können Sie auch unsere Vorlage ausdrucken [Link AB_1_Schritteprogramm].

Mögliche Hindernisse und Lösungen…[Video-Tutorial]

Manchmal können Hindernisse auftreten, die es uns erschweren unsere Ziele zu erreichen. Das ist aber kein Grund zum Verzweifeln, denn es gibt für fast jedes Hindernis eine Lösung.

Mögliches Hindernis…	Mögliche Lösung…
Keine Lust	• Vergegenwärtigen Sie sich Ihr Gesundheitsziel • Verabreden Sie sich zu einem kleinen Spaziergang • Suchen Sie sich ein Ziel aus (z.B. einen schönen Ausblick oder ein Café)
Zu bequem	• Überlegen Sie sich wie, man sich nach ein bisschen Bewegung fühlt
Schlechte Laune, Traurig	• Erinnerung daran, dass Bewegung von 20 Minuten antidepressiv wirken kann und die Stimmung verbessert.
Vergessen	• Tragen Sie sich Ihre Zeit zum gehen fest in den Kalender ein oder
Keine Zeit	• Versuchen Sie die Tricks für mehr Bewegung im Alltag zu integrieren

Schrittezähler:

Die meisten Handys haben an eine App vorinstalliert, die Ihre Schritte zählt.

Sie können sich alternativ auch eine App auf Ihrem Handy herunterladen.
Falls Sie eine Smartwatch haben, funktioniert natürlich auch diese.

Eine Alternative ohne Handy ist die kostengünstige Anschaffung eines Pedometers (Schrittzähler). Diese gibt es zum Beispiel in Elektrofachgeschäften.

Disclaimer:

- Dieses Programm ist für Leute gedacht, die weniger als 10.000 Schritte am Tag gehen.
- Im Falle von starken Erkältungen oder ähnlichem kann es sinnvoll sein, das Programm für kurze Zeit zu unterbrechen.
- Falls Schwierigkeiten auftauchen, kontaktieren Sie Ihre Gesundheitsbegleitung. Gemeinsam finden Sie bestimmt eine Lösung.

Anleitung zum Schritte zählen [Video-Tutorial]

Zeit, Ihren Schrittedurchschnitt zu ermitteln. Wählen Sie zunächst eine Möglichkeit aus, mit der Sie Ihre Schritte zählen wollen. Unter dem Punkt $Schrittezähler$ finden Sie dazu einige Möglichkeiten.

Nun tragen Sie in den kommenden 7 Tage jeden Tag ihre Schrittzahl ein. Wenn Sie es mal einen Tag vergessen, ist das kein Problem. Bei den meisten Schrittzählern kann man noch rückblickend die Schrittzahl der letzten Tage ansehen.

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamtschritte	Ø
Schritte	1320	2000	3000	2030	1450	2121	2532		

Nachdem Sie eine Woche lang Ihre Schritte gezählt haben, berechnen Sie ihr tägliches Schritteziel für die nächste Woche.

Rechnen Sie mithilfe eines Taschenrechners zuerst die gesamten Schritte der Woche aus. Teilen Sie diese Zahl für den Wochenschnitt durch 7 und tragen Sie den Wochenschnitt anschließend in das Kästchen „Ø“ ein.

Beispiel:

- Gesamtschritte: 1320 + 2000 + 3000 + 2030 + 1450 + 2121 + 2532 = 14.453
- Wochenschnitt: 14.453 ÷ 7 = 2064

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamtschritte	Ø
Schritte	1320	2000	3000	2030	1450	2121	2532	14453	2064

Nun fügen Sie ihrem Wochendurchschnitt 500 Schritte dazu. In unserem Beispiel wären das insgesamt 2564 Schritte (2064 + 500).

Die Person in unserem Beispiel würde nun jeden Tag der kommenden Woche versuchen, mindestens 2564 Schritte zu gehen.

Notieren Sie sich nun jeden Tag, wie viele Schritte sie erreicht haben und ob Sie Ihr Schrittziel erreicht haben.

Zum Ende der Woche überprüfen Sie dann, wie oft es Ihnen gelungen ist, Ihr Schritteziel zu erreichen.

Falls Sie Ihr Ziel an 5 oder mehr Tagen erreicht haben, erhöhen Sie Ihr Ziel für die kommende Woche wieder um 500 Schritte.

Falls nicht, ist das kein Problem! Versuchen Sie es einfach nächste Woche erneut.

Beispiel:

Woche: 03.01.22 bis 09.01.22	**Schritteziel:** 2564

Tag	**Montag**	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
Schritte	2400	3210	2600	2732	3244	1211	4350
Ziel erreicht ?	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja

Da die Person in diesem Beispiel das Ziel an 5 Tagen erreicht hat, erhöht Sie für die nächste Woche Ihr Ziel auf 3064 (2564+500 = 3564)

Wie im Beispiel können Sie nun auf einem Blatt Papier Ihre eigene Übersicht gestalten.

Gerne können Sie auch unsere Vorlage für ein Schrittetagebuch ausdrucken [Link AB_1_Schritteprogramm].

Tipp:

Wenn es noch nicht geklappt hat, lohnt es sich zu überlegen, welche Hindernisse Ihnen hierbei im Weg standen. Notieren Sie sich dazu mögliche Lösungen. Schauen sie hierzu gerne nochmal den Abschnitt Mögliche Hindernisse und Lösungen an.

Hier finden Sie auch eine Vorlage zum Ausdrucken oder Speichern [Link AB_3_Schritteprogramm].

AB 1

Motivation für mehr Bewegung

Auf unserer Seite unter dem Punkt $ Warum Sie sich mehr bewegen wollen...$ haben Sie einige Gründe gesehen, die für die Schritte-Challenge motivieren können. Vielleicht sind Ihnen selbst auch noch andere Gründe eingefallen. Notieren Sie sich im folgenden Kasten oder auf einem Blatt Papier die Gründe (bis zu 3 Gründe), die Sie am meisten motivieren.

Meine Motivation für mehr Schritte:

Auf unserer Seite finden Sie unter dem Punkt $ Ganz einfach zu mehr Schritten...$ einige Tricks, wie man mehr Schritte in den Alltag integrieren kann. Tragen Sie sich in den folgenden Kasten oder auf einem Blatt Papier bis zu 3 Tipps ein, die Sie für sich wichtig finden.

Meine Tricks für mehr Schritte:

AB 2

Schrittetagebuch

Schrittetagebuch von: _____

Notieren Sie ab Morgen eine Woche jeden Tag Ihre Schrittzahl und berechnen Sie im Anschluss Ihre Schritteziel für die kommende Woche.

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt-schritte	Ø
Schritte									

Berechnen Sie nun die Gesamtschrittezahl der Woche. Teilen Sie den Wert durch 7 und tragen Sie den Schrittedurchschnitt dann in „Ø“ ein. Nun ermitteln Sie Ihr Schrittziel für die kommenden Tage und tragen es in der nächsten Tabelle ein.

Woche:	**Schritteziel:**

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	**Schritteziel:**

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	**Schritteziel:**

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	Schritteziel:

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	Schritteziel:

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	Schritteziel:

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	Schritteziel:

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

Woche:	Schritteziel:

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte							
Ziel erreicht ?							

AB 3

Wie man Hindernisse überwinden kann

Wenn es mal nicht geklappt hat mit dem Schritteziel, dann haben Sie jetzt die Chance. Manchmal macht uns zum Beispiel der „innerer Schweinehund“ schwer.

Unter dem Punkt $ Mögliche Hindernisse und Lösungen...$ sind auch einige typische Hindernisse und mögliche Lösungen aufgezählt. Überlegen Sie sich nun, welche Hindernisse Ihrem Schritteziel im Weg gestanden haben. Bestimmt fallen Ihnen mögliche Lösungen, die Hindernisse zu umgehen.

Meine Hindernisse – Was kann mich daran hindern, mein Schrittziel zu erreichen? Hindernis 1:	Meine Lösungen– Was kann ich tun, um diese Hindernisse zu umgehen? Lösung 1:
Hindernis 2:	Lösung 2:

Hindernis 3:	Lösung 3:

Anlage 8.26: Erklärvideo zum Online-Präventionsprogramm "Schritte-Challenge"

https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wpcontent/uploads/2022/06/Videotutorial_Schrittetagebuch.mp4

Hindernisse überwinden

Das Gesundheitssystem gut zu nutzen, ist für die meisten Menschen gar nicht so einfach. Mit diesem einfachen Programm kann es Ihnen leichter fallen, Hindernisse gezielt zu überwinden.

Hindernisse erkennen und überwinden

Für unsere körperliche Gesundheit können wir auf viele verschiedene Arten etwas tun.
Auch die Nutzung des Gesundheitssystems ist wichtig für das Wohlbefinden.
Zum Beispiel Hilfe aufzusuchen, wenn wir krank sind oder uns nicht sicher sind, ob alles ok ist.
Das ist für viele Menschen gar nicht so einfach.
Mit diesen Schritten können Sie Hindernisse leichter erkennen und überwinden.
Sie finden auch Tipps und Hilfestellungen bei der Terminsuche und Terminvereinbarung.

1. Hindernisse genau benennen:

Denken wir an ein Hindernis, ist es oft nicht so genau zu greifen.
Hindernisse werden klarer, wenn wir sie genau und anschaulich benennen.
Denken Sie an ein aktuelles Hindernis bei der Vereinbarung von Gesundheitsleistungen.
Das können zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen oder fachärztliche Termine sein.
Machen Sie sich dazu am besten Notizen auf einem Blatt Papier.

Beispiel: Frau Meier geht ungern zu ihrer Zahnärztin. Das fällt ihr dazu ein:

- Zu lange Fahrzeit
- Angst vor unfreundlichem Personal
- Angst vor Überforderung
- Angst vor Schmerzen durch die Behandlung

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsideen:

Jetzt geht es darum, möglichst viele Lösungsideen zu finden, mindestens 3 bis 4.
Auch ungewohnte Ideen sind willkommen!
Es geht in diesem Schritt noch nicht um eine Entscheidung, sondern um eine möglichst breite Auswahl.
Notieren Sie sich alle Ideen auf einem Blatt Papier.

Beispiel: Zu lange Fahrzeit

- Die Fahrzeit angenehmer gestalten, z.B. durch Musik und eine Zeitschrift
- Verbindungen mit möglichst kurzer Fahrzeit nehmen
- Jemanden um Begleitung bitten, zum Beispiel Familie, Freunde oder Bekannte
- Kostenfreie Fahrdienstmöglichkeiten in der Stadt suchen

3. Eine Entscheidung treffen:

Jetzt schauen wir uns die Vor- und Nachteile der einzelnen Ideen an.
Das hilft uns bei der Entscheidung.

Manchmal ist es notwendig, eine Kombination aus verschiedenen Lösungsmöglichkeiten zu wählen.
Notieren Sie sich Vor- und Nachteile Ihrer Ideen von Schritt 2 und entscheiden Sie dann.

Beispiel: Verbindungen mit möglichst kurzer Fahrzeit nehmen

- *Vorteile:*
  - Dauert kürzer
  - Nicht aufwändig
- *Nachteile:*
  - Bringt vielleicht nur ein paar Minuten
- *Entscheidung:*
  - Suche eine gute Verbindung raus und nehme Musik zur Ablenkung mit.

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Im letzten Schritt probieren wir die Lösungsidee aus und überprüfen, ob sie gut ist.
Notieren Sie sich nach dem Ausprobieren wieder auf einem Blatt Papier, was gut und was nicht so gut geklappt hat.
Manchmal ist die Idee doch nicht so hilfreich wie gedacht.
Das lässt sich nicht immer vermeiden und passiert den meisten Menschen.
Probieren Sie dann eine neue Idee aus oder sammeln Sie nochmal Ideen.
Oder Sie beginnen nochmal mit dem ersten Schritt und beschreiben das Hindernis neu.

Beispiel: Frau Meier hatte nun einen Termin bei ihrer Zahnärztin. Dazu fällt ihr ein:

- *Hat geklappt:*
  - Die Fahrzeit ließ sich diesmal gut aushalten
- *Hat nicht geklappt:*
  - Hab mich nicht getraut, nachzufragen
- *Beim nächsten Mal:*
  - Zuvor Notizen mit Fragen machen
  - Meinen Bruder bitten, ob er mich begleitet

Die vier Schritte als Arbeitsblätter herunterladen oder ausdrucken [Link AB1]
Kurzübersicht zu den vier Schritten herunterladen oder ausdrucken [Link AB2]

AB1

1. Hindernisse genauer beschreiben:

Denken wir an ein Hindernis, ist es oft nicht so genau zu greifen.
Hindernisse werden klarer, wenn wir sie genau und anschaulich benennen.
Was sind für Sie Hindernisse bei der Vereinbarung von Gesundheitsleistungen?
Dazu gehören zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen oder fachärztliche Termine.

Meine persönlichen Hindernisse (zum Beispiel Ängste, Überforderung, lange Fahrzeiten):

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsmöglichkeiten:

Jetzt geht es darum, möglichst viele Lösungsideen zu finden, mindestens 3 bis 4.
Auch ungewohnte Ideen sind willkommen!
Es geht in diesem Schritt noch nicht um eine Entscheidung, sondern um eine möglichst breite Auswahl.

Meine Lösungsidee 1:

_____

_____

_____

_____

_____

Meine Lösungsidee 2:

_____

_____

_____

_____

_____

Meine Lösungsidee 3:

_____

_____

_____

_____

_____

Meine Lösungsidee 4:

_____

_____

_____

_____

_____

3. Eine Entscheidung treffen:

Jetzt schauen wir uns die Vor- und Nachteile der einzelnen Ideen an.
Das hilft uns bei der Entscheidung.
Manchmal ist es notwendig, eine Kombination aus verschiedenen Lösungsmöglichkeiten zu wählen.

Lösungsidee 1:

*Vorteile:*_____

_____

*Nachteile:*_____

_____

*Entscheidung:*_____

Lösungsidee 2:

*Vorteile:*_____

_____

*Nachteile:*_____

_____

*Entscheidung:*_____

Lösungsidee 3:

*Vorteile:*_____

_____

*Nachteile:*_____

_____

*Entscheidung:*_____

Lösungsidee 4:

*Vorteile:*_____

_____

*Nachteile:*_____

_____

*Entscheidung:*_____

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Im letzten Schritt probieren wir die Lösungsidee aus und überprüfen, ob sie gut ist.
Manchmal ist die Idee doch nicht so hilfreich wie gedacht.
Das lässt sich nicht immer vermeiden und passiert den meisten Menschen.
Probieren Sie dann eine neue Idee aus oder sammeln Sie nochmal Ideen.
Oder Sie beginnen wieder mit dem ersten Schritt und beschreiben das Hindernis neu.

Diese Lösungsidee habe ich ausprobiert:

_____

_____

_____

_____

_____

Was hat geklappt?

_____

_____

_____

_____

_____

Was hat nicht so gut geklappt?

_____

_____

_____

_____

_____

Was möchte ich beim nächsten Mal anders machen?

_____

_____

_____

_____

_____

AB2
Kurzübersicht – Hindernisse erkennen und überwinden

1. Hindernisse genau und möglichst konkret beschreiben:

Denken wir an ein Hindernis, ist es oft nicht so genau zu greifen.
Hindernisse werden klarer, wenn wir sie genau und anschaulich benennen.
Was sind für Sie Hindernisse bei der Vereinbarung von Gesundheitsleistungen?
Dazu gehören zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen oder fachärztliche Termine.
Machen Sie sich dazu am besten Notizen auf einem Blatt Papier.

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsmöglichkeiten:

Jetzt geht es darum, möglichst viele Lösungsideen zu finden, mindestens 3 bis 4.
Auch ungewohnte Ideen sind willkommen!
Es geht in diesem Schritt noch nicht um eine Entscheidung, sondern um eine möglichst breite Auswahl.
Notieren Sie sich alle Ideen auf einem Blatt Papier.

3. Eine Entscheidung treffen:

Jetzt schauen wir uns die Vor- und Nachteile der einzelnen Ideen an.
Das hilft uns bei der Entscheidung.
Manchmal ist es notwendig, eine Kombination aus verschiedenen Lösungsmöglichkeiten zu wählen.
Notieren Sie sich Vor- und Nachteile Ihrer Ideen von Schritt 2 und entscheiden Sie dann.

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Im letzten Schritt probieren wir die Lösungsidee aus und überprüfen, ob sie gut ist.
Notieren Sie sich nach dem Ausprobieren wieder auf einem Blatt Papier, was gut und was nicht so gut geklappt hat.
Manchmal ist die Idee doch nicht so hilfreich wie gedacht.
Das lässt sich nicht immer vermeiden und passiert den meisten Menschen.
Probieren Sie dann eine neue Idee aus oder sammeln Sie nochmal Ideen.
Oder Sie beginnen nochmal mit dem ersten Schritt und beschreiben das Hindernis neu.

Weitere Tipps zur Terminsuche und Terminvereinbarung

- Eine wichtige erste Ansprechperson ist die eigene Hausärztin oder der eigene Hausarzt. Sie helfen bei der Abklärung und Einschätzung der eigenen Gesundheit.
- Terminvereinbarung braucht Geduld und klappt oft nicht beim ersten Anruf, bleiben Sie dran!
- Vereinbaren Sie Termine, wenn weniger Menschen anrufen.
  Zum Beispiel vormittags ab 11 Uhr.
  Oder nachmittags etwa eine halbe Stunde nach Beginn der Nachmittagssprechstunde.
- Eine Möglichkeit zur Terminvereinbarung im Internet bietet auch der E-Terminservice: https://www.eterminservice.de/terminservice
  Oder per Telefon unter der deutschlandweiten Rufnummer 116117 [Video-Tutorial eingeplant]
  - Bei Dringlichkeit ist eine Vermittlung zur fachärztlichen Versorgung innerhalb von 4 Wochen möglich
  - Die Hausärztin oder der Hausarzt stellen dafür einen besonderen Code aus
  - Weitere Informationen: https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/aerzte-und-kliniken/termin-beim-facharzt-nach-4-wochen-so-vermittelt-sie-die-nummer-116-117-12494
- Viele größere Krankenkassen bieten auch einen eigenen Terminservice an:
  - Barmer Telefonservice: 0800 333 1010
  - AOK Terminservice: Online-Terminservice
  - Techniker Telefonservice: 040 – 4606619210 und Online-Terminservice
  - DAK Telefonservice: 040 325325845
- Es gibt außerdem einige private Anbieter für die Terminvermittlung Online, zum Beispiel: [Video-Tutorial eingeplant]
  - Doctolib
  - Jameda
  - Doctena
- Manche Krankenkassen bieten mittlerweile für bestimmte Erkrankungen (darunter Migräne, Rückenschmerzen oder Magen-Darm Infekte) auch Online-Sprechstunden.
  Zu<<m Beispiel:
  - Barmer
  - TK
  - DAK
- Zur Vorbereitung auf Ihren Termin finden Sie hier eine Übersicht, was wichtig ist.
  Die Übersicht können Sie ausdrucken oder sich dazu Notizen auf einem Blatt Papier machen. [Link AB1]

Gut vorbereitet für den nächsten ärztlichen Termin oder andere Gesundheitsleistungen:

Name der Praxis/Einrichtung: _____

Leistung: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

_____

_____

Wegbeschreibung/ Wie komme ich dort hin? _____

_____

_____

Wie lange dauert die Anfahrt? _____

Sprechzeiten: _____

_____

_____

Muss ein Termin vereinbart werden? ☐ Ja ☐ Nein

Tipp: zur Terminvereinbarung am besten zu (Telefon-) Sprechzeiten anrufen

Mein Termin ist am: Datum: _____ Uhrzeit: _____

Kontaktperson: _____

Was muss ich mitbringen? _____

(zum Beispiel eine Überweisung oder bequeme Kleidung) _____

_____

Welche Fragen habe ich? _____

(zum Beispiel bezüglich meiner Medikamente oder weiteren Empfehlungen) _____

Anlage 8.29: Erklärvideo zum E-Terminservice der KBV

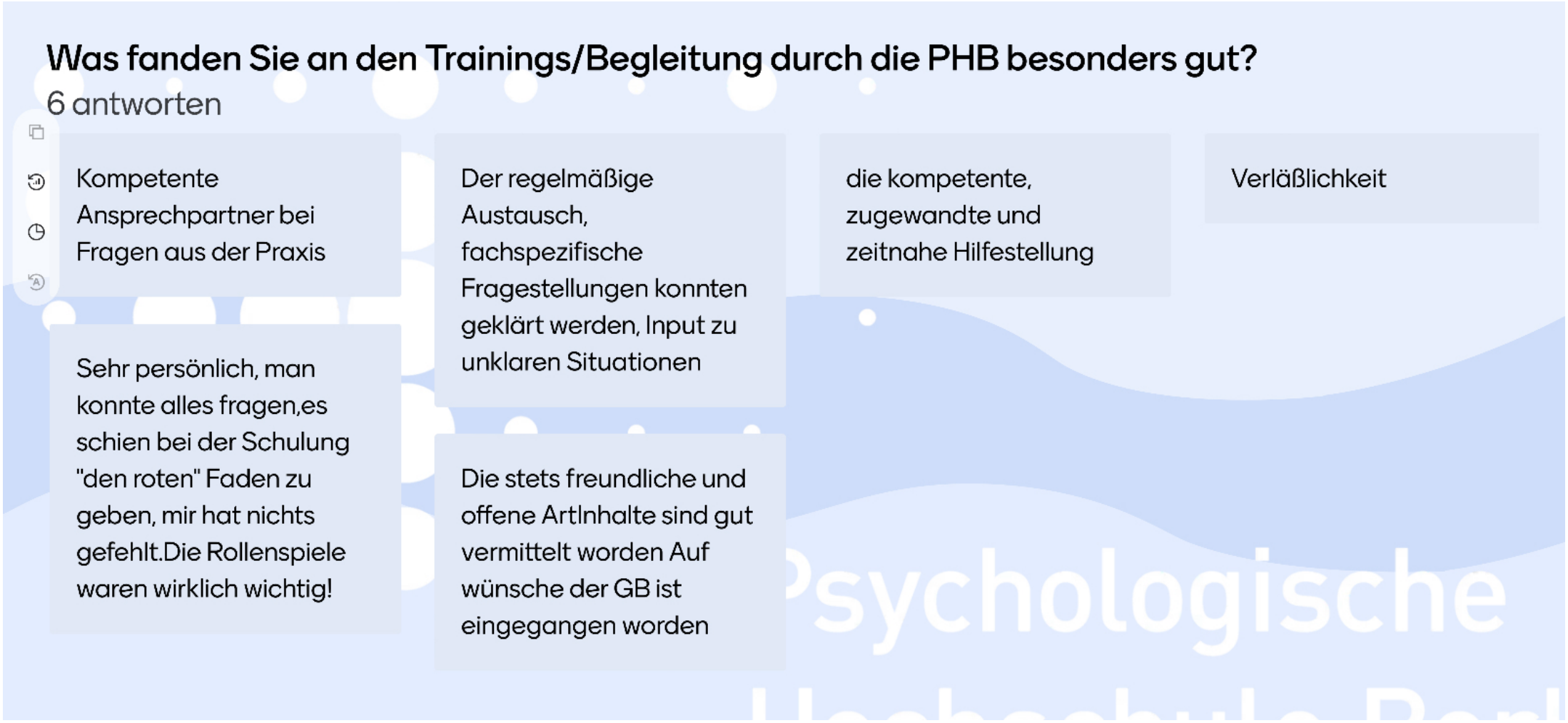
https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wpcontent/uploads/2022/06/Videotutorial_Eterminservice.mp4

Anlage 8.30: Erklärvideo zum Terminvermittlungsservice privater Anbieter

https://psy-komo-tut-mir-gut.de/wpcontent/uploads/2022/06/Videotutorial_private_Terminvermittlung.mp4

Abschließende Bewertung der Gesundheitsbegleiterinnen zum Training (12 / 2023)

Anlage 8.31: Abschließende Rückmeldungen der Gesundheitsbegleiterinnen zum Training und Reflexion der Trainingsinhalte für eine Aufnahme in die Regelversorgung



Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für uns als Trainer:innenteam?

6 antworten

keine! Sie waren immer offen für Fragen, man konnte sich auch per Mail melden. Ich fühlte mich gut geschult und habe nichts vermisst.

Ihnen sollte es ermöglicht werden, mehr Verbindlichkeit zur Teilnahme einzufordern.

...alles tip top...

Auch kürzere Treffen anbieten, nicht zu lang

Keine

Motivierende Gespräche zu Beginn

Psychologische

Rückblick

Vortreffen

Initialworkshop

1. Was ist PSY-KOMO, und wer sind die Beteiligten?
2. Behandlungspfade und Elemente
3. Gesundheitsbegleitung als Unterstützung bei…
4. Organisatorische und administrative Aufgaben
5. Was ist weiterhin wichtig für PSY-KOMO GB?

Fortlaufende Netzwerktreffen

- Über 20 reine Netzwerk-Treffen

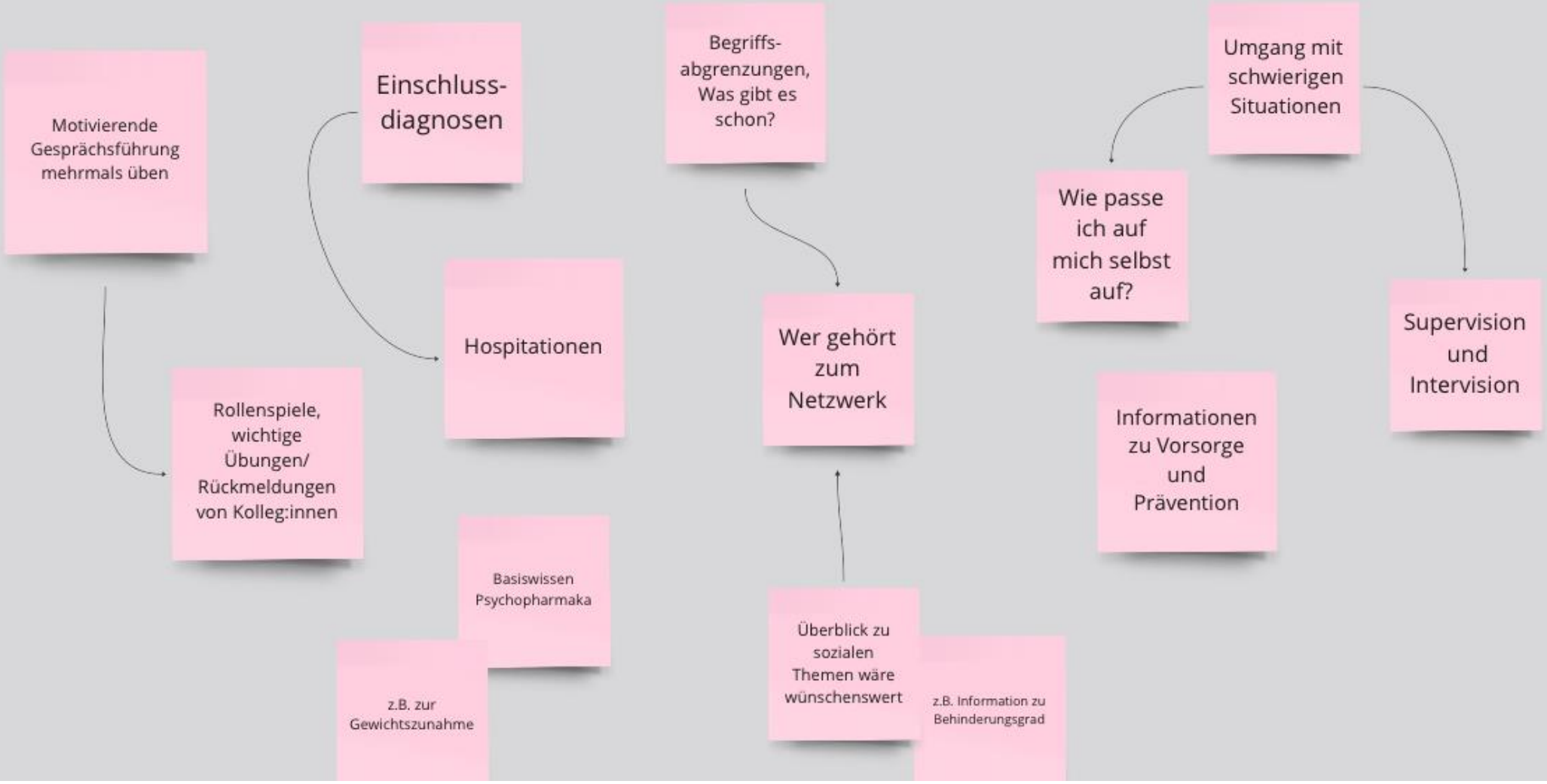
Fortbildungen

- PSY-KOMO Einschlussdiagnosen
- Motivierende Gesprächsführung
- Intuitives Essen
- Stigmatisierung

Kontinuierliche Intervision und Reflexion

- Kollegiale Beratung
- Schwierige Behandlungssituationen
- Weiterer Austausch

Welche Trainings- Fortbildungselemente waren für Sie besonders wichtig?
Welche Trainingsinhalte sollten in die Regelversorgung übernommen werden?



Anlage 9: PatientInnen-Plakat_A2

Klinikum Christophsbad
Göppingen

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss



PSY-KOMO

Zur Unterstützung Ihrer körperlichen Gesundheit

PSY-KOMO – Worum geht es?

Für Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen ist es häufig schwierig, die passenden gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsangebote zu finden und sie zu nutzen.

Wir möchten Sie gerne in PSY-KOMO auf diesem Weg unterstützen! Gerne können Sie auch Ihre Angehörigen einbeziehen – wenn Sie es wünschen.

PSY-KOMO – Wer kann teilnehmen?

Mit folgenden Diagnosen können Sie am Projekt teilnehmen: Schizophrenie, schizoaffektive Erkrankung, bipolare Erkrankung, schwere Depression und emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver oder Borderline-Typ).

Ihr behandelnder Psychiater/Ihre behandelnde Psychiaterin kann Ihnen sagen, ob eine dieser Diagnosen bei Ihnen vorliegt und Sie an PSY-KOMO teilnehmen können.

PSY-KOMO - Was ist das Ziel?

Ziel ist es, Ihre gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Das Projekt bietet allen Teilnehmenden auf Wunsch Unterstützung durch eine Gesundheitsbegleitung.

Wir arbeiten zudem daran, dass **sich Ärztinnen, Ärzte und andere Anbieter** aus der Gesundheitsversorgung **Ihrer Gegend besser kennenlernen**.

So wollen wir den Austausch fördern und einzelne Angebote stärker bekannt machen. Damit nutzt das Projekt zukünftig auch den Menschen, die nicht teilnehmen.

PSY-KOMO - Was bietet es Ihnen als Betroffene/r?

Mehr Aufmerksamkeit für die Erkennung und Behandlung körperlicher Erkrankungen.

PSY-KOMO – Was müssen Sie tun um teilzunehmen?

Sprechen Sie Ihren behandelnden Psychiater/Ihre behandelnde Psychiaterin an! Diese/r führt mit Ihnen im Rahmen eines normalen Termins ein Einschlussgespräch. Dabei beantworten Sie einige Fragen, die einen Hinweis auf körperliche Erkrankungen ergeben könnten. **Dies dauert ca. 15 Minuten.**

Ein Flyer mit mehr Infos liegt hier aus!

PSY-KOMO

Selbsthilfematerialien & Austausch

Nutze deine Chance
https://www.nutzedeinechance.de/

Die Rauchfrei-Lotsen
https://www.rauchfrei-info.de/community/die-rauchfrei-lotsen-im-ueberblick/

Beratungsstellen

Telefonberatung der BZgA
(Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung)
Festnetz: 0800 8 31 31 31

Apps auf Rezept (DIGA)

Nichtraucherhelden
https://www.diga-verzeichnis.de/diga/nichtraucherhelden

Angebote der Krankenkasse

TK Kurssuche
https://www.tk.de/service/app/2009028/gesundheitskurs/suche.app

AOK Kurssuche
https://www.aok.de/pk/uni/inhalt/gesundheitskurse-2/

Barmer Kurssuche
https://www.barmer.de/kursangebote/gesundheitskurssuche

KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinikum Christophsbad, Sekretariat Prof. Vasic
Faurndauer Str. 6 – 28, 73035 Göppingen

Carina Hanselmann M. Sc.
carina.hanselmann@christophsbad.de

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Martina Hahn
Tel. 069 6301 86404
martina.hahn@kgu.de

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Ellernholzstr. 1-2, 17475 Greifswald
Svenja Christians
Tel. 03834 866916
svenja.christians@med.uni-greifswald.de

ST. AUGUSTINUS GRUPPE
Alexius/Josef Krankenhaus

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss
Nordkanalalle 99, 41464 Neuss
Sabine Oymanns
s.oymanns@ak-neuss.de

PSY KOMO

Ja, ich will!



PSY-KOMO

... mit dem Rauchen aufhören!

PSY KOMO

Aber wie fange ich das an?

Das ist absolut individuell! Und oft braucht es dafür Zeit. Hilfreich kann es sein, die persönlichen Gründe, rauchfrei zu werden, aufzuschreiben. Dann lassen sie sich immer wieder ins Gedächtnis rufen, falls einmal die Motivation Pause macht. Suchen Sie sich Unterstützung! Ihr Arzt/ Ihre Ärztin kann Sie unterstützen und sollte auf jeden Fall dabei sein, falls ein Blick auf Ihre Medikamente wichtig wird.

Der regelmäßige Nikotin- und Tabakkonsum kann zu unterschiedlichen körperlichen Auswirkungen führen, so ist u.a das **Risiko**, an einem **Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erkranken**, nachweislich deutlich **erhöht**.

Aktuelle Studien legen nahe, dass Rauchen ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung **psychischer Erkrankungen, wie Depressionen** und **Angststörungen**, ist. Auch zeigt sich, dass eine Tabakentwöhnung die psychische Gesundheit im Vergleich zum Weiterrauchen **deutlich verbessert!**

Wichtige Gründe aufzuhören:

erhöhtes Risiko:
- an Schlaganfall
- oder Herzinfarkt zu erkranken

Verbesserung von:
- Depressionen
- Angststörungen

Wer kann mich unterstützen?

Womit?

Mein Arzt/ meine Ärztin

- Kurzberatung zum Rauchstopp
- Selbsthilfematerialien
- Ggf. Nikotinersatztherapie oder Medikamente zur Rauchentwöhnung
- Vermittlung / Überweisung in eine professionelle Einzel-/Gruppentherapie
- Ggf. Verschreibung einer digitalen Gesundheitsapp (DiGA)

Mein/e Gesundheitsbegleiter/in

- Kurzberatung zum Rauchstopp
- Selbsthilfematerialien
- Unterstützung bei Tabakabstinenz
- Ggf. Beratung bzgl. der Beantragung einer DiGA
- Informationen zu E-Zigaretten

Telefonberatungsstelle

- Rauchfrei Telefon der BZgA: 0800 8 31 31 31 (kostenfreie Servicenummer, Montag bis Donnerstag: von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag: 10 bis 18 Uhr)

Internetbasierte Programme

- rauchfrei Ausstiegsprogramm der BZgA: https://www.rauchfrei-info.de

Meine Krankenkasse

- Selbsthilfematerialien
- Suche von Gesundheitskursen

Individuelle Angebote

Anzahl an Zigaretten pro Tag	Kosten pro Tag	Kosten pro Monat	Kosten pro Jahr
10	3,50 €	108,50 €	1.302,00 €
20	7,00 €	217,00 €	2.604,00 €
30	10,50 €	325,50 €	3.906,00 €
40	14,00 €	434,00 €	5.208,00 €
50	17,50 €	542,50 €	6.510,00 €

Für das Geld gäbe es viel Schönes:

Ein Urlaub, ein Motor-Roller, Mitgliedschaften in Sportvereinen, Freizeitparkbesuche **...**

Ihre Wünsche: _____

Gesundheits Apps / DIGA

Was bedeutet DIGA?

Digitale Gesundheitsanwendung (App)

Wie erhalte ich die DiGA?

Die DiGA lässt sich von Ärzten oder Psychotherapeuten verordnen, die Kosten werden durch die jeweilige Krankenkasse übernommen. Wer der Krankenkasse einen Nachweis über die entsprechende Indikation vorlegen kann, erhält die DiGA auch ohne ärztliche Verordnung.

Angebote der Krankenkasse

Die meisten Krankenkassen bieten individuell geförderte Nichtraucher Programme an. Diese finden auch als Gesundheitskurse statt. **Fragen sie bei ihrer Krankenkasse nach** oder nutzen sie die Suchfunktion zur Kurssuche.

Selbsthilfematerialien & Austausch

Nutze deine Chance
https://www.nutzedeinechance.de/

Die Rauchfrei-Lotsen
https://www.rauchfrei-info.de/community/die-rauchfrei-lotsen-im-ueberblick/

Beratungsstellen

Telefonberatung der BZgA
(Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung)

Festnetz: 0800 8 31 31 31

Apps auf Rezept (DIGA)

Nichtraucherhelden
https://www.diga-verzeichnis.de/diga/nichtraucherhelden

Angebote der Krankenkasse

TK Kurssuche
https://www.tk.de/service/app/2009028/gesundheitskurs/suche.app

AOK Kurssuche
https://www.aok.de/pk/uni/inhalt/gesundheitskurse-2/

Barmer Kurssuche
https://www.barmer.de/kursangebote/gesundheitskurssuche

KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinikum Christophsbad

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ST. AUGUSTINUS GRUPPE Alexius/Josef Krankenhaus

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Haben Sie Fragen?

Gerne können Sie diese mit Ihrem Gesundheitsbegleiter/ Ihrer Gesundheitsbegleiterin **besprechen!**

PSY KOMO

Ja, ich will!



PSY-KOMO

... mit dem Rauchen aufhören!

PSY KOMO

Aber wie fange ich das an?

Das ist absolut individuell! Und oft braucht es dafür Zeit. Hilfreich kann es sein, die persönlichen Gründe, rauchfrei zu werden, aufzuschreiben. Dann lassen sie sich immer wieder ins Gedächtnis rufen, falls einmal die Motivation Pause macht. Suchen Sie sich Unterstützung! Ihr Arzt/ Ihre Ärztin kann Sie unterstützen und sollte auf jeden Fall dabei sein, falls ein Blick auf Ihre Medikamente wichtig wird.

Der regelmäßige Nikotin- und Tabakkonsum kann zu unterschiedlichen körperlichen Auswirkungen führen, so ist u.a das **Risiko**, an einem **Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erkranken**, nachweislich deutlich **erhöht**.

Aktuelle Studien legen nahe, dass Rauchen ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung **psychischer Erkrankungen, wie Depressionen** und **Angststörungen**, ist. Auch zeigt sich, dass eine Tabakentwöhnung die psychische Gesundheit im Vergleich zum Weiterrauchen **deutlich verbessert!**

Wichtige Gründe aufzuhören:

erhöhtes Risiko:
- an Schlaganfall
- oder Herzinfarkt zu erkranken

Verbesserung von:
- Depressionen
- Angststörungen

Wer kann mich unterstützen?

Womit?

Mein Arzt/ meine Ärztin

- Kurzberatung zum Rauchstopp
- Selbsthilfematerialien
- Ggf. Nikotinersatztherapie oder Medikamente zur Rauchentwöhnung
- Vermittlung / Überweisung in eine professionelle Einzel-/Gruppentherapie
- Ggf. Verschreibung einer digitalen Gesundheitsapp (DiGA)

Mein/e Gesundheitsbegleiter/in

- Kurzberatung zum Rauchstopp
- Selbsthilfematerialien
- Unterstützung bei Tabakabstinenz
- Ggf. Beratung bzgl. der Beantragung einer DiGA
- Informationen zu E-Zigaretten

Telefonberatungsstelle

- Rauchfrei Telefon der BZgA: 0800 8 31 31 31 (kostenfreie Servicenummer, Montag bis Donnerstag: von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag: 10 bis 18 Uhr)

Internetbasierte Programme

- rauchfrei Ausstiegsprogramm der BZgA: https://www.rauchfrei-info.de

Meine Krankenkasse

- Selbsthilfematerialien
- Suche von Gesundheitskursen

Individuelle Angebote

Anzahl an Zigaretten pro Tag	Kosten pro Tag	Kosten pro Monat	Kosten pro Jahr
10	3,50 €	108,50 €	1.302,00 €
20	7,00 €	217,00 €	2.604,00 €
30	10,50 €	325,50 €	3.906,00 €
40	14,00 €	434,00 €	5.208,00 €
50	17,50 €	542,50 €	6.510,00 €

Für das Geld gäbe es viel Schönes:

Ein Urlaub, ein Motor-Roller, Mitgliedschaften in Sportvereinen, Freizeitparkbesuche **...**

Ihre Wünsche: _____

Gesundheits Apps / DIGA

Was bedeutet DIGA?

Digitale Gesundheitsanwendung (App)

Wie erhalte ich die DiGA?

Die DiGA lässt sich von Ärzten oder Psychotherapeuten verordnen, die Kosten werden durch die jeweilige Krankenkasse übernommen. Wer der Krankenkasse einen Nachweis über die entsprechende Indikation vorlegen kann, erhält die DiGA auch ohne ärztliche Verordnung.

Angebote der Krankenkasse

Die meisten Krankenkassen bieten individuell geförderte Nichtraucher Programme an. Diese finden auch als Gesundheitskurse statt. **Fragen sie bei ihrer Krankenkasse nach** oder nutzen sie die Suchfunktion zur Kurssuche.

Mein*e Patient*in raucht, was kann ich tun?

Viele Patienten und Patientinnen rauchen und schaden damit ihrer Gesundheit **jeden Tag aufs Neue**. Das betrifft in ganz besonderem Maße psychisch kranke Menschen: Laut S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ ist Rauchen **die häufigste vermeidbare Todesursache** bei Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen!

Zeit, das Thema anzugehen. **Jeden Tag aufs Neue.** Die folgenden Seiten sollen Sie durch Darstellung der wichtigsten Empfehlungen dabei unterstützen.

Was kann ich tun?

1. Nachfragen: **„Rauchen Sie (noch)?“**
2. Von ärztlicher Seite den Rauchstopp empfehlen
3. Niedrigschwellige Verfahren anbieten
4. Psychotherapeutische Ansätze anbieten
5. Nikotinersatz und ggf. medikamentöse Unterstützung anbieten
6. Im Erfolgsfall ggf. Rückfallprophylaxe anbieten
7. Oder zurück zum **1. Punkt**

(nach AWMF S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit (2021)“)

Nachfragen und Rauchstopp empfehlen!

„Rauchen Sie noch?“ zu fragen, dauert 2 Sekunden. Eine Kurzberatung dauert eine bis zu 15 Minuten und ist ein wirkungsvolles Instrument.

Zwei Beispiele aus der Leitlinie:
5A-Methode: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange (s. Fiore et al., 2008 und S3-LL Raucherentwöhnung: https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html)

ABC-Methode: Ask, Brief Advice, Cessation support (s. McRobbie et al., 2008)

Beratungsstelle

Telefonberatung der BZgA
(Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung)
Festnetz: 0800 8 31 31 31

Selbsthilfematerialien & Austausch

https://www.nutzedeinechance.de/
https://www.anbieter-raucherberatung.de/

Hinweis!

Nikotinersatztherapie-Produkte müssen vom **Patienten selber bezahlt** werden.

Niedrigschwellige Verfahren

- Kurzberatung zum Rauchstopp
- Motivierende Gesprächsführung
- Telefonische Beratung
- Mobile Selbsthilfeprogramme
- Internetbasierte Selbsthilfe/ Gesundheitsapp (DiGA)
- Risiko-Feedback

Psychotherapeutische Ansätze

- Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen
- Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen (soll)
- Achtsamkeitsbasierte Methoden (kann)
- Hypnotherapie (kann im Einzelfall)

Keine Empfehlung für Aversionstherapie aufgrund möglicher Risiken!

Nikotinersatztherapie (NET)

als Kaugummi, Inhaler, Lutschtablette, Nasalspray, Mundspray oder Pflaster ect.

- bedarfsadaptierte Dosierung
- Rückfallprophylaxe
- in Kombination von Pflaster und Kaugummi, Lutschtablette, Spray oder Inhaler (falls notwendig bei unzureichender Wirksamkeit)

Gesundheits Apps / DIGA

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat ein Verzeichnis verordnungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) angelegt. DiGA‘s werden als zertifizierte Medizinprodukte durch die GKV erstattet.

https://diga.bfarm.de/

Dort finden Sie auch die **Nichtraucher-Helden-App**, um Ihre Patient*innen beim Rauchstopp zu unterstützen.
Sie kann als Digitale Gesundheitsanwendung **(DiGA)** auf Rezept verschrieben werden und basiert auf den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie.

Apps auf Rezept (DIGA)

Nichtraucherhelden
https://www.diga-verzeichnis.de/diga/nichtraucherhelden

Datenschutz

Der Datenschutz wurde vom BfArM im Vorfeld der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis **geprüft.**

https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/1085

Klinikum Christophsbad

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Sie haben Fragen?

Eine schnelle Einschätzung zur **Wechselwirkungen** und **Beratung** über das Telefonkonsil der Experten-Hotline:

+ 49 (0) 152 04 59 82 63

PSY KOMO

Medikamentöse Unterstützung

Medikamente zur Raucherentwöhnung:

Bupropion

Das Antidepressivum Bupropion ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Noradrenalin- und Dopamin- Wiederaufnahmehemmer (NDRI). Die Effektivität scheint mit der dopaminergen und noradrenergen Wirkung zusammenzuhängen. Beim Rauchverzicht kann Bupropion das Craving reduzieren. Bupropion ist in Deutschland zur Tabakentwöhnung zugelassen.

Besondere Vorsicht

bei **Patienten mit Krampfanfällen,** senkt die Krampfschwelle: besonders bei möglicher Unterzuckerung zum Beispiel durch **Diabetesmedikation** oder **Essstörung oder Alkoholabusus!**

CYP2D6-Inhibitor

Bei der Verschreibung immer an den **Interaktionscheck** denken. Das Medikament interagiert mit CYP2D6 Substraten (starke Abbauhemmung) wie z.B. Metoprolol, Tamoxifen oder Tramadol. Bei der Kombination mit CYP2B6 Inhibitoren wie z.B. Clopidogrel wird der Abbau von Bupropion gehemmt.

Vareniclin

Als partieller Agonist am Nikotinrezeptor (a4b2-Acetylcholinrezeptor-1) übt Vareniclin die Wirkung aus, die beim Rauchen entsteht. Durch die langsame Freisetzung von Dopamin werden die Entzugssymptome abgeschwächt. Gleichzeitig verhindert Vareniclin eine Bindung von Nikotin am Rezeptor (antagonistische Komponente), weshalb bei einem Rückfall die befriedigende Wirkung der ersten Zigarette entfällt.

Die Wirksamkeit von Vareniclin zur Tabakentwöhnung ist belegt.

Achten Sie auf

- psychiatrische Vorerkrankung
- kardiovaskuläre Vorerkrankung
- Krampfanfälle in der Vorgeschichte
- oder die Krampfschwelle senkende Medikamente
- wenige klinisch relevante Wechselwirkungen bekannt

Begleitende Beratung

Auch mit Medikamenten sollte der Rauchstopp durch eine begleitende Beratung unterstützt werden! – Überlegen Sie, ob Ihr*e Patient*in von einem die Medikation ergänzenden **verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramm** profitiert.

Cytisin

- partieller Nikotinrezeptoragonist mit Zulassung als Raucherentwöhnungmittel
- bisher **begrenzte Erfahrungen,** v.a. in der Anwendung bei älteren Patienten und bei Nieren-/Lebervorerkrankung
- Kontraindikation u.a. bei **kardiovaskulärer Vorerkrankung**

Die aufgeführten Medikamente sollen bei Kindern, Jugendlichen und Schwangeren nicht zur Unterstützung der Rauchstopps eingesetzt werden.

- Bei allen Arzneimitteln ist zuvor eine bekannte Überempfindlichkeit auf das entsprechende Medikament oder auf sonstige Bestandteile von Medikamenten zu erfragen, dies stellt eine Kontraindikation dar.
- Bei allen Arzneimitteln ist vor Verschreibung die Anwendungsempfehlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie ein potentielles teratogenes Risiko zu beachten und gesondert zu evaluieren.
- Bei allen ZNS-wirksamen Arzneimitteln ist eine mögliche Beeinträchtigung der Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges oder zum Bedienen von Maschinen zu beachten.

Wenn wird der Rauchstopp gefährlich?

Der Zigarettenkonsum kann Cytochrom-P450-Enzyme induzieren, als Folge muss die Dosierung einiger Arzneimittel in der Regel bei Rauchern erhöht werden. **Rauchstopp kann zu höheren Plasmaspiegeln** und damit auch vermehrt zu unerwünschten Wirkungen führen.

Diese Interaktionen müssen vor allem bei Wirkstoffen mit niedriger therapeutischer Breite beachtet werden. Betroffen sind unter anderem Antipsychotika **Clozapin, Olanzapin, Asenapin und Perazin** und die Antidepressiva **Duloxetin, Agomelatin, Fluvoxamin und Imipramin.**

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2021). S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" (AWMF-Register Nr. 076-006; AWMF online). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf

Fiore MC. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. Am J Prev Med. 2008;35(2):158-176.doi:10.1016/j.amepre.2008.04.009

McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. NZ Med J. 2008;121(1276):57-70.

Für die Ärztin / den Arzt



PSY-KOMO

Patient*in rauchfrei – was kann ich tun?

PSY KOMO

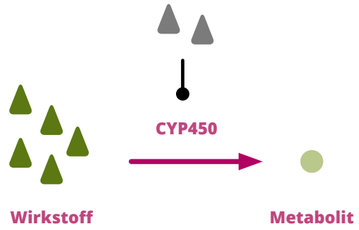
CYP-Inhibitoren und CYP-Induktoren

Pharmakokinetische Interaktionen können insbesondere bei der Verordnung von CYP-Inhibitoren und CYP-Induktoren auftreten. Folgende Tabelle listet einige wichtige Induktoren und Inhibitoren auf.



CYP-Inhibitor

Höherer Plasmaspiegel des Wirkstoffs > Überdosierung!



	Psychopharmaka	Nicht-Psychopharmaka
CYP1A2	**Fluvoxamin,** Perazin	**Ciprofloxacin**, Enoxacin, Mexiletin, **Cimetidin**, Ticlopedin
CYP2B6		
CYP2C9		**Amiodaron, Fluconazol,** Miconazol, Isoniazid
CYP2C19	Fluvoxamin, Fluoxetin, Moclobemid	Esomeprazol, **Omeprazol**, Voriconazol, Ticlopedin
CYP2D6	Bupropion, **Duloxetin, Fluoxetin,** Melperon, **Paroxetin,** Clomipramin	**Chinidin**, Terbinafin, Amiodaron, Cimetidin, Ritonavir
CYP3A4		**Ritonavir**, Saquinavir, **Indinavir, Clarithromycin, Erythromycin**, Telithromycin, Ciprofloxacin, **Itraconazol, Voriconazol, Ketoconazol**, Diltiazem, **Verapamil**, Crizotinib **Grapefruitsaft**

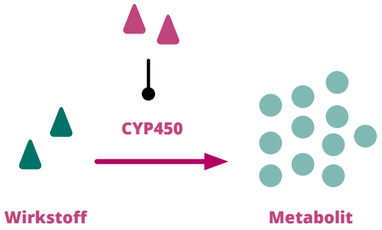
Inhibitoren und CYP-Induktoren

Bei Kombination von Inhibitoren und Induktoren ist ein Interaktionscheck ratsam. Therapeutisches Drug Monitoring kann eingesetzt werden, um die Dosis anzupassen. Bei starken Inhibitoren oder Induktoren ist jedoch meist auf ein Alternativpräparat auszuweichen.



CYP-Induktor

niedriger Plasmaspiegel des Wirkstoffs > Unterdosierung!



	Psychopharmaka	Nicht-Psychopharmaka
CYP1A2		Montelukast, Ompeprazol, Rauchen (nicht Nikotin),
CYP2B6		Efavirenz, Rifampicin
CYP2C9	Carbamazepin	Rifampicin
CYP2C19		
CYP2D6		
CYP3A4	Carbamazepin Johanniskraut (Hyperforin), Phenytoin, Phenobarbital	Efavirenz, Rifampicin

Quelle: https://arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2014/kombinationstherapie-polypharmazie.html

Klinikum Christophsbad

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Sie haben Fragen?

Eine schnelle Einschätzung zu **Arzneimittel-Interaktionen** und **Nebenwirkungen** über das Telefonkonsil der Experten-Hotline:

+ 49 (0) 152 04 59 82 63

PSY KOMO

Information für Fachärzt:innen: Die wichtigsten Interaktionen in der Psychopharmakotherapie

Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und somatischen Komorbiditäten stellt im klinischen Alltag eine Herausforderung dar. Werden von Patient:innen zwei oder mehr Medikamente eingenommen, steigt das Risiko, dass die Wirkstoffe miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen. Auch wenn die wichtigsten Interaktionen in der Psychopharmakotherapie bereits bekannt sind, werden sie heute noch zu wenig beachtet, besonders in der Kombination mit Medikamenten zur Behandlung somatischer Erkrankungen. Im Folgenden sind die wichtigsten Interaktionen in der Psychopharmakotherapie mit Medikamenten, die bei der Behandlung der körperlichen Erkrankungen aufgeführt, um unerwünschte Arzneimittelereignisse zu vermeiden.

Auf Interaktionen achten!

* Das absolute Risiko für den Patient:innen und damit die klinische Relevanz der Interaktion zwischen SSRI und NSAR in Bezug auf ein erhöhtes Blutungsrisiko hängt von individuellen Risikofaktoren ab.

Stand der Information: 27.06.2023.
Autoren: Scholl C, Hahn M, Wege N, Köpke, L, Keller A.

Fachärzteinformation: Die wichtigsten Interaktionen in der Psychopharmakotherapie

INTERAKTION	Unerwünschtes Arzneimittelereignis	Erhöhtes Risiko beschrieben für	Alternativen bzw. Maßnahmen
SSRIs/SSNRIs & Thrombozytenaggregationshemmer (ASS, Clopidogrel, Prasugrel, Ticlopidin, Ticagrelor, Canagrelor)	Erhöhtes Blutungsrisiko	Patienten mit Hirnblutungen, gastrointestinalen Blutungen und Magengeschwüren in der Anamnese.	Nicht-serotonerge Antidepressiva: Agomelatin, Bupropion, Mirtazapin, Tianeptin
SSRI/SSNRI- Antikoagulantien (Phenoprocoumon, NOAKs)	Erhöhtes Blutungsrisiko	Risiko berechenbar mit Has-Bled- Score (z.B. https://noak-therapie.de/has-bled-score-berechnen/)	Nicht-serotonerge Antidepressiva: Agomelatin, Bupropion, Mirtazapin, Tianeptin
SSRIs/SSNRIs & NSAR (Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac)	Erhöhtes Blutungsrisiko, GIT Blutung*	Patienten im höheren Alter (>65 Jahre, besonders >80 Jahre) und mit gastrointestinalen Blutungen in der Vorgeschichte sowie bei Anwendung von Antidepressiva mit starker Serotonin-Wiederaufnahmehemmung.	Paracetamol, ggfs. Magenschutz verordnen (bevorzugt Pantoprazol, da keine pharmakokinetischen Interaktionen mit SSRI/SSNRI) - die gleichzeitige Gabe von Säurehemmern senkt das Blutungsrisiko.
Clozapin & hämatotoxische Medikamente	Agranulozytose	Frauen, ältere Menschen	Engmaschige Blutbildkontrollen, Vermeiden von stark hämatotoxischen Substanzen wie z.B. Mirtazapin, Novaminsulfon, Valproat.
SSRIs & Diuretika, ACE-Inhibitoren und Sartane	Hyponatriämie	Menschen mit Nierenfunktionsstörungen, Frauen	Elektrolytkontrolle in der Eindosierungsphase und im Verlauf. Alternative Antihypertonika: Betablocker, Calcium-Kanalblocker Alternative Antidepressiva: nicht-serotonerge Antidepressiva wie Agomelatin, Bupropion, Mirtazapin, Tianeptin
SSRIs & Antidiabetika (Metformin, Insuline, Glitazone, Gliflozide etc.)	Hyperglykämie	Menschen mit depressiven Störungen und Diabetes	Blutzuckerkontrolle in der Eindosierungsphase und ggfs. Anpassung der antidiabetischen Medikation. Vorsicht auch beim Absetzen der Antidepressiva: Hypoglykämiegefahr.

Für die Ärztin / den Arzt



INTERAKTIONEN

Die wichtigsten Wechselwirkungen in der Psychopharmakotherapie

PSY KOMO

Verordnungskaskade vermeinden!

Vor der Verordnung von Medikamenten gegen Schlafstörungen sollte auf folgende Medikamente und Genussmittel geprüft werden, da diese schlafstörend sein können:

- **Sympathomimetika**
  (Salbutamol, Formoterol etc)
- **Antibiotika** (vor allem Gyrasehemmer)
- **Levodopa**
- **Lipidsenker**
- **Antidementiva**, **Antidepressiva**
  (bitte Nutzen-Risiken abwägen,
  auf Einnahmezeiten achten)
- **Antihypertensiva**
  (z.B. Betablocker, Clonidin)
- **Diuretika**
  (bitte auf Einnahmezeiten achten)
- **Hormonpräparate**
  (L-Thyroxin, Steroide, Kontrazeptiva)
- **stimulierende Substanzen**
  (Koffein, Amphetamine)
- **Alkohol**

Auf Interaktionen achten!

Durch eine bereits bestehende Pharmakotherapie ergibt sich im klinischen Alltag daher oft die Fragestellung: **auf welche Interaktionen** und Grunderkrankungen muss ich beim Ansetzen von schlafördernden Medikamenten **achten?**
> Siehe nebenstehende Tabelle

Übersicht der wichtigsten Interaktionen und Kontraindikationen:

WIRKSTOFFGRUPPE	Herzerkrankungen	QT-Verlängerung/ Kombination mit QTc verlängernden Medikamenten	Miktionsstörungen/ Prostatahyperplasie/ Ileus / Pylorusstenose	Engwinkelglaukom	Epilepsie	Elektrolytstörungen	Parkinson/ Erkrankungen der Basalganglien	Blutbildveränderungen	Myasthenie	Atemdepression/Apnoe	Leberinsuffizienz	MAO-Hemmer	CYP3A4-Inhibitoren (HIV-Protease-Inhibitoren, Makrolide, Azole, Grapefruit)	CYP1A2 Inhibitoren (Ciprofloxacin, Fluvoxamin)
Antihistaminika (Diphenhydramin, Promethazin, Doxylamin)	*	*	*	*	*	*		x[1]						
Benzodiazepine/Z-Substanzen									*	*	*			
Antipsychotika (1. Generation, niederpotent)	*	x[4]				x[4]	*				*			
Antidepressiva Trizyklika	*		*	*							*	*		
Antidepressiva (Mirtazapin und Trazodon)[3]	x[2]											*		
Melatonin/ Melatoninagonist Agomelatin[3]											*			*
Quetiapin[3]													*	
Pflanzliche Präparate (Baldrian, Melisse, Passionsblume, Hopfen)														

[1] **Bei Promethazin**; [2] **bei Trazodon**; [3] **off-label Einsatz**; [4] **bei Chlorprothixen**.

Bei allen Wirkstoffen ist eine Evaluation des teratogenen Effektes bei Frauen im gebärfähigen Alter u beachten. Bitte nutzen Sie dazu andere Quellen (z.B. www.embryotox.de). Alle oben aufgeführten schlafördernden Medikamente sollten nicht bei akuten Intoxikationen mit Alkohol oder anderen zentraldämpfenden Substanzen eingenommen werden. In der Kombination kann es zu verstärkten sedierenden Effekten kommen, auch bei pflanzlichen Präparaten.

Für den Arzt!



PHARMAKO-THERAPIE

von Insomnie bei Patienten mit somatischer Komorbidität

PSY KOMO

Was ist eine Insomnie?

Eine Insomnie ist eine Schlafstörung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Betroffene über den Zeitraum von mindestens einem Monat Ein- und/oder Durchschlafstörungen haben, die mit einer Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit oder der Leistungsfähigkeit am Tag einhergehen.

Ursachen

Sowohl **psychische** auch **somatische** Erkrankungen **können Schlafstörungen verursachen.**

Organische Erkrankungen, die zu Schlafstörungen führen können

- Chronische Nierenerkrankungen
- Magen-Darm- Erkrankungen
- Chronischer Schmerz z. B. bei rheumatischen Erkrankungen
- Endokrinologische Erkrankungen
- Epilepsien
- Extrapyramidal-motorische Erkrankungen
- Herz- und Lungenerkrankungen
- Kopfschmerzen
- Tumoren
- Polyneuropathien
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Starker Juckreiz bei Hauterkrankungen

Schlafstörungen bei ausgewählten psychischen Erkrankungen

Erkrankung	Ein- oder Durchschlafstörung	Tiefschlafreduktion	REM-Schlaf Disinhibition	Hypersomnie
Affektive Störungen	+++	++	+++	+
Angststörungen	+	/	+++	/
Alkoholabhängigkeit	+	+++	+	/
Borderline + Persönlichkeitsstörung	+	/	+	/
Demenzen	+++	+++	/	
Essstörungen	+	/	/	/
Schizophrenie	+++	+	+	+

+++ fast bei allen Patienten vorhanden
++ bei ca. 50% der Patienten vorhanden
+ bei ca. 1-0-20% Patienten vorhanden
/ bislang nicht beschrieben

Diagnostisches Vorgehen

1. **Allgemeinanamnese/Diagnostik**
   - körperliche Erkrankungen und Beschwerden (Schmerzen, Juckreiz), Alkohol, Nikotin, weitere psychogene Substanzen
   - Medikamente
   - Labor, z. B. Schilddrüsenwerte, Blutbild, Gamma-GT, Leberwerte
   - ggf. weitere Untersuchungen wie EEG, EKG, CT/cMRT
2. **Psychiatrische Anamnese**
   - Jetzige und frühere psychische Störungen
   - Persönlichkeitsfaktoren
   - Arbeits- und partnerschaftliche Situation
   - Aktuelle Konflikte
3. **Schlafanamnese**
   - Aktuelles Schlafverhalten
   - Vorgeschichte der Schlafstörung
   - Arbeitszeiten/zirkadiane Faktoren (Schicht und Nachtarbeit)
   - Auslösende Faktoren, einschließlich Traumata
   - Schlaftagebuch
   - Fremdanamnese (periodische Beinbewegungen/Atempausen)
4. **Aktometrie**
5. **Polysomnographie**

Wie kann eine Insomnie behandelt werden?

Insomnien können sowohl **nichtmedikamentös** als auch **medikamentös** behandelt werden.

- Als erste Behandlungsoption für Insomnien bei Erwachsenen jedes Lebensalters sollte die **kognitive Verhaltenstherapie** (KVT-I) angeboten werden;
- Eine medikamentöse Therapie kann angeboten werden, wenn die **KVT-I nicht hinreichend effektiv** war oder **nicht durchführbar** ist.

Ganz wichtig!

Schlafmittel sollten **zeitliche begrenzt eingesetzt** werden und erst dann, wenn nichtmedikamentöse Schlaffördernde Maßnahmen **nicht zum Erfolg** geführt haben.
Siehe: **S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen**

Quellen:

Aktuell geltende Leitlinien: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen", Update 2016

Artikel zu Schlafstörungen: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/endlich-wieder-durchschlafen-127632/

Patienteninformation:
Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM): https://www.dgsm.de/fileadmin/patienteninformationen/ratgeber_schlafstoerungen/2021-09-30_Ein-_und_Durchschlafstoerungen.pdf

Die Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienteninformationen/insomnie.pdf

KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinikum Christophsbad

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ST. AUGUSTINUS GRUPPE Alexius/Josef Krankenhaus

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Sie haben Fragen?

Eine schnelle Einschätzung zu **Arzneimittel-Interaktionen** und **Nebenwirkungen** über das Telefonkonsil der Experten-Hotline:

+ 49 (0) 152 04 59 82 63

PSYKOMO

Klinikum Christophsbad

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Sie haben Fragen?

Eine schnelle Einschätzung zu **Arzneimittel-Interaktionen** und **Nebenwirkungen** über das Telefonkonsil der Experten-Hotline:

+ 49 (0) 152 04 59 82 63

PSY KOMO

Welche DiGA gibt es?

Das BfArM listet verordnungsfähige DiGA.

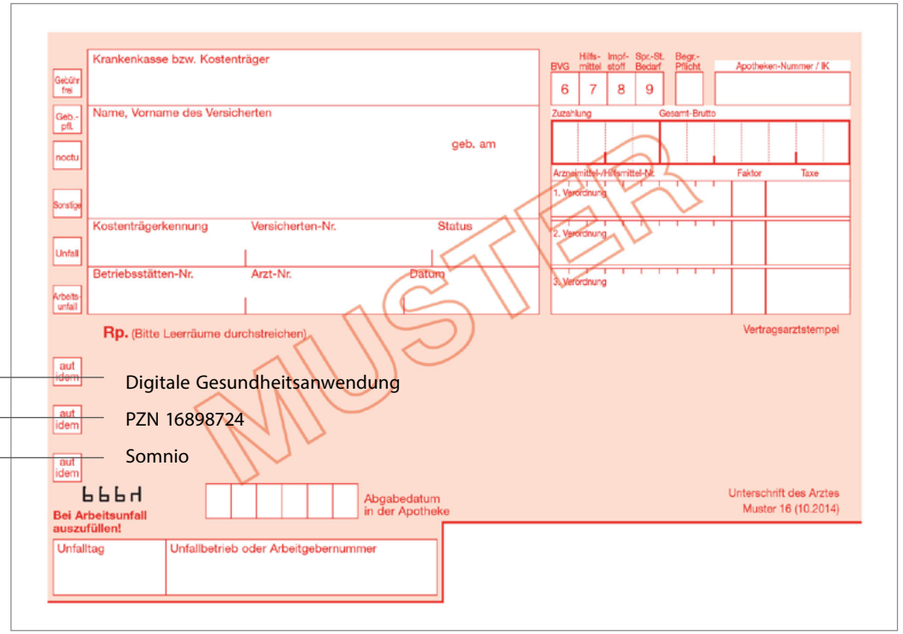
Eine Auswahl von DiGA, die für eine Anwendung bei PSY-KOMO Patient*innen mit relevanten Indikationen in Frage kommen, finden Sie auf der Innenseite.

Ein **vollständiges Verzeichnis** finden Sie: **https://diga.bfarm.de/**

Wie kann ich eine DiGA verordnen?

Rezept Muster 16,
ins Medikamentenfeld eintragen:

1. Digitale Gesundheitsanwendung
2. PZN
3. Name der App



Hinweis

Einige Apps sind für **akute Erkrankungsbilder** nicht empfohlen, bitte beachten Sie die Herstellerhinweise.

Es sollte in jedem Fall eine individuelle Risiko-Nutzen Abwägung erfolgen.

Die Kosten der App werden von der Krankenkasse getragen.

Autoren: Catharina Scholl, Natalia Wege, Kerstin Viehmann, Martina Hahn und Lena Köpke.

Grafik-Design: Bärbel Möllmann, Infografik: BfArM.

Stand: 03/2023

Für die Ärztin / den Arzt



Was sind DiGA?

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Apps auf Rezept

PSY KOMO

Was sind DiGA?

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind sogenannte Apps auf Rezept, die seit September 2020 von Fachärzt*innen und Psychologischen Psychotherapeut*innen verordnet werden können.

Sie können die übliche medizinische Behandlung unterstützen, Wartezeiten (z.B. auf Therapieplätze) überbrücken und die Nachsorge fördern.

Gibt einen nachweisbaren Nutzen?

Mittlerweile gibt es 47 DiGA zu diversen Indikationen, von denen 16 DiGA bereits ihre Wirksamkeit in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) belegen konnten.

Wichtig zu wissen für Behandelnde

- In der Regel besteht eine empfohlene Nutzungsdauer von 12 Wochen
- DiGA können teilweise mehrfach verordnet werden
- Auf Kontraindikationen ist zu achten
- Verantwortung zur Nutzung (und damit zur Wirksamkeit) liegt auf Patient*innenseite

Konkrete Vorteile für Patient*innen

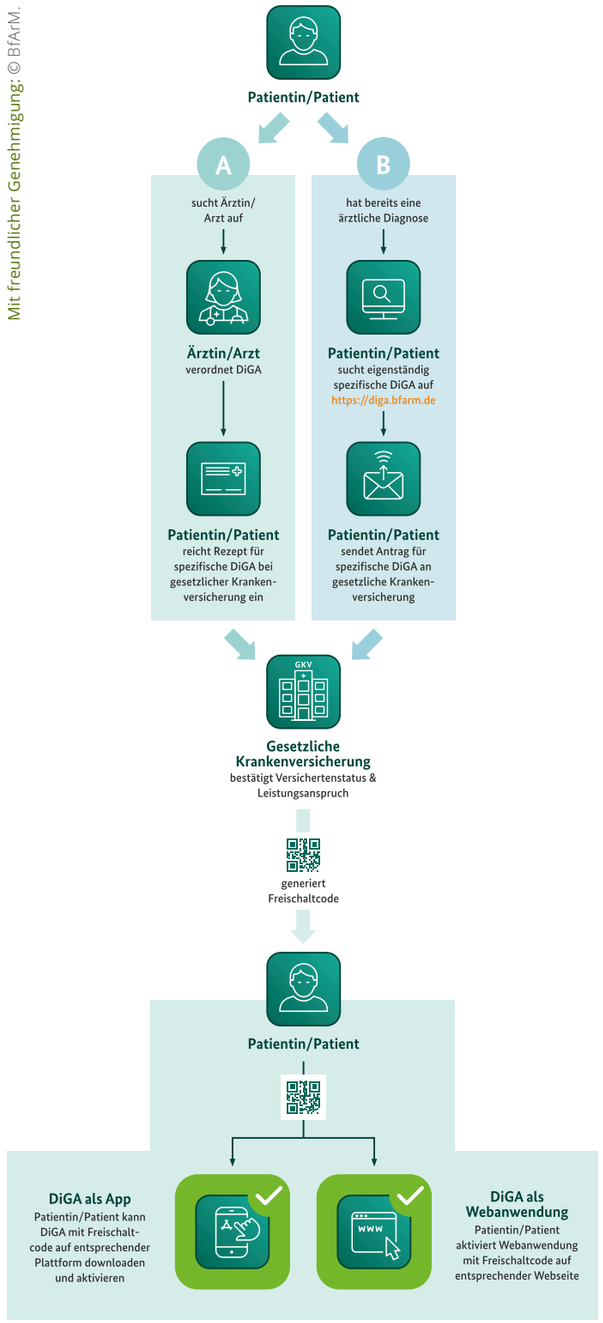
- Niedrigschwellig einen Beitrag zum eigenen Genesungsprozess leisten
- Eigenverantwortliches Arbeiten in der App oder der Webanwendung
- Evtl. Symptomverlauf dokumentieren und verfolgen können

Übersicht der wichtigsten DiGA für PSY-KOMO-Patient*innen

App Name	PZN	Anzuwenden bei		Sprachen
Dauerhaft zugelassene DiGAs				
HelloBetter Diabetes und Depression	17937797	E10 E11	Diabetes Typ1 Diabetes, Typ 2	Deutsch
Zanadio	16898701	E66.00 E66.01	Adipositas Grad I Adipositas Grad II	Deutsch
Somnio	16898724	F51.0	Nicht organische Insomie	Deutsch, Englisch, Französisch
Vorläufig zugelassene DiGAs				
Cankado Pro-React Onco	17491545	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	14 Sprachen* Arabisch, Deutsch, Russisch, Türkisch
Pink! Coach	18206191	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	Deutsch
optimune Brustkrebs	18227709	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	Deutsch
Oviva	17850257	E66	Adipositas	Deutsch
Vitadio	18107046	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	Deutsch
NichtraucherHelden-App	17575561 Erstverordnung 17575578 Folgeverordnung	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	Deutsch
Smoke free	18500476	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	Deutsch Englisch
HelloBetter Schlafen	18453937	F51.0 G47.0	Nichtorganische Insomnie Ein- und Durchschlafstörungen	Deutsch
Kaia COPD	18458662	J44.8 J44.9	sonstige näher bezeichnete COPD COPD, nicht näher bezeichnet	Deutsch Englisch

Alle Sprachen der Cankado Pro-React Onco-App Arabisch, Chinesisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Griechisch, Hindi, Italienisch, Malayalam, Niederländisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch, Ungarisch

Mit freundlicher Genehmigung: © BfArM.



Bitte bei der Verordnung von Antipsychotika beachten:

Bei der medikamentösen Therapie somatisch kranker Menschen mit psychotischen Symptomen und bei der Auswahl der Psychopharmaka sind verschiedene Vorsichtsmaßnahmen zu beachten. Hierbei sollte eine sorgfältige Medikamentenauswahl unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Interaktionen erfolgen.

Rauchstopp und Clozapin-Behandlung

Die Auswirkungen einer Reduktion des Tabakkonsums auf die Verordnung und Gabe von Clozapin sollten berücksichtigt werden. Die im Tabakrauch enthaltenen polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe sind potente Induktoren von CYP1A2. Ein Rauchstopp bzw. ein verringerter Tabakkonsum kann eine Deinduktion von CYP1A2 bewirken und einen klinisch relevanten Anstieg des Wirkstoffspiegels nach sich ziehen. Daher sollten auch stabil auf Clozapin eingestellte Patienten hierauf aufmerksam gemacht werden. Eine Kontrolle des Wirkstoffspiegels bei verändertem Rauchverhalten, ggf. eine Dosisanpassung ist empfohlen.

Da E-Zigaretten keine Auswirkung auf den Arzneistoffmetabolismus haben ist auch beim Umstieg von Zigarette auf E-Zigarette auf den Clozapin-Spiegel zu achten![4]

[4] Anderson GD, Chan LN (2016) Pharmacokinetic drug interactions with tobacco, cannabinoids and smoking cessation products. Clin Pharmacokinet 55:1353–1368

Empfehlungen für Routineuntersuchungen unter Antipsychotika

Untersuchung	Vorher	Monate 1.	2.	3.	4.	5.	6.	monatlich	1/4 jährlich	1/2 jährlich
Differenziertes Blutbild										
Trizyklische AP[a]	*	*	*	*	*	*	*	–	*	–
Clozapin	*	4*	4*	4*	4*	**	*	*	–	–
andere Antipsychotika	*	*	–	*	–	–	*	–	*[c]	–
Blutzucker[b], Blutfette										
Clozapin, Olanzapin	*	*[h]	–	*	–	–	*	–	*	–
Quetiapin, Risperidon	*	*[h]	–	*	–	–	*[h]	–	–	*
andere Antipsychotika	*	–	–	*	–	–	*[h]	–	–	*
Kreatinin	*	*	–	*	–	–	*	–	–	*
Leberenzyme										
Trizyklische AP[a]	*	*	*	*	–	–	*	–	*	–
andere Antipsychotika	*	*	–	*	–	–	*	–	*	–
EKG (QTc), Elektrolyte										
Clozapin[n]	*	**	–	*	–	–	*	–	*	–
andere Antipsychotika[d]	*	*	–	–	–	–	*	–	–	*[e]
EEG[f]										
Clozapin	*	–	–	*	–	–	*	–	–	*
RR, Puls	*	*	–	*	–	–	*	–	*	–
Körpergewicht (BMI)[g], Taillenumfang	*	*	*	*	–	–	*	–	*	–

Erläuterung

* monatlich, ** alle 14 Tage, 4* wöchentlich, – keine

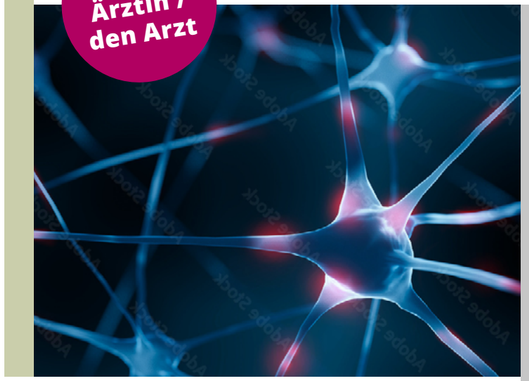
- * Anzahl der notwendigen Routinekontrollen; bei einmaliger Messempfehlung im 1. Monat kann die Messung zwischen der 4. und 6. Woche erfolgen.
- a Die AAP Olanzapin, Quetiapin und Zotepin sind strukturchemisch ebenfalls Trizyklika.
- b Ggf. auch Blutzuckertagesprofil, Glukosetoleranztest und HbA_{1c}, insbesondere bei Clozapin und Olanzapin.
- c Bei unauffälligen Konstellationen bzw. stabilen Patienten können halbjährliche Kontrollen ausreichen.
- d Ein EKG vor Behandlungsbeginn wird grundsätzlich empfohlen. Bei Vorliegen oder Auftreten kardialer Symptome oder einer signifikanten QTc-Zeit-Verlängerung ist eine kardiologische Abklärung notwendig.
- e Kontrolle bei allen Patienten > 60 J. empfehlenswert sowie bei kardialen Risiken, ggf. auch häufiger; bei Ziprasidon, Perazin, Fluspirilen und hochpotenten Butyrophenonen sowie bei aufgetretenen QTc-Zeit-Verlängerungen und bei Kombinationstherapien mit anderen potenziell QTc-Zeit-verlängernden Substanzen sind häufigere EKG-Kontrollen empfohlen.
- f Häufigere EEG-Kontrollen auch bei zerebraler Vorschädigung, erhöhter Anfallsbereitschaft und ggf. bei sehr hohen Dosierungen (Kombinationen) vor und während einer AP-Behandlung sowie bei unklaren Bewusstseinsveränderungen (DD: nichtkonvulsiver Status).
- g Messungen des Taillenumfangs werden empfohlen; zusätzlich monatliche Gewichtskontrollen durch den Patienten selbst.
- h Nur Blutzucker, bei Auffälligkeiten und [b], ggf. Therapie und monatliche Kontrollen; bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms monatliche BZ-Kontrollen.

Bei *Dyspnoe* oder unklarer Erschöpfung unter antipsychotischer Therapie wird ein EKG empfohlen (S3-Leitlinie), v. a. unter *Clozapin, Olanzapin, Quetiapin.*

Die Empfehlungen entsprechen aktuellen Leitlinien, gehen teilweise jedoch darüber hinaus.

Quelle:
Benkert/Hippius, 2021 (DOI: 10.1007/978-3-662-61753-3)

Für die Ärztin / den Arzt



ANTIPSYCHOTIKA

Was ist bei der Verordnung zu beachten?

PSY KOMO

Was ist bei Clozapin-Verordnung zu beachten?

Clozapin – Agranulozytoserisiko!

- Vor Beginn: Leukozytenzahl ≥ 3500/mm³; Zahl der neutrophilen Granulozyten ≥ 2000/ mm³
- Wöchentliche Kontrollen der Leukozytenzahl und der Zahl der neutrophilen Granulozyten in den ersten 18 Wochen, danach monatlich; nach Absetzen von Clozapin Kontrolle über weitere 4 Wochen;
- **Clozapin muss abgesetzt werden, wenn Leukozyten < 3000/mm³ oder neutrophile Granulozyten < 1500/ mm³ absinken.**

Clozapin-Myokarditisrisiko!

- Inzidenz am häufigsten innerhalb von 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn;
- Rasche Aufdosierung (> 25 mg/d), Komedikation mit Valproinsäure und höheres Lebensalter sind mit höherem relativen Risiko für eine Myokarditis verbunden.

Auf Zeichen der Clozapinintoxikation achten

- Depression des zentralen Nervensystems (63 %)
- Tachykardie (40 %)
- Unruhe/Agitation (16 %)
- Verwirrtheit/Desorientiertheit (15%)
- Dysarthrie (15 %), arterielle Hypertension (11 %)
- Bradykinesie (10 %)
- Atemdepression (10 %)
- QTc-Zeitverlängerung (8 %)

Seltener können Patienten eine Hypersalivation, extrapyramidal-motorische Symptome, Tremor, Schwindel, epileptische Anfälle, Hyperthermie, Hypotonie oder gastrointestinale Symptome wie Übelkeit und Erbrechen entwickeln.[1]

In den ersten 4 Wochen

- Jede Woche zusätzlich zum BB Bestimmung CRP, Trop I/T + EKG
- Tägliche RR/HF Messung
- Regelmäßige Symptomerhebung und körperliche Untersuchung

Maßnahmen

- **Absetzen** von Clozapin
- **kardiologisches Konsil** bei **Erhöhung von Trop I/T** auf das **>2-fache** des oberen Grenzwertes oder **CRP >100mg/l**

Vorsicht bei COVID-19 Infektion und Clozapin-Behandlung

Bei einer Infektion mit Erhöhung des C-reaktiven Proteins kann es zu Veränderungen des Arzneistoffmetabolismus über die Enzyme des CYP-Systems kommen. Die bei einer Infektion freigesetzten Zytokine können zu einer Hemmung des Abbaus von Psychopharmaka führen. Entsprechend sind Erhöhungen des Wirkstoffspiegels von Clozapin zu befürchten. Es ist mit einer durchschnittlichen infektionsbedingten Erhöhung des Wirkstoffspiegels um 48 % zu rechnen.

Die Clozapin-Dosis sollte im Fall von Fieber/grippalen Symptomen halbiert werden. Bestätigt sich der Verdacht einer SARS-CoV-2-Pneumonie, so sollte kritisch die weitere Reduktion auf ein Drittel der Ausgangsdosis oder ein vollständiges Absetzen von Clozapin diskutiert werden.[2]

Vorsicht bei COVID-19-Impfung und Clozapin-Behandlung

Aufgrund der beobachteten Zytokin-vermittelten inhibitorischen Effekte auf CYP1A2 im Zuge einer COVID-19-Impfung sollte sorgfältig auf Zeichen einer Clozapinintoxikation geachtet werden. Der Patient und seine Angehörigen und/oder Betreuer sollten hierüber ausführlich aufgeklärt werden. Bei begründetem Verdacht sollte eine Bestimmung des Clozapinspiegels im Serum erfolgen.[3]

Quellen:

[1] Moschny N, Hefner G, Grohmann R, Eckermann G, Maier HB, Seifert J, Heck J, Francis F, Bleich S, Toto S, Meissner C. Therapeutic Drug Monitoring of Second- and Third-Generation Antipsychotic Drugs-Influence of Smoking Behavior and Inflammation on Pharmacokinetics. Pharmaceuticals (Basel). 2021 May 27;14(6):514.

[2] Seifert J, Heck J, Eckermann G, Singer M, Bleich S, Grohmann R, Toto S. Psychopharmakotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie [Psychopharmacotherapy during the COVID-19 pandemic]. Nervenarzt. 2020 Jul;91(7):604-610.

[3] Seifert J, Heck J, Eckermann G, Singer M, Bleich S, Grohmann R, Toto S. COVID-19-Impfung unter Psychopharmakotherapie [Vaccination Against COVID-19 in Patients Treated with Psychotropic Drugs]. Psychiatr Prax. 2021 Nov;48(8):399-403. German. doi: 10.1055/a-1531-4460.

Erstellt

Natalia Wege, Kerstin Viehmann, Hee-Jeong Lochmann, Lena Köpke, Catharina Scholl, Rebecca Weber, Bärbel Möllmann, Martina Hahn. [Stand 17.01.2023]

KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinikum Christophsbad

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ST. AUGUSTINUS GRUPPE Alexius/Josef Krankenhaus

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

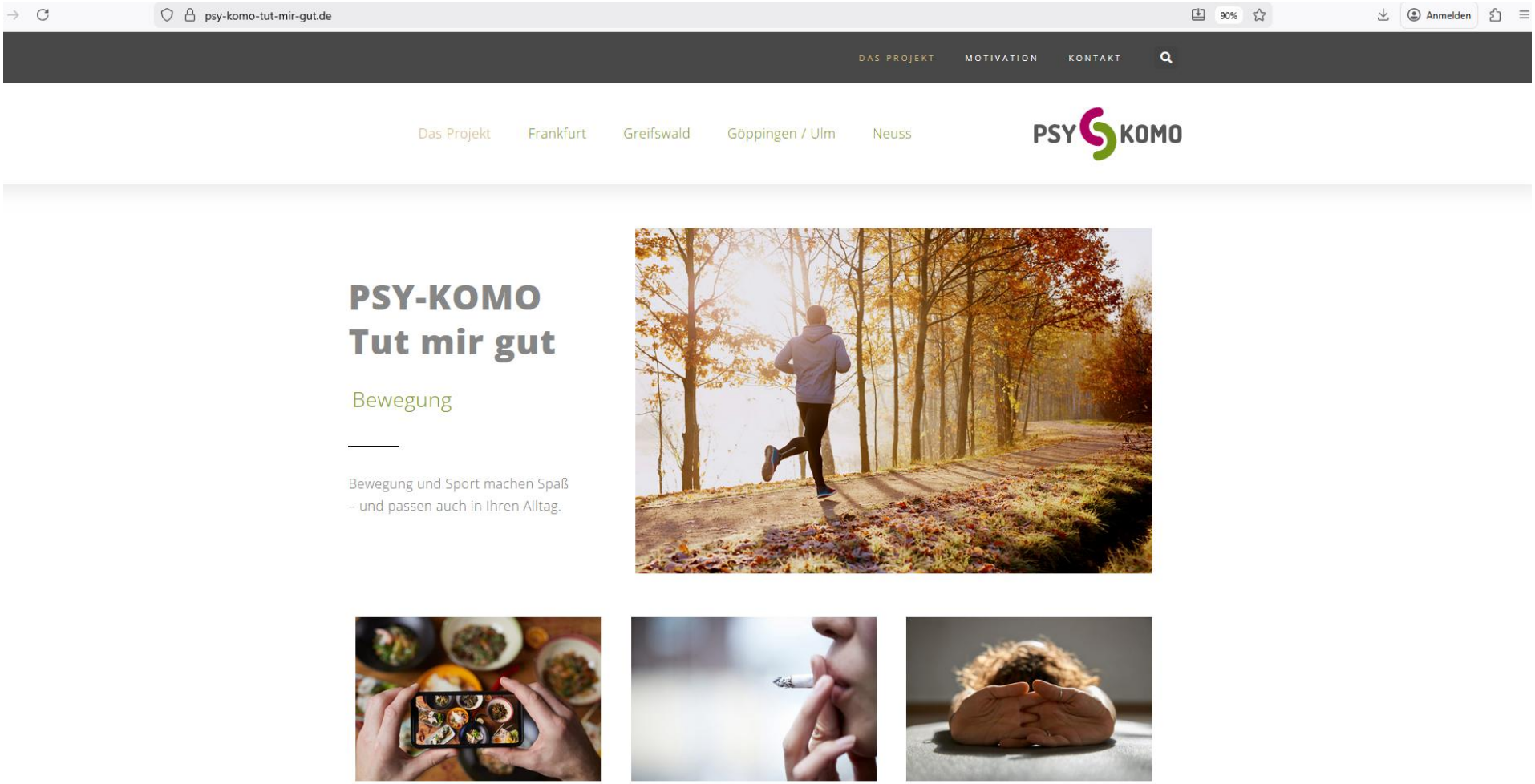
Sie haben Fragen?

Eine schnelle Einschätzung zu **Arzneimittel-Interaktionen** und **Nebenwirkungen** über das Telefonkonsil der Experten-Hotline:

+ 49 (0) 152 04 59 82 63

PSYKOMO

Anlage 17: Screenshot_PSY-komo-tut-mir-gut https://psy-komo-tut-mir-gut.de





Ernährung

verbessern

Gesunde Ernährung stärkt Ihre Gesundheit – und sie ist lecker!



Rauchen

brauche ich nicht ...

Nicht-Rauchen ist gesund, und Sie fühlen sich wohler. Aber das Aufhören fällt so schwer...



Um mich

kümmern

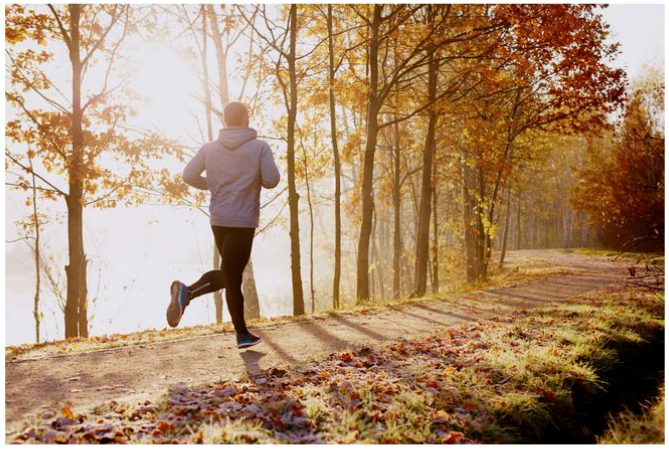
Es gibt viele Möglichkeiten, gut zu sich selbst zu sein. Probieren Sie es aus!

Unsere Motivation

Unsere Ernährungs- und Lebensgewohnheiten beeinflussen unsere Gesundheit. Ein gesunder Lebensstil kann Krankheiten wie zum Beispiel Zuckerkrankheit (Diabetes), Herzerkrankungen und einigen Krebsarten vorbeugen.

Zu den wichtigsten Schutzfaktoren gehören das Nicht-Rauchen, eine gesunde Ernährung, Bewegung und Selbstfürsorge.

Auf dieser Seite finden Sie Angebote, die Ihnen helfen, wie Sie Ihren Lebensstil und Ihr allgemeines Wohlbefinden verbessern können – und dadurch das Risiko für viele Erkrankungen senken.



PSY-KOMO
Tut mir gut

Bewegung

PSY-KOMO
Tut mir gut

Bewegung

Bewegung gehört zu den besten und einfachsten Mitteln, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu erhalten und sogar zu verbessern. Bewegung im Alltag bedeutet aber nicht nur Sport. Bereits ein zügiger Spaziergang an der frischen Luft oder regelmäßiges Treppensteigen haben einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit. Bewegung und sportliche Aktivität kommen im Alltag leider häufig zu kurz, lassen sich aber sehr gut einbauen. Radfahren geht zum Beispiel immer!



Im Alltag

Hier finden Sie Tipps, wie Sie Bewegung besser in Ihrem Alltag unterbringen



Fitness-Programm

Einige Krankenkassen bieten eigene



Im Alltag

Hier finden Sie Tipps, wie Sie Bewegung besser in Ihrem Alltag unterbringen können. Dabei wird auch berücksichtigt, wie viel sportliche Vorerfahrung Sie mitbringen und wie Sie sich am liebsten bewegen. Praktische Trainingspläne helfen dabei:

- diabinfo – Vorbeugen
- dgsp – 1.000 Schritte
- gesund.bund.de



Fitness-Programm

Einige Krankenkassen bieten eigene Programme zum Fitness-Coaching, Laufen und Walken an. Hier finden Sie drei Angebote:

- Barmer
- Techniker Krankenkasse
- AOK

Fragen Sie auch bei Ihrer eigenen Krankenkasse nach, ob Sie Bewegungs-Programme anbietet.



gesund.bund.de

Krankenkasse nach, ob Sie Bewegungs-Programme anbietet.



Schritte steigern

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

- Schritte im Alltag einfach steigern
- Überwindung des inneren Schweinehundes



Schritte steigern

ein bisschen... gesünder

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

Wir haben für Sie in einen einfachen Schritteprogramm einige Tipps zusammengefaßt, wie Sie Ihren inneren Schweinehund erkennen und überwinden.

- **Mit kleinem Aufwand viel für Ihre Gesundheit tun!**

Schritte steigern

ein bisschen... gesünder

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

Wir haben für Sie in einen einfachen Schritteprogramm einige Tipps zusammengefaßt, wie Sie Ihren inneren Schweinehund erkennen und überwinden.

Mit kleinem Aufwand viel für Ihre Gesundheit tun!

- Es braucht nicht immer Stunden im Fitnessstudio – Sie können auch jederzeit im Alltag ein bisschen für Ihre Gesundheit tun!
- Wir haben eine einfache Anleitung für Sie, wie Sie mit wenig Aufwand ganz einfach etwas für Ihre Gesundheit tun können
- Mehr tägliche Bewegung im Alltag durch mehr Schritte hilft, gesünder zu sein.
- Das Schritteprogramm ist ganz simpel mit 500 Schritten mehr am Tag. Das dauert ca. 5 Minuten, 5 Minuten für Ihre Gesundheit

Warum Sie sich mehr bewegen wollen...

Warum sich mehr Bewegung lohnt

Ganz einfach zu mehr Schritten...

Schritte steigern

ein bisschen... gesünder

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

Wir haben für Sie in einen einfachen Schritteprogramm einige Tipps zusammengefaßt, wie Sie Ihren inneren Schweinehund erkennen und überwinden.

Mit kleinem Aufwand viel für Ihre Gesundheit tun!

Warum Sie sich mehr bewegen wollen...

Was sind Ihre Gründe für mehr Bewegung im Alltag?

- Was glauben Sie in welchem Lebensbereichen Sie am meisten von mehr Bewegung profitieren würden?
- Wollen Sie weniger Rückenschmerzen?
- Wollen Sie fitter werden?
- Wollen Sie belastbarer sein?
- Wollen Sie ihre Ausdauer verbessern?
- Wollen Sie sich ausgeglichener fühlen?
- Wollen Sie weniger gestresst sein?
- Wollen Sie sich vor Krankheiten schützen?
- Wollen Sie Ihr Immunsystem stärken?

Warum sich mehr Bewegung lohnt

Ganz einfach zu mehr Schritten...

psy-komo-tut-mir-gut.de/schritte-steigern/ 90% Anmelden

Schritte steigern

ein bisschen… gesünder

Jedes bisschen mehr Bewegung tut unserer Gesundheit gut. Mit diesem einfachen Programm können Sie in einfachen Schritten aktiver im Alltag werden.

Wir haben für Sie in einen einfachen Schritteprogramm einige Tipps zusammengefaßt, wie Sie Ihren inneren Schweinehund erkennen und überwinden.

✓ **Mit kleinem Aufwand viel für Ihre Gesundheit tun!**

✓ **Warum Sie sich mehr bewegen wollen…**

✓ **Warum sich mehr Bewegung lohnt**

Gute Gründe, warum sich ein bisschen mehr Bewegung lohnt:

- Mit mehr Alltagsbewegung, zum Beispiel durch mehr Schritte, kann man vielen chronischen Krankheiten vorbeugen.
- So können bei bestehendem Diabetes die Symptome deutlich milder werden.
- Generell stärkt Bewegung das Immunsystem und verlangsamt Alterungsprozesse.
- Jeder noch so kleine Schritt fördert die Gesundheit. Jeder Schritt zählt.
- Mehr Schritte steigern das Wohlbefinden und fördern das Gesundheitsgefühl
- Mehr Bewegung hilft bei Angst, Stress und Depressivität
  - Steigerung der Gedächtnisleistung
  - Regelmäßige Bewegung hilft den Alltag zu strukturieren
  - Kann Schmerzen reduzieren und erholsamen Schlaf fördern

Notieren Sie sich jetzt auf einem Blatt Papier,
was für Sie wichtige Gründe für mehr Bewegung sind.
Gerne können Sie auch unsere Vorlage ausdrucken

Vorlage: Motivation für mehr Bewegung
PDF Link – herunterladen oder ausdrucken

Ganz einfach zu mehr Schritten…

Einfache Wege, um mehr Schritte zu sammeln:

- Nehmen Sie die Treppe anstatt Aufzüge und Rolltreppen
- Treffen Sie Ihre Kontakte zu einem Spaziergang statt im Sitzen
- Gehen Sie spazieren oder in der Wohnung auf und ab, wenn Sie telefonieren
- Verwenden Sie auf der Arbeit WCs oder Konferenzräume, die weiter weg sind
- Platzieren Sie den Drucker so, dass Sie für jeden Ausdruck ein paar Schritte gehen
- Probieren Sie Neues aus, zum Beispiel Tanzen oder Wandern
- Parken Sie Ihr Auto ein Stück weiter weg von der Wohnung oder anderen Zielen und laufen Sie ein Stück
- Steigen Sie eine Station früher aus und gehen Sie den Rest zu Fuß
- Versuchen Sie generell zu Laufen, anstatt die Bahn oder das Auto zu nehmen

Apps

Die meisten Handys haben an eine App vorinstalliert, die Ihre Schritte zählt. Sie können sich alternativ auch eine App auf Ihrem Handy herunterladen. Falls Sie eine Smartwatch haben, funktioniert natürlich auch diese.

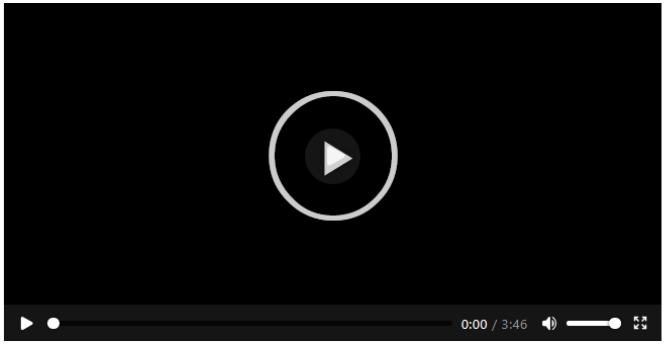
Eine Alternative ohne Handy ist die kostengünstige Anschaffung eines Pedometers (Schrittzähler). Diese gibt es zum Beispiel in Elektrofachgeschäften.

Schritte zählen

Video-Tutorial

Hier finden Sie eine Anleitung zum Schritte zählen:

Schrittetagebuch



Hinweis

- Dieses Programm ist für Leute gedacht, die weniger als 10.000 Schritte am Tag gehen.
- Im Falle von starken Erkältungen oder ähnlichem kann es sinnvoll sein, das Programm für kurze Zeit zu unterbrechen.
- Falls Schwierigkeiten auftauchen, kontaktieren Sie Ihre Gesundheitsbegleitung. Gemeinsam finden Sie bestimmt eine Lösung.

TIPP

Wenn es noch **nicht geklappt** hat, lohnt es sich zu überlegen, welche Hindernisse Ihnen hierbei im Weg standen. Notieren Sie sich dazu mögliche Lösungen. Schauen sie hierzu gerne nochmal den Abschnitt Mögliche Hindernisse und Lösungen an.

Hier finden Sie auch einige Vorlagen zum Ausdrucken oder Speichern:

Motivation Bewegung
Schrittetagebuch
Hindernisse überwinden



Wie überwinde ich ...

Mögliche Hindernisse und Lösungen

Manchmal können Hindernisse auftreten, die es uns erschweren unsere Ziele zu erreichen. Das ist aber kein Grund zum Verzweifeln, denn es gibt für fast jedes Hindernis, einen einfachen Trick dieses zu umgehen.

Mögliches Hindernis...	Mögliche Lösung...
Keine Lust	Vergegenwärtigen Sie sich Ihr Gesundheitsziel Verabreden Sie sich zu einem kleinen Spaziergang Suchen Sie sich ein Ziel aus (z.B. einen schönen Ausblick oder ein Café)
Zu bequem	Überlegen Sie sich wie, man sich nach ein bisschen Bewegung fühlt

Manchmal können Hindernisse auftreten, die es uns erschweren unsere Ziele zu erreichen. Das ist aber kein Grund zum Verzweifeln, denn es gibt für fast jedes Hindernis, einen einfachen Trick dieses zu umgehen.

Mögliches Hindernis…	Mögliche Lösung…
Keine Lust	Vergegenwärtigen Sie sich Ihr Gesundheitsziel Verabreden Sie sich zu einem kleinen Spaziergang Suchen Sie sich ein Ziel aus (z.B. einen schönen Ausblick oder ein Café)
Zu bequem	Überlegen Sie sich wie, man sich nach ein bisschen Bewegung fühlt
Schlechte Laune, Traurig	Erinnerung daran, dass Bewegung von 20 Minuten antidepressiv wirken kann und die Stimmung verbessert.
Vergessen, der Tag war um und Sie haben vergessen sich zu bewegen	Tragen Sie sich Ihre Zeit zum gehen fest in den Kalender ein oder Versuchen Sie die Tricks für mehr Bewegung im Alltag zu integrieren
Keine Zeit	Versuchen Sie die Tricks für mehr Bewegung im Alltag zu integrieren

Vorlage: Hindernisse überwinden
PDF Link – herunterladen oder ausdrucken



Ernährung

verbessern

Eine gesunde Ernährung verbessert nicht nur den eigenen Gesundheitszustand und das

Ernährung

verbessern

Eine gesunde Ernährung verbessert nicht nur den eigenen Gesundheitszustand und das Allgemeinbefinden, sondern stärkt auch die Lebenszufriedenheit. Außerdem beugt eine ausgewogene Ernährung einer Vielzahl von Krankheiten vor.



Rezepte

Ernährung sollte aber nicht nur gesund, sondern auch lecker sein. Und noch mehr Spaß macht es, wenn Sie mit anderen zusammen kochen und essen. Auf diesen Seiten finden Sie leckere



Programme

Wie ernähre ich mich richtig?
10 einfache Regeln finden Sie hier:

DGE e.V – 10 Regeln



Rezepte

Ernährung sollte aber nicht nur gesund, sondern auch lecker sein. Und noch mehr Spaß macht es, wenn Sie mit anderen zusammen kochen und essen. Auf diesen Seiten finden Sie leckere Rezepte für eine ausgewogene Ernährung:

- diabinfo
- 5 am Tag
- In-Form



Programme

Wie ernähre ich mich richtig?
10 einfache Regeln finden Sie hier:

- DGE e.V – 10 Regeln

Einige Krankenkassen bieten eigene Programme zu Ernährung an. Hier finden Sie z.B. Angebote von

- Barmer
- Techniker Krankenkasse

Fragen Sie auch bei Ihrer eigenen Krankenkasse nach, welche Programme dort gratis oder kostengünstig angeboten werden.



Rauchen

brauche ich nicht...

Rauchen ist der größte Risikofaktor für viele Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Schlaganfall und Herzinfarkt. Leider fällt das Aufhören den meisten Menschen sehr schwer, da Nikotin ein starkes Suchtmittel ist. Deshalb ist es wichtig, sich professionelle Hilfe und Unterstützung zu suchen. Sprechen Sie auch mit Ihrem Psychiater oder Ihrer Psychiaterin, wenn Sie mit dem

Rauchen

brauche ich nicht...

Rauchen ist der größte Risikofaktor für viele Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Schlaganfall und Herzinfarkt. Leider fällt das Aufhören den meisten Menschen sehr schwer, da Nikotin ein starkes Suchtmittel ist. Deshalb ist es wichtig, sich professionelle Hilfe und Unterstützung zu suchen. Sprechen Sie auch mit Ihrem Psychiater oder Ihrer Psychiaterin, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören wollen oder aufgehört haben!



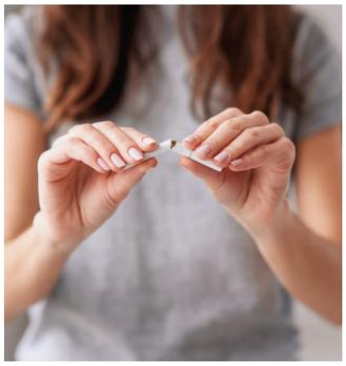
Rauch frei

Das Programm „rauchfrei" von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eines der erfolgreichsten Programme und kann Sie beim Rauch-Stopp unterstützen:

- **www.rauchfrei-info.de/**
- **www.rauchfrei.de in leichter Sprache**



Unterstützung für



Unterstützung für den Rauchstopp?

Mit dem Rauchen aufzuhören, ist gar nicht so leicht – auch, weil das Nikotin im Tabak stark abhängig macht. Oft sind mehrere Anläufe nötig, bis der Rauchstopp gelingt. Eine gute Vorbereitung, Selbsthilfematerialien, Beratungsangebote und Entwöhnungskurse können dabei helfen:

Unterstützung Rauchstopp



Um mich

kümmern

Stress und Sorgen im Alltag sind bekannte Risikofaktoren für viele Erkrankungen. Deswegen

Um mich

kümmern

Stress und Sorgen im Alltag sind bekannte Risikofaktoren für viele Erkrankungen. Deswegen ist Selbstfürsorge ein grundlegender Baustein, um die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Viele Menschen lieben ein entspannendes warmes Bad. Oder legen sich gerne in die Sonne. Oder reden einfach ein wenig mit anderen. Was tut Ihnen gut?

Zum Kümmern um die eigene Gesundheit gehört auch, mit der Ärztin / dem Arzt im Gespräch zu bleiben und zur Früherkennungsuntersuchung zu gehen. Klar, dafür muss man auch Hindernisse überwinden. Da kann Ihnen aber unser einfaches Programm helfen.



Schlafen

Die Krankenkassen haben eigene Programme, um die Selbstfürsorge zu



Stress frei

Das AOK-Programm „Stress im Griff" ist für alle Personen, nicht nur AOK-



Schlafen

Die Krankenkassen haben eigene Programme, um die Selbstfürsorge zu verbessern, teilweise offen für alle:

- AOK – 5 Tipps zum Einschlafen
- NOVITAS BKK – Besser schlafen
- Barmer – gegen Schlafstörungen

Fragen Sie auch bei Ihrer Krankenkasse nach, welche Angebote es gibt und Sie unterstützen.



Stress frei

Das AOK-Programm „Stress im Griff" ist für alle Personen, nicht nur AOK-Versicherte. Es ist kostenlos und zielt darauf ab, Stress gar nicht erst aufkommen zu lassen:

- AOK – Stress im Griff
- AOK – Achtsamkeit
- Barmer – gegen Stress

Fragen Sie auch bei Ihrer Krankenkasse nach, welche Angebote es gibt und Sie unterstützen.





Arztbesuch

Im Arztgespräch wird nicht alles verstanden, manches bleibt unbeantwortet, und nachfragen mag man auch nicht immer. Diese fünf Fragen können helfen, alle Antworten zu bekommen, die Sie brauchen.

Wie bekomme ich beim Arzt Antworten auf meine Fragen?

Früherkennungsuntersuchung

Welchen Nutzen haben Früherkennungsuntersuchungen, und warum sollte ich hingehen?

Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchung

Welchen Nutzen haben Früherkennungsuntersuchungen, und warum sollte ich hingehen?

Früherkennungsuntersuchungen



Hindernisse überwinden

Das Gesundheitssystem gut zu nutzen, ist für die meisten Menschen gar nicht so einfach. Mit diesem einfachen Programm kann es Ihnen leichter fallen, Hindernisse gezielt zu überwinden.

mehr erfahren



Früherkennungsuntersuchungen

Patientengespräch

Einige Gesundheitsrisiken (z.B. ein Bluthochdruck oder eine Zuckerkrankheit) beginnen oft

Früherkennungsuntersuchungen

Patientengespräch

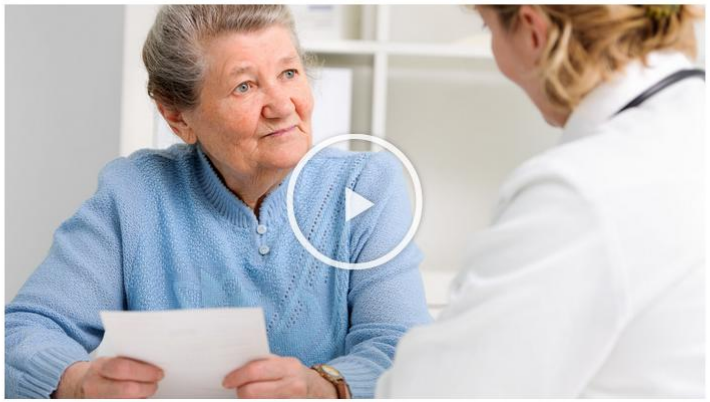
Einige Gesundheitsrisiken (z.B. ein Bluthochdruck oder eine Zuckerkrankheit) beginnen oft unauffällig. Sie können aber ernsthafte Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu Herzinfarkt und Schlaganfall begünstigen. Durch Früherkennungsuntersuchungen können Risiken frühzeitig entdeckt und ggf. behandelt werden. Dann treten die Beschwerden im Idealfall gar nicht erst auf. Auch bei einigen Krebsarten kann eine frühzeitige Erkennung von Vorstufen oder frühen Krebsformen eine rechtzeitigere oder schonendere Behandlung und ggf. Heilung ermöglichen.

Möchten Sie noch mehr Informationen?

- Präventionsflyer der KBV
- Krebsfrüherkennungsprogramm



psy-komo-tut-mir-gut.de/patienten-fragen-zu/
90%
Anmelden



Gesundheitsuntersuchung

Patientengespräch

Die Gesundheitsuntersuchung, oft auch als „Check-up" bezeichnet, wird allen gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren einmalig und ab 35 Jahren alle drei Jahre angeboten. So können Hausärzt*innen und Patient*innen ins Gespräch kommen. Vor allem Risiken für die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen und Stoffwechselerkrankungen werden gemeinsam angesehen. Gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann das viele Vorteile haben.

Sprechen Sie Ihre Hausärztin / Ihren Hausarzt an!

Möchten Sie noch mehr Informationen?



Darmkrebs

Patientengespräch

Mit zunehmendem Alter steigt das Darmkrebs-Risiko. Das gilt vor allem für Menschen über 50 Jahre. Für sie bietet die gesetzliche Krankenversicherung eine kostenfreie Darmkrebs-Früherkennung an. So werden Anzeichen für Darmkrebs frühzeitig erkannt und teilweise direkt behandelt. Zum Beispiel werden verdächtige Polypen entfernt. Damit sinkt das Risiko einer Darmkrebs-Erkrankung. Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt besprechen das gerne mit Ihnen!

Sie möchten noch mehr Informationen?

- Darmkrebs Frauen
- Darmkrebs Männer



Brustkrebs

Patientengespräch

Zur Früherkennung von Brustkrebs werden alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren automatisch alle zwei Jahre mit einem Brief zum sogenannten Mammographie-Screening eingeladen. Dabei handelt es sich um eine Röntgenuntersuchung der Brüste. Eine ausführliche Darstellung von Vorteilen und möglichen Risiken der Untersuchung mit einer individuellen Entscheidungshilfe enthält die mit der Einladung versendete Broschüre.

Sie möchten noch mehr Informationen?

Entscheidungshilfe Mammographie

psy-komo-tut-mir-gut.de/hindernisse-ueberwinden/ 90% Anmelden



Hindernisse erkennen

und überwinden

Für unsere körperliche Gesundheit können wir auf viele verschiedene Arten etwas tun. Auch die Nutzung des Gesundheitssystems ist wichtig für das Wohlbefinden. Zum Beispiel Hilfe aufzusuchen, wenn wir krank sind oder uns nicht sicher sind, ob alles ok ist. Das ist für viele Menschen gar nicht so einfach.

Mit diesen Schritten können Sie Hindernisse leichter erkennen und überwinden.
Sie finden auch Tipps und Hilfestellungen bei der Terminsuche und Terminvereinbarung.

1. Hindernisse genau benennen

Hindernisse erkennen

und überwinden

Für unsere körperliche Gesundheit können wir auf viele verschiedene Arten etwas tun. Auch die Nutzung des Gesundheitssystems ist wichtig für das Wohlbefinden. Zum Beispiel Hilfe aufzusuchen, wenn wir krank sind oder uns nicht sicher sind, ob alles ok ist. Das ist für viele Menschen gar nicht so einfach.

Mit diesen Schritten können Sie Hindernisse leichter erkennen und überwinden.
Sie finden auch Tipps und Hilfestellungen bei der Terminsuche und Terminvereinbarung.

1. Hindernisse genau benennen

Denken wir an ein Hindernis, ist es oft nicht so genau zu greifen.
Hindernisse werden klarer, wenn wir sie genau und anschaulich benennen.
Denken Sie an ein aktuelles Hindernis bei der Vereinbarung von Gesundheitsleistungen.
Das können zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen oder fachärztliche Termine sein.
Machen Sie sich dazu am besten Notizen auf einem Blatt Papier.

Beispiel:
Frau Meier geht ungern zu ihrer Zahnärztin.

Das fällt ihr dazu ein:

- Zu lange Fahrzeit
- Angst vor unfreundlichem Personal
- Angst vor Überforderung
- Angst vor Schmerzen durch die Behandlung

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsideen

3. Eine Entscheidung treffen

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Hindernisse erkennen

und überwinden

Für unsere körperliche Gesundheit können wir auf viele verschiedene Arten etwas tun. Auch die Nutzung des Gesundheitssystems ist wichtig für das Wohlbefinden. Zum Beispiel Hilfe aufzusuchen, wenn wir krank sind oder uns nicht sicher sind, ob alles ok ist. Das ist für viele Menschen gar nicht so einfach.

Mit diesen Schritten können Sie Hindernisse leichter erkennen und überwinden.
Sie finden auch Tipps und Hilfestellungen bei der Terminsuche und Terminvereinbarung.

1. Hindernisse genau benennen

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsideen

Jetzt geht es darum, möglichst viele Lösungsideen zu finden, mindestens 3 bis 4.
Auch ungewohnte Ideen sind willkommen!

Es geht in diesem Schritt noch nicht um eine Entscheidung,
sondern um eine möglichst breite Auswahl.
Notieren Sie sich alle Ideen auf einem Blatt Papier.

Beispiel:
Zu lange Fahrzeit

- Die Fahrzeit angenehmer gestalten, z.B. durch Musik und eine Zeitschrift
- Verbindungen mit möglichst kurzer Fahrzeit nehmen
- Jemanden um Begleitung bitten, zum Beispiel Familie, Freunde oder Bekannte
- Kostenfreie Fahrdienstmöglichkeiten in der Stadt suchen

3. Eine Entscheidung treffen

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Für unsere körperliche Gesundheit können wir auf viele verschiedene Arten etwas tun. Auch die Nutzung des Gesundheitssystems ist wichtig für das Wohlbefinden. Zum Beispiel Hilfe aufzusuchen, wenn wir krank sind oder uns nicht sicher sind, ob alles ok ist. Das ist für viele Menschen gar nicht so einfach.

Mit diesen Schritten können Sie Hindernisse leichter erkennen und überwinden.
Sie finden auch Tipps und Hilfestellungen bei der Terminsuche und Terminvereinbarung.

1. Hindernisse genau benennen

2. Sammeln von möglichst vielen Lösungsideen

3. Eine Entscheidung treffen

Jetzt schauen wir uns die Vor- und Nachteile der einzelnen Ideen an.
Das hilft uns bei der Entscheidung. Manchmal ist es notwendig, eine Kombination aus verschiedenen Lösungsmöglichkeiten zu wählen.

Notieren Sie sich Vor- und Nachteile Ihrer Ideen von Schritt 2 und entscheiden Sie dann.

Beispiel:
Verbindungen mit möglichst kurzer Fahrzeit nehmen

Vorteile:

- Dauert kürzer
- Nicht aufwändig

Nachteile:

- Öter umsteigen
- Bringt vielleicht nur ein paar Minuten

Entscheidung: Suche eine gute Verbindung raus und nehme Musik zur Ablenkung mit.

4. Ausprobieren und Überprüfen:

Im letzten Schritt probieren wir die Lösungsidee aus und überprüfen, ob sie gut ist.

Notieren Sie sich nach dem Ausprobieren wieder auf einem Blatt Papier, was gut und was nicht so gut geklappt hat.

Manchmal ist die Idee doch nicht so hilfreich wie gedacht.
Das lässt sich nicht immer vermeiden und passiert den meisten Menschen.
Probieren Sie dann eine neue Idee aus oder sammeln Sie nochmal Ideen.
Oder Sie beginnen nochmal mit dem ersten Schritt und beschreiben das Hindernis neu.

Beispiel:
Frau Meier hatte nun einen Termin bei ihrer Zahnärztin.
Dazu fällt ihr ein:

Hat geklappt:

- Die Fahrzeit ließ sich diesmal gut aushalten

Hat nicht geklappt:

- Hab mich nicht getraut, nachzufragen

Beim nächsten Mal:

- Zuvor Notizen mit Fragen machen
- Meinen Bruder bitten, ob er mich begleitet

Wenn Sie die 4 Schritte regelmäßig anwenden, werden Sie sehen, dass Ihnen in Zukunft Entscheidungen noch leichter fallen.

Die vier Schritte als Arbeitsblätter :
PDF Link – herunterladen oder ausdrucken

Kurzübersicht zu den vier Schritten:
PDF Link – herunterladen oder ausdrucken



Terminsuche

und Vereinbarung

Eine wichtige erste Ansprechperson ist die eigene Hausärztin oder der eigene Hausarzt.
Sie helfen bei der Abklärung und Einschätzung der eigenen Gesundheit.

Terminvereinbarung braucht Geduld und klappt oft nicht beim ersten Anruf:
Bleiben Sie dran!

Vereinbaren Sie Termine, wenn weniger Menschen anrufen:

- Zum Beispiel vormittags ab 11 Uhr
- Oder nachmittags etwa eine halbe Stunde nach Beginn der Nachmittagssprechstunde

Terminsuche

und Vereinbarung

Eine wichtige erste Ansprechperson ist die eigene Hausärztin oder der eigene Hausarzt.
Sie helfen bei der Abklärung und Einschätzung der eigenen Gesundheit.

Terminvereinbarung braucht Geduld und klappt oft nicht beim ersten Anruf:
Bleiben Sie dran!

Vereinbaren Sie Termine, wenn weniger Menschen anrufen:

- Zum Beispiel vormittags ab 11 Uhr
- Oder nachmittags etwa eine halbe Stunde nach Beginn der Nachmittagssprechstunde

116117 – Terminservice des Gesundheitssystems

Eine Möglichkeit zur Terminvereinbarung im Internet oder Telefon:

- E-Terminservice: **https://www.eterminservice.de**
- Per Telefon unter der deutschlandweiten Rufnummer **116117**

- Bei Dringlichkeit ist eine Vermittlung zur fachärztlichen Versorgung innerhalb von 4 Wochen möglich
- Die Hausärztin oder der Hausarzt stellen dafür einen besonderen Code aus

Mehr Informationen zum Bereitschaftsdienst mit der Rufnummer 116117

Terminservice der Krankenkassen

Online-Sprechstunden für typische Krankheiten

Terminservice privater Internetportale

Terminservice der Krankenkassen

Online-Sprechstunden für typische Krankheiten

Terminservice privater Internetportale

Zur Vorbereitung auf Ihren Termin
finden Sie hier eine Übersicht, was wichtig ist:

PDF Link – herunterladen oder ausdrucken

Terminservice 116117

Video-Tutorial



psy-komo-tut-mir-gut.de/frankfurt/



PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN

Prof. Dr. Martina Hahn

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,

Fachapothekerin für klinische Pharmazie

PSY-KOMO@kgu.de

+49 69 6301 86404

Klinik für Psychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Frankfurt

Heinrich-Hoffmann-Str. 10

60528 Frankfurt am Main



Bewegung

Im Frankfurter Sportvereinswegweiser finden Sie viele Sportangebote, sortiert nach Stadtteil und Zielgruppe. Für Fragen zu den Sportangeboten stehen die Sportvereine gern zur Verfügung.

- AOK Hessen
- Frankfurter Sportvereinswegweiser
- Turngemeinde Bornheim



Ernährung

Gesunde Ernährung kann sehr einfach sein. Probieren Sie es aus! Es gibt ein gutes Angebot an Rezepten und Tipps unter folgenden Links:

- AOK Hessen



Um mich kümmern

Im Internationalen Familienzentrum finden Sie Angebote zur sozialen, pädagogischen und psychosozialen Versorgung für alle Menschen auch mit unterschiedlicher Herkunft, Religion und kultureller Prägung.

- AOK Hessen
- Internationales Familienzentrum e.V.
- Selbsthilfe Frankfurt e.V.
- Recovery Cafe

psy-komo-tut-mir-gut.de/greifswald/

80%

Anmelden

DAS PROJEKT MOTIVATION KONTAKT

Das Projekt Frankfurt Greifswald Göppingen / Ulm Neuss

PSY KOMO



PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN

Beate Maska

Gesundheitsbegleiterin

Tel.: 038 34 86 68 68

Beate.Maska@med.uni-greifswald.de

Svenja Christians

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Tel.: 038 3486 69 09

Svenja.Christians@med.uni-greifswald.de

PSY-KOMO@med.uni-greifswald.de

+49 38 3486 69 09

Universitätsmedizin Greifswald

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Walther-Rathenau-Straße 43-45

17475 Greifswald





Bewegung

Sport und Bewegung können auch Sie in Ihren Alltag integrieren. Sportangebote und Vereine finden Sie beim Greifswalder Sportbund.

- Greifswalder Sportbund
- Freizeitbad Greifswald



Ernährung

Einige Krankenkassen bieten eigene Programme zu Ernährung an. Hier finden Sie z.B. Angebote von

- AOK - Adipositasprojekt
- Barmer Kursangebote

Fragen Sie auch bei Ihrer eigenen Krankenkasse nach, welche Programme dort gratis oder kostengünstig angeboten werden.



Um mich kümmern

Unterstützung, Hilfestellung und Beratung für Mecklenburg-Vorpommern finden Sie hier:

- LAG - Selbsthilfe in MV
- Psychiatriewegweiser Mecklenburg-Vorpommern
- Caritas Hilfe und Beratung
- Depri Buddy

psy-komo-tut-mir-gut.de/goeppingen/

90%

Anmelden

DAS PROJEKT MOTIVATION KONTAKT

Das Projekt Frankfurt Greifswald Göppingen / Ulm Neuss

PSY KOMO



PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN GÖPPINGEN

Nathalie Dannenmann
Gesundheitsbegleiterin
nathalie.dannenmann@christophsbad.de

Petra Pfisterer
Gesundheitsbegleiterin
petra.pfisterer@christophsbad.de

Prof. Dr. med. Walter Hewer
Projektleitung
walter.hewer@christophsbad.de

PSY-KOMO@christophsbad.de
+49 7161 601 8697
+49 7161 601 8657

Postadresse
Klinikum Christophsbad
Sekretariat Prof. Vasic

Faurndauer Str. 6 – 28
73035 Göppingen



PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN ULM

Dorothee Briechle
Gesundheitsbegleiterin
dorothee.briechle@christophsbad.de

Prof. Dr. med. Walter Hewer
Projektleitung
walter.hewer@christophsbad.de

psy-komo-ul@christophsbad.de
+49 174 194 81 32

Postadresse
Klinikum Christophsbad
Sekretariat Prof. Vasic

Faurndauer Str. 6 – 28
73035 Göppingen





Bewegung

Bewegung und Sport machen Spaß – und passen auch in Ihren Alltag! Hier finden Sie zahlreiche Angebote der AOK Baden-Württemberg, der Sportvereine und der VHS Göppingen.

- AOK Göppingen / Ulm
- BSG Göppingen - Rehasport in der Behinderten-Sportgemeinschaft Göppingen e.V.
- VHS Göppingen - Sport und Entspannung



Ernährung

Gesunde Ernährung kann sehr einfach sein. Probieren Sie es aus! Es gibt ein gutes Angebot an Rezepten und Tipps unter folgenden Links:

- Ernährungspraxis Rassl
- AOK Göppingen / Ulm



Um mich kümmern

Es gibt viele Möglichkeiten, gut zu sich selbst zu sein. Probieren Sie es aus! In Ihrer Umgebung finden Sie verschiedene Angebote zur Entspannung und zur Förderung Ihres Wohlbefindens:

- Entspannungskurse der VHS
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

psy-komo-tut-mir-gut.de/neuss/

Anmelden

DAS PROJEKT MOTIVATION KONTAKT

Das Projekt Frankfurt Greifswald Göppingen / Ulm Neuss

PSY KOMO



PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN

Vincenza Sauerwein

V.Sauerwein@ak-neuss.de

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Nordkanalalle 99

41464 Neuss



Bewegung

Bewegung macht Spaß und verbindet. Einen geeigneten Verein oder Kurs können Sie unter folgenden Links finden:

- Sportverband Neuss
- Sportvereine Dormagen



Rauchen

Der Caritasverband Rhein-Kreis Neuss bietet Begleitung und Unterstützung zur Rauchentwöhnung. Beratung und die nächsten Kurse vor Ort finden Sie hier:

- Caritasverband Rhein-Kreis Neuss



Um mich kümmern

Der Rhein-Kreis Neuss bietet Unterstützung und Hilfestellung. Die Beratung erfolgt in Einzel-, Paar- und Familiengesprächen. Die Angebote sind vertraulich und kostenfrei.

- Rhein-Kreis-Neuss
- Diakonie Rhein-Kreis Neuss
- Sozialpsychiatrisches Zentrum

PSY KOMO

ANSPRECHPARTNERINNEN

Verena Geffe, M.A. Health Administration
Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Institut für Allgemeinmedizin

Dr. Anja Viehmann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Institut für Versorgungsforschung
und Gesundheitsökonomie

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
+49 211 81 - 0 65 17

Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

IMPRESSUM

Angaben gemäß § 5 TMG

Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin

PSY-KOMO-Forschung
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Deutschland

Tel.: 0211/81 06517

Datenschutzerklärung

Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an unserem Unternehmen. Datenschutz hat einen besonders hohen Stellenwert für die Geschäftsleitung der PSY-KOMO-Forschung. Eine Nutzung der Internetseiten der PSY-KOMO-Forschung ist grundsätzlich ohne jede Angabe personenbezogener Daten möglich. Sofern eine betroffene Person besondere Services unseres Unternehmens über unsere Internetseite in Anspruch nehmen möchte, könnte jedoch eine Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich werden. Ist die

Möchte eine betroffene Person dieses Auskunftsrecht in Anspruch nehmen, kann sie sich hierzu jederzeit an einen Mitarbeiter des für die Verarbeitung Verantwortlichen wenden.

c) Recht auf Berichtigung

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat das vom Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber gewährte Recht, die unverzügliche Berichtigung sie betreffender

Anlage 18: Screenshot_PSY-KOMO_Homepage https://psy-komo.de



Ziel des Projektes

Ziel des Projektes PSY-KOMO ist es, **die Behandlungsqualität für Menschen mit SMI in Deutschland durch eine neue Versorgungsform zu verbessern,** indem der Zugang zur ärztlichen Regelversorgung erleichtert wird. Dies soll über ein strukturiertes Vorgehen erreicht werden. Mögliche weitere Erkrankungen sollen somit früher entdeckt und besser versorgt werden.

PSY-KOMO schafft interdisziplinäre, multiprofessionelle Netzwerke bestehend u.a. aus Gesundheitsbegleiter*innen, Psychiater*innen und Psycholog*innen, Hausärzt*innen sowie medizinischen Fachangestellten und deckt somit wichtige Disziplinen im Versorgungssystem ab. Das Netzwerk und die Patientinnen und Patienten werden durch Gesundheitsbegleiter*innen unterstützt, die als Knotenpunkte und niedrigschwellige Kontaktpersonen zur Verfügung stehen. Das Projekt wird von einem Team von Versorgungsforschenden aus unterschiedlichen Professionen wissenschaftlich begleitet.

Der Ansatz von PSY-KOMO liegt auf der Versorgerseite und soll Patientinnen und Patienten ermöglichen, die Regelversorgung optimal in Anspruch zu nehmen.

PSY-KOMO bezieht verschiedene Kreistypen in Deutschland ein: Frankfurt am Main, Göppingen, Greifswald und Neuss. Damit soll eine spätere Übertragbarkeit in die Regelversorgung im gesamten Bundesgebiet ermöglicht

- Ärztinnen und Ärzte können in einem Telefonkonsil über eine Experten-Hotline eine schnelle Einschätzung zu Arzneimittel-Interaktionen und –Nebenwirkungen erhalten

WELCHE ERKRANKUNGEN SIND GEMEINT?

PSY-KOMO richtet sich an Versorgende von Menschen mit

- **Schizophrenie, schizoaffektiver Erkrankung,**
- **emotional instabiler Persönlichkeitsstörung,**
- **bipolarer Störung oder**
- **schwerer Depression.**

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de

und Patienten ermöglichen, die Regelversorgung optimal in Anspruch zu

Übertragbarkeit in die Regelversorgung im gesamten Bundesgebiet ermöglicht werden.

Das Projekt wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von 2020-2023 gefördert (Förderkennzeichen: 01NVF19019).

HAUSÄRZT*IN / FACHÄRZT*IN

Sie sind Hausärzt*in oder Fachärzt*in in einer der **vier Regionen** und versorgen zusammen mit den Psychiater*innen Menschen mit SMI? PSY-KOMO möchte die Versorgenden in Ihrer Region vernetzen. Nehmen Sie gerne Kontakt auf mit den mit-behandelnden Psychiater*innen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und Praxen

PSYCHIATER*IN / PSYCHOTHERAPEUT*IN

Sie sind Psychiater*in oder Psychotherapeut*in in einer der vier Regionen und möchten Menschen mit SMI in PSY-KOMO versorgen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss

GESUNDHEITS- ODER SOZIALWESEN

Sie arbeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen mit Menschen mit SMI in einer der vier Regionen und möchten sich vernetzen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss

HAUSÄRZT*IN / FACHÄRZT*IN

Sie sind Hausärzt*in oder Fachärzt*in in einer der **vier Regionen** und versorgen zusammen mit den Psychiater*innen Menschen mit SMI? PSY-KOMO möchte die Versorgenden in Ihrer Region vernetzen. Nehmen Sie gerne Kontakt auf mit den mit-behandelnden Psychiater*innen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und Praxen.

MEHR INFOS

PSYCHIATER*IN / PSYCHOTHERAPEUT*IN

Sie sind Psychiater*in oder Psychotherapeut*in in einer der vier Regionen und möchten Menschen mit SMI in PSY-KOMO versorgen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss

MEHR INFOS

GESUNDHEITS- ODER SOZIALWESEN

Sie arbeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen mit Menschen mit SMI in einer der vier Regionen und möchten sich vernetzen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss

MEHR INFOS

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

DAS KONSORTIUM

PSY-KOMO als neue Versorgungsform für schwer psychisch kranke Menschen ist ein Konsortialprojekt, das von der Expertise, der Motivation und dem Engagement vieler Konsortialpartner getragen wird.

Die Konsortialführung liegt beim Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf bei Prof. Dr. Dr. Andrea Icks (Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie), Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Ärztlicher Direktor des UKD) und Prof. Dr. Stefan Wilm (Institut für Allgemeinmedizin).

Als Konsortialpartner sind beteiligt: als Versorgungsstandorte Psychiatrische Kliniken in Frankfurt (Universitätsklinikum), Göppingen (Klinikum Christophsbad), Greifswald (Universitätsmedizin) und Neuss (Alexius/Josef Krankenhaus); für das Datenmanagement das Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKSD) Universitätsklinikum Düsseldorf und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) Berlin; für Gesundheitsbegleitung die Psychologische Hochschule Berlin; für Fragen der Medikation das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Bonn und die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie LVR-Klinikum Düsseldorf; für die Kassenärztlichen Vereinigungen die KVen Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein sowie für die Evaluation das IGES Institut Berlin.

Die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und AOK Baden-Württemberg begleiten das Projekt als Kooperationspartner.



Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)



Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf



Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (IVG)
Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf
Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
+49 211 81 – 0 65 17
PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de

REGIONEN & STANDORTE



KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinikum Christophsbad
Sekretariat Prof. Vasic
Faurndauer Str. 6 – 28
73035 Göppingen

Ansprechpartner
Prof. Dr. med. Walter Hewer
walter.hewer@christophsbad.de

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT
GOETHE-UNIVERSITÄT

Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Frankfurt
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt am Main

Ansprechpartnerin
Prof. Dr. Martina Hahn
martina.hahn@kgu.de

Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Walther-Rathenau-Straße 43-45
17475 Greifswald

Ansprechpartnerin
Svenja Christians
Svenja.Christians@med.uni-greifswald.de

ST. AUGUSTINUS GRUPPE
Alexius/Josef Krankenhaus



Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Nordkanalalle 99

41464 Neuss

Ansprechpartnerin

Sabine Oymanns

S.Oymanns@ak-neuss.de

KONSORTIALPARTNER



Psychologische Hochschule Berlin (PHB)

Am Köllnischen Park 2

10179 Berlin

Ansprechpartner

Prof. Frank Jacobi

f.jacobi@phb.de



Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn



Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Ansprechpartnerin

Dr. Catharina Scholl

Catharina.Scholl@bfarm.de



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgungin der Bundesrepublik Deutschland

Salzufer 8

10587 Berlin

Ansprechpartner

Thomas Czihal

TCzihal@zi.de



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Ansprechpartner

Rüdiger Kucher

Ruediger.Kucher@kvbawue.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Ansprechpartnerin
Nicole Spur
Nicole.Spur@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Ansprechpartner
Dr. Johannes Pollmanns
Johannes.Pollmanns@kvno.de

KOOPERATIONSPARTNER & EVALUATION

AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

Ansprechpartner
Patrick Brandenburg
patrick.brandenburg@rh.aok.de

AOK Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Ansprechpartner
Sarah Treffert
Sarah.Treffert@bw.aok.de

IGES Institut
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Ansprechpartnerin
Julia Wolff
Julia.Wolff@iges.com



INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

Sie haben Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Severe Mental Illness, SMI) die ebenfalls zusätzliche körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Herz-, Gefäß- oder Lungenerkrankungen haben? Und Sie möchte diese Patienten mehr unterstützen?

Diese komorbiden somatischen Erkrankungen können zu einer verminderten Lebenserwartung von SMI-Patientinnen und -Patienten beitragen. Häufig kommt es vor, dass der Fokus der Behandlung von SMI-Betroffenen auf ihrer psychischen Erkrankung liegt, während ihre körperlichen Erkrankungen unterversorgt bleiben. Um dies zu vermeiden, kann der erste Schritt eine optimierte und frühe Diagnose der körperlichen Erkrankungen sein mit dem Ziel einer Überführung in eine leitliniengerechte Behandlung. Ein weiteres zentrales Instrument kann die Prävention von somatischen Erkrankungen sein.

Ziel Des Projektes

WAS IST NEU IN PSY-KOMO?

- Gesundheitsbegleiter*innen unterstützen bei Bedarf die Patientinnen/Patienten und vernetzen die Versorgenden in Ihrer Region für einen gemeinsamen Austausch
- Informationen über regionale und online-Präventionsangebote stehen Betroffenen und Versorgenden auf einem Internet-Portal zur Verfügung
- Ärztinnen und Ärzte können in einem

Ziel Des Projektes

Ziel des Projektes PSY-KOMO ist es, **die Behandlungsqualität für Menschen mit SMI in Deutschland durch eine neue Versorgungsform zu verbessern,** indem der Zugang zur ärztlichen Regelversorgung erleichtert wird. Dies soll über ein strukturiertes Vorgehen erreicht werden. Mögliche weitere Erkrankungen sollen somit früher entdeckt und besser versorgt werden.

PSY-KOMO schafft interdisziplinäre, multiprofessionelle Netzwerke bestehend u.a. aus Gesundheitsbegleiter*innen, Psychiater*innen und Psycholog*innen, Hausärzt*innen sowie medizinischen Fachangestellten und deckt somit wichtige Disziplinen im Versorgungssystem ab. Das Netzwerk und die Patientinnen und Patienten werden durch Gesundheitsbegleiter*innen unterstützt, die als Knotenpunkte und niedrigschwellige Kontaktpersonen zur Verfügung stehen. Das Projekt wird von einem Team von Versorgungsforschenden aus unterschiedlichen Professionen **wissenschaftlich** begleitet.

Der Ansatz von PSY-KOMO liegt auf der Versorgerseite und soll Patientinnen und Patienten ermöglichen, die Regelversorgung optimal in Anspruch zu nehmen.

PSY-KOMO bezieht verschiedene Kreistypen in Deutschland ein: Frankfurt am Main, Göppingen, Greifswald und Neuss. Damit soll eine spätere Übertragbarkeit in die Regelversorgung im gesamten Bundesgebiet ermöglicht werden.

- Ärztinnen und Ärzte können in einem Telefonkonsil über eine Experten-Hotline eine schnelle Einschätzung zu Arzneimittel-Interaktionen und –Nebenwirkungen erhalten

WELCHE ERKRANKUNGEN SIND GEMEINT?

PSY-KOMO richtet sich an Versorgende von Menschen mit

- **Schizophrenie, schizoaffektiver Erkrankung,**
- **emotional instabiler Persönlichkeitsstörung,**
- **bipolarer Störung oder**
- **schwerer Depression.**

PSY-KOMO bezieht verschiedene Kreistypen in Deutschland ein: Frankfurt am

- ✓ bipolarer Störung oder
- ✓ schwerer Depression.

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de

HAUSÄRZT*IN

Sie sind Hausärzt*in in einer der vier Regionen und versorgen zusammen mit den Psychiater*innen Menschen mit SMI? PSY-KOMO möchte die Versorgenden in Ihrer Region vernetzen. Nehmen Sie gerne Kontakt auf mit den mit-behandelnden Psychiater*innen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und Praxen.



Schlafmittel-Flyer zum Download



Rauchfrei-Flyer zum Download



Antipsychotika-Flyer zum Download



Was sind DiGA? zum Download



Flyer zu Wechselwirkungen zum Download

psy-komo.de/psychiater/

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de

PSY KOMO

Über Konsortium Hausärzt*Innen Psychiater*Innen Netzwerk Wissenschaft



INFORMATIONEN FÜR PSYCHIATER*INNEN

Sie haben Patienten **in einer der vier Regionen** mit schweren psychischen Erkrankungen (Severe Mental Illness, SMI), die ebenfalls zusätzliche körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Herz-, Gefäß- oder Lungenerkrankungen haben? Und Sie möchte diese Patienten mehr unterstützen?

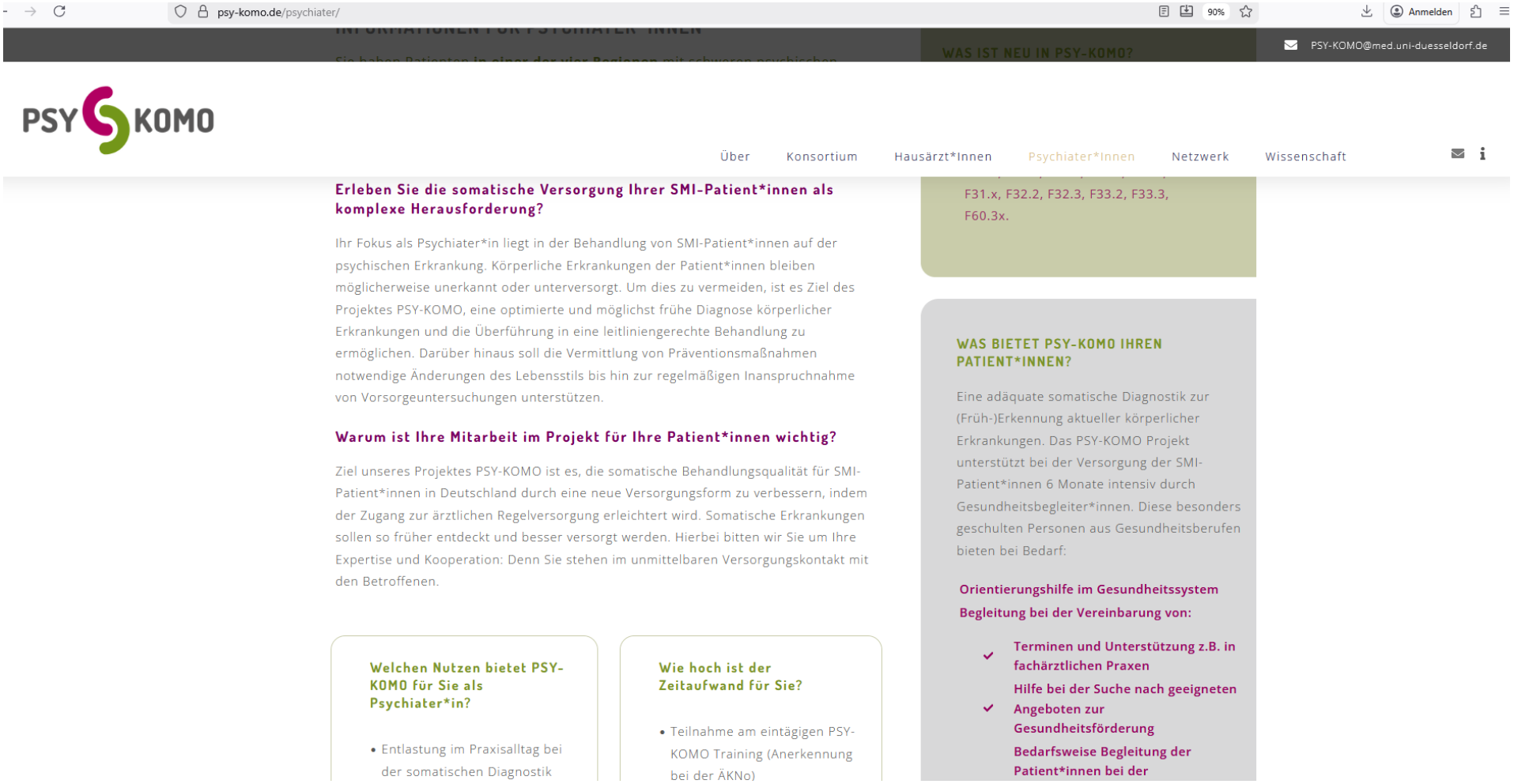
Erleben Sie die somatische Versorgung Ihrer SMI-Patient*innen als komplexe Herausforderung?

Ihr Fokus als Psychiater*in liegt in der Behandlung von SMI-Patient*innen auf der

WAS IST NEU IN PSY-KOMO?

Patient*innen mit folgenden Diagnosen können in das Projekt aufgenommen werden (ICD 10):

F20.x, F21.x, F22.x, F25.x, F30.x, F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F60.3x.


psy-komo.de/psychiater/
90%
Anmelden
PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
WAS IST NEU IN PSY-KOMO?
PSY KOMO
Über
Konsortium
Hausärzt*Innen
Psychiater*Innen
Netzwerk
Wissenschaft
Erleben Sie die somatische Versorgung Ihrer SMI-Patient*innen als komplexe Herausforderung?
Ihr Fokus als Psychiater*in liegt in der Behandlung von SMI-Patient*innen auf der psychischen Erkrankung. Körperliche Erkrankungen der Patient*innen bleiben möglicherweise unerkannt oder unterversorgt. Um dies zu vermeiden, ist es Ziel des Projektes PSY-KOMO, eine optimierte und möglichst frühe Diagnose körperlicher Erkrankungen und die Überführung in eine leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen. Darüber hinaus soll die Vermittlung von Präventionsmaßnahmen notwendige Änderungen des Lebensstils bis hin zur regelmäßigen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen unterstützen.
Warum ist Ihre Mitarbeit im Projekt für Ihre Patient*innen wichtig?
Ziel unseres Projektes PSY-KOMO ist es, die somatische Behandlungsqualität für SMI-Patient*innen in Deutschland durch eine neue Versorgungsform zu verbessern, indem der Zugang zur ärztlichen Regelversorgung erleichtert wird. Somatische Erkrankungen sollen so früher entdeckt und besser versorgt werden. Hierbei bitten wir Sie um Ihre Expertise und Kooperation: Denn Sie stehen im unmittelbaren Versorgungskontakt mit den Betroffenen.
Welchen Nutzen bietet PSY-KOMO für Sie als Psychiater*in?
• Entlastung im Praxisalltag bei der somatischen Diagnostik
Wie hoch ist der Zeitaufwand für Sie?
• Teilnahme am eintägigen PSY-KOMO Training (Anerkennung bei der ÄKNo)
F31.x, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F60.3x.
WAS BIETET PSY-KOMO IHREN PATIENT*INNEN?
Eine adäquate somatische Diagnostik zur (Früh-)Erkennung aktueller körperlicher Erkrankungen. Das PSY-KOMO Projekt unterstützt bei der Versorgung der SMI-Patient*innen 6 Monate intensiv durch Gesundheitsbegleiter*innen. Diese besonders geschulten Personen aus Gesundheitsberufen bieten bei Bedarf:
Orientierungshilfe im Gesundheitssystem
Begleitung bei der Vereinbarung von:
Terminen und Unterstützung z.B. in fachärztlichen Praxen
Hilfe bei der Suche nach geeigneten Angeboten zur Gesundheitsförderung
Bedarfsweise Begleitung der Patient*innen bei der

Welchen Nutzen bietet PSY-KOMO für Sie als Psychiater*in?

- Entlastung im Praxisalltag bei der somatischen Diagnostik und der Versorgung von SMI-Patient*innen durch PSY-KOMO Gesundheitsbegleiter*innen
- Möglichkeit der Nutzung einer Expert*innen-Hotline (Telefonkonsil) für eine schnelle Einschätzung zu Arzneimittel-Interaktionen und UAWs bei Ihren Patient*innen
- Strukturierte Möglichkeit der Weiterleitung der SMI-Patient*innen an Hausärzt*innen
- Aktuelle Informationen regionaler Präventionsangebote
- Austausch im PSY-KOMO Netzwerk mit Kolleg*innen.

Wie hoch ist der Zeitaufwand für Sie?

- Teilnahme am eintägigen PSY-KOMO Training (Anerkennung bei der ÄKNo)
- Einschlussgespräch mit Patient*in mit SMI in der Routine-Konsultation
- Dokumentationsbogen (ca. eine Seite) zur individuellen Risikoabschätzung somatischer Komorbiditäten im Einschlussgespräch
- Bedarfsweise Aushändigen eines Überleitungsbogens für hausärztliche Praxis an Patient*in
- Beratung und Vermittlung an Gesundheitsbegleiter*innen.

- ✓ **Terminen und Unterstützung z.B. in fachärztlichen Praxen**
- ✓ **Hilfe bei der Suche nach geeigneten Angeboten zur Gesundheitsförderung**
- ✓ **Bedarfsweise Begleitung der Patient*innen bei der Wahrnehmung von Terminen oder anderen Beratungs- und Präventionsangeboten.**

PSYCHIATER*IN / PSYCHOTHERAPEUT*IN

Sie sind Psychiater*in oder Psychotherapeut*in in einer der vier Regionen und möchten Menschen mit SMI in PSY-KOMO versorgen? Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss

PSY KOMO

NETZWERK

PSY-KOMO schafft interdisziplinäre, multiprofessionelle Netzwerke im Quartier, in der Stadt und in der Region. Sie bestehen u.a. aus Gesundheitsbegleiter*innen, Psychiater*innen und Psycholog*innen, Hausärzt*innen / Fachärzt*innen sowie medizinischen Fachangestellten; hinzu kommen Professionelle aus der sozialen Arbeit, aus sozialpsychiatrischen Diensten, aus Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsverbänden und der ambulanten Pflege.

Das lokale / regionale Netzwerk und die Patientinnen und Patienten werden durch Gesundheitsbegleiter*innen unterstützt, die als Knotenpunkte und niedrigschwellige Kontaktpersonen zur Verfügung stehen. Der Ansatz von PSY-KOMO liegt auf der Versorgerseite und soll Patientinnen und Patienten ermöglichen, die Regelversorgung optimal in Anspruch zu nehmen.

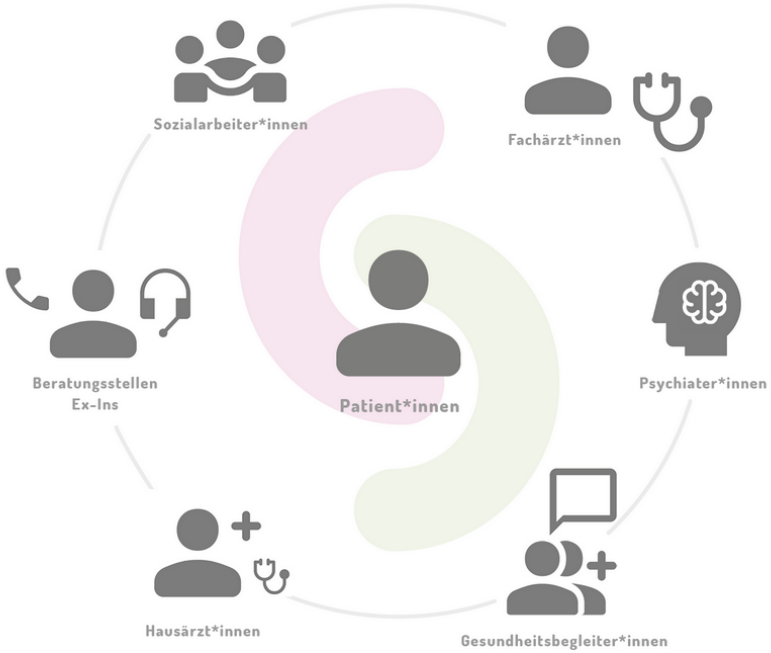


GESUNDHEITS- ODER SOZIALWESEN

Sie arbeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen mit Menschen mit SMI in einer der vier Regionen und möchten sich vernetzen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

zur Verfügung stehen. Der Ansatz von PSY-KOMO liegt auf der Versorgerseite und soll Patientinnen und

PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de



GESUNDHEITS- ODER SOZIALWESEN

Sie arbeiten im Gesundheits- oder Sozialwesen mit Menschen mit SMI in einer der vier Regionen und möchten sich vernetzen?
Bitte wenden Sie sich an die Kontaktpartner Ihrer Region

- → Frankfurt
- → Göppingen
- → Greifwald
- → Neuss


psy-komo.de/wissenschaft/
90%
Anmelden
PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
PSY KOMO
Über
Konsortium
Hausärzt*Innen
Psychiater*Innen
Netzwerk
Wissenschaft
FORSCHUNGSDESIGN
PSY-KOMO ist eine multizentrische, nicht-randomisierte, prospektive Studie einer Versorgungsinnovation als Längsschnittuntersuchung mit geplant 7.724 eingeschriebenen schwer psychisch kranken, ambulant versorgten Teilnehmer*innen in vier strukturell unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Es gibt eine retrospektive, gematchte Kontrollgruppe auf Basis von Routinedaten. Endpunkte: signifikante Erhöhung der Detektion und diagnostischen Abklärung von somatischen Erkrankungen, stärkere Orientierung der Behandlung an evidenzbasierten Leitlinien sowie Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.
PUBLIKATIONEN
Artikel
Dubrall D, Weber R, Boehme M, Schmid M, Sachs B, Scholl C.
Analysis of drug-drug interactions in spontaneous adverse drug reaction reports from EudraVigilance focusing on psychiatric drugs and somatic medication. Eur Psychiatry. 2024 Aug 27;67(Suppl 1):S346.

PUBLIKATIONEN

Artikel

Dubrall D, Weber R, Boehme M, Schmid M, Sachs B, Scholl C.
Analysis of drug-drug interactions in spontaneous adverse drug reaction reports from EudraVigilance focusing on psychiatric drugs and somatic medication. Eur Psychiatry. 2024 Aug 27;67(Suppl 1):S346. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.715. PMCID: PMC11860113.

Hahn, M., Jacobi, F., Jiménez, N.-P-, Roll, S.C. (2024).
Stigmatisierung sehen und vermeiden. Pharmazeutische Zeitung, 3/24, https://www.pharmazeutische-zeitung.de/stigmatisierung-sehen-und-vermeiden-146267/seite/alle/?cHash=8ddb4fff65857d11d6a062bca50d3d89

Hewer, W., Jacobi, F., Schneider, F. (2025).
Somatische Gesundheit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt (CME), https://doi.org/10.1007/s00115-025-01802-0

Jacobi, F. & Volkmann, H. (2021).
Körperliche Erkrankungen bei psychischen Störungen. Aktuelle Befunde und Bedarfe. Report Psychologie, 46 (09/2021), 10-18.

Jiménez, N.P., Strunz, M., Jacobi, F. (subm.).
Stigmatisierungserfahrungen im (somatischen) Gesundheitssystem: Eine Befragung von Menschen mit Diagnosen schwerer psychischer Erkrankungen.

Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F.
Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill, Dtsch Arztebl Int. 2019;116(23-24):405-411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405

Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F.
Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill, Dtsch Arztebl Int. 2019;116(23-24):405-411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405

Strunz, M., Jiménez, N.P., Gregorius, L., Hewer, W., Pollmanns, J., Viehmann, K., Jacobi, F. (2023).
Interventions to Promote the Utilization of Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20, 126. https://doi.org/10.3390/ijerph20010126

Hahn M, Jacobi F, Jimenez NP, Roll SC.
Stigmatisierung sehen und vermeiden. Pharmazeutische Zeitung online 31.03.2024. https://www.pharmazeutische-zeitung.de/stigmatisierung-sehen-und-vermeiden-146267/

Vorträge

Böttcher A.
SMI-Patient*innen und die Förderung körperlicher Gesundheit: Was sollen und können Gesundheitsbegleiter*innen leisten? Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Hahn M.
Erhöhte Arzneimittel-Therapiesicherheit für SMI-Patient*innen – welche Interaktionen mit Somatika sind relevant? Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Hahn M.
SMI-Patientinnen und -Patienten und die Förderung körperlicher Gesundheit: Welche Schwierigkeiten im Gesundheitsverhalten haben Patientinnen und Patienten und wie können Gesundheitsbegleiterinnen und -begleiter darauf einwirken? Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin.

Hahn M.
Erhöhte Arzneimittel-Therapiesicherheit für SMI-Patient*innen – welche Interaktionen mit Somatika sind

Jacobi F.
Interventionen zur Reduktion der Übersterblichkeit. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2023, 30.11.2023, Berlin.

Jacobi, F., Jimenéz, N, Scholz, E., Strunz, M., Grabe, H.-J., Hewer, W., Köhne, M., Reif, A., Icks, A., Wilm, S. [für die PSY-KOMO Studiengruppe] (2021).
Verbesserung der somatischen Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Die Rolle der PSY-KOMO Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter in einer neuen Versorgungsform. Poster auf dem 38. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, 12.5.-15.5.2021 in Mannheim.

Jacobi, F., Jiménez, N., Strunz, M. (2022).
Inanspruchnahme von (somatischen) Gesundheitsleistungen durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Erfahrene Stigmatisierung und Förderung der Nutzung von Gesundheitsangeboten. Poster 1. Deutscher Psychotherapiekongress, 7.6.-11.6.22 in Berlin.

Jacobi, F., Strunz, M., Jiménez, N., Gregorius, L., Pollmanns, J., Viehmann, K., Hewer, W. (2022).
Förderung der Nutzung von (somatischen) Gesundheitsleistungen durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Ein Scoping-Review. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2022, 25.11.2022.

Jacobi, F., Jimenez, N., Strunz, M. (2023).
Stigmatisierungsphänomene und Stigmatisierungserleben von SMI-Patient:innenals Barriere für eine effektive (somatische) Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer Online-Studie. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 2.12.23.

Jacobi, F., Jimenez, N. (2023).
Interventionen zur Reduktion der Übersterblichkeit. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 30.11.23.

Jacobi F, Wilm S. (2025)
Die neue Versorgungsform PSY-KOMO – Studiendesign. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin.

effektive (somatische) Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer Online-Studie. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 2.12.23.

DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin.

Jonas B. Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform PSY-KOMO und mögliche Wege in die Regelversorgung. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin

Jimenez, N., Strunz, M., Jacobi, F. (2023).
Wie erkenne ich als Behandler:in eigene Stigmatisierungstendenzen? Ein Mini-Workshop. DGPPN-Kongress 2023, Berlin 2.12.23.

Jonas B. Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform PSY-KOMO und mögliche Wege in die Regelversorgung. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin

Reddemann O, Leve V, Kalitzkus V. (2022)
Familienmedizin in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Vortrag beim 6. Wissenschaftlicher Kongress „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft". Institut für Allgemeinmedizin (ifam), UKD, 11. Mai 2022, Düsseldorf. DOI: 10.3205/22ifam10

Reddemann O, Wege N, Leve V, Wilm S, Viehmann K, Geffe V. (2022)
Warum Patient*innen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen ihre Hausärzt*innen brauchen [Abstract #220]. Workshop auf dem 56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM, 15.-17.09.2022, Greifswald.

Schneider F, Erhart M, Hewer W, Löffler L, Jacobi F, Icks A, Wilm S. (2021)
Somatische Komorbiditäten schwer psychisch erkrankter Menschen: Realitäten und Konsequenzen. Vortrag auf dem Jahreskongress der DGPPN 2021, Berlin, 24.–27.11.2021.

Weber R, Dubrall D, Scholl C, Böhme M, Steffens M, Sachs, B. (2023)
Analysis of drug drug interactions between somatic and psychiatric medication by application of ABDA interaction data to reports from the EudraVigilance database. Poster auf dem 18th German Pharm-Tox Summit 2023. Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol 396 (Suppl 1), 1–76 (2023), P101. DOI 10.1007/s00210-023-02397-6

Wege N, Meisenzahl E, Scholl C, Weber R, Grabe H-J, Hewer W, Hahn M, Köhne M, Icks A, Wilm S. (2022)

Somatische Komorbiditäten schwer psychisch erkrankter Menschen: Realitäten und Konsequenzen. Vortrag auf dem Jahreskongress der DGPPN 2021, Berlin, 24.-27.11.2021

s00210-023-02397-6

Wege N, Meisenzahl E, Scholl C, Weber R, Grabe H-J, Hewer W, Hahn M, Köhne M, Icks A, Wilm S. (2022)
PSY-KOMO – Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität. Vortrag auf dem DGPPN Kongress, 23.-26.11.2022, Berlin.

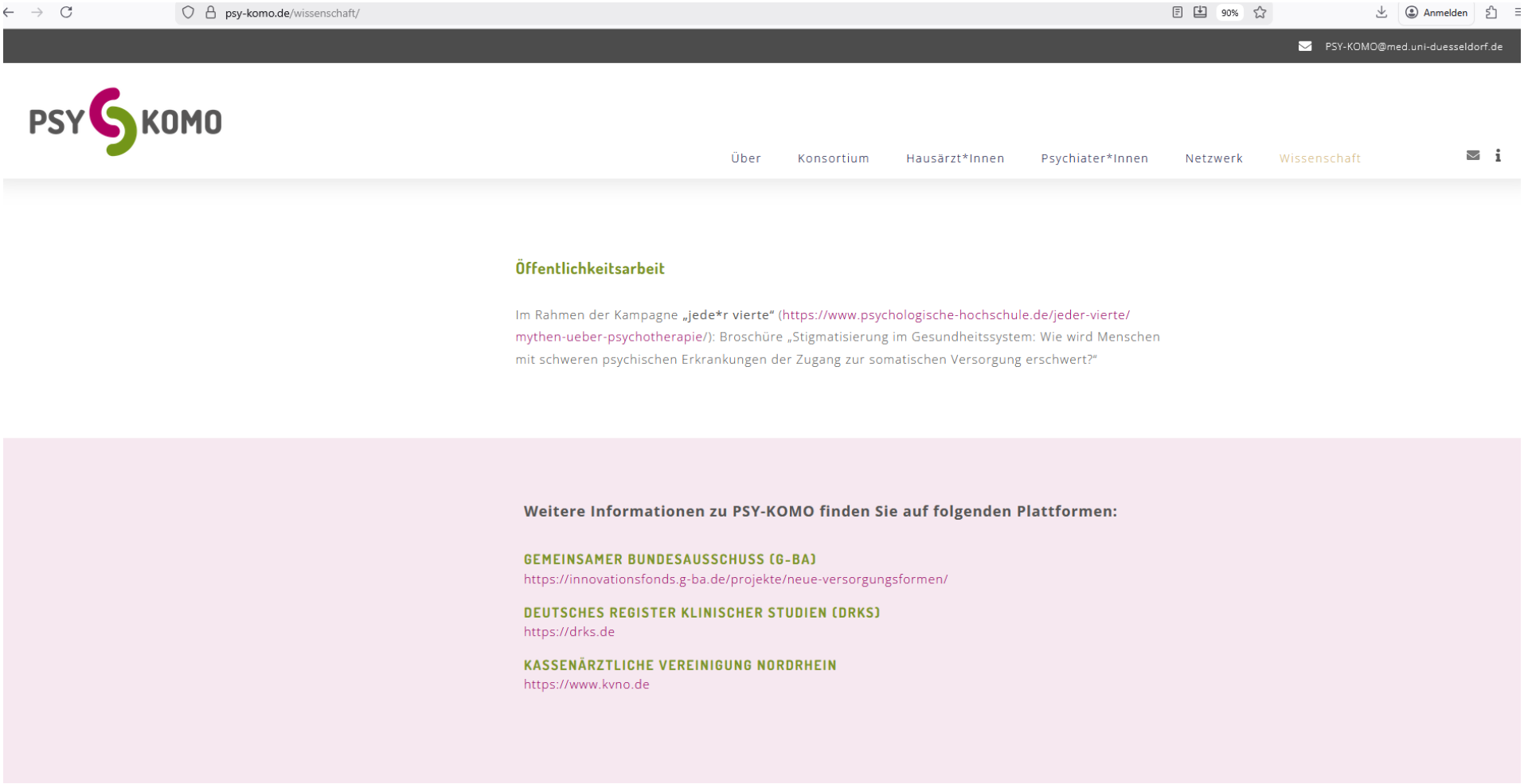
Wege N, Wilm S.
Erste Ergebnisse des Modellprojekts PSY-KOMO. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2023, 30.11.2023, Berlin.

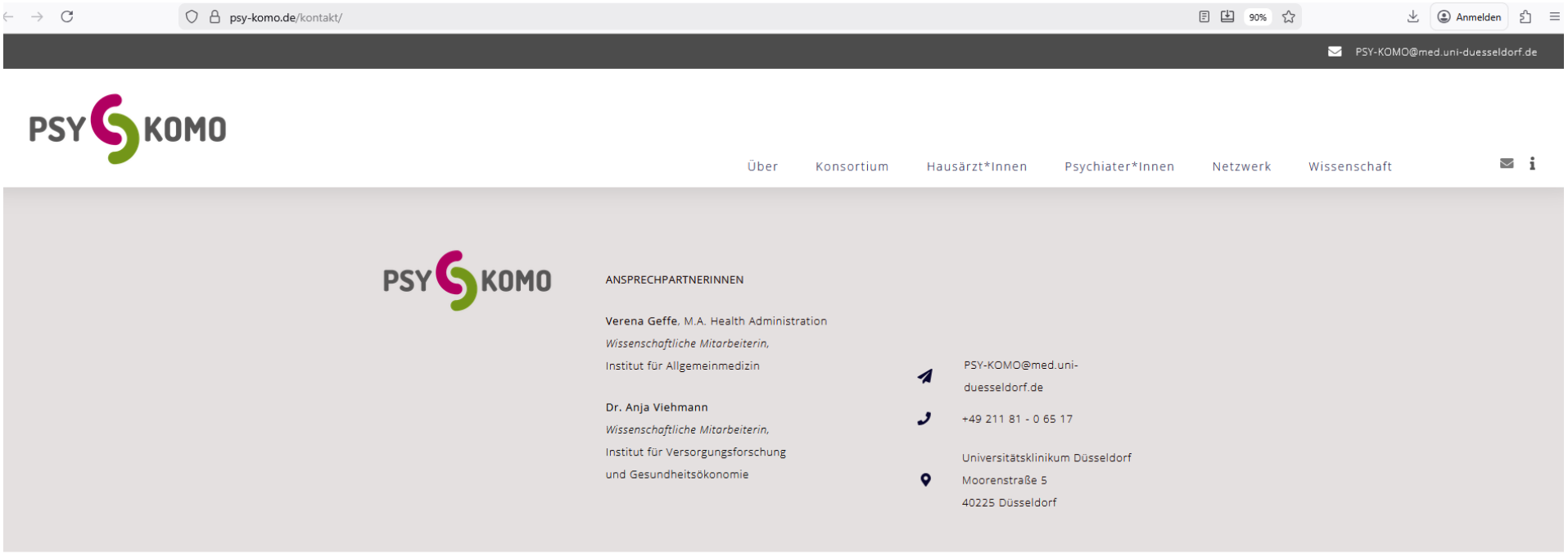
Wilm S. (2024)
Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität: Erste Erfahrungen aus der Prozessanalyse. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2024, 29.11.2024, Berlin.

Wilm S. (2024)
PSY-KOMO: Sektorübergreifende Versorgung von SMI-Patient:innen. Vortrag auf dem Zi-Kongress Versorgungsforschung 2024, 18.09.2024, Berlin.
https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Veranstaltungen/Zi-Congress/PSY-KOMO_Wilm.pdf

Wilm S. (2025)
Wie lässt sich die somatische Behandlungsqualität für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland durch eine neue Versorgungsform verbessern? Ergebnisse einer multizentrischen Interventionsstudie. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 26.11.2025, Berlin.

Wolff JK. Ergebnisse der Evaluation der neuen Versorgungsform PSY-KOMO: primäre und sekundäre Outcomes. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2025, 27.11.2025, Berlin.


psy-komo.de/wissenschaft/
90%
Anmelden
PSY-KOMO@med.uni-duesseldorf.de
PSY KOMO
Über
Konsortium
Hausärzt*Innen
Psychiater*Innen
Netzwerk
Wissenschaft
Öffentlichkeitsarbeit
Im Rahmen der Kampagne „jede*r vierte“ (https://www.psychologische-hochschule.de/jeder-vierte/mythen-ueber-psychotherapie/): Broschüre „Stigmatisierung im Gesundheitssystem: Wie wird Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen der Zugang zur somatischen Versorgung erschwert?“
Weitere Informationen zu PSY-KOMO finden Sie auf folgenden Plattformen:
GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)
https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/
DEUTSCHES REGISTER KLINISCHER STUDIEN (DRKS)
https://drks.de
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN
https://www.kvno.de



IMPRESSUM

Angaben gemäß § 5 TMG

Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin
PSY-KOMO-Forschung
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Deutschland
Tel.: 0211/81-06517
psy-komo@med.uni-duesseldorf.de

Datenschutzerklärung

Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an unserem Unternehmen. Datenschutz hat einen besonders hohen Stellenwert für die Geschäftsleitung der PSY-KOMO-Forschung. Eine Nutzung der Internetseiten der PSY-KOMO-Forschung ist grundsätzlich ohne jede Angabe personenbezogener Daten möglich. Sofern eine betroffene Person besondere Services unseres Unternehmens über unsere Internetseite in Anspruch nehmen möchte, könnte jedoch eine

Möchte eine betroffene Person dieses Auskunftsrecht in Anspruch nehmen, kann sie sich hierzu jederzeit an einen Mitarbeiter des für die Verarbeitung Verantwortlichen wenden.

c) Recht auf Berichtigung

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat das vom Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber gewährte Recht, die unverzügliche Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten

Konzept zum Transfer in die Regelversorgung

Hintergrund

Empfehlungen zur Überführung von PSY-KOMO in die Regelversorgung wurden in den Projekt-Arbeitsgruppen (AG) „Regulatorik“ und „Neue Versorgung“ entwickelt und abgestimmt. Erstgenannte AG wurde vom Zi geleitet und trat im Projektverlauf insgesamt achtmal zusammen, um Möglichkeiten der Implementierung zu diskutieren und auszuarbeiten. Ihr Ziel bestand darin, unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse konkrete Vorschläge zur Definition und Verortung des prospektiven Versorgungsangebots zu entwickeln.

Trotz Einschränkungen wird ein Transfer empfohlen.

Die im Konsortium erarbeiteten Vorschläge zur Umsetzung des Versorgungsangebots sind den folgenden Abschnitten zu entnehmen. Diese beziehen sich auf die Leistungskomponenten des Angebots, die direkt mit der Versorgung der Patient:innen verbunden sind. Weitere Bestandteile, wie seine Website www.psy-komo-tut-mir-gut.de und die Telefonberatung zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind dagegen nicht Teil der Empfehlung, da sie im Projektverlauf kaum genutzt wurden und somit nicht zu erwarten ist, dass sie die Umsetzung und die Effekte des Angebots in relevanter Weise positiv beeinflussen.

In den kommenden Abschnitten wird zunächst beschrieben, wie das Angebot aufgebaut und an welchen Stellen des Versorgungssystems es angesiedelt werden sollte (Abschnitte 2 und 2). Die zu seiner Etablierung und zur Koordination erforderlichen Strukturen werden danach ebenso thematisiert wie die regulatorischen Schritte, denen eine Etablierung vorangehen müssten (Abschnitt 3).

1 Leistungskomponenten

PSY-KOMO ist ein modular aufgebautes Versorgungsangebot für Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen (Severe Mental Illness; SMI), an dessen Erbringung neben Ärzt:innen insbesondere nicht-ärztliche Akteure (Gesundheitsbegleitung) beteiligt sind.

Die zentralen Leistungskomponenten des Versorgungsangebots sind in Tabelle 1 dargestellt. Zu Beginn einer Teilnahme steht ein ärztlich durchgeführtes Kurzscreening, das der Aufklärung der Patient:innen dient und in dem das Vorliegen somatischer Komorbiditäten[1] sowie der Bedarf nach Maßnahmen der Prävention bzw. Früherkennung geprüft werden.

Kern des Versorgungsangebots besteht in der Gesundheitsbegleitung (GB), die von Mitgliedern nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen durchgeführt wird. In der Erprobung des Angebots wurden hierfür insbesondere Pflegekräfte eingesetzt, jedoch kommen gerade mit Blick auf eine Umsetzung im vertragsärztlichen Bereich (vgl. Abschnitt 2.2) auch andere Berufsgruppen in Frage, wie z.B. Medizinische Fachangestellte (MFA).

Die Versorgungsleistungen der GB sollten gestuft erfolgen, indem eine Unterteilung in 1. Grundversorgung („Muss-Tätigkeiten“), 2. verstärkte Begleitung („Soll-Tätigkeiten“) und 3. Begleitung zu Terminen („Kann-Tätigkeiten“) vorgenommen wird. Die (1.) Grundversorgung besteht v.a. in der Ermittlung der Bedarfe seitens der Patient:innen sowie in ihrer Beratung und Gesundheitsförderung. Um den Bedarf nach wiederholter Beratung und Planung somatischer Behandlung zu berücksichtigen, sollte sie wiederholt durchführ- und abrechenbar sein. Ein Großteil der (2.) verstärkten Begleitung liegt in der Planung und gemeinsamen Vorbereitung von Arztbesuchen, jedoch sind auch Angebote zu Gesundheitsförderung, wie z.B. Ernährungsberatung Teil dieser sog. „Soll-Tätigkeiten“ von PSY-KOMO. Die (3.) Begleitung zu Terminen ist voraussichtlich nur bei manchen Patient:innen nötig. Insbesondere bei starker psychischer Belastung oder kognitiver Einschränkung kann sie jedoch essenziell sein, um den Beginn somatischer Behandlung zu erreichen. Dies schließt bei einigen Betroffenen eine Begleitung bis ins Behandlungszimmer und die Unterstützung im Arztgespräch explizit mit ein, sofern es gewünscht und seitens des Praxispersonals ermöglicht wird.

[1] Hepatitis C / chronische Lebererkrankungen (B15-B19, K70-K75), Diabetes mellitus Typ 2 (E10-E14), Koronare Herzkrankheit (I20-I25), Herzinsuffizienz (I50), Chronische Bronchitis / Asthma / COPD (J41-J45), Brustkrebs (C50), Dickdarmkrebs (C18-C21), Herzrhythmusstörungen inkl. Vorhofflimmern (I44-I49), periphere arterielle Verschlusskrankheit (I70-I74), Arterielle Hypertonie und Folgeerkrankungen (I10-I15)

Die Netzwerkarbeit stellt einen weiteren nicht-ärztlichen Tätigkeitsbereich dar. Sie dient dazu, Akteure des örtlichen Versorgungssystems für eine verbesserte somatische Behandlung psychisch erkrankter Patient:innen zu sensibilisieren und das Angebot zu bewerben. Dies erfolgt i.d.R. durch bilateralen Kontakt oder auch durch die Einladung zu Veranstaltungen. Netzwerkarbeit geht dabei über organisatorische Kontakte (z.B. zur Terminvereinbarung) mit Vertragsärzten hinaus. Vielmehr dient sie dazu, PSY-KOMO in der medizinischen Versorgung vor Ort zu verankern, indem die betreffenden Akteure informiert und zur Zusammenarbeit motiviert werden. Ziel ist es dabei, dass Hausärzte und andere Vertragsärzte verstärktes Augenmerk auf somatische Erkrankungen ihrer SMI-Patient:innen legen und diese nötigenfalls an das lokale Angebot von PSY-KOMO überweisen bzw. empfehlen. Um entsprechende Abstimmungsleistungen von Vertragsärzten zu unterstützen, sind ihre Aufwände im Versorgungskonzept ebenfalls zu berücksichtigen.

Tabelle 1: Leistungskomponenten und -inhalte von PSY-KOMO

Leistungen	Leistungserbringer
Somatisches Screening • Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen	Arzt / Ärztin
Versorgungsstufen der Gesundheitsbegleitung (GB)	
1. GB Grundversorgung („Muss-Tätigkeiten“) • Bedarfsermittlung • Gesundheitsförderung durch Sensibilisierung und Edukation • Kommunikation mit der vertragsärztlichen Versorgung • Wiederholte Beratung	Gesundheitsbegleiter:in
2. GB Verstärkte Begleitung („Soll-Tätigkeiten“) • Arztsuche, Terminvereinbarung –planung und -vorbereitung • gesundheitsfördernde Kurse/ Aktivitäten suchen und ggfs. buchen • Vermittlung an weitere Hilfesysteme (z.B. Beratungsstellen) • Gruppenangebote zu Gesundheitsförderung wie z.B. Spaziergänge, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung	Gesundheitsbegleiter:in
3. GB Begleitung zu Terminen („Kann-Tätigkeiten“) • Begleitung zu Arztterminen	Gesundheitsbegleiter:in
GB Netzwerkarbeit • Vernetzung mit der vertragsärztlichen Versorgung (Hausärzte, somatische Fachärzte)	Gesundheitsbegleiter:in
Abstimmung mit GB • Aufwände von Hausärzten u.a. Vertragsärzten, die fallbezogen mit der Gesundheitsbegleitung kooperieren. Dient dazu, einen Anreiz für die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsbegleitung zu setzen.	Vertragsarzt / -ärztin

2 Verortung

In seinem modularen und gestuften Aufbau kann PSY-KOMO flexibel an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems angesiedelt werden. Ziel ist es dabei stets, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende somatische Versorgung von Patient:innen mit SMI zu verbessern. Die folgend vorgestellten Umsetzungsoptionen wurden im Konsortium ausgewählt, weil sie Betroffenen einen niedrigschwelligen Zugang zu den Leistungen von PSY-KOMO bieten, ihre Implementierung regulatorisch und organisatorisch praktikabel erscheint, bestehende Strukturen gut genutzt würden und durch eine Umsetzung keine redundanten Versorgungsangebote entstünden. Hierbei handelt es sich um die Umsetzung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA; Abschnitt 2.1), als Ergänzung der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie; 2.2) sowie als Angebot in vertragsärztlichen Versorgungszentren (2.3). Daneben ist eine Ansiedlung der Gesundheitsbegleitung direkt bei gesetzlichen Krankenkassen möglich (2.4).

2.1 Umsetzung in psychiatrischen Institutsambulanzen

Im Rahmen seiner Erprobung wurde PSY-KOMO in weiten Teilen in PIA durchgeführt, weswegen sich Evidenz und Projekterfahrungen schwerpunktmäßig auf diesen Versorgungsweg beziehen. PIA haben zum Zweck, die Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient:innen zu verbessern, die von vertragsärztlichen Angeboten nur unzureichend erreicht werden. In dieser Funktion stellen die bundesweit 440 PIA ein wichtiges Bindeglied der vertragsärztlich-ambulanten und der stationären Versorgung psychisch erkrankter Personen dar (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019; GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. & Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., 2019; Statistisches Bundesamt, 2023).

Neben dem direkten Zugang zu Patienten mit SMI hätte eine Ansiedlung von PSY-KOMO in PIA den Vorteil, dass sich seine Leistungen einfach in die dortige multidisziplinäre Arbeit integrieren ließen. Wegen ihres breiten Behandlungsangebots liegen in PIA zudem viele medizinische Informationen vor, die in der Gesundheitsbegleitung genutzt werden können, um den Bedarf und die Dringlichkeit zu erfassen. Ggf. nötige Überweisungen, Rezepte oder medizinische Maßnahmen, könnten vom dortigen ärztlichen Personal ausgestellt bzw. vorgenommen werden.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit aus dem vertragsärztlichen Bereich kann per Überweisung, Empfehlung oder ggf. in Form einer Mitbehandlung per Delegationsleistung

erfolgen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., et al., 2019). Wäre PSY-KOMO in PIA angesiedelt, könnte der Zugang hierzu somit entweder selbst aus der PIA erfolgen oder aus dem vertragsärztlichen Kontext. Hierbei bliebe der Hausarzt bzw. niedergelassene Facharzt die primär betreuende Person, die sich Gesundheitsbegleitung als Unterstützungsleistung hinzuholt.

Bevor PSY-KOMO in PIA angeboten werden kann, ist zu prüfen, welche Änderungen an der PIA-Vereinbarung gemäß § 118 Sozialgesetzbuch V (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., et al., 2019) vorzunehmen sind. Dies betrifft insbesondere die Definition des Behandlungsangebots von PIA gemäß § 6 in Anlage 2 der PIA-Vereinbarung.

Tabelle 2 stellt die Leistungen des Versorgungsangebots bei einer Verortung in PIA dar. Gesundheitsbegleitung könnte durch das Pflegepersonal umgesetzt werden[2], Leistungen für das somatische Screening würden von den tätigen Fachärzten erbracht[3]. Die Schätzungen des Zeitaufwands beziehen sich auf das erste Teilnahmequartal, inkl. einer Vor- und Nachbereitung von insgesamt 25%. Abgesehen vom Screening sind Leistungen mehrfach abrechenbar, wobei mit Blick auf die Erprobungserfahrungen die Annahme getroffen wird, dass die Stufen 2 und 3 der Gesundheitsbegleitung nur von einem geringen Teil der Patient:innen in Anspruch genommen werden. Es wird von einer 0,2- bzw. 0,1-fachen Inanspruchnahme dieser Leistungen pro Patient:in ausgegangen. Der Aufwand aufseiten der GB summiert sich somit auf durchschnittlich 85 Minuten pro Fall. Anpassungen am Leistungsspektrum von PSY-KOMO sind möglich, indem beispielsweise „Kann“- oder „Soll“-Leistungen reduziert oder weggelassen werden. Abstimmungstätigkeiten von Haus- und anderen niedergelassenen Ärzten würden nicht in der PIA, sondern per Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Als Muster für die zugehörige Abrechnungsposition könnte die GOP 37100[4] herangezogen werden.

[2] Abrechnung per Entgeltschlüssel 3521031X für Leistungen von Pflegepersonal für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung u.a.

[3] Abrechnung per Entgeltschlüssel 3521011X für ärztliche Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung u.a.

[4] „Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Be-stimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig)

Tabelle 2: Leistungen und zugehörige Aufwände bei einer Verortung in PIA

PSY-KOMO - Leistungen	Berufsgruppe	Zeitaufwand pro Leistung	Häufigkeit pro Patient:in
Somatisches Screening	Ärzt:innen	20 min	1,11
1. GB Grundversorgung	Pflegepersonal	30 min	1,5
2. GB Verstärkte Begleitung	Pflegepersonal	120 min	0,2
3. GB Begleitung zu Terminen u.ä.	Pflegepersonal	120 min	0,1
GB Netzwerkarbeit	Pflegepersonal	20 min	0,2
Abstimmung mit GB	Vertragsärzt:innen	Abrechnung per EBM	0,5

2.2 Erweiterung der ambulanten Komplexversorgung

Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung von Patient:innen mit SMI zu gewährleisten, trat im Dezember 2021 mit der KSVPsych-RL eine neue Richtlinie zur Etablierung und Organisation interdisziplinär arbeitender Netzverbünde in Kraft. Die Behandlung erfolgt primär durch eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Fachkraft und wird von einer nicht-ärztlichen Fachkraft koordiniert, wie etwa einer MFA oder Pflegekraft. Letztgenannte Koordinationstätigkeit besteht u.a. aus der Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden und regelmäßigem Patientenkontakt, um die Durchführung des Behandlungsplans zu unterstützen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

Bei einer Integration in die ambulante Komplexversorgung würden die Leistungen der KSVPsych-RL mit denen von PSY-KOMO ergänzt. Dies wird dadurch ermöglicht, dass beide Versorgungsangebote in Bezug auf das Tätigkeitsspektrum und die Qualifikation der nicht-ärztlichen Akteure sowie auf ihre Zielgruppe klare Überschneidungen aufweisen. Weil keine neuen Strukturen geschaffen werden müssten und weil auf ein bestehendes Versorgungsangebot mit steigenden Patientenzahlen[5] zurückgegriffen werden könnte, stünden der Umsetzungsaufwand zu seinem Nutzen in einem sehr guten Verhältnis. Zudem ist zu argumentieren, dass auch die ambulante Komplexversorgung durch die Erweiterung des Leistungsspektrums profitieren würde.

[5] Im 1. Quartal 2024 erhielten 3.439 Patient:innen erstmalig Versorgungsleitungen gemäß KSVPsych-RL (GOP 37530). Das entspricht einer Steigerung von 11,6% im Vergleich zum Vorquartal.

Um die Leistungen von PSY-KOMO in die ambulante Komplexversorgung aufzunehmen, wären verschiedene Änderungen an Kapitel 37.5 des EBM der KSVPsych-RL nötig. Diese sind in Tabelle 3 dargestellt und werden im Folgenden skizziert.

Die Änderungen beziehen sich zunächst auf den Abrechnungsschlüssel der Differenzialdiagnostischen Abklärung (GOP 37510), damit nun auch die in PSY-KOMO adressierten somatischen Komorbiditäten und ggf. indizierte Früherkennungsmaßnahmen systematisch erfasst werden können. Der Mehraufwand, der in Bezug auf den ursprünglichen Umfang dieser GOP verbunden ist, wird mit 50% geschätzt.

Die Leistungen der Gesundheitsbegleitung von PSY-KOMO würden in die nicht-ärztlichen Koordinationsleistungen gemäß KSVPsych-Richtlinie (GOP 37530) integriert. Ihre Leistungen müssten dabei inhaltlich und in Bezug auf die Menge ausgeweitet werden, um der größeren Komplexität des (nun auch somatischen) Behandlungsplans stärker gerecht zu werden und um Leistungen wie Bedarfsermittlung und Edukation (GB Stufe 1) sowie Gruppenangebote (GB Stufe 2) zu berücksichtigen (vgl. Tabelle 1). Weil die Gesundheitsbegleitung auch ohne somatischen Behandlungsbedarf in Aktion tritt, bezögen sich Vernetzungstätigkeiten auch auf nicht-ärztliche Instanzen (z.B. Beratungsstellen). Zudem würden fakultativ auch Präventionskurse durch die GB angeboten (z.B. Raucherentwöhnung). Der Vernetzungsaspekt bekommt durch den stärkeren Einbezug von Einrichtungen außerhalb des Versorgungsnetzwerks und von Hausärzten insgesamt stärkeres Gewicht. Der Mehraufwand, der mit der Berücksichtigung der GB-Stufen 1 und 2 sowie der GB-Netzwerkarbeit verbunden ist, wird mit 50% gemessen am ursprünglichen Umfang der GOP 37530 taxiert.

Die Begleitung zu Terminen (GB Stufe 3) und die Abstimmungsleistungen externer, nicht zum Versorgungsnetzwerk gehörender, Vertragsärzte (insbes. Hausärzte) werden in KSVPsych aktuell nicht eigens vergütet. Diese Leistungsbestandteile von PSY-KOMO erfordern daher neue Abrechnungsmöglichkeiten in Form separater GOP.

Tabelle 3: Änderungen an der KSVPsych-RL infolge einer Integration von PSY-KOMO

PSY-KOMO - Leistungen	Änderungen an relevanten Vergütungsschlüsseln	Mehraufwand
Somatisches Screening	**37510 - Differentialdiagnostische Abklärung** - Systematische Erfassung somatischer Komorbiditäten gemäß PSY-KOMO und Berücksichtigung indizierter Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen.	50%
1. GB Grundversorgung	**37530 - Koordination der Versorgung** **Obligatorische Leistungen („Muss-Tätigkeiten" der GB)** - Stärkerer Schwerpunkt auf Vernetzung, da mehr externe Einrichtungen einbezogen werden müssen (Hausärzte für den Zugang, Fachärztinnen, Beratungsstellen, …) - Vereinbarung von Terminen erhält höhere Relevanz durch komplexeren Behandlungsplan - Erweiterung durch „Bedarfsermittlung, Gesundheitsförderung durch Sensibilisierung und Edukation"	50%
2. GB Verstärkte Begleitung	**37530 - Koordination der Versorgung (Fortsetzung)** **Fakultative Leistungen („Soll-Tätigkeiten" GB)** - Intensiverer Kontakt durch komplexeren Behandlungsplan und durch Vermittlung an weitere Hilfesysteme - Erweiterung durch „Gruppenangebote zur Gesundheitsförderung"	s.o.
3. GB Begleitung zu Terminen u.ä.	**3753X - Begleitung zu Terminen** Neue Leistung. „Kann-Tätigkeit" in PSY-KOMO, bisher beschränkt auf somatische Arzttermine	Neue GOP[1]
GB Netzwerkarbeit	**Eingegliedert in 37530 (s.o.)**	s.o.
Abstimmung mit GB	**3753X - Abstimmung mit GB** Neue Leistung zur Berücksichtigung des Abstimmungsaufwands seitens Hausärzte und somatischer Fachärzte, die mit einem Netzverbund kooperieren.	Neue GOP[2]

[1] Mögliche Vorlage: GOP 37535 „Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person" (nicht-ärztlich, max. 3-mal im Quartal abrechnungsfähig)

[2] Mögliche Vorlage: GOP 37100 „Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä" (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig)

2.3 Umsetzung in Medizinischen Versorgungszentren

Neben den bisher genannten Optionen sollte in Erwägung gezogen werden, PSY-KOMO in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit psychiatrischem Schwerpunkt umzusetzen. Insbesondere Regionen mit geringer Versorgungsdichte, in denen die nächste PIA weit entfernt ist oder in denen es (noch) keine Netzwerke wie die ambulante Komplexversorgung gibt, könnten von dieser Versorgungsmodalität profitieren.

Leistungen von PSY-KOMO, wie das Screening und die Gesundheitsbegleitung, wären in den dortigen psychiatrischen Praxen angesiedelt und würden vom fachärztlichen und nicht-ärztlichen Personal erbracht. Ihre Vergütung könnte über Kapitel 21 des EBM (Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen) erfolgen, das ggf. um neue Positionen für das Somatische Screening und die Gesundheitsbegleitung erweitert werden müsste. Zur Kalkulation der jeweiligen Aufwände können die in Tabelle 2 vorgenommenen Schätzungen herangezogen werden. Die ebenfalls zu berücksichtigenden Abstimmungsleistungen anderer Vertragsärzte (v.a. Hausärzte) würden, wie in den zuvor skizzierten Umsetzungsoptionen, ebenfalls per EBM vergütet[6].

2.4 Gesundheitsbegleitung als Serviceleistung von Krankenkassen

Neben den bisher skizzierten Versorgungsoptionen kann in Erwägung gezogen werden, Gesundheitsbegleitung als Serviceleistung direkt bei gesetzlichen Krankenkassen (GKV) anzusiedeln. Ähnliche Angebote sind etwa bei der AOK Baden-Württemberg fester Bestandteil der Zusatzleistungen für Versicherte. Ein bei einer GKV angesiedeltes Beratungsprogramm würde durch die Kassen eigenständig gestaltet, finanziert und in die Breite gebracht. Der damit einhergehende inhaltliche, organisatorische und ressourcenbezogene Spielraum würde ein solches Angebot attraktiv machen und die Wahrscheinlichkeit voraussichtlich steigern, es zu implementieren. Da viele GKV über keine oder nur wenige Filialen vor Ort verfügen, wären persönlicher Kontakt und Begleitung jedoch oft nicht möglich. Gesundheitsbegleitung wäre somit nur telefonisch, und daher nur in Teilen, umsetzbar. Patient:innen, die aufgrund ihres geringen Funktionsniveaus auf persönliche Unterstützung vor Ort angewiesen sind, könnten aufgrund dieser Barrieren nur eingeschränkt von einem solchen Angebot profitieren. Trotz dieser Einschränkungen kann die Bereitstellung der Gesundheitsbegleitung (oder zumindest von Komponenten) einen Beitrag zur verbesserten Versorgung Betroffener leisten.

[6] Auch hier kann die GOP 37100 („Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ (125 Pkte., max. 2-mal pro Quartal abrechnungsfähig) als Muster herangezogen werden.

3 Aufbau und Koordination des Versorgungsangebots

Um das neue Versorgungsangebot in die Breite zu tragen und zu koordinieren, sind entsprechende Strukturen zu schaffen. Diese sollten das Angebot von PSY-KOMO in der Fachöffentlichkeit kommunizieren und Entscheidungsträger aller relevanter Versorgungsbereiche (Krankenhausgesellschaften, ärztliche Fachgesellschaften, GKV, KV) hierüber aufklären. Die Anpassung und Aktualisierung des im Projekt erarbeiteten Versorgungsmanuals, die Schulung von Gesundheitsbegleiter:innen und die Evaluation der Umsetzung sollte ebenfalls zentral gesteuert werden. Diese Aufgabe kann durch Institutionen übernommen werden, die am Konsortium beteiligt waren.

Dies betrifft auch die Unterstützung bei der regulatorischen Verankerung des Angebots. So sind etwaige Änderungen an der PIA-Vereinbarung gemäß § 118 SGB V, der KSVPsych-RL bzw. am EBM fachlich zu begleiten. Wo angezeigt, sollten betreffende Institutionen und Verbände eingebunden werden, wie ärztliche Gremien[7] und Fachverbände, Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Diese könnten zudem angefragt werden, um die Dissemination des Angebots zu unterstützen.

[7] Neben den auf Landesebene organisierten PIA-Zusammenschlüssen oder der Bundesdirektorenkonferenz (Verband ärztlicher Leiter von psychiatrischen Kliniken) zählt hierzu der Arbeitskreis der ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

Quellen

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. & Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V.

GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. & Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2019). Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG. Zugriff am 2.1.2025. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_bericht_2019/2019_06_28_PEPP-Bericht_17d_KHG_DKG_GKV_PKV.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Ambulante Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen. KBV - Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Zugriff am 2.1.2025. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/themen_58817.php

Statistisches Bundesamt. (2023). Grunddaten der Krankenhäuser. Statistischer Bericht. Zugriff am 2.1.2025. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html