

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	Netzwerktaetigkeit: 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

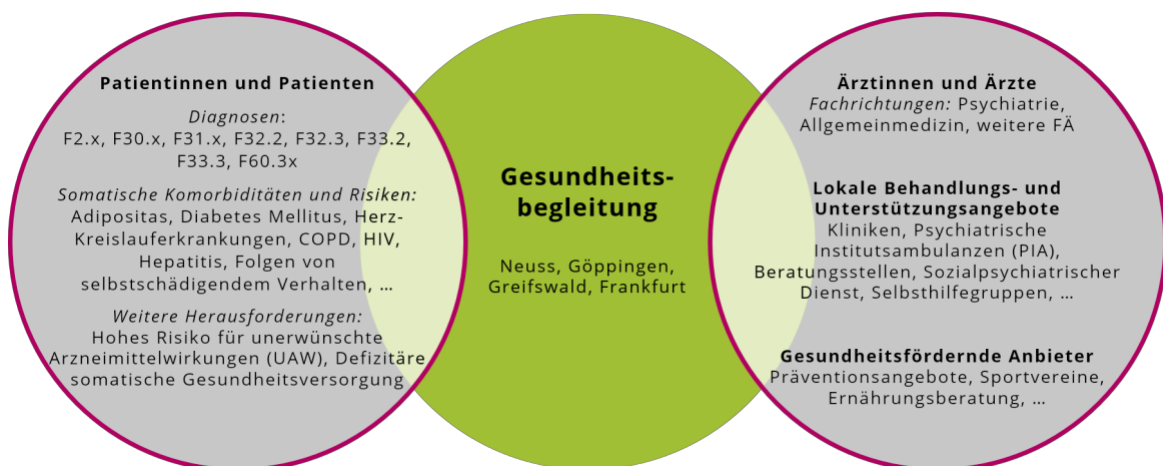
- Besonders erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen und verkürzte Lebenserwartungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Severe Mental Illness = SMI)
- Somatische Erkrankungen und Risiken werden durch psychische Symptomatik überschattet (und deswegen seltener angemessen behandelt)
- 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, Behandlungskonzept

- 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 Gesundheitsbegleitung

- 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

Genesungsbegleitung

- 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., SPD i) 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 Teilhabeberatung (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 Beschwerdestellen 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 Vorsorgevollmacht

- 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: Bevollmächtigte 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

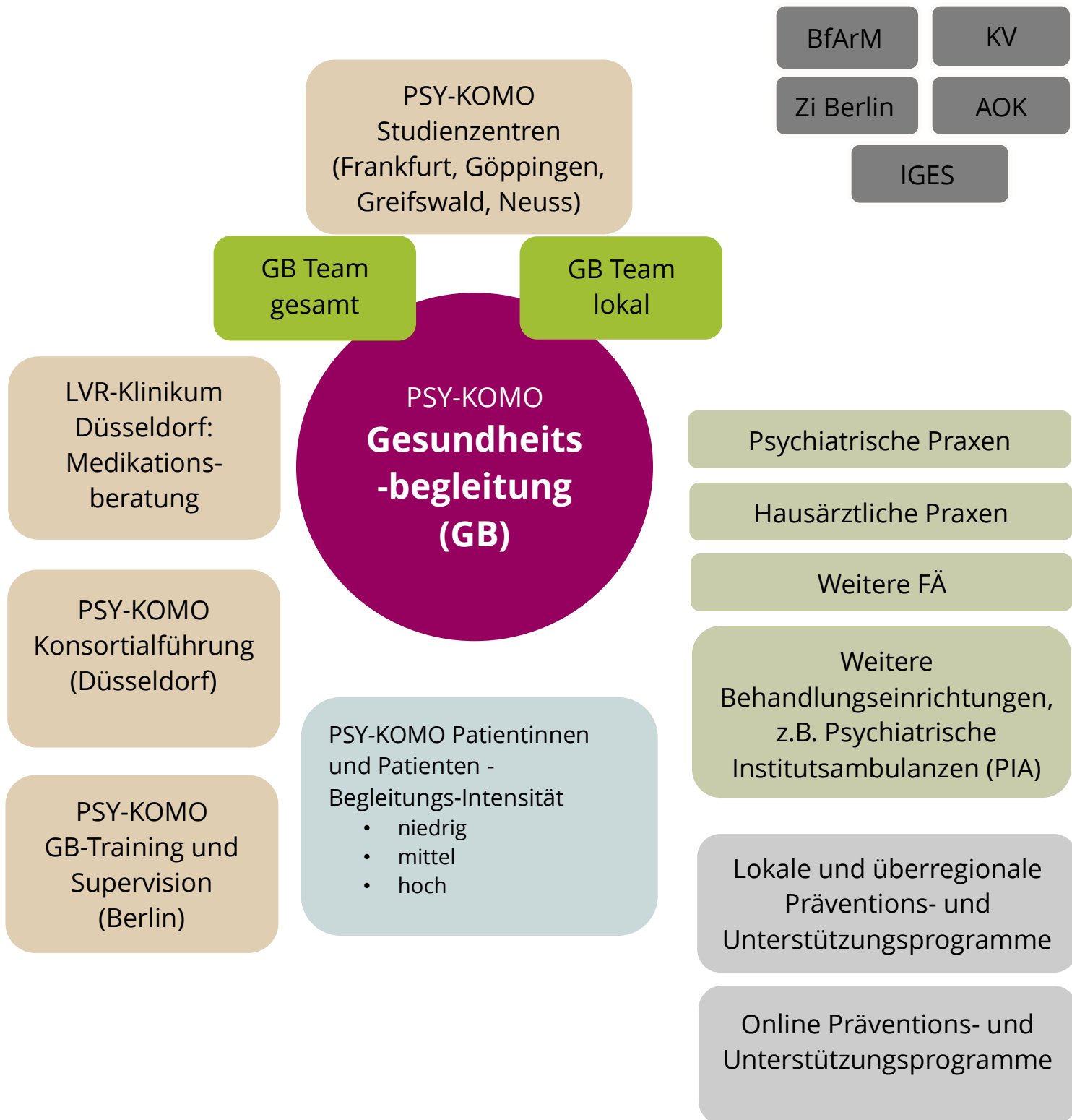
Daten

Zur Auswertung des Projekts werden von den beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen, der AOK Rheinland/Hamburg und dem Zi Berlin Abrechnungsdaten aufbereitet und zur Verfügung gestellt

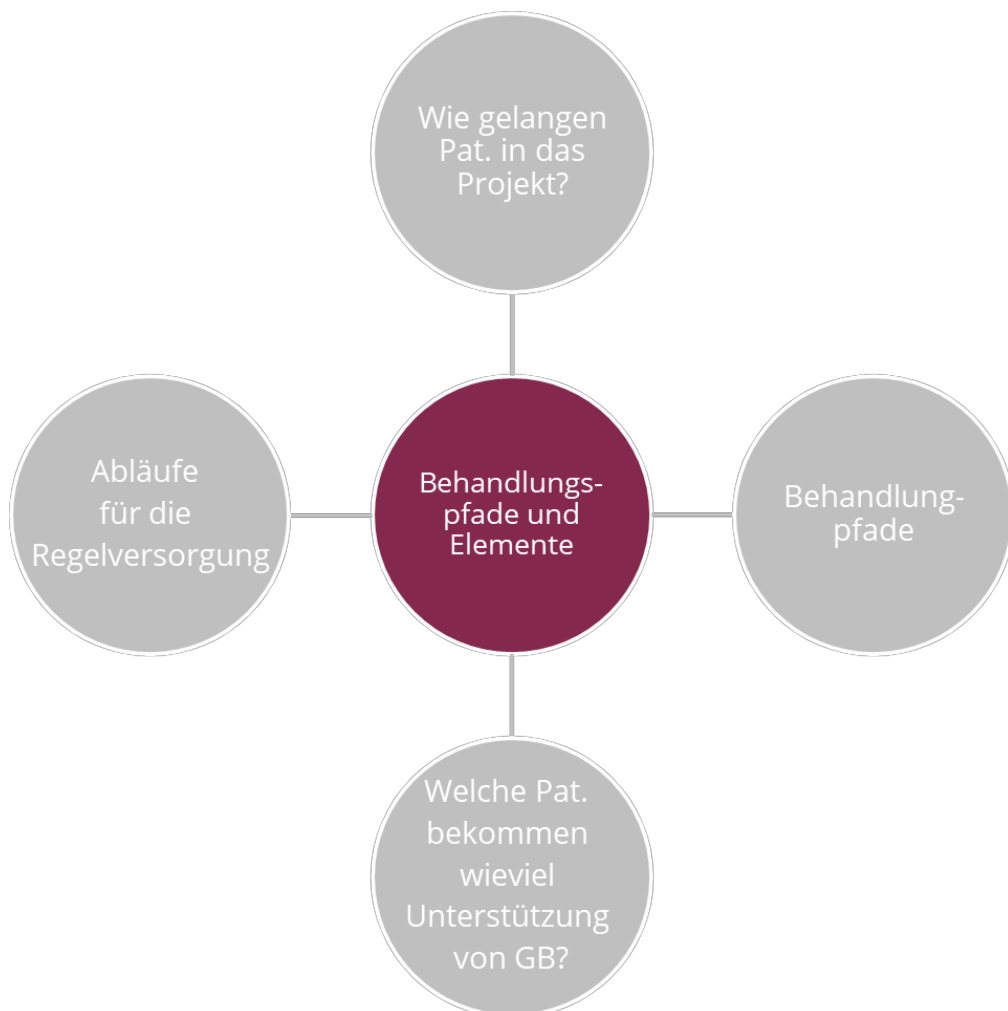
Evaluation & Beratung

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

Eingangssuntersuchungen 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

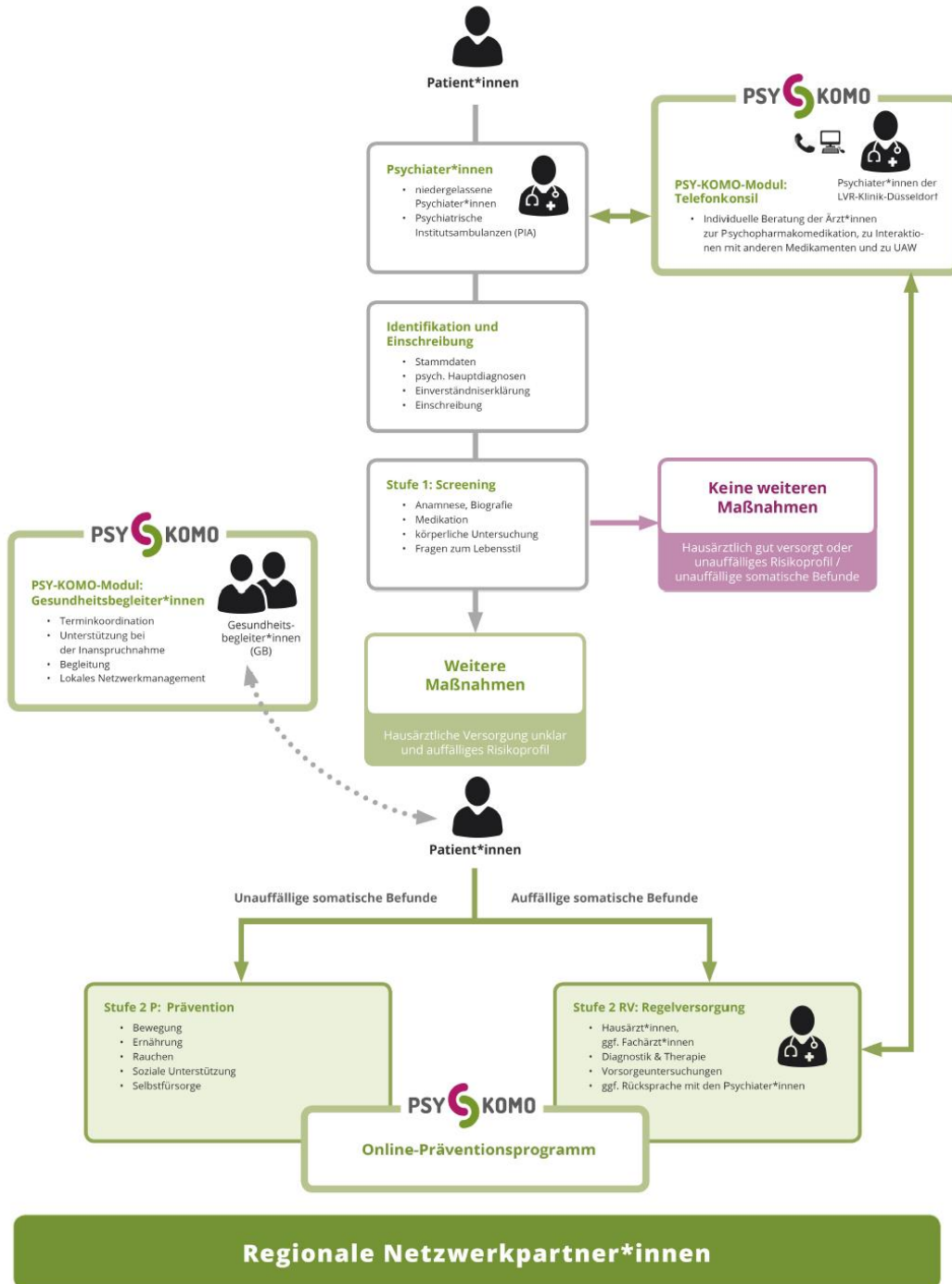
2. Weitere Maßnahmen

Unauffällige somatische Befunde:

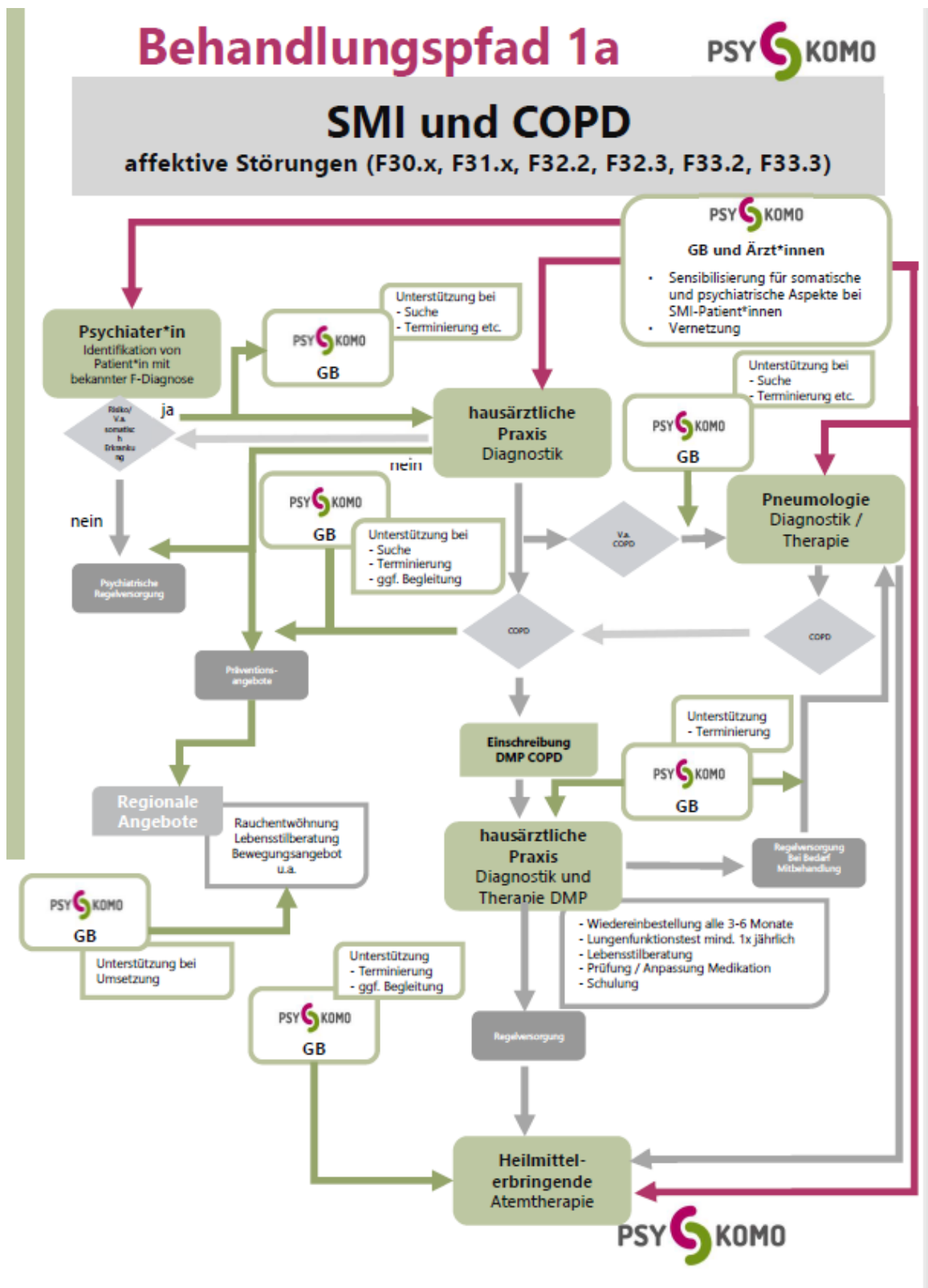
- Einbindung in Präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung (Unterstützung durch Gesundheitsbegleitung möglich)

Auffällige somatische Befunde:

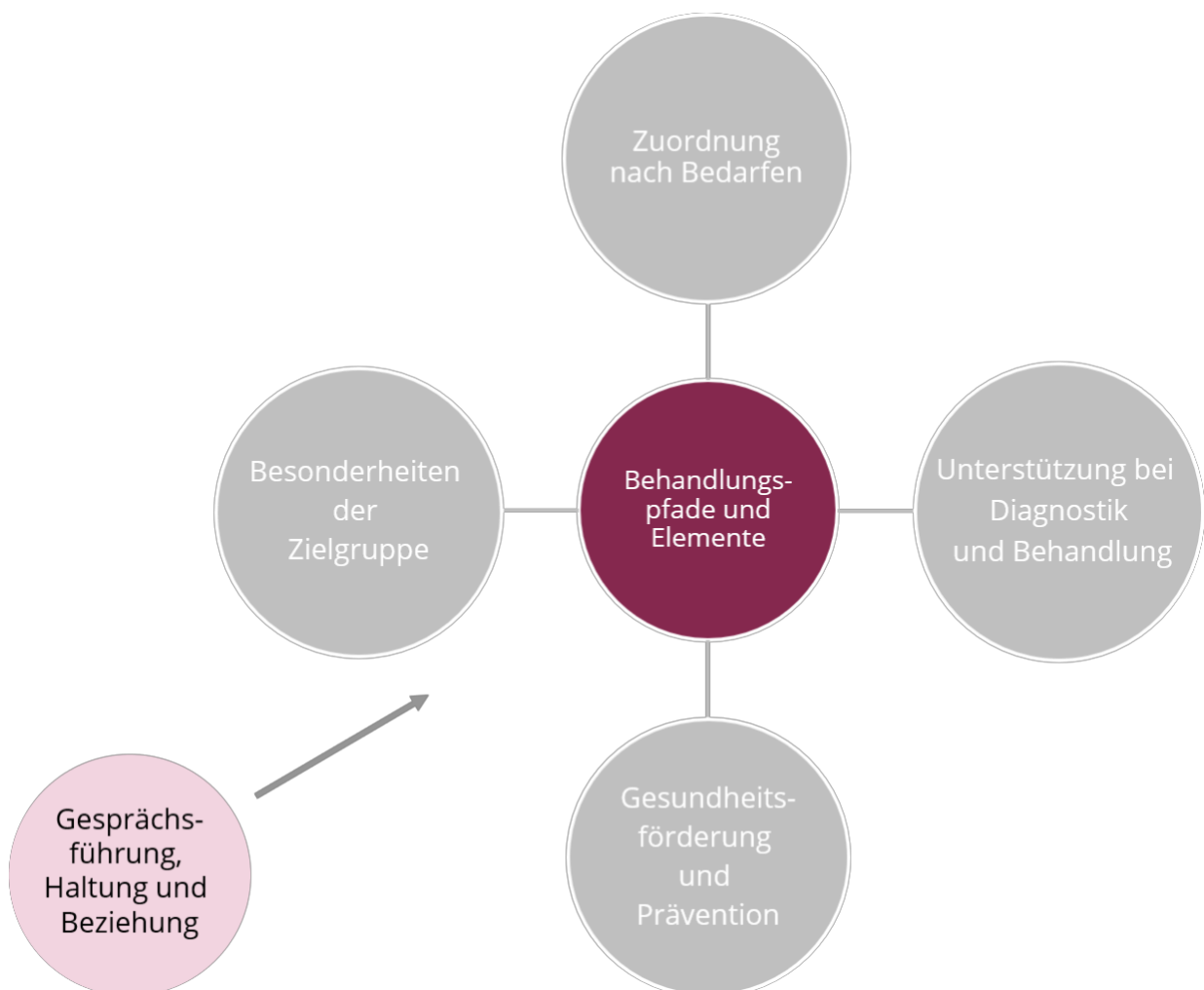
- Weitere Diagnostik, Vorsorgeuntersuchungen und Therapieabstimmung innerhalb der Regelversorgung (Unterstützung durch Gesundheitsbegleitung möglich)
- Einbindung in Präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung (Unterstützung durch GB möglich)
- Evtl. Einholen medizinischer (Telefon-) Konsile bezüglich 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 Behandlungsempfehlung	- 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

Verhaltensänderungen 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 Rauchentwöhnung 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 eigenständlichem 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 erbitten (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

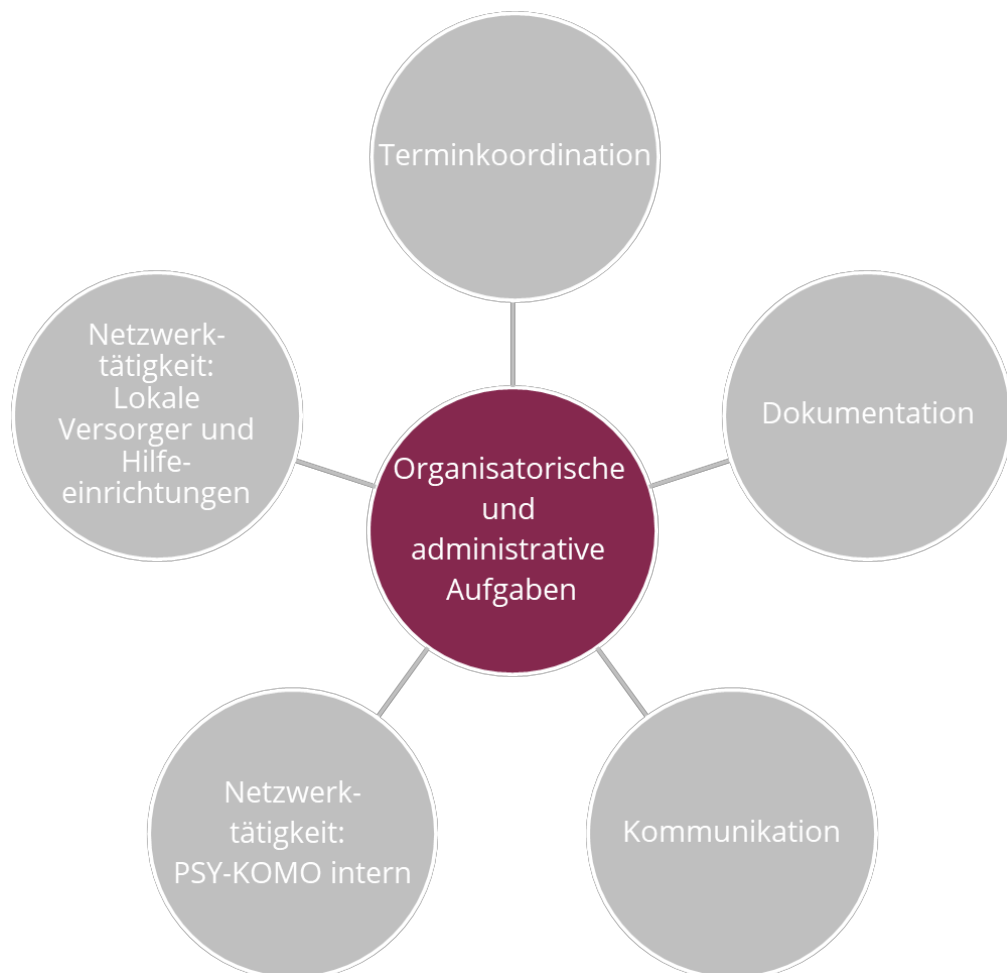
Akzeptierende Haltung gegenüber Hinderungsgründen ohne direkte Überzeugungsversuche

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-krankte-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)*
-

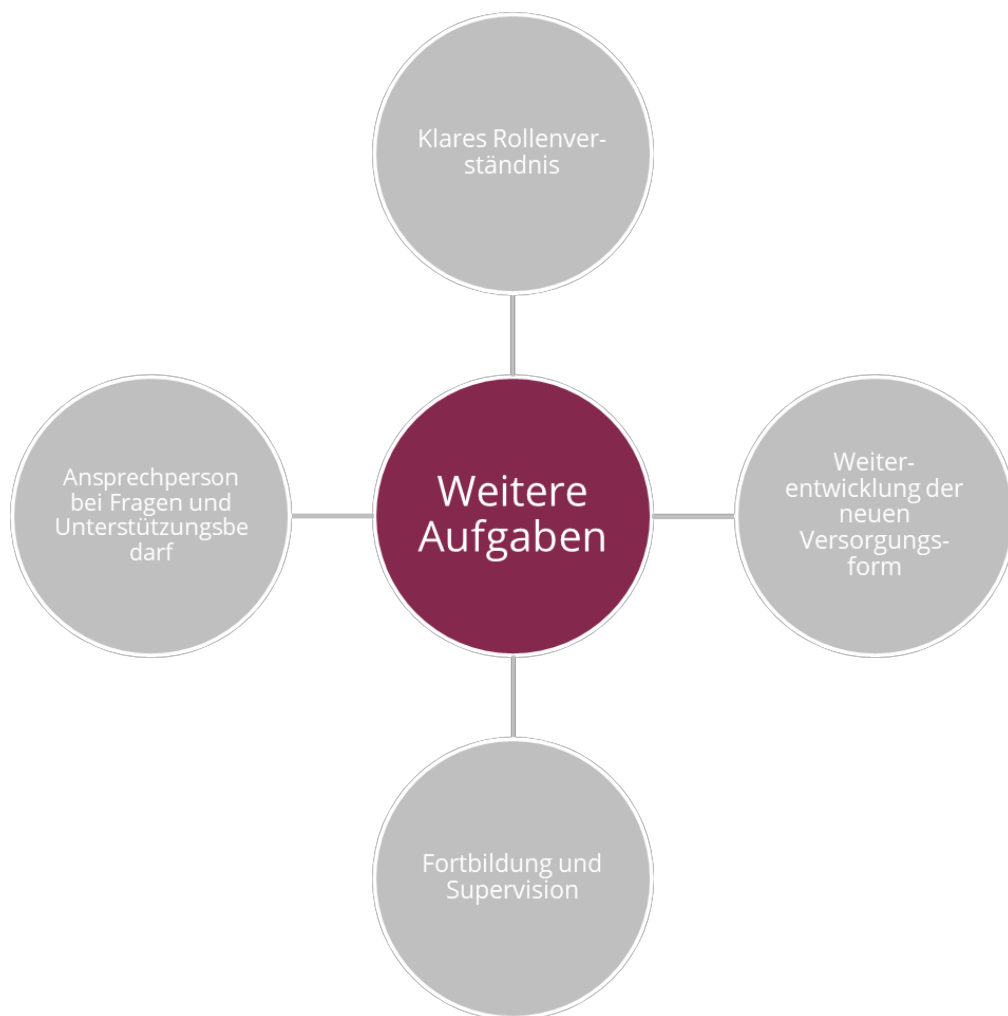
**Spezialkliniken /
Spezialambulanzen
verschiedener
Fachrichtungen**

**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. Intervention
- 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“

Gestaltungsmöglichkeiten 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 Bauch-aortenaneurysmen einmalig

..... Mit freundlichen Grüßen von Ihrem Praxisteam



3 Punkte sammeln auf ...

springermedizin.de/ eAkademie

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildungseinheit steht Ihnen als e.CME und e.Tutorial in der Springer Medizin e.Akademie zur Verfügung.

- e.CME: kostenfreie Teilnahme im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- e.Tutorial: Teilnahme im Rahmen des e.Med-Abonnements

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die in der e.Akademie erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME Zertifizierte Fortbildung

W. Hewer¹ · F. Schneider^{2,3}

¹ Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göppingen, Deutschland

² Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

³ JARA-BRAIN Institut 1, Forschungszentrum Jülich, Jülich, Deutschland

Somatische Morbidität bei psychisch Kranken

Zusammenfassung

Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen („severe mental illness“, SMI) sind über ihre psychischen Beeinträchtigungen hinaus auch gravierenden somatischen Risiken ausgesetzt, was u. a. in einer Verkürzung der Lebenserwartung in einer Größenordnung von ein bis zwei Dekaden zum Ausdruck kommt. Vor diesem Hintergrund werden in diesem Beitrag häufige somatische Komorbiditäten bei Patienten mit SMI vorgestellt (Herz-Kreislauf-, respiratorische und metabolische Erkrankungen). Dabei wird ein Schwerpunkt auf diejenigen klinischen Aspekte gesetzt, die im Alltag der psychiatrischen Versorgung von besonderem Interesse sind. Empfehlungen für eine Verbesserung der kurativen und präventiven somatischen Gesundheitsversorgung von Patienten mit SMI werden ausgesprochen. Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen auf, wie eng die Zusammenhänge zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit sind. Sie sind für die Weiterentwicklung der somatischen Medizin und ebenso von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik von besonderem Interesse.

Schlüsselwörter

Seelische Gesundheit · Somatische Komorbiditäten · Übersterblichkeit · Gesundheitsversorgung

Bei mindestens 30–50 % der psychiatrisch behandelten Patienten sind somatische Begleiterkrankungen nachweisbar

Im Blickpunkt stehen Patienten mit SMI (severe mental illness)

Die somatische Versorgung von SMI-Patienten lässt häufig erhebliche Defizite erkennen

Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrages ...

- haben Sie einen Überblick der insbesondere bei schwer psychisch kranken Menschen („severe mental illness“, SMI) vorliegenden somatischen Risikosituation und der damit einhergehenden Übersterblichkeit psychisch Kranker,
- kennen Sie die im psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungsalltag besonders relevanten somatischen Komorbiditäten,
- wissen Sie, welche somatischen Routineuntersuchungen bei Patienten mit SMI durchgeführt werden sollten,
- kennen Sie Möglichkeiten, den somatischen Gesundheitsstatus psychisch Kranker zu verbessern.

Hintergrund

Dass schwer und insbesondere chronisch psychisch Kranke neben ihrer psychiatrischen Morbidität auch hinsichtlich ihrer somatischen Gesundheit einem besonders erhöhten Risiko unterliegen, ist seit langem bekannt [1]. Gleichzeitig nehmen viele der Betroffenen nicht an der allgemeinmedizinischen Versorgung teil, d. h. der Kontakt zu psychiatrischen Institutionen ist häufig der einzige Zugang zum Gesundheitswesen. Somit stellt sich für Psychiater die Herausforderung, neben ihren fachspezifischen Tätigkeiten auch allgemeinmedizinische Aspekte bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen. Auch aus anderen Gründen, z. B. Differenzialdiagnostik und Therapie körperlich begründbarer psychischer Störungen, Berücksichtigung somatischer Aspekte bei der Psychopharmakotherapie, ist dies erforderlich [2]. Bei mindestens 30–50 % der psychiatrisch behandelten Patienten sind somatische Begleiterkrankungen in diagnostisch bzw. therapeutisch relevanter Ausprägung nachweisbar [3].

Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Beitrag ausgewählte, im Versorgungsalltag besonders relevante somatische Komorbiditäten vorgestellt. Dabei stehen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen – in der englischsprachigen Literatur üblicherweise als „severe mental illness“ (SMI) bezeichnet – besonders im Blickfeld. Auch wenn die Definition dieser Patientengruppe nicht einheitlich gehandhabt wird, so besteht Konsens, dass mit diesem Terminus die Einschränkung der sozialen Teilhabe von Menschen mit erheblich beeinträchtigenden Erkrankungen angesprochen ist, also insbesondere schizophrenen Erkrankungen, affektiven Störungen mit schwerem Verlauf, schweren Suchterkrankungen sowie ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen [4]. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass diese Patientengruppe auch in somatischer Hinsicht besonders hohen Risiken ausgesetzt ist, während andererseits ihre medizinische Versorgung häufig erhebliche Defizite erkennen lässt.

Somatic morbidity in the mentally ill

Abstract

In addition to psychosocial impairment, patients with severe mental illness (SMI) are exposed to substantial risks with respect to physical health. Their life expectancy is significantly shortened in the range of 1–2 decades. Against this background common medical comorbidities of this important group of patients are discussed (e.g. cardiovascular, respiratory and metabolic disorders) with a focus on those clinical aspects most relevant for everyday psychiatric practice. Potentials for improvement of curative and preventive health care are outlined. Current scientific and clinical knowledge on somatic health of patients with SMI provides evidence of close interactions between physical and mental health. Meeting the challenge of compromised physical health in this particular group of patients might be a relevant topic for further conceptual development of psychiatry, psychotherapy und psychosomatic medicine.

Keywords

Mental health · Medical comorbidity · Excess mortality · Health care

Sterblichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Epidemiologische Daten zur Mortalität psychisch Kranker charakterisieren die Risikosituation der Betroffenen eindrücklich, deshalb werden nachfolgend einige in diesem Kontext wesentliche Aspekte zusammengefasst:

Eine sog. Übersterblichkeit psychisch Kranker wurde bereits in der Zeit vor Einführung der heute angewandten Psychopharmaka nachgewiesen [1]. Aufgrund einer aktuellen Metaanalyse ist das globale Sterblichkeitsrisiko bei psychisch Kranken auf etwa das Doppelte der Allgemeinbevölkerung erhöht [5].

Die Übersterblichkeit psychisch Kranker ist teilweise (bis zu 40 %) auf eine Häufung unnatürlicher Todesursachen (Suizid, Unfälle) zurückzuführen, allerdings gehen etwa 60 % (und mehr) zulasten eines erhöhten Risikos für natürliche Todesfälle [6]. Die erhöhte Sterblichkeit wird wesentlich durch **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** determiniert, was vor dem Hintergrund einer Häufung entsprechender Risikofaktoren plausibel erscheint [6, 7].

Die Erhöhung der Sterblichkeitsrisiken fällt bei Patienten mit SMI – z. B. bei schizophren [8] oder bipolar Erkrankten [9] sowie bei Patienten mit Borderline-Erkrankung [10] – besonders deutlich aus. Die Angaben in der Literatur zur Verkürzung der Lebenserwartung bei schizophren Erkrankten bewegen sich im Mittel in einer Größenordnung von 10 bis 20 Jahren [8, 11]. Angesichts solcher Zahlen liegt es nahe, die Schizophrenie als eine die Lebenszeit wesentlich verkürzende Erkrankung („**life shortening disease**“) zu bezeichnen [12].

Es scheint sich eine „öffnende Schere“ in Bezug auf die Sterblichkeit von SMI-Patienten zu entwickeln („**widening mortality gap**“). Damit ist eine Konstellation gemeint, wie sie z. B. in Erhebungen in Kanada und Australien festgestellt wurde: Während in der Allgemeinbevölkerung die Lebenserwartung in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich zugenommen hat, wurde dies bei der genannten Patientengruppe nicht beobachtet [6, 11].

Bemerkenswert ist, dass die Sterblichkeit bei SMI-Patienten in Bezug auf bestimmte Krankheitsgruppen unabhängig von der Inzidenz erhöht ist. Aktuelle Befunde aus Dänemark beschreiben dies in Bezug auf die Letalität bei Infektionen, beruhend auf der Auswertung der Verläufe bei allen wegen Infektionen hospitalisierten Personen in der Zeit von 1995 bis 2011 ($n > 800.000$). Am häufigsten waren Todesfälle infolge respiratorischer und Harnwegsinfektionen sowie von Sepsis. Bei SMI-Patienten war das Sterblichkeitsrisiko innerhalb von 30 Tagen nach Krankheitsbeginn um 50 % erhöht. Dabei waren die relativen Risiken bei unter 50-jährigen Personen und bei fehlenden Komorbiditäten am höchsten. Es zeigte sich eine erfreuliche Abnahme der Risiken im Laufe des Untersuchungszeitraums. Die Gründe hierfür sind ebenso wie für die erhöhte Sterblichkeit bei SMI-Patienten bisher nicht genau definiert. Es liegt jedoch nahe, mit den Autoren der Studie zu vermuten, dass bestimmte diagnostische und therapeutische Abläufe betreffende Variablen (z. B. patienten- oder arztseitige Verzögerungen bei der Diagnosestellung) wesentliche Einflussfaktoren darstellen dürften [13].

Vergleichbar ist die Befundlage bei Krebserkrankungen. Die Studienlage in Bezug auf die Inzidenz maligner Erkrankungen ist uneinheitlich [6, 14]. Es liegen jedoch Daten aus Kanada und Australien vor, wonach die Rate tödlicher Verläufe bei komorbider SMI um ca. 30 % erhöht ist. Eine höhere Wahrscheinlichkeit eines schon weiter **fortgeschrittenen Krankheitsstadiums** bei Diagnosestellung und die seltenere Anwendung spezieller onkologischer Behandlungsverfahren könnten eine Erklärung für die ungünstigere Prognose bei SMI-Patienten darstellen [15, 16]. Möglicherweise profitieren Patienten mit SMI nicht in dem Maße wie psychisch Gesunde von speziellen onkologischen Behandlungsverfahren.

Die Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit Psychopharmaka und Mortalitätsrisiken sind besonders komplex. Auch wenn unerwünschte Arzneimittelwirkungen gravierende, in Einzelfällen sogar fatale somatische Folgen haben können, so bedeutet dies noch nicht zwangsläufig, dass die Behandlung mit Psychopharmaka mit einer globalen Erhöhung des Mortalitätsrisikos verbunden sein muss. Nicht nur aufgrund der Daten einer großen finnischen Studie ist anzunehmen, dass eine adäquate Psychopharmakotherapie protektive Effekte in Bezug auf die körperliche Gesundheit hat [17].

Dennoch muss angesichts unerwünschter Arzneimittelwirkungen, insbesondere der Antipsychotika, sowie möglicherweise von Hirnvolumenverlusten infolge der kumulativen Dosis antipsychotischer Medikation [18] die **Vorgehensweise in der Rezidivprophylaxe** (Dauermedikation vs.

Das globale Sterblichkeitsrisiko ist bei psychisch Kranken auf etwa das Doppelte der Allgemeinbevölkerung erhöht

Die Erhöhung der Sterblichkeitsrisiken fällt bei Patienten mit SMI besonders deutlich aus

Patienten mit SMI profitieren möglicherweise weniger von speziellen onkologischen Behandlungsverfahren

Eine Psychopharmakotherapie ist nicht zwangsläufig mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden

Tab. 1 Komorbide somatische Erkrankungen bei Patienten mit bipolaren Störungen [9]^a

Komorbide Erkrankung	Lebenszeitprävalenz (%)	Odds Ratio: Bipolar-I-Patienten/psychisch Gesunde
Kardiovaskuläre Erkrankungen	26	
– Arrhythmien		1,62
– Periphere Gefäßerkrankung		2,16
– Hypertonie	24	1,23
– Schlaganfall	3	2,85
Endokrinologische Erkrankungen	29	
– Diabetes mellitus (mit Komplikationen)	11	1,54
– Hypothyreose		2,57
– Adipositas	18	2,63
Muskuloskeletale Erkrankungen	63	
– Arthritis	19	1,62
– Rückenschmerzen		1,51
Renale Erkrankungen	7	
– Nierenversagen		2,31
Gastrointestinale Erkrankungen	35	
– Lebererkrankung		3,97
– Pankreatitis	2	2,53
Neurologische Erkrankungen	35	
– Kopfschmerzen/Migräne	9	2,47
Lungenerkrankungen	25	
– Chronische Lungenerkrankung		2,32
– Asthma	18	2,67
Infektionen		
– AIDS		9,53
– Chronische Eierstockentzündung		2,17

^aLebenszeitprävalenzen sind in der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen nicht für alle Diagnosen aufgeführt. Standardfehler und Konfidenzintervalle wurden aus Gründen der Übersicht nicht übernommen

Intervalltherapie) der Schizophrenie neu überdacht werden. Dafür spricht auch, dass die aktuelle Studienlage zum Vergleich einer antipsychotische Dauermedikation mit einer Intervalltherapie hinsichtlich der Rückfallrate nicht einheitlich ist [19, 20, 21].

Ausgewählte somatische Komorbiditäten

Angeichts der referierten Daten zur Mortalität verwundert es nicht, dass sich bei SMI-Patienten in Bezug auf viele somatische Komorbiditäten erhöhte Prävalenzen finden; exemplarisch hierfür sind die in **Tab. 1** zusammengestellten Zahlen für Patienten mit Bipolar-I-Störungen. Nachfolgend werden ausgewählte Erkrankungen vorgestellt unter Berücksichtigung ihrer Relevanz im Alltag der psychiatrischen Krankenversorgung. Im vorgegebenen Rahmen ist eine Beschränkung auf einige besonders wichtige Erkrankungen unvermeidlich, entsprechend ihrer Häufigkeit stehen dabei kardiovaskuläre Erkrankungen im Vordergrund. Schlaglichtartig werden in diesem Beitrag speziell in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik besonders zu beachtende Aspekte in den Fokus gerückt. Bezüglich einer systematischen Darstellung der besprochenen Krankheitsbilder sei auf die aktuelle Fachliteratur verwiesen, insbesondere auch auf die für die meisten somatischen Erkrankungen vorliegenden Behandlungsleitlinien (www.awmf.org). Vertiefte Ausführungen zum Thema dieses Beitrags finden sich auch in entsprechenden Übersichtsartikeln [2, 3, 6, 14, 22, 23, 24].

Kardiovaskuläre Erkrankungen stehen im Vordergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wie in der Allgemeinbevölkerung stellen kardiovaskuläre Leiden die häufigsten somatischen Komorbiditäten bei psychisch Kranken dar. Unter dem Aspekt ihrer Häufigkeit bzw. der prognostischen Implikationen sind unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen folgende Krankheitsbilder besonders zu beachten:

Koronare Herzkrankheit

Nach aktuellen epidemiologischen Daten hat die Zahl der Todesfälle an der ischämischen Herzkrankheit (chronische Verläufe und akuter Herzinfarkt) in Deutschland zwischen 2003 und 2013 spürbar abgenommen, gleichwohl stellt die koronare Herzkrankheit (KHK) nach wie vor die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft dar. Die Lebenszeitprävalenz beträgt – abhängig vom Sozialstatus – bei Frauen 2,7–10,0 %, bei Männern 9,2–17,9 %. Bemerkenswert ist dabei eine bei **niedrigem Sozialstatus** etwa doppelt so hohe Prävalenz wie bei hohem Sozialstatus [25]. Epidemiologische Daten zur Häufigkeit der KHK und der Zahl der durch sie bedingten Todesfälle liegen für SMI-Patienten aus Deutschland nicht vor. Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur ist jedoch zu vermuten, dass die Prävalenz signifikant erhöht ist [7].

Die klassische Symptomatik der KHK besteht bekanntlich in einer durch Belastung induzierten **Angina pectoris**, nicht selten dominiert jedoch weniger der Brustschmerz denn eine Belastungs-dyspnoe. Die Erkrankten können jedoch auch asymptomatisch bleiben, sogar beim Auftreten myokardialer Ischämien („stumme Myokardischämie“). Eine sehr häufige somatische Fragestellung bei Patienten mit psychischen Störungen betrifft die Einordnung thorakaler Beschwerden. Dabei stehen orthopädische Probleme deutlich an erster Stelle, gefolgt von der KHK, psychischen Störungen und Erkrankungen der Atemwege [25].

Bei der Einordnung entsprechender Symptomatik im klinischen Alltag können einfach zu erhebende Merkmale – wie im „**Marburger Herz-Score**“ – zusammengefasst – eine diagnostische Zuordnung erleichtern. In diesen für den hausärztlichen Bereich entwickelten Score gehen neben Alter und Geschlecht das Merkmal der Belastungsabhängigkeit und der fehlenden Reproduzierbarkeit durch Palpation ein ([25]; S. 25). Ein weiteres Merkmal betrifft die Vermutung des Patienten, „dass der Schmerz vom Herzen kommt“. Es liegen empirische Daten vor, wonach dies mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer KHK assoziiert ist. Ob dieses Kriterium auch für Patienten mit psychischen Störungen (also auch Patienten mit Angst- und somatoformen Störungen) uneingeschränkt gilt, erscheint jedoch fraglich. Zu beachten sind auch die Vortestwahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer **stenosierenden KHK**. Diese variieren, abhängig von Alter, Geschlecht und Art des Brustschmerzes (anginös vs. atypisch vs. nichtanginös) zwischen 5 % (Frauen 30–39 Jahre mit nichtanginösen Schmerzen) und 93 % (Männer > 80 Jahre mit anginösem Thoraxschmerz; [25]).

Bei nachgewiesener KHK kann anhand einer Reihe von Merkmalen (u. a. bestimmte Komorbiditäten, Schweregrad der Angina pectoris) eine prognostische Stratifizierung erfolgen. Die nach einem entsprechenden Score berechnete Wahrscheinlichkeit, dass innerhalb eines Jahres der Tod eintritt bzw. es zu einem Herzinfarkt kommt, variiert zwischen 1 und 45 % [25]. Die entsprechende Nationale Versorgungsleitlinie umfasst weiterhin detaillierte Aussagen zur konservativen und invasiven Therapie der KHK, wobei die Verbesserung der Prognose sowie auch die Beeinflussung beeinträchtigender Symptome als Therapieziele gleichermaßen relevant sind. Bei der Pharmakotherapie sind Thrombozytenaggregationshemmer, Statine und Betablocker die wichtigsten Stoffgruppen. Es sei noch erwähnt, dass in der Leitlinie die Notwendigkeit, bei der Therapieplanung psychische Komorbiditäten (insbesondere Depressionen und Angststörungen) adäquat zu berücksichtigen, hervorgehoben wird.

Herzinsuffizienz

Bei der Herzinsuffizienz, der ganz unterschiedliche Erkrankungen zugrunde liegen können, ist neben der systolischen Herzinsuffizienz auch die diastolische Funktionsstörung zu beachten. Bei der Diagnostik kommt nach der klinischen Untersuchung der **Echokardiographie** ein hoher Stellenwert zu [26]. **Ödeme** sind zwar ein Leitsymptom der Herzinsuffizienz, können jedoch auch zahlreiche andere Ursachen haben (z. B. chronisch venöse Insuffizienz, pharmakogene Ödeme).

Die KHK ist nach wie vor die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft

Bei der Einordnung thorakaler Beschwerden stehen orthopädische Probleme deutlich an erster Stelle

Bei der Pharmakotherapie sind Thrombozytenaggregationshemmer, Statine und Betablocker die wichtigsten Stoffgruppen

Neben der systolischen Herzinsuffizienz ist auch die diastolische Funktionsstörung zu beachten

ACE-Hemmer, Betablocker und Diuretika sind die Basis der Pharmakotherapie der systolischen Herzinsuffizienz

Die häufigste behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörung ist das Vorhofflimmern

In vielen Fällen kann eine Verlängerung der QTc-Dauer durch Kalium- bzw. Magnesiumsubstitution korrigiert werden

Vor der Messung ist eine 3–5 min dauernde Ruhepause einzuhalten

Deshalb ist die verbreitete Praxis, bei peripheren Ödemen eine Therapie mit Diuretika einzuleiten, ohne dass weitere Hinweise auf eine Herzinsuffizienz vorliegen, kritisch zu hinterfragen.

Eine moderne Therapie der Herzinsuffizienz verfolgt einen multimodalen Ansatz, der u. a. medikamentöse, chirurgische und nichtmedikamentöse Maßnahmen umfasst und auch psychosoziale Aspekte einbezieht. ACE („angiotensin converting enzyme“) -Hemmer, Betablocker und Diuretika stellen nach wie vor die Basis der Pharmakotherapie der systolischen Herzinsuffizienz dar [27]. Für die medikamentöse Behandlung der diastolischen Herzinsuffizienz existieren keine leitliniengestützten Empfehlungen, wobei der Blutdruckkontrolle bei den in der Mehrzahl hypertensiven Patienten und einem an der Symptomatik orientierten Einsatz von Diuretika ein wichtiger Stellenwert zukommt [28]. Verschiedene therapeutische Innovationen sind zu beachten. Diese werden vermutlich in der sich aktuell stattfindenden Revision der Nationalen Versorgungsleitlinie neue Akzente setzen [29].

Herzrhythmusstörungen

Die häufigste behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörung ist das Vorhofflimmern. Einerseits sind hier die für die Prophylaxe von Thrombembolien geltenden Richtlinien zu beachten. Als probates Instrument zur Einschätzung des Schlaganfallrisikos gilt dabei der **CHA₂DS₂-VASc-Score**, in den neben dem Lebensalter (65–74 Jahre 1 Punkt, ab 75. Lebensjahr 2 Punkte), kardiovaskuläre Vorerkrankungen bzw. Risikofaktoren sowie – mit einem Punkt – das weibliche Geschlecht eingehen [30]. Die Punktzahl variiert zwischen 0 und 9, bei einem Score 1 ist die Behandlungsindikation für **Antikoagulanzen** unklar, ab einem Punktwert von 2 ist sie gegeben, wobei ggf. bestehende Kontraindikationen berücksichtigt werden müssen. Zweites wichtiges Behandlungsziel ist die **Frequenzkontrolle**, d. h. die Vermeidung brady- bzw. tachykarder Zustände. Diesbezüglich ist die Bestimmung des Pulsdefizits eine ohne besonderen Aufwand durchführbare aussagekräftige Untersuchung (gleichzeitige Frequenzmessung durch Herzauskultation und Pulspalpation). Ob Maßnahmen zur Wiederherstellung des Sinusrhythmus indiziert sind, sollte ggf. unter Einbeziehung kardiologischer Expertise entschieden werden.

Weiterhin sind solche Arrhythmien zu beachten, die mit dem Risiko von Synkopen oder eines plötzlichen Herztodes einhergehen (z. B. höhergradige atrioventrikuläre (AV-)Blockierungen, Kammertachykardien). Bei der diesbezüglich relevanten **Messung der QTc-Zeit** dürfen methodische Probleme nicht unbeachtet bleiben (z. B. bei Artefaktüberlagerungen, bei Vorliegen unspezifischer Veränderungen des ST-T-Segments; wenn überhaupt, dann nur stark eingeschränkte Verwertbarkeit dieses Parameters bei Rechts- oder Linksschenkelblock). Weiterhin ist von eminenter klinischer Bedeutung, dass in vielen Fällen eine Verlängerung der QTc-Dauer durch Kalium- bzw. Magnesiumsubstitution korrigiert werden kann [31]. Dies betrifft auch Fälle, in denen die Serumkonzentrationen beider Elektrolyte nur grenzwertig erniedrigt sind bzw. im unteren Normbereich liegen. In dem Zusammenhang sei daran erinnert, dass sich der überwiegende Anteil von Kalium und Magnesium im intrazellulären Kompartiment befindet und somit die Serumkonzentrationen dieser Elektrolyte den Gesamtkörpergehalt nur eingeschränkt abbilden.

Arterielle Hypertonie

Auch wenn die Literatur zur Frage, ob die Prävalenz der arteriellen Hypertonie in psychiatrischen Kollektiven erhöht ist [32] oder nicht [14], nicht einheitlich ist, ist diese Erkrankung aufgrund ihrer weiten Verbreitung in der Bevölkerung unabhängig davon im psychiatrischen Alltag hoch relevant. Angesprochen ist einerseits die herausragende Bedeutung einer **wirksamen Blutdruckkontrolle** in Bezug auf den Erhalt der kardiovaskulären und speziell der Hirngesundheit, also auch der Prävention von Schlaganfällen und Demenzen [33, 34]. Andererseits besteht in Verbindung mit psychischen Erkrankungen häufiger ein Anpassungsbedarf hinsichtlich der antihypertensiven Behandlung (z. B. aufgrund pharmakodynamischer Wechselwirkungen; Beispiel: blutdrucksenkende Effekte von Clozapin, die bei gleichzeitiger Verordnung von Antihypertensiva v. a. bei Neueinstellung erhebliche Auswirkungen haben können).

Auch wenn die für die Blutdruckmessung relevanten Kautelen allgemein bekannt sein sollten, werden sie in der Praxis häufig nicht adäquat berücksichtigt, häufig werden sogar Blutdruckmessungen gänzlich unterlassen [35]. Deshalb sei an dieser Stelle an leitliniengestützte Empfehlungen dazu erinnert [36]: Bezogen auf den sog. Praxisblutdruck beinhalten diese u. a. das Einhalten einer 3–5 min dauernden Ruhepause vor der Messung, die Definition geeigneter Manschettenbreiten

unter Berücksichtigung des Oberarmumfangs und Messungen nach 1 und nach 3 min im Stehen, um das mögliche Vorliegen einer orthostatischen Hypotonie zu berücksichtigen.

Eine aktuelle Metaanalyse [33] kommt zu der eindeutigen Aussage, dass bei der Hochdruckbehandlung grundsätzlich systolische Werte unter 130 mmHg angestrebt werden sollten, um das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse bestmöglich zu reduzieren. Ein weiteres Ergebnis betrifft die angewandten Pharmaka: Betablocker schneiden bezüglich der erzielten Risikominderung ungünstiger ab als die anderen gängigen Substanzen, also ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Kalziumantagonisten sowie Diuretika. Möglicherweise wird der Stellenwert der Betablocker als Basistherapeutika neu zu bewerten sein [37]. Die Forderung nach einer konsequenten Blutdrucksenkung unter den genannten Grenzwert darf jedoch nicht unreflektiert umgesetzt werden. Zu berücksichtigen ist ein erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei strikter Blutdruckeinstellung (Synkopen, Nierenversagen, Elektrolytstörungen), weswegen die Patienten einer engmaschigen Überwachung bedürfen [37]. Besonders multimorbide Alterspatienten sind hier gefährdet, sodass bei ihnen Blutdruckwerte unter 120/70 mmHg nicht unterschritten werden sollten [38]. Dazu passend berichtete eine neuere italienische Studie über eine stärkere Abnahme der Mini-Mental-Status-Scores bei antihypertensiv behandelten Patienten mit kognitiven Störungen, wenn die systolischen Blutdruckwerte unter 128 mmHg lagen, verglichen mit den Patienten mit höheren Werten [39].

Arterielle Durchblutungsstörungen und venöse Thrombembolien

Neben arteriellen Durchblutungsstörungen des Gehirns bzw. der peripheren Gefäße, die in Verbindung mit den erhöhten vaskulären Risiken bei psychisch Kranken zu beachten sind, verdienen venöse Thrombembolien besondere Beachtung, und zwar v. a. wegen erhöhter Thromboserisiken, z. B. bei Einnahme bestimmter Antipsychotika und eingeschränkter Mobilität bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Stupor, ausgeprägte Antriebsminderung) [3, 23, 24].

Therapiekonzepte

Die referierten Daten zur KHK-Sterblichkeit sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass der medizinische Fortschritt der letzten zwei Jahrzehnte wesentliche Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit sich gebracht hat. Moderne Therapiekonzepte umfassen auf den Lebensstil bezogene, pharmakologische und interventionelle Maßnahmen, die eine gezielte Beeinflussung der bekannten Risikofaktoren einschließen (Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen etc.). Die große Mehrzahl der dazu vorliegenden Studien spricht dafür, dass die Prognose verbessernde medizinische Interventionen bei Patienten mit SMI seltener als bei psychisch Gesunden zur Anwendung kommen [7, 40]. Wie diesem Versorgungsdefizit begegnet werden könnte, wird im Abschnitt „Allgemeinmedizinische Versorgung psychisch Erkrankter – Ausblick“ aufgegriffen.

Weitere Erkrankungen

Respiratorische Erkrankungen

Respiratorische Erkrankungen (Pneumonien, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung) sind bei Patienten mit SMI häufig und tragen wesentlich zur erhöhten Sterblichkeit dieser Patientengruppe bei. Entscheidender Risikofaktor dürfte das bei dieser Patientengruppe stark verbreitete **Zigarettenrauchen** sein.

In Abschnitt „Sterblichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ wurden Befunde referiert, wonach die Sterblichkeit von SMI-Patienten an akuten Infektionen überproportional hoch ist. Die häufigsten schweren Infektionen sind Pneumonien, die sich in einem breiten Spektrum klinischer Konstellationen (mutmaßliche Erreger, prädisponierende Faktoren, Begleiterkrankungen, ambulant vs. klinisch erworben) manifestieren. Durch eine frühe antibiotische Behandlung (idealerweise <4 h nach Symptombeginn) ist eine Verbesserung der Prognose zu erwarten. Wichtig ist deshalb die Einschätzung des Komplikationsrisikos anhand klinischer Merkmale: Atemfrequenz $\geq 30/\text{Min.}$, Hypotonie, d. h. Blutdruck $< 90/60$ mmHg, Bewusstseinsstrübung, Alter ≥ 65 Jahre (sog. CRB-65-Index). Liegen eines oder mehrere dieser Merkmale oder sonstige Anhaltspunkte für eine akute somatische Gefährdung vor, muss die Indikation für eine stationäre internistische Behandlung unverzüglich geprüft werden [41].

Bei der Hochdruckbehandlung sollten grundsätzlich systolische Werte unter 130 mmHg angestrebt werden

Zu berücksichtigen ist andererseits ein erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei strikter Blutdruckeinstellung

Moderne Therapiekonzepte umfassen auf den Lebensstil bezogene, pharmakologische und interventionelle Maßnahmen

Respiratorische Erkrankungen tragen wesentlich zur erhöhten Sterblichkeit von SMI-Patienten bei

Die häufigsten schweren Infektionen sind Pneumonien

Die COPD ist eine der häufigsten und komplikationsträchtigsten somatischen Komorbiditäten bei SMI-Patienten

Sedierend wirkende Pharmaka können die schlafbezogene Störung der Atemregulation in einer vital bedrohlichen Weise verstärken

Das Risiko schizophrener Patienten, infolge einer Bolusaspiration zu versterben, ist zehnfach erhöht

10–20 % der Patienten mit SMI leiden unter einem Typ-2-Diabetes

Die Diagnosestellung beruht auf der Bestimmung des HbA1c ($\geq 6,5\%$) oder der venösen Plasmaglukose

Wesentlich (mit)bedingt durch die weite Verbreitung des Rauchens stellt die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) eine der häufigsten und komplikationsträchtigsten somatischen Komorbiditäten bei SMI-Patienten dar [6, 9]. Häufig bleibt die Erkrankung bis in fortgeschrittene Stadien undiagnostiziert, umso wichtiger erscheint der Hinweis, dass die Diagnosestellung unter Berücksichtigung von Klinik und Lungenfunktion, eventuell ergänzt durch eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane, relativ einfach ist [42]. Besonders zu beachten sind Exazerbationen im Rahmen von Infekten, die potenziell lebensbedrohlich verlaufen können. Die Risiken sind naturgemäß in fortgeschrittenen Krankheitsstadien am höchsten. Insbesondere bei schwer Erkrankten sollten unter präventiven Aspekten eine **jährliche Grippeimpfung** und die einmalig stattfindende Pneumokokkenimpfung nicht unterlassen werden [43].

Wenn bei COPD eine respiratorische Insuffizienz besteht – vor allem bei Vorliegen einer Globalinsuffizienz (Hypoxämie und Hyperkapnie) – ist die Gefahr einer **Atemdepression** bei medikamentöser Sedierung zu beachten. Dies gilt gleichfalls für eine weitere häufig unerkantet bleibende, vor allem – aber nicht nur – bei adipösen Personen verbreitete Störung, das **obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS)**. Sedierend wirkende Pharmaka können die schlafbezogene Störung der Atemregulation in einer u. U. vital bedrohlichen Weise verstärken. Darüber hinaus muss auf die bei OSAS häufigen, v. a. kardiovaskulären Komorbiditäten geachtet werden (v. a. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen). Nach einer aktuellen Metaanalyse ist die Prävalenz des OSAS in psychiatrischen Populationen sehr hoch und beträgt in klinischen Stichproben von SMI-Patienten ca. 25 % und in Kohortenstudien ca. 10 % [44].

Ein relativ seltenes, aber aufgrund der damit verbundenen akuten vitalen Bedrohung hoch relevantes Krankheitsbild ist die Bolusaspiration. Diese wird gehäuft in psychiatrischen Einrichtungen v. a. bei chronisch Kranken beobachtet. Nach neuen US-amerikanischen Daten ist das Risiko schizophrener Patienten, infolge einer Bolusaspiration zu versterben, gegenüber der Allgemeinbevölkerung zehnfach erhöht. Erhöhte Risiken wurden ferner bei hirnorganisch Erkrankten festgestellt [45]. Die Kenntnis der mit der Bolusaspiration verbundenen Risiken ist wegen der erforderlichen präventiven Maßnahmen (Beachtung medikamentöser Risikofaktoren, angemessene Überwachung der Nahrungsaufnahme bei gefährdeten Patienten, Training von Notfallmaßnahmen) von Bedeutung [23].

Diabetes mellitus

In Deutschland sind etwa 7 % der Bevölkerung an Diabetes erkrankt, 80–90 % davon an Typ-2-Diabetes [46]. In der 5. Lebensdekade beträgt die Prävalenz des Typ-2-Diabetes 1–2 %, ab dem 50. Lebensjahr steigt sie stark an [47]. Es existiert eine umfangreiche Literatur zur Epidemiologie des Diabetes bei psychisch Kranken. Eine Studie aus Dänemark ergab, dass etwa 10–20 % der Patienten mit SMI unter einem Typ-2-Diabetes leiden [48].

Als gesichert gelten kann ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen Diabetes und Depression. An Diabetes Erkrankte haben ein verdoppeltes Risiko an einer Depression zu erkranken, umgekehrt ist bei Vorliegen einer affektiven Erkrankung die Prävalenz des Diabetes mellitus erhöht (■ Tab. 1; [49]). Ebenso ist für schizophrene Erkrankte ein auf das Zweifache erhöhte Diabetesrisiko feststellbar [49]. Mit der Erkrankung assoziierte **Sekundärfaktoren** (Psychopharmaka, Adipositas, Bewegungsmangel) spielen zweifellos eine wesentliche Rolle für die Häufung des Diabetes sowohl bei affektiven als auch schizophrenen Erkrankungen. Sie erklären jedoch nicht die gesamte Varianz der erhöhten Prävalenz. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang Beobachtungen, wonach bereits bei Erstmanifestation einer Schizophrenie, also vor Beginn der Behandlung mit Psychopharmaka, bei den Patienten gehäuft eine Störung des Glukosemetabolismus vorliegen könnte [50].

Die Diagnosestellung beruht nach einem aktuellen Algorithmus neben Anamnese und klinischem Befund (wobei asymptomatische Verläufe zu beachten sind) wesentlich entweder auf der Bestimmung des HbA1c ($\geq 6,5\%$) oder der venösen Plasmaglukose (Nüchternblutzucker ≥ 126 mg/dl und/oder 2-Stunden-Wert von ≥ 200 mg/dl im oralen Glukosetoleranztest). Zu beachten ist, dass mit Blutzuckerselbstmessgeräten bestimmte Werte nicht als ausreichend zuverlässig für die Diagnosestellung gelten. Wenn ein Diabetes mellitus laborchemisch bestätigt wurde, schließt sich eine eingehende Untersuchung an mit dem Ziel, relevante Begleit- und Folgeerkrankungen zu erfassen [46].

Die antidiabetische Therapie hat neben der Vermeidung von Akutkomplikationen das wesentliche Ziel, die Wahrscheinlichkeit der bekannten **Folgeerkrankungen** zu reduzieren (Makro-/Mikroangiopathie, Neuropathie etc.). Um dies bestmöglich zu erreichen, ist es wichtig, über den Glukosestoffwechsel hinaus auch Therapieziele in Bezug auf Blutdruck, Gewicht, Lipidstoffwechsel und allgemein den Lebensstil zu formulieren und dies im Rahmen einer Schulung den Patienten auch zu vermitteln [46]. Es liegt auf der Hand, dass hier – insbesondere die Gewichtskontrolle betreffend – eine wichtige Schnittstelle zur Psychopharmakotherapie besteht [49]. Wie anspruchsvoll die Therapieziele formuliert werden, ist im Einzelfall zu bestimmen, abhängig von Lebensalter, individuellem Risikoprofil und nicht zuletzt auch den Patientenpräferenzen nach erfolgter Aufklärung. Von praktischem Interesse ist der Hinweis, dass speziell bei Typ-2-Diabetes die Blutzuckersenkung nicht zu „scharf“ erfolgen sollte. Wenn mit Substanzen, die eine **Hypoglykämie** auslösen können (insbesondere Insulin, Sulfonylharnstoffe), behandelt wird, sollte ein HbA1c-Wert <6,5 % eher nicht unterschritten werden [46]. Bei betagten, hirnorganisch vorgeschädigten Patienten gelten noch höhere Grenzwerte, dies im Hinblick darauf, dass speziell in diesen Fällen Hypoglykämien unbedingt vermieden werden sollten [49].

Hypo- und Hypernatriämie

Hyponatriämien kommen bei klinisch psychiatrisch behandelten Patienten mit ca. 5 % relativ häufig vor, Medikamente – nicht nur Psychopharmaka – stehen als Ursachen meist im Vordergrund [51]. Pathophysiologisch handelt es sich hierbei häufig um das Syndrom der inadäquaten Sekretion von antidiuretischem Hormon (**SIADH**), das v. a. durch Psychopharmaka mit serotonerger Wirkung ausgelöst werden kann, wobei die Hyponatriämie verstärkende pharmakodynamische Wechselwirkungen mit Internistika (Thiazide, ACE-Hemmer) häufig sind [52].

Hypernatriämien sind seltener und treten v. a. auf, wenn Patienten – z. B. mit einer wahnhaften Symptomatik – ihre Trinkmenge in kritischem Maße reduziert haben. Auch milde Hyponatriämien (Serumnatrium 130–134 mmol/l) sind grundsätzlich klinisch relevant [53].

Bei ausgeprägten Entgleisungen des Serumnatriums ist zwingend auf potenziell lebensbedrohliche Komplikationen zu achten (Hirndruck aufgrund eines Hirnödems bei akuter Hyponatriämie, osmotisches Demyelinisierungssyndrom als Folge zu rascher Korrektur ausgeprägter Hypo-, aber auch Hypernatriämien).

Die Therapie orientiert sich neben der mutmaßlichen Ätiologie der metabolischen Störung immer an dem Vorliegen (oder auch Fehlen) offenkundiger klinischer Symptome sowie danach, ob es sich um eine akute Störung (Dauer <48 h) handelt oder nicht [53].

In Bezug auf die Pathophysiologie ist zu beachten, dass trotz Vorliegen einer Hyponatriämie der Natriumbestand des Organismus erhöht sein kann, wie z. B. bei einer Herzinsuffizienz. Es liegt auf der Hand, dass in solchen Fällen die verbreitete Praxis, einen „Natriummangel“ durch orale Kochsalzsubstitution auszugleichen, kontraindiziert ist. Als spezielle Form einer Hyponatriämie sei noch die v. a. bei Patienten mit chronischer Schizophrenie und langjährig Abhängigkeitskranken auftretende sog. **psychogene Polydipsie** erwähnt. Das Trinken weit über den physiologischen Bedarf hinausgehender Wassermengen spielt sich häufig im Verborgenen ab, lebensbedrohliche Hyponatriämien können auftreten [23, 24].

Weitere Erkrankungen

In der Literatur werden weitere somatische Probleme genannt, auf die bei SMI-Patienten besonders zu achten ist, so z. B. Veränderungen in der Wahrnehmung und Äußerung von Schmerzen, insbesondere bei schizophrenen Patienten, die in Einzelfällen die Diagnostik akuter somatischer Erkrankungen erschweren können, die Osteoporose, eine Häufung von Schwangerschaftskomplikationen sowie Beeinträchtigungen der Zahngesundheit. Aus Platzgründen können diese Themen hier nicht näher ausgeführt werden, auf die weiterführende Literatur wird verwiesen [3, 6, 14, 22, 23, 24]. Dies gilt auch für Probleme in Verbindung mit der im Rahmen der somatischespsychiatrischen Komorbidität häufig erforderlichen Polypharmazie, exemplarisch hierfür sei das **Serotoninsyndrom** genannt, für dessen Manifestation sowohl Psychopharmaka als auch in der Somatik eingesetzte Medikamente bedeutsam sein können [54].

Insbesondere bez. der Gewichtskontrolle besteht eine wichtige Schnittstelle zur Psychopharmakotherapie

Hyponatriämien kommen bei klinisch psychiatrisch behandelten Patienten mit ca. 5 % relativ häufig vor

Bei ausgeprägten Entgleisungen des Serumnatriums ist zwingend auf potenziell lebensbedrohliche Komplikationen zu achten

Weitere somatische Probleme betreffen z. B. Veränderungen in der Wahrnehmung und Äußerung von Schmerzen

Die somatischen Risiken stehen im Zusammenhang einerseits mit patienten- und krankheitsbezogenen und andererseits auf der Versorgungsebene angesiedelten Faktoren

Gewichtsreduktion und Reduktion des Tabakkonsums sind effektive Maßnahmen zur Verringerung der somatischen Risiken

Tab. 2 Empfehlungen zur Durchführung somatischer Routineuntersuchungen bei Patienten mit „severe mental illness“. (Mod. nach [22])^a

	Baseline	6 Wochen	3 Monate	12 Monate, dann jährlich
Eigen- und Familienanamnese	X			X
Befragung nach Rauchen, körperlicher Aktivität, Ernährung	X	X	X	X
Gewicht (Body-Mass-Index)	X	X	X	X (besser: vierteljährlich)
Bauchumfang	X	X	X	X
Blutdruck	X	X	X	X (besser: vierteljährlich)
Nüchternblutzucker	X	X	X	X
Lipide, nüchtern	X		X	X
Elektrokardiographie	X			X
Zahnärztlicher Status	X			X

^a Die Empfehlungen sind als Orientierungsrahmen zu verstehen und sollten im individuellen Kontext angepasst werden; die in der Originaltabelle genannte Bestimmung von Prolaktin wurde nicht übernommen

Allgemeinmedizinische Versorgung psychisch Erkrankter – Ausblick

Nachdem vorangehend wesentliche Aspekte der bei SMI-Patienten bestehenden somatischen Risikosituation ausgeführt wurden, liegt die Frage nach den zugrunde liegenden Bedingungsfaktoren nahe. In der Literatur wird üblicherweise unterschieden zwischen patienten- bzw. krankheitsbezogenen und auf der Versorgungsebene (Ärzte, Gesundheitssystem) angesiedelten Faktoren [7, 22]. Die Herausforderung für die Zukunft besteht darin, auf welche Art und Weise die somatische Gesundheit der betroffenen Patienten verbessert werden kann. Die folgenden Möglichkeiten kommen vorrangig in Betracht:

- Verstärkte Fokussierung des Themas in Medizinstudium und ärztlicher Fort- und Weiterbildung, auch bei Allgemeinmedizinerinnen und primär somatisch tätigen Ärzten.
- Möglichst gezielte Beeinflussung von Risikofaktoren auf der Patientenseite; hierzu könnte ein strukturiertes Monitoring wesentlicher Risikofaktoren, gepaart mit entsprechenden Interventionen, einen wichtigen Beitrag leisten (■ Tab. 2). Von großer Bedeutung dürfte die konsequente Behandlung komorbider substanzbedingter Störungen sein angesichts epidemiologischer Daten, die eine dadurch bedingte ausgeprägte Steigerung der Risiken aufzeigen [17, 55].
- Auf der Ebene des Gesundheitssystems stellt sich die Frage, wie eine Verbesserung der Integration von somatischer Gesundheitsversorgung einerseits und psychiatrisch/psychotherapeutischer/psychosomatischer Versorgung andererseits erleichtert werden kann, ob z. B., wie jüngst vorgeschlagen, Präventionsmanager hierzu einen Beitrag leisten können [7]. Es ist zu hoffen, dass der gegenwärtige gesundheitspolitische Trend im Sinne einer Förderung interdisziplinärer und sektorenübergreifender Versorgungsformen positive Entwicklungen begünstigen und der in manchen Bereichen bestehenden Benachteiligung von Patienten mit SMI entgegenwirken wird.

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen zur Minderung somatischer Risiken sind zweifellos noch viele Fragen offen. Aus einem aktuellen systematischen Review geht hervor, dass neben Maßnahmen, für die bisher keine überzeugende Wirksamkeit gezeigt werden konnte, für andere Maßnahmen Daten vorliegen, die eine Effektivität belegen (Gewichtsreduktion durch Metformin und verhaltensbezogene Interventionen; Reduktion des Tabakkonsums durch Einsatz von Bupropion und Vareniclin; [32]). In diesem Kontext sei auf die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ hingewiesen, die fordert, dass Patienten mit psychischen Störungen „prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen Prinzipien“ wie psychisch Gesunden angeboten werden sollen [56], eigentlich eine Selbstverständlichkeit!

Aus Gründen des Umfangs wurde in dieser Übersicht der Fokus auf die somatische Komorbidität bei SMI-Patienten gelegt. Es sollte nicht übersehen werden, dass mutmaßlich auch bei weniger schweren psychischen Störungen signifikant erhöhte somatische Risiken zu verzeichnen sind [57].

Unabhängig von Art und Schwere psychischer Störungen zeigt der zur somatischen Komorbidität psychisch Kranker vorliegende Wissensstand eindrucksvoll auf, wie eng die Zusammenhänge zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit sind. Erfreulicherweise setzt sich diese Erkenntnis auch zunehmend in der somatischen Medizin durch.

Zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit bestehen enge Zusammenhänge

Fazit für die Praxis

- Aufgrund epidemiologischer Daten unterliegen Patienten mit SMI gehäuft somatischen Beeinträchtigungen bei allgemein erhöhtem Sterblichkeitsrisiko.
- Häufig und im psychiatrischen Kontext besonders zu berücksichtigen sind Herz-Kreislauf- und respiratorische Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hyponatriämien, Infektionen; zu beachten sind aber auch seltenere Zustandsbilder (z. B. die Bolusaspiration).
- Die somatische Diagnostik bei psychisch Kranken wird erschwert durch die Unspezifität vieler Symptome, die sowohl durch psychische Störungen als auch somatisch verursacht sein können; zu beachten ist auch eine veränderte Symptompräsentation somatischer Leiden bei bestimmten psychopathologischen Syndromen (z. B. bei schizophrenem Residuum).
- Zur Verbesserung der somatischen Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine intensivierte Integration von psychiatrisch-psychotherapeutischer und allgemeinmedizinischer Patientenversorgung – präventiv wie kurativ – anzustreben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Hewer

Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad
73035 Göppingen, Deutschland
walter.hewer@christophsbad.de

Danksagung. Die Autoren bedanken sich bei den Gutachtern für ihre hoch kompetente, sorgfältige und inhaltlich weiterführende Beurteilung des Beitrags.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W. Hewer und F. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Harris CE, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173:11–53
2. Hewer W (2005) Wie viel allgemeinmedizinische Kompetenz benötigen Psychiater? *Nervenarzt* 76:349–362
3. Hewer W, Schneider F (im Druck) Somatische Morbidität psychisch Kranker. In: Schneider F (Hrsg) *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
4. Gühne U, Becker T, Salize HJ, Riedel-Heller SG (2015) Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatr Prax* 42:415–423
5. Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72:334–341
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S (2011a) Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10:52–77
7. Lederbogen F, Schwarz P, Häfner S, Schweiger U, Bohus M, Deuschle M (2015) Kardiale und metabolische Risikofaktoren bei schweren psychischen Erkrankungen – Aufgaben eines Präventionsmanagers. *Nervenarzt* 86:866–871
8. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB (2014) Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10:5.1–5.24
9. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012) S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-019.html>. Zugriffen: 12. Apr. 2016
10. Kjaer JN, Biskin R, Vestergaard CH, Munk-Jørgensen P (2015) A nationwide study of mortality in patients with borderline personality disorder. *Eur Psychiatry* 30 (Suppl 1):202
11. Lesage A, Rochette L, Émond V, Pelletier É, St-Laurent D, Diallo FB, Kisely S (2015) A surveillance system to monitor excess mortality of people with mental illness in Canada. *Can J Psychiatry* 60:571–579
12. Allebeck P (1989) Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull* 15:81–89

13. Ribe AR, Vestergaard M, Katon W, Charles M, Benros ME, Vanderlip E, Nordentoft M, Laursen TM (2015) Thirty-day mortality after infection among persons with severe mental illness: a population-based cohort study in Denmark. *Am J Psychiatry* 172:776–783
14. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116:317–333
15. Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF (2014) Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer* 120:323–334
16. Kisely S, Crowe E, Lawrence D (2013) Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry* 70:209–217
17. Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 374:620–627
18. Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V (2011) Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 68:128–137
19. Gaebel W, Riesbeck M, Wölwer W, Klimke A, Eickhoff M, Wilmsdorff M von, Millas W de, Maier W, Ruhrmann S, Falkai P, Sauer H, Schmitt A, Riedel M, Klingberg S, Möller HJ (2016) Predictors for symptom re-exacerbation after targeted stepwise drug discontinuation in first-episode schizophrenia: Results of the first-episode study within the German research network on schizophrenia. *Schizophr Res* 170:168–176
20. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Slooff CJ, Kneegtering R et al (2007) Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *J Clin Psychiatry* 68:654–661
21. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ (2013) Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70:913–920
22. De Hert M, Cohen D, Bobes J, De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Asai I, Möller HJ, Gautam S, Detraux J, Correll CU (2011b) Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 10:138–151
23. Hewer W, Füeßl HS (2009) Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten. Teil I: Epidemiologie, häufige Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77:720–737
24. Hewer W, Füeßl HS, Hermle L (2011) Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten (Teil II). *Fortschr Neurol Psychiatr* 79:358–372
25. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016) Nationale VersorgungsLeitlinie „Chronische KHK – Langfassung“. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-004.html>. Zugriffen: 12. Apr. 2016
26. Hummel A, Empen K, Dörr M, Felix SB (2014) Diagnostik der systolischen und diastolischen Herzinsuffizienz. *Internist* 55:647–654
27. Feldmann C, Ertl G, Angermann CE (2014) Ganzheitliche Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. *Internist* 55:676–686
28. Wachter R (2015) Diastolische Herzinsuffizienz und Multimorbidität. *Dtsch Med Wochenschr* 140:402–405
29. Tschöpe C, Messroghli D, Schönraht F, Krabatsch T, Pieske B (2015) Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. *Dtsch Med Wochenschr* 140:406–412
30. Trenkwalder P, Rüchardt A (2015) Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls. *Dtsch Med Wochenschr* 140:1593–1598
31. Nielsen J, Graff C, Kanters JK, Toft E, Taylor D, Meyer JM (2011) Assessing QT interval prolongation and its associated risks with antipsychotics. *CNS Drugs* 25:473–490
32. McGinty EE, Baller J, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL (2016) Interventions to address medical conditions and health-risk behaviors among persons with serious mental illness: a comprehensive review. *Schizophr Bull* 42:96–124
33. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K (2016) Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 387:957–967
34. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C (2014) Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol* 13:788–794
35. Deuschle M, Paul F, Brosz M, Bergemann N, Franz M, Kammerer-Ciernoch J, Lautenschlager M, Lederbogen F, Roesch-Ely D, Weisbrod M, Kahl KG, Reichmann J, Gross J, Umbreit J (2013) 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* 48:1283–1288
36. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., Deutsche Hochdruckliga e.V. (2013) 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension – European Heart Journal (2013) 34: 2159–2219. Deutsche Adaptation durch Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und Deutsche Hochdruckliga. <https://www.hochdruckliga.de/bluthochdruck-behandlung-leitlinien.html>. Zugriffen: 12. Apr. 2016
37. Middeke M (2016) Hochdrucktherapie – Auf die Details kommt es an. *Dtsch Arztebl* 113:A434–435
38. Bahrmann P et al (2014) Kardiologie. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C (Hrsg) Praxishandbuch Altersmedizin. Kohlhammer, Stuttgart, S 553–565
39. Mossello E, Pieraccioni M, Nesti N, Bulgaresi M, Lorenzi C, Caleri V, Tonon E, Cavallini MC, Baroncini C, Di Bari M, Baldasseroni S, Cantini C, Biagini CA, Marchionni N, Ungar A (2015) Effects of low blood pressure in cognitively impaired elderly patients treated with antihypertensive drugs. *JAMA Intern Med* 175:578–585
40. Mitchell AJ, Lord Malone OD (2012) Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 201:435–443
41. Rasche K (2014) Atmungsorgane. In: Wehrauch TR (Hrsg) Wolff Wehrauch Internistische Therapie 2014/2015, 20. Aufl. Elsevier, München, S 525–572
42. Burkhardt R, Pankow W (2014) The diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Dtsch Arztebl Int* 111:834–846
43. Klemmer A, Greulich T, Koczulla AR, Vogelmeier CF (2014) Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Aktuelle Konzepte und neue Therapieoptionen. *Internist* 55:401–414
44. Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Solmi M, Gaughan F, Manu P, Rosenbaum S, De Hert M, Fornaro M (2016) The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 197:259–267

45. Wu WS, Sung KC, Cheng TJ, Lu TH (2015) Associations between chronic diseases and choking deaths among older adults in the USA: a cross-sectional study using multiple cause mortality data from 2009 to 2013. *BMJ Open* 5:e009464
46. Bundesärztekammer(BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2014) Nationale VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung“. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-001g.html>. Zugriffen: 12. Apr. 2016
47. Tamayo T, Brinks R, Hoyer A, Kuß O, Rathmann W (2016) Prävalenz und Inzidenz von Diabetes mellitus in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 113:177–182
48. Ribe AR, Laursen TM, Sandbaek A, Charles M, Nordentoft M, Vester-gaard M (2014) Long-term mortality of persons with severe mental illness and diabetes: a population-based cohort study in Denmark. *Psychol Med* 44:3097–3107
49. Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F (2013) Psychosoziales und Diabetes (Teil 1) S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. Diabetol Stoffwechs 8:198–242
50. Ryan MC, Collins P, Thakore JH (2003) Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:284–289
51. Lange-Asschenfeldt C, Kojda G, Cordes J, Hellen F, Gillmann A, Grohmann R, Supprian T (2013) Epidemiology, symptoms, and treatment characteristics of hypoglycemic psychiatric inpatients. *J Clin Psychopharmacol* 33:799–805
52. Haas CS (2014) Hyponatriämie – Differenzialdiagnose und Therapie. *Internist* 55:1427–1442
53. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, Decaux G, Fenske W, Hoorn EJ, Ichai C, Joannidis M, Soupart A, Zietse R, Haller M, Veer S van der, Biesen W van, Nagler E, Hyponatraemia Guideline Development Group (2014) Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. *Eur J Endocrinol* 170:G1–G47
54. Lamberg JJ, Gordin VN (2014) Serotonin syndrome in a patient with chronic pain polypharmacy. *Pain Med* 15:1429–1431
55. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, Nordentoft M (2015) Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2:801–808
56. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ AWMF-Register Nr. 076-006. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf. Zugriffen: 12. Apr. 2016
57. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Florescu S, Girolamo G de, Hu C, Jonge P de, Kawakami N, Medina-Mora ME, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, O'Neill S, Piazza M, Posada-Villa J, Torres Y, Kessler RC (2016) Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry* 73:150–158

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Teilnahme nur online unter: springermedizin.de/eAkademie
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

? Welche psychischen Erkrankungen fallen nach allgemeinem Konsens in die Gruppe der sog. schweren psychischen Erkrankungen („severe mental illness“, SMI)?

- ☐ Schizophrene Erkrankungen
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Essstörungen
- ☐ Angsterkrankungen
- ☐ Dissoziative Störungen

? Wie hoch ist das globale Sterblichkeitsrisiko bei psychisch Kranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

- ☐ Das globale Sterblichkeitsrisiko ist etwa 1,5-fach erhöht.
- ☐ Das globale Sterblichkeitsrisiko ist etwa doppelt so hoch.
- ☐ Das globale Sterblichkeitsrisiko ist etwa dreimal so hoch.
- ☐ Das globale Sterblichkeitsrisiko ist genauso hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.
- ☐ Das globale Sterblichkeitsrisiko ist niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

? Wie hoch ist die Verkürzung der Lebenserwartung bei schizophren Erkrankten?

- ☐ Die Lebenserwartung ist durchschnittlich um etwa 1–2 Jahre verkürzt.
- ☐ Die Lebenserwartung ist im Mittel um etwa 5 Jahre verkürzt.
- ☐ Die Lebenserwartung ist durchschnittlich um etwa 5–8 Jahre verkürzt.
- ☐ Die Lebenserwartung ist durchschnittlich um etwa 10–20 Jahre verkürzt.
- ☐ Die Lebenserwartung ist im Mittel um ca. 25 Jahre verkürzt.

? Worauf geht die verkürzte Lebenserwartung bei psychisch Kranken zurück?

- ☐ Zu mindestens 60 % auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Suizide.
- ☐ Zu mindestens 60 % auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Unfälle.
- ☐ Zu mindestens 60 % auf ein erhöhtes Risiko für natürliche Todesursachen.
- ☐ Zu gleichen Anteilen auf natürliche und unnatürliche Todesursachen.
- ☐ Zu mindestens 80 % auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Suizide und Unfälle.

? Welche Erkrankungen stellen die häufigste somatische Komorbidität bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung dar?

- ☐ Infektionen
- ☐ Pneumonien
- ☐ Kardiovaskuläre Erkrankungen
- ☐ Fettstoffwechselstörungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen

? Etwa wie viel Prozent der Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung leiden unter einem Diabetes mellitus Typ 2?

- ☐ Etwa 5–10 %
- ☐ Etwa 10–20 %
- ☐ Ungefähr 30–40 %
- ☐ Circa 50–60 %
- ☐ Etwa 70–80 %

? Was gehört *nicht* zu den Erklärungsansätzen für das erhöhte somatische Risiko psychisch Erkrankter?

- ☐ Einflüsse sozioökonomischer und verhaltensbezogener Merkmale, die mit psychischen Erkrankungen assoziiert sind
- ☐ Risiken des mit psychischen Erkrankungen oft einhergehenden Substanzkonsums
- ☐ Defizite im Gesundheitssystem bei der Versorgung psychisch Kranker
- ☐ Unerwünschte Wirkungen der psychopharmakologischen Behandlung
- ☐ Unerwünschte Wirkungen der psychotherapeutischen Behandlung

? Welche Aussage zur Psychopharmakotherapie stimmt *nicht*?

- ☐ Eine sog. Übersterblichkeit psychisch Kranker wurde bereits vor Einführung der heute angewandten Psychopharmaka festgestellt.
- ☐ Eine Behandlung mit Psychopharmaka kann protektive Effekte auf die somatische Gesundheit haben.
- ☐ Studienergebnisse weisen auf mögliche Hirnvolumenverluste infolge der kumulativen Dosis antipsychotischer Medikation hin.
- ☐ Die Behandlung mit Psychopharmaka ist mit einer globalen Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos verbunden.
- ☐ Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit Psychopharmaka und Mortalitätsrisiken sind besonders komplex.



Für Zeitschriftenabonnenten ist die Teilnahme am e.CME kostenfrei

? Wie hoch ist für schizophrene Patienten das Risiko, an einer Bolusaspiration zu versterben?

- ☐ Das Risiko ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung etwa doppelt so hoch.
- ☐ Das Risiko ist genauso hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.
- ☐ Das Risiko ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung um etwa das Dreifache erhöht.
- ☐ Das Risiko ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung um etwa das Fünfache erhöht.
- ☐ Das Risiko ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung um etwa das Zehnfache erhöht.

? Zu den Empfehlungen für regelmäßige somatische Routineuntersuchungen bei Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung gehört *nicht*?

- ☐ Erfassung des Gewichts (BMI)
- ☐ Blutdruckmessung
- ☐ Untersuchung des Nüchternblutzuckers
- ☐ Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP)
- ☐ Bestimmung des Bauchumfangs

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eAkademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums können Sie diese Fortbildung und den Fragebogen weitere 24 Monate nutzen.

PRÄVENTION – MACHEN SIE MIT.

FRÜHERKENNUNG – ANGEBOTE NUTZEN, RISIKEN RECHTZEITIG ERKENNEN

Mehr Infor-
mationen 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 Krebs-erkrankungen des Genitales		
➤ Früherkennung Brustkrebs		
.....		
Außerdem für Männer:		Praxis-Kontakt
➤ Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales		
➤ Früherkennung Bauchaorten-aneurysmen		

Warum zum Arzt gehen, wenn einem nichts weh tut? Doch viele Krankheiten – wie ein Blut-hochdruck 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 Früh-erkennungsuntersuchungen.



Mit freundlichen Grüßen von Ihrem Praxisteam

DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UND DIE KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Rund 175.000 Ärzte und Psychotherapeuten überneh-men in Deutschland die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Dass alles reibungs-los funktioniert, dafür sorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen):

- Sie schließen für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit allen gesetzlichen Krankenkas-sen 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 Vertrags-ärzte und -psychotherapeuten, kontrollieren die medizinischen Apparaturen sowie die Qualität der Untersuchungen.

Der Dachverband der 17 KVen in Deutschland ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

www.kbv.de



INFORMATION FÜR UNSERE PATIENTEN

DER VORSORGE-CHECKER IHR PERSÖNLICHES PRÄVENTIONSPROGRAMM

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG AUF EINEN BLICK

NICHT VERGESSEN: IMPFSCHUTZ AUFBAUEN – UND AUFRISCHEN LASSEN

	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 Bauchaortenaneurysmen	einmalig: ▶ Patientenaufklärung zur Früherkennungsuntersuchung auf Bauchaortenaneurysmen ▶ Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader

	IMPFUNGEN													
empfohlenes Impfalter	Diphtherie*	Wundstarrkrampf (Tetanus)*	Keuchhusten (Pertussis)*	Haemophilus influenzae Typ b (Hib)*	Kinderlähmung (Polioomyelitis)*	Hepatitis B*	Masern	Mumps, Röteln	Windpocken	Influenza	Pneumokokken*	Meningokokken c	Humane Papillomaviren (HPV)***	Rotaviren
6 Wochen														
2 Monate	1.	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	** ** A	A				S#							
ab 60 Jahre										** 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

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 Raucherentwöhnung, 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

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.

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

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:

Unterschiedene 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