



Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“

Situationsanalyse und Handlungsbedarf

Schlussbericht

Martina Schlapbach
Dr. Regula Ruffin

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)

22. Mai 2017

Impressum

Laufzeit:	November 2016 – April 2017
Datenerhebungsperiode:	Literaturanalyse und Experteninterviews November 2016 – März 2017
Projektleitung im BAG:	Stefanie Johner Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Studie:	<p>Die vorliegende Studie wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts wurde vom BAG und Expert/innen im Rahmen eines Valorisierungsworkshops kommentiert. Die Kommentare und Handlungsprioritäten sind im vorliegenden Bericht berücksichtigt.</p>
Bezug:	Direktionsbereich Gesundheitspolitik Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung
Korrespondenzadresse:	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Bern
Zitiervorschlag:	Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017). Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“ – Schlussbericht. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), April 2017, Bern.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
Einleitung	6
1.1 Ausgangslage und Ziele	6
1.1.1 Methodisches Vorgehen	6
1.1.2 Forschungsstand	7
1.2 Aufbau des Berichts	8
2 Ergebnisse der Situationsanalyse	9
2.1 Definition der Zielgruppe	9
2.1.1 Definitionskriterium „F-Diagnosen“	9
2.1.2 Wichtige definitorische Überlegungen im Kontext von Komorbidität	9
2.1.3 Einbettung in die Versorgungslandschaft	10
2.2 Auswirkungen der psychischen Erkrankung	11
2.2.1 Körperliche Komorbiditäten	11
2.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen	12
2.2.3 Lebenserwartung	13
2.3 Aktuelle Herausforderungen	13
2.3.1 Wissen	14
2.3.2 Diagnostik und Behandlung	15
2.3.3 Versorgungssystem und Struktur	18
2.4 Handlungsbedarf	20
2.4.1 Wissen	21
2.4.2 Diagnostik und Behandlung	23
2.4.3 Versorgungssystem und Struktur	24
2.5 Zusammenfassung	28
3 Valorisierung der Situationsanalyse	32
3.1 Valorisierung und Ergänzungen	32
3.2 Priorisierung von Handlungsbereichen	35
4 Literatur- und Materialverzeichnis	39
4.1 Literatur	39
4.2 Materialien und Homepages	44
5 Anhang	45
5.1 Psychisch-somatische Komorbiditäten	45
5.1.1 Körperliche Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen	45
5.1.2 Psychische Komorbiditäten bei somatischen Erkrankungen	49
5.2 Interviewpartner/innen	51
5.3 Leitfaden Experteninterviews	52
5.4 Teilnehmende Valorisierungsworkshop	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsbereiche der Zielgruppe	10
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Themenfelder und prioritäre Handlungsbereiche	4
Tabelle 2: Zentrale Schnittstellen und Handlungsbereiche	28
Tabelle 3: Prioritäre Handlungsbereiche	36
Tabelle 4: Interviewpartner/innen	51
Tabelle 5: Teilnehmende Valorisierungsworkshop	53

Executive Summary

Ausgangslage und Ziele

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt im Rahmen der Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates „Gesundheit2020“ seit Mitte 2015 das Projekt „Koordinierte Versorgung“. Die im Rahmen dieses Projekts erstellte, hier vorliegende Situationsanalyse zeigt die Herausforderungen in der koordinierten Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlicher körperlicher Erkrankung auf und leitet davon prioritäre Handlungsbereiche ab. Diese Situationsanalyse bietet eine solide Grundlage, um zusammen mit relevanten Akteuren konkrete Massnahmen für die Verbesserung und Sicherstellung der koordinierten Versorgung an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ zu definieren.

Methodisches Vorgehen

Daten wurden mittels von drei Methoden – der *systematischen Literaturrecherche* von deutsch- und englischsprachiger medizinischer, sozial- und pflegewissenschaftlicher Fachliteratur in Online Datenbanken, *acht telefonischen Experteninterviews* und einem *Valorisierungsworkshop mit Expert/innen* psychiatrischer und somatischer Ausrichtung – erhoben und inhaltsanalytisch sowie basierend auf dem Prinzip der Triangulation ausgewertet.

Analyseergebnisse

Faktoren zur psychisch-somatischen Komorbidität

Die Ergebnisse zeigen mehrere Faktoren zur psychisch-somatischen Komorbidität auf, welche grundsätzlich einen hohen Koordinationsbedarf der untersuchten Patientengruppe deutlich machen:

- *Verbreitung der Komorbidität:* Empirische Studien zeigen, dass über 70% der Personen mit starker psychischer Belastung und rund 73% der Personen mit starken Depressionssymptomen zusätzlich an starken körperlichen Beschwerden leiden.
- *Ausprägung:* Psychische und körperliche Erkrankungen können sowohl unabhängig voneinander auftreten als auch in kausalem Zusammenhang zueinanderstehen. Psychisch-somatische Komorbidität ist somit gesamthaft sehr vielseitig ausgeprägt. Als Schlüsselfaktoren für die Ausprägung sind zudem soziodemografische (Alter, Geschlecht) und medizinische Variablen (Schweregrad, Grad der Chronifizierung) zu berücksichtigen.
- *Inanspruchnahme von Leistungen:* Patient/innen mit psychiatrischer Diagnose (F-Diagnosen gemäss ICD-10) sind gegenüber der Gesamtbevölkerung im Nutzungsausmass stationärer somatischer Institutionen deutlich erhöht.
- *Lebensdauer:* Psychisch erkrankte Personen haben eine um 10 bis 25 Jahre geringere Lebenserwartung. Die ungenügende Diagnose und Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen bilden eine zentrale Ursache für die tiefere Lebensdauer.
- *Einbettung im Versorgungssystem:* Die vielseitige Ausprägung psychisch-somatischer Komorbidität und folglich die Vielfalt der in Bezug auf die Zielgruppe bestehenden Patientepfade geben vor, dass psychisch-somatisch komorbide Patient/innen in mehreren Versorgungsbereichen anzutreffen sind. Die Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ ist daher auf verschiedenen Ebenen zu berücksichtigen. Zentral sind die Schnittstellen zwischen und innerhalb von Versorgungsinstitutionen (im stationären wie ambulanten Bereich) sowie zu Fachpersonen mit Koordinationsfunktion und zur Zielgruppe und ihren Angehörigen selbst.

Aktuelle Herausforderungen

Die Ergebnisse der Analyse der aktuellen Herausforderungen verweisen ihrerseits zusätzlich auf einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich einer koordinierten Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen. Die aktuellen Herausforderungen lassen sich vier übergeordneten Themenfeldern zuordnen:

- 1) *Stigmatisierung und Diskriminierung*: Aufgrund von Stigmata werden körperliche Krankheiten von psychisch Erkrankten im Vergleich zu Patient/innen ohne psychische Erkrankung massgeblich weniger gut behandelt. Fremd- und Selbststigmatisierung sowie häufige eigentliche Diskriminierung erklären die hohe Dunkelziffer an nicht oder unterbehandelten Patient/innen.
- 2) *Wissen*: Komorbidität stellt bei psychischen Störungen eher die Regel denn eine Ausnahme dar. Fachpersonen und Patient/innen weisen dafür ein mangelhaftes Bewusstsein und Wissen auf. Häufig verfügen Fachpersonen psychiatrischer wie somatischer Ausrichtung über ein mangelhaftes interdisziplinäres Grundwissen. Auch Patient/innen verfügen hierzu über wenig Selbstmanagement-Kompetenzen. Übersichtsdarstellungen über regionale Versorgungsangebote und über „Good practices“-Beispiele von koordinierter Versorgung sowie für patientenzentrierte Forschung sind unzureichend vorhanden.
- 3) *Diagnostik und Behandlung*: Die ungenügende Erfassung und Behandlung von körperlichen Krankheiten bei psychisch erkrankten Personen, unnötige (Rück-)Verlegungen sowie hohe Risiken der Medikation stellen wichtige Herausforderungen dar. Fachpersonen mit Koordinationsfunktion (primär: Hausärzt/innen, Pflegefachpersonal, ambulant tätige Psychiater/innen und Psycholog/innen, K+L-Dienste) werden häufig zu wenig anerkannt und unterstützt.
- 4) *Versorgungssystem und Struktur*: Modelle mit räumlich koordinierter resp. institutionell integrierter psychisch-somatischer Versorgung sind unzureichend vorhanden. Eng damit verbunden ist die häufig als ungenügend bezeichnete Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Angeboten. Ein Grund wird hierfür in den dafür fehlenden finanziellen Anreizen festgestellt. Weitere Herausforderungen in diesem Bereich stellen der niederschwellige Zugang zu koordinierter Versorgung (spezifisch für Patient/innen mit tiefem sozio-ökonomischem Status) und der Einbezug von Angehörigen dar.

Prioritäre Handlungsbereiche

Aus Expertensicht sind innerhalb der vier Themenfelder, in denen aktuelle Herausforderungen von hoher Relevanz bestehen, folgende prioritären Handlungsbereichen auszumachen:

Tabelle 1: Übersicht über Themenfelder und prioritäre Handlungsbereiche

Themenfeld	Prioritäre Handlungsbereiche
Stigmatisierung und Diskriminierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung von Massnahmen im Themenfeld „Wissen“ mit dem Ziel der Entstigmatisierung und Bekämpfung der Diskriminierung ▪ Entstigmatisierung beim Fachpersonal (Anti-Stigma-Kampagne im Gesundheitswesen) ▪ Entstigmatisierung in der Bevölkerung (Anti-Stigma-Kampagne)
Wissen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des interdisziplinären Grundwissens in (gemeinsamen, Disziplinen übergreifenden oder mindestens koordinierten) Aus- und Weiterbildungen für Fachpersonen psychiatrischer wie somatischer Ausrichtung ▪ Förderung des vertieften interdisziplinären Wissens für Fachpersonen mit Koordinationsfunktion ▪ Wissensaustausch (Versorgungsübersichten, Information über „Good practices“) und Entwicklung (Pilotprojekte) ▪ Definition von somatischem Grundwissen als Voraussetzung für die Zulassung zum Anordnungsmodell für Psychotherapeut/innen ▪ Förderung der Compliance und der Selbstmanagement-Kompetenzen von Patient/innen ▪ Verstärkter Einbezug der Patientensicht durch personenzentrierte Forschung
Diagnostik und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung/Unterstützung von Fachpersonen mit Koordinationsfunktion (insbesondere Hausärzt/innen, Psychiater/innen, Pflegefachpersonen) ▪ Differentialdiagnose und interdisziplinärer Behandlungsplan ▪ Anwendung und Weiterentwicklung von Methodik und Erhebungsinventar zur Diagnostik/Behandlung von psychisch-somatischer Komorbidität

Themenfeld	Prioritäre Handlungsbereiche
Versorgungssystem und Struktur	<ul style="list-style-type: none">▪ Schaffung und Förderung von finanziellen Anreizen/attractiven Finanzierungsmodellen für integrierte Modelle▪ Verankerung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Leistungsaufträgen▪ Förderung von Pilotprojekten mittels Finanzierungsmöglichkeit über KVG▪ Anerkennung der zentralen Bedeutung von K+L-Diensten und Sicherstellung der Finanzierung▪ Einbindung von Advanced Practice Nursing (APN) in die Unterstützung von chronisch psychisch und/oder somatisch erkrankten Personen▪ Umfassender Einbezug von Angehörigen

Einleitung

1.1 Ausgangslage und Ziele

Das Projekt „Koordinierte Versorgung“ wurde im Juli 2015 im Rahmen der Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates „Gesundheit2020“ lanciert.¹ Das Projekt hat zum Ziel, die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems dahingehend weiterzuentwickeln, sodass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden. Dabei verfolgt das Projekt den Ansatz, die Versorgung für ausgewählte Gruppen von Patient/innen zu analysieren und aufgrund umfassender Situationsanalysen die Koordination der Versorgung zu verbessern und sicherzustellen. Die ausgewählten Gruppen zeichnen sich dadurch aus, dass sie unter anderem aufgrund der Spezialisierung in der Medizin meist bei mehreren unterschiedlichen Fachpersonen und Institutionen gleichzeitig in Behandlung sind und überdurchschnittlich viele Leistungen des Gesundheitswesens beanspruchen.

Aufbauend an die vorliegende Situationsanalyse² zu (hoch-)betagten, multimorbiden Patient/innen an den Schnittstellen im Kontext «Spital» analysiert die vorliegende Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Situation von psychisch erkrankten Personen, welche zusätzlich an einer oder mehreren körperlichen Erkrankungen leiden. Die Studie konzentriert sich damit auf die Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik» und die dabei bestehenden versorgungsrelevanten Themen für psychisch erkrankte Menschen mit körperlicher Komorbidität. Vor dieser Ausgangslage verfolgt die Studie folgende Ziele:

- Es besteht eine umfassende Situationsanalyse zur koordinierten Versorgung von psychisch erkrankten Personen in der Schweiz mit Fokus auf die Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik«. Die Analyse zeigt die aktuellen Herausforderungen in der koordinierten Versorgung dieser Patient/innen auf und leitet davon den aktuellen Handlungsbedarf und prioritäre Handlungsfelder ab.³
- Basierend auf der Situationsanalyse verfügt das BAG über eine solide Grundlage, um zusammen mit relevanten Akteuren in einem weiteren Schritt einen Massnahmenplan und hierfür konkrete Massnahmen für die Verbesserung und Sicherstellung der koordinierten Versorgung an der Schnittstelle zu definieren. Eine bessere Koordination der Leistungen trägt übergeordnet dazu bei, die Versorgung stärker am Patientenwillen auszurichten und Ressourcen effizienter einzusetzen. In diesem Zusammenhang ist die Komplementarität zu aktuellen strategischen Leitdokumenten, die in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung vorliegen, zentral.⁴
- Die Situationsanalyse berücksichtigt die bereits vom BAG sowie weiteren relevanten Akteuren erarbeiteten Wissensbestände und trägt damit zu einer nachhaltigen Umsetzung des Projektes „Koordinierte Versorgung“ bei.

1.1.1 Methodisches Vorgehen

Für die Situationsanalyse wurden Daten unterschiedlicher Art erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Basierend auf dem Prinzip der Triangulation wurden die Analyseergebnisse laufend untereinander verglichen und die Resultate plausibilisiert. Allfällige Widersprüche und unterschiedliche Sichtweisen (z. B. zwischen unterschiedlichen Funktionsträger/innen oder zwischen dem in Interviews Gesagten und schriftlich vorliegenden Studien) lassen sich basierend auf diesem Ansatz erkennen und in die Interpretation und Empfehlungen einbeziehen.

Zur Datenerhebung und Plausibilisierung der Ergebnisse wurden folgende Methoden eingesetzt:

¹ Vgl. BAG 2017a; BAG 2017b; BAG 2016b.

² Vgl. BAG 2015b; BAG 2016a.

³ Die Situationsanalyse nimmt eine Auslegeordnung der Themen vor. Eine Vertiefung der kinder- und jugendpsychiatrischen Themenstellungen ist jedoch nicht erfolgt, da diese vom BAG in einer anderen Studie vertieft untersucht wird.

⁴ Vgl. u.a. BAG 2015a, 2015c, 2016d, 2016e; EDI 2016.

- *Systematische Literaturrecherche:* Die Literatursuche erfolgte iterativ mit Einbezug von deutsch- und englischsprachiger medizinischer sowie sozial- und pflegewissenschaftlicher Fachliteratur. Online Datenbanken (Chochrane-Library, Embase, Medline, PsycInfo, Psyn-dex, PubMed, PubPsych), Bibliotheksdatenbanken (Nebis) sowie Google scholar und Google ordinary wurden systematisch nach einzelnen und kombinierten Suchbegriffen⁵ durchsucht. Zudem wurden Literaturempfehlungen von Fachpersonen einbezogen, welche über die tele-phonischen Experteninterviews und Anfragen bei zusätzlichen Expert/innen⁶ eingeholt wurden.
- *Telefonische Experteninterviews:* Fachgespräche mit acht Expert/innen wurden zur Vertiefung der Situationsanalyse aus verschiedenen institutionellen und fachlichen Standpunkten sowie mit direktem Bezug zu praktischer Expertise geführt. Die Gespräche fanden *leitfadengestützt mittels* Telefoninterview statt. Die Kurzprotokolle der Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, wobei die Resultate der Auswertung im Bericht anonymisiert dargestellt sind. Die Liste der Interviewpartner/innen und der Interviewleitfaden finden sich im Anhang.
- *Valorisierungsworkshop:* Die Ergebnisse aus der Literaturanalyse sowie der telefonischen Expertenbefragung wurden anlässlich eines Workshops mit einer interdisziplinär zusammen-gesetzten Expert/innengruppe valorisiert. An diesem Workshop wurden die zentralen Handlungsfelder diskutiert und priorisiert. Die Liste der Teilnehmenden am Valorisierungsworkshop findet sich ebenfalls im Anhang.

1.1.2 Forschungsstand

Dem Gegenstand der vorliegenden Situationsanalyse wird sowohl von der analysierten Literatur als auch den befragten Expert/innen hohe Relevanz zugeschrieben. Zugleich herrscht gemäss vorliegenden Studien und Expertenbefragungen Konsens, dass es sich bei diesem Gegenstand um ein zu wenig erforschtes Gebiet handelt. Dieser Befund betrifft die Erforschung von Komorbidität im Allgemeinen und von Komorbidität vom Ausgangspunkt psychischer Krankheiten mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen im Spezifischen. Es liegt ein vergleichsweise grösserer Korpus an Untersuchungen vor, welche Komorbidität vom Ausgangspunkt somatischer Krankheiten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen betrachten.

Als Begründung für die relativ spärlich erforschte Komorbidität vom Ausgangspunkt psychischer Krankheiten mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen führen befragte Expert/innen insbesondere die hohe Spezialisierung innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen auf. Im Kontext dieser Spezialisierung sind interdisziplinäre Fragestellungen, auf welche die Erforschung von Komorbidität gründet, aus akademischer Sicht wenig attraktiv. Eine Mehrheit der vorliegenden Studien ergründet die psychisch-somatische Komorbidität in diagnosespezifischer Perspektive, während ganzheitliche und auf das Versorgungssystem ausgerichtete Untersuchungen rar sind. Eine Ausnahme bilden diesbezüglich einige neuere Studien aus dem englischsprachigen Raum, welche umfassendere Analysen versorgungsrelevanter Fragestellungen im Kontext von psychisch-somatischer Komorbidität vornehmen. Das Interesse für diese Fragestellungen führen Expert/innen unter anderem auf die Struktur des britischen Gesundheitssystems (inkl. das dazugehörige Finanzierungssystem) zurück.

Mit Blick auf die Schweiz ist auf die Studie «Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen»⁷ (2015) mit integrierter Bestandaufnahme und Aktionsplan hinzuweisen, welche «Fehler im Bereich Schnittstellen» als eines von neun Handlungsfeldern erörtert. Die Studie zeigt, dass der koordinierten Versorgung zwischen somatisch und psychiatrisch ausgerichte-

⁵ Folgende deutschsprachigen Suchbegriffe wurden eingesetzt: Komorbidität, komorbid, psychisch, somatisch, akutsomatisch, psychisch, körperlich, stationär, somatopsychische Komorbidität, Differenzialdiagnose, Medikation. Folgende englischsprachigen Suchbegriffe wurden eingesetzt: comorbidity, psychiatric, somatic, physical, clinical, mental disorders, somatic diseases, mental-physical comorbidity, medication.

⁶ Folgende Expert/innen wurden aufgrund ihrer Fachpublikationen für zusätzliche Literaturempfehlungen angefragt: Prof. Dr. med. Martin Härter (Universität Hamburg), Prof. Dr. Simone Munsch und Dr. Nadine Messerli (Universität Freiburg i.Ue.).

⁷ Vgl. Mascherek/Schwappach 2015.

ten Institutionen aus Patientensicht hohe Relevanz zugeschrieben wird. Ebenfalls ist auf die Studie „Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz“⁸ zu verweisen, welche hinsichtlich der Weiterentwicklung der ambulanten, intermediären und stationären Angebotsstrukturen für psychisch erkrankte Personen wichtige Empfehlungen vornimmt. Die vorliegende Analyse baut mit dem spezifischen Fokus auf psychisch erkrankte Personen mit zusätzlichen körperlichen Erkrankungen auf dieser Studie auf.

Gesamthaft besteht zwischen Forschung und Versorgung resp. klinischer Praxis ein enger Zusammenhang, welcher im Rahmen der vorliegenden Situationsanalyse berücksichtigt wird. So hebt sich angesichts des aktuellen Forschungsstandes einerseits die Wichtigkeit hervor, Fachpersonen mittels Interviews und Workshops direkt in die Analyse einzubeziehen. Andererseits beziehen sich die versorgungsrelevanten Herausforderungen, welche in dieser Situationsanalyse hervorgearbeitet werden, vielfach direkt oder indirekt auf die lückenhafte Forschungslage.

1.2 Aufbau des Berichts

Die Ergebnisse der Situationsanalyse, die auf der ausgewerteten Fachliteratur und Experteninterviews gründet, werden in Kapitel 2 dargelegt. Im Kontext der untersuchten Komorbidität wird die Zielgruppe zunächst näher definiert und in die Versorgungslandschaft eingebettet (Kapitel 2.1). Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die körperliche Gesundheit, die Leistungsintensität und die Lebensdauer wird anschliessend diskutiert (Kapitel 2.2). In den nachfolgenden beiden Kapiteln werden die aus Sicht von Literatur und Expert/innen aktuellen Herausforderungen (Kapitel 2.3) und der davon abgeleitete Handlungsbedarf (Kapitel 2.4) erörtert und mit Fokus auf die wichtigsten Schnittstellen zusammengefasst (Kapitel 2.5). Kapitel 3 bewertet auf der Grundlage des Valorisierungsworkshops die in den vorhergehenden Kapiteln vorgenommene Situationsanalyse: Erkenntnisse, die im Workshop ergänzend oder zusätzlich zur Situationsanalyse genannt wurden, werden einleitend genannt (Kapitel 3.1). Im Anschluss daran werden die Handlungsfelder, die im Valorisierungsworkshop als prioritär befunden wurden, ausgewiesen (Kapitel 3.2). Im Literatur- und Materialverzeichnis sowie im Anhang finden sich umfassend sämtliche Hinweise auf die bearbeiteten Quellen.

⁸ Vgl. EDI 2016.

2 Ergebnisse der Situationsanalyse

2.1 Definition der Zielgruppe

In diesem Kapitel wird die Zielgruppe anhand der psychiatrischen Diagnose, der psychisch-somatischen Komorbidität und der Einbettung in die Versorgungslandschaft genauer definiert.

2.1.1 Definitionskriterium „F-Diagnosen“

Die Zielgruppe der Analyse umfasst psychisch erkrankte Personen, die im stationären Bereich behandelt werden und neben einer psychischen gleichzeitig an einer oder mehreren körperlichen Krankheiten leiden. Der Analysefokus auf Personen mit einer psychischen Erkrankung gibt vor, die Zielgruppe primär nach psychiatrischen Diagnosen zu definieren. Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) unterscheidet folgende Gruppen psychiatrischer Diagnosen (Kapitel F):⁹

- F00-F09 Organische, einschliesslich symptomatischer Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnorganische Störungen);
- F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Missbrauch- und Abhängigkeit von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen / Drogen);
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis);
- F30-F39 Affektive Störungen (Depressionen, Manien, Bipolare Störungen);
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen);
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen);
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen);
- F70-F79 Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung);
- F80-F89 Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen);
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Ticstörungen).

Die Diagnose ist ausschlaggebend für die Wahl einer geeigneten Behandlung bzw. eines geeigneten Angebots. Die Klassifikation nach F-Diagnosen liegt in einer Vielzahl der Kantone den stationären Spitalplanungen zugrunde¹⁰ und wird in der vorliegenden Analyse als primäres Definitivkriterium der Zielgruppe verwendet.

2.1.2 Wichtige definitorische Überlegungen im Kontext von Komorbidität

Betreffend den Analysefokus auf somatische Komorbiditäten bei psychisch erkrankten Personen gilt es zusätzliche definitorische Überlegungen zu berücksichtigen, die sich im Kontext der untersuchten Komorbidität stellen und welche die Zielgruppe somit genauer erfassen lassen.

Komorbidität – das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung – ist bei psychischen Störungen häufig. Über 70% der Personen mit starker psychischer Belastung und rund 73% der

⁹ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2016.

¹⁰ Vgl. Jörg/Ruffin 2016.

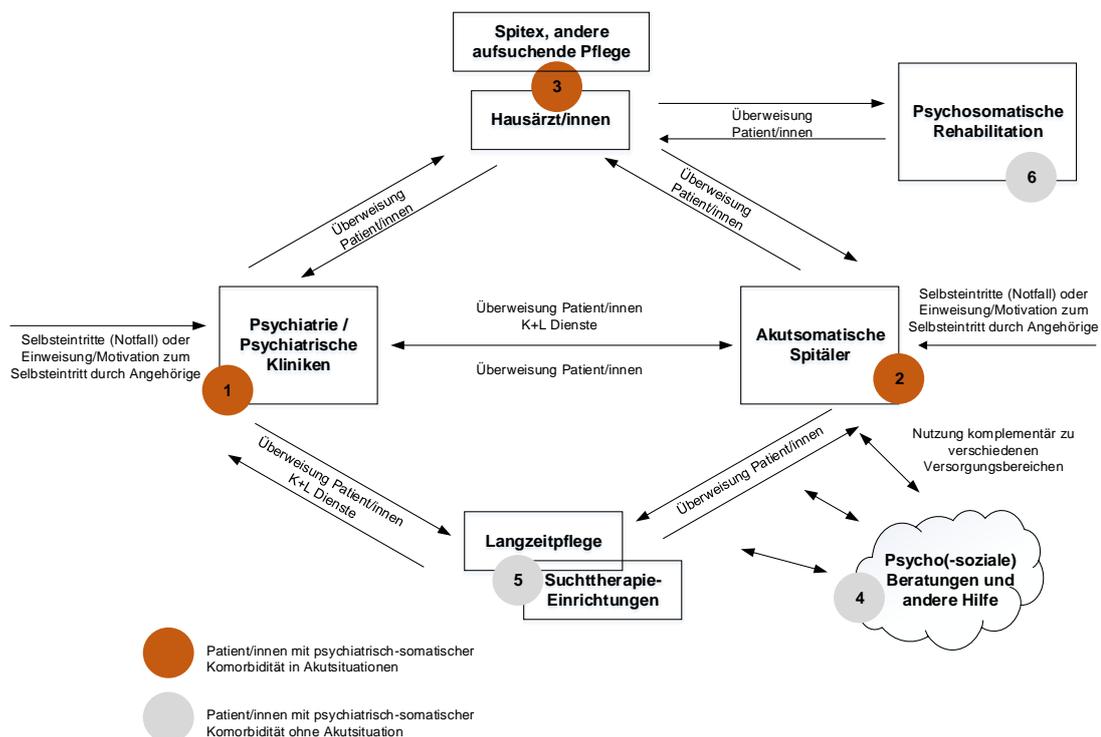
Personen mit starken Depressionssymptomen leiden zusätzlich an starken körperlichen Beschwerden.¹¹ Folglich verweisen Expert/innen auf körperliche Komorbiditäten, welche bei psychisch erkrankten Personen vielmehr eine Regel als eine Ausnahme darstellen.¹² Psychische und körperliche Erkrankungen können dabei sowohl unabhängig voneinander auftreten als auch in kausalem Zusammenhang zueinanderstehen.

In Bezug auf die psychisch-somatische Komorbidität gilt es übergeordnet die Interaktion der psychischen und körperlichen Gesundheitsdimensionen zu beachten: Psychische Erkrankungen können dem Beginn körperlicher Symptome oder Erkrankungen vorausgehen, andererseits können somatische Erkrankungen oder deren Behandlung psychische Beschwerden oder Störungen nach sich ziehen.¹³ Ein allgemein gültiges Kausalitätsprinzip liegt nicht vor. Die verschiedenen Entstehungsbedingungen psychischer und körperlicher Erkrankungen geben somit vor, in die Analyse grundsätzlich auch somatisch erkrankte Personen mit psychischen Komorbiditäten einzubeziehen. Dies gilt es umso mehr zu beachten, weil sich die Indikation und der Schweregrad der Erkrankung(en) über die Zeit ändern können bzw. Diagnosen angepasst werden müssen.

2.1.3 Einbettung in die Versorgungslandschaft

Aus den bis hierhin dargelegten definitorischen Ausführungen folgt, dass die Zielgruppe mit psychisch-somatischer Komorbidität in mehreren Versorgungsbereichen anzutreffen ist. Es handelt sich dabei, wie in Abbildung 1 dargestellt, um hauptsächlich fünf Versorgungsbereiche.

Abbildung 1: Versorgungsbereiche der Zielgruppe



Folgende definitorischen Überlegungen zu den Versorgungsbereichen werden in der Analyse berücksichtigt:

- Personen mit psychiatrischen Diagnosen werden nicht nur in psychiatrischen Kliniken resp. spezialisierten psychiatrischen Abteilungen eines primär somatisch ausgerichteten Spitals

¹¹ Vgl. Schuler et al. 2016.

¹² Vgl. Miro 2009; Norman 2013; Sprah 2017; Treasure et al. 2009; Von Korff et al. 2009.

¹³ Vgl. Schuler et al. 2016.

behandelt, sondern auch in psychosomatischen und somatischen Abteilungen von akutsomatischen Spitälern. Zudem gibt es Personen, welche einer somatischen akut-stationären Behandlung bedürfen und gleichzeitig psychiatrisch erkrankt sind. Dies bedingt grundsätzlich, die Gesamtheit der stationär behandelten Fälle in die Analyse einzubeziehen.¹⁴

- Der weitem gilt es zur ganzheitlichen Erfassung der Zielgruppe die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung (primär Hausärzt/innen) zu berücksichtigen: Die Abgrenzung zwischen stationär und ambulant ist mit Blick auf die komplexen Versorgungsketten nicht strikt zu ziehen. Eine Schlüsselrolle in Bezug auf die psychisch-somatische Komorbidität weist die Fachliteratur Hausärzt/innen zu, welche Patient/innen sowohl in die Akutsomatik als auch die Psychiatrie / psychiatrische Kliniken weiter weisen. Ein allfälliger Handlungsbedarf an diesen Schnittstellen ist auch Teil der Studie.
- Die Nutzung von psycho(-sozialen) Beratungsangeboten erfolgt aus Patientensicht komplementär zu den verschiedenen Versorgungsangeboten, insbesondere hinsichtlich Prävention/Früherkennung und Nachbehandlung. Ein allfälliger Handlungsbedarf an diesen Schnittstellen wird in der Studie berücksichtigt.
- In Langzeitinstitutionen (Alters- und Pflegeheimen), in therapeutisch-stationären Suchthilfe-Einrichtungen sowie in der psychosomatischen Rehabilitation ist der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht in der Regel nicht akut, sondern soweit stabilisiert, dass eine hauptsächlich pflegerische Betreuung (Alters-/ Pflegeheim) resp. therapeutische Behandlung (Suchthilfe-Einrichtung) resp. rehabilitative Behandlung (psychosomatische Rehabilitation) möglich ist. Auch wenn hier Komorbiditäten auftreten, so sind diese nicht dem Schnittstellenbereich Psychiatrie – Akutsomatik zuzuordnen. Diese Versorgungsbereiche werden folglich in der vorliegenden Analyse nicht näher untersucht. Zu beachten gilt dennoch, dass die Versorgungssysteme in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich ausgestaltet sind, und allenfalls gewisse Patientengruppe mit Komorbidität bereits an anderer Stelle im Versorgungssystem behandelt werden als dies andernorts üblich ist.

2.2 Auswirkungen der psychischen Erkrankung

Dieses Kapitel zeigt auf, wie sich die psychische Erkrankung auf die körperliche Gesundheit, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Lebensdauer und -qualität auswirkt.

2.2.1 Körperliche Komorbiditäten

Psychische Erkrankungen gehen häufig mit körperlichen Krankheiten einher. Unabhängig von der Art der Erkrankung ist ein substanzieller Anteil der somatisch kranken Patient/innen komorbid erkrankt. Menschen mit psychischen Erkrankung haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten chronischer körperlicher Erkrankungen und akuter Komplikationen. Über 70% der Personen mit starker psychischer Belastung leiden zusätzlich an starken körperlichen Beschwerden.¹⁵ Durchschnittlich liegt der Anteil an bedeutenden körperlichen Begleiterkrankungen bei Menschen, die psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, bei 30–50%.¹⁶

Psychisch-somatische Komorbiditäten sind bezüglich Erscheinungsbild und chronologischem Ablauf der Krankheiten von sehr vielfältiger Ausprägung. Psychische und körperliche Erkrankungen können sowohl unabhängig voneinander auftreten als auch in kausalem Zusammenhang zueinanderstehen. Bei kausaler Komorbidität ist das Risiko für zusätzliche körperliche Erkrankungen je nach psychischer Krankheit höher oder tiefer. Spitzenreiter bei den somatischen Behandlungsrelationen ist die Diagnosegruppe F5, zu welcher auch Essstörungen zählen. Hier sind die somatischen Behandlungstage auf dem fast 13fach höheren Niveau als es einer alters- und geschlechtsgleichen Schweizerischen Bevölkerungsstichprobe entsprechen würde.¹⁷ Krankheitsbilder, die gemäss Statistiken von Konsiliar- und Liaisondiensten häufig mit körperlichen Komorbiditäten einhergehen, umfassen somatoforme Störungen, Störungen durch Alkohol, Delir und

¹⁴ Vgl. Schuler et al. 2016.

¹⁵ Vgl. Schuler et al. 2016.

¹⁶ Vgl. EDI 2016; Schwarze/Steinauer 2016 (mit Bezug zu Felker et al. 1996; Koran et al. 2002).

¹⁷ Vgl. Frick/Frick 2010, S. 34.

Demenz, depressive Störungen und Anpassungsstörungen sowie Angststörungen. Expert/innen in Fachgesprächen betonen die ausgeprägten körperlichen Komorbiditäten bei Patient/innen mit chronischer Schizophrenie.

Bei der Ausprägung der Komorbidität sind insbesondere soziodemografische (Alter, Geschlecht) und medizinische Variablen (Schweregrad, Grad der Chronifizierung) als Schlüsselfaktoren zu berücksichtigen. Männliche und unverheiratete Personen und solche mit geringerem Grad der Erkrankungsschwere geben z.B. signifikant seltener psychische Störungen an als weibliche und unverheiratete Patient/innen bzw. solche mit schwereren somatischen Erkrankungen. Mit zunehmendem Alter besteht ein erhöhtes Risiko für Komorbidität und Multimorbidität tritt im Alter allgemein häufiger auf.¹⁸

Einen ausführlicheren Überblick über Beispiele von körperlichen Komorbiditäten, welche gemäss vorliegenden Erkenntnissen in der Fachliteratur¹⁹ mit psychischen Erkrankungen einhergehen, findet sich geordnet nach F-Diagnosen im Anhang (Kapitel 5.1).

2.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen

Alle F-Diagnosegruppen sind gegenüber der Gesamtbevölkerung im Nutzungsausmass stationärer somatischer Institutionen deutlich erhöht. Von daher könnte man formulieren, dass allein die Tatsache einer psychischen Erkrankung mit sich bringt, hinsichtlich somatischer Versorgungserfordernisse zu den Intensivnutzern (im Vergleich zu Nichtpsychisch-Erkrankten) zu gehören.²⁰ Der Koordinationsbedarf ist gemäss den befragten Expert/innen besonders hoch bei Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität in Notfallsituationen und in diesem Setting nochmals intensiver bei Patient/innen, die krankheitsbedingt eine hohe Fremd- und/oder Eigenaggressivität vorweisen (insbesondere bei an Psychose und Schizophrenie erkrankten Personen).

Die Zahl der in ambulanten psychiatrischen Praxen behandelten Personen hat über die letzten 10 Jahre deutlich zugenommen.²¹ Dies gilt nicht nur für die absoluten Zahlen, sondern auch für das Verhältnis jährlich behandelter Patient/innen pro Ärztin bzw. Arzt. Allgemein gehen psychisch erkrankte Personen häufiger zur Ärztin bzw. zum Arzt als psychisch nicht erkrankte Personen. Besonders häufig suchen Personen ärztliche Praxen auf, wenn sie gleichzeitig an psychischen und körperlichen Beschwerden leiden.²²

Widmer/Kohler (2015) zeigen in ihrer Untersuchung von Behandlungsketten auf, dass allgemein rund 10% der Patient/innen nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt weiterhin stationär versorgt werden. Beinahe die Hälfte davon (4% des Totals) wird innerhalb von 10 Tagen rehospitalisiert, die andere Hälfte (5% des Totals) wird in einer Rehabilitationsklinik weiterbetreut. Nur ein kleiner Teil (1%) wird in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Fast ebenso oft wie durch eine Rehabilitationsklinik erfolgt die Nachversorgung durch die Spitex oder in einem Pflegeheim (je 3% aller Hospitalisierungen). Es sind vor allem ältere Patient/innen, welche zusätzliche Versorgungsangebote ausserhalb des Akut-Spitalbereiches beanspruchen. Die Ergebnisse von Widmer/Kohler zeigen über die Zeit hinweg zum Teil klar zunehmende Inanspruchnahme von Leistungen, neben der Inanspruchnahme von Spitexleistungen nach einem Spitalaufenthalt wird dies auch bei den mehrstufigen Behandlungsketten Akutsomatik – Rehabilitation – Akutsomatik ersichtlich. Die Zahl der übrigen Folgebehandlungen und Nachversorgung hingegen blieben über die Zeit hinweg konstant. Inwieweit diese Trends auf Patienteneigenschaften (ältere Patient/innen, Multimorbidität u.ä.) zurückzuführen sind, konnte in der vorliegenden Studie von Widmer/Kohler nicht analysiert werden. Ebenso wurde der Effekt der Bevölkerungsentwicklung (Anteil älterer Personen) nicht berücksichtigt.²³

¹⁸ Vgl. BAG 2016a; Berger/Agyemang 2015, S. 761-762.

¹⁹ Vgl. BAG 2016c; Berger/Agyemang 2015; Frick/Frick 2010; Kasper/Blanz 2016; Schuler et al. 2016; Schwarze/Steinauer 2016; Stieglitz/Volz 2007.

²⁰ Vgl. Frick/Frick (2010), S. 34.

²¹ Vgl. Schuler et al. 2016.

²² Vgl. Schuler et al. 2016.

²³ Vgl. Widmert et al. 2015.

2.2.3 Lebenserwartung

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine um 10 bis sogar 25 Jahre geringere Lebenserwartung.²⁴ Psychische Störungen sind die Hauptursache für Suizide.²⁵ Gleichwohl erklären Suizide nur einen kleinen Teil der verkürzten Lebenserwartung. Das relative Risiko für natürliche Todesfälle ist doppelt so hoch als bei der Allgemeinbevölkerung.²⁶ Die tiefere Lebensdauer wird im Wesentlichen durch körperliche Begleiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die unter anderem auf Nebenwirkungen von Psychopharmaka zurückzuführen sind, einen selbstvernachlässigenden Lebensstil und eine mangelnde allgemeinmedizinische Versorgung verursacht.²⁷ Untersuchungen zeigen, dass die Rehabilitation bei psychisch erkrankten Personen, die zusätzlich an einer körperlichen Erkrankung leiden, komplexer und weniger erfolgreich ist.

Die Auswirkungen auf die Lebensdauer lässt sich am Beispiel der Schizophrenie veranschaulichen: Schizophrene Patient/innen haben eine durchschnittlich um 9 bis 10 Jahre verkürzte Lebensdauer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.²⁸ Unter Berücksichtigung der Suizidmortalität besteht immer noch ungefähr eine doppelt so hohe Mortalität infolge eines natürlichen Todes bei schizophrenen Patient/innen im Vergleich zu Kontrollpopulationen. Diese erhöhte Mortalität an natürlichen Todesursachen wird durch eine erhöhte Erkrankungsrate und/oder erhöhte Sterblichkeit von schizophrenen Patient/innen an somatischen Erkrankungen erklärt. 60% der vorzeitigen Todesfälle bei Menschen mit einer schweren schizophrenen Erkrankung sind auf kardiovaskuläre, bronchopulmonale und infektiöse Erkrankungen zurückzuführen.²⁹

Frick/Frick (2010) verweisen auf Untersuchungen in den USA, die aufzeigen, dass ein bedeutsamer Teil der bei Patient/innen mit psychischen Krankheiten feststellbaren Exzessmortalität (gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt erhöhte Sterberate) zumindest in den USA auf eine qualitativ schlechtere Behandlung ihrer somatischen Komorbidität zurückführbar ist.³⁰ Eine schottische Untersuchung zur Mortalität von psychisch kranken Menschen ergänzt diese Perspektive aber um Verhaltensfaktoren auf Seite der psychisch Erkrankten (insbesondere ein erhöhter Raucheranteil und herabgesetzte körperliche Aktivität im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung), die ebenfalls einen relevanten Anteil an der Exzessmortalität aufzuklären in der Lage sind.³¹ Wie stark beide Umstände für Schweizer Patient/innen gelten, gälte es gemäss Frick/Frick zu untersuchen.

2.3 Aktuelle Herausforderungen

Dieses Kapitel zeigt zusammenfassend aktuelle Herausforderungen an der Schnittstelle «Akut-somatik – Psychiatrie» auf, auf welche die Fachliteratur und die interviewten Expert/innen verweisen. Die Herausforderungen werden drei übergeordneten Themenbereichen – Wissen, Diagnostik und Behandlung, Versorgungssystem und Struktur – zugeordnet. Die Zuordnung in die drei Themenbereiche orientiert sich an vorliegenden Gliederungen in der analysierten Fachliteratur, welche den Gegenstand vielfach entlang der Bereiche Wissenschaft, klinische Praxis und Gesundheitspolitik untersuchen.³² Es bestehen enge Zusammenhänge zwischen den Herausforderungen über die drei Themenbereiche hinweg, welche im Text erläutert werden, ohne jedoch ein umfassendes Ursache-Wirkung-Modell zu entwickeln. Auf unterschiedliche oder divergierende Gewichtungen, die in verschiedenen Studien und/oder Befragungen vorliegen, wird bei entsprechenden Herausforderungen verwiesen.

²⁴ Vgl. Schwarze/Steinauer 2016.

²⁵ Schuler et al. 2016, S. 13.

²⁶ Vgl. Harris 1998.

²⁷ Schuler et al. 2016. Vgl. auch Interface 2015, S. 16.

²⁸ Vgl. Schwarze/Steinauer 2016. Vgl. auch Norman 2013.

²⁹ Vgl. Schwarze/Steinauer 2016.

³⁰ Vgl. Druss, Bradford et al. 2001 in: Frick/Frick 2010.

³¹ Vgl. Hamer, Stamatakis et al. 2008 in: Frick/Frick 2010.

³² Vgl. z.B. BAG 2015c; Collins et al. 2013; Fleischhaker et al. 2008; Mascherek/Schwappach 2015; Stiglitz/Volz 2007; von Korff et al. 2009. De Hert et al. (2011b) analysieren den Untersuchungsgegenstand unterteilt auf die individuelle und Systemebene.

2.3.1 Wissen

Sowohl Fachpersonen als auch (potenzielle) Patient/innen sind oft mangelhaft über körperliche Komorbiditäten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen informiert. Dieser Wissensmangel bildet angesichts der Tatsache, dass psychisch-somatische Komorbiditäten eine Regel und keine Ausnahme darstellen, einen übergeordneten Themenbereich mit verschiedenen Herausforderungen.

Mangelhaftes Bewusstsein bei (potenziellen) Patient/innen³³

- *Wissen in der Gesellschaft:* In der Gesellschaft herrscht allgemein ein fehlendes Bewusstsein für die Interaktion von psychischer und körperlicher Gesundheit resp. Krankheit.
- *Wissensvermittlung an Patient/innen:* Die Wissensvermittlung an Betroffene über das gleichzeitige Auftreten von psychischen und somatischen Erkrankungen und Möglichkeiten der Behandlung ist in vielen Fällen unzureichend. Kompetenzen, welche Patient/innen zum Selbstmanagement befähigen, werden allgemein zu wenig ausgebildet.
- *Mangelhafte Primärprävention:* Als Folge des mangelhaften Bewusstseins bei der Bevölkerung und der potentiellen Zielgruppe werden Chancen zur Primärprävention und zur Früherkennung verpasst oder zu wenig genutzt.

Mangelhafte interdisziplinäre Kompetenzen bei Fachpersonal aufgrund hoher Spezialisierung³⁴

- *Ganzheitliches Wissen:* Fachpersonen sowohl somatischer als auch psychiatrischer Ausrichtung sind heute hochgradig spezialisiert. Als Folge der Spezialisierung weisen Fachpersonen sowohl somatischer als auch psychiatrischer Ausrichtungen vielfach generell ein mangelhaftes Bewusstsein für die ganzheitliche medizinische Versorgung sowie ein unzureichendes interdisziplinäres Grundwissen auf. Fachpersonen in der Psychiatrie konzentrieren sich z.B. auf ihren Auftrag im psychiatrisch-klinischen Umfeld und vernachlässigen dabei vielfach somatische Krankheitsbilder. Interdisziplinäre Kompetenzen, welche für die Diagnostik und Behandlung von psychisch-somatischen Komorbiditäten relevant sind, werden allgemein unzureichend aus- und weitergebildet sowie praktiziert.
- *Unterschiedliche Bewertung:* Die Gewichtung dieser Herausforderung unterscheidet sich je nach Studie und/oder Befragung. Gemäss einigen Expert/innen wirkt sich der Trend zur Spezialisierung bereits in der Ausbildung sehr ausgeprägt zulasten der ganzheitlich ausgerichteten Versorgung aus, mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Erkennung und Behandlung von psychisch-somatischen Komorbiditäten. Dabei wird zusätzlich zum neueren Trend der Spezialisierung auch auf das Denken in der althergebrachten Schichtenregel verwiesen. Diese Regel geht davon aus, dass man Diagnosen nacheinander behandelt. Andere Expert/innen weisen darauf hin, dass in den letzten Jahren eine verstärkte Sensibilisierung stattgefunden hat, sodass Fachpersonen sowohl somatischer als auch psychiatrischer Ausrichtung gleichermaßen über ein Basiswissen über psychische *und* somatische Krankheitsbilder verfügen.
- *Schlüsselrolle von Hausärzt/innen:* Aus der Sicht von Expert/innen hat sich die Hausarztmedizin in besonderem Mass an einer ganzheitlichen Betreuung und medizinischen Versorgung zu orientieren. Dabei bestehen grosse Unterschiede, was die Sensibilisierung von Haus- und Kinderärzt/innen für psychische Erkrankungen und die vorhandenen Kompetenzen für die Versorgung betroffener Patient/innen anbelangt. Eine verbreitete Problematik besteht darin, dass in der Grundversorgung bisweilen zu lange (nur) mit Psychopharmaka behandelt wird, wobei sich eine rechtzeitige Überweisung in spezialisierte psychiatrische Behandlung verzögert oder gar nicht stattfindet.³⁵ Hierbei besteht die zusätzliche Herausforderung im bestehenden Versorgungssystem, die Durchlässigkeit und Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereich zu schaffen.

³³ Vgl. BASS 2016; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016.

³⁴ Vgl. BASS 2016; De Hert, Marc et al. 2011b; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016; Norman 2013; Schwarze/Steinauer 2016.

³⁵ Vgl. BASS 2016.

- *Mangelhafte praktische Kenntnisse:* Befragte Expert/innen verweisen auf Unsicherheiten, mit welchen sich mangelhafte interdisziplinäre Kompetenzen in der klinischen Praxis auswirken. So hemmt der Mangel an theoretischem Wissen und insbesondere auch an praktischen Erfahrungen das Interesse und die Bereitschaft, im Kontext psychisch-somatischer Komorbidität ganzheitlich zu behandeln. Als Beispiele wird die Reanimation aufgeführt, welche für viele psychiatrische Fachpersonen eine Überforderung oder ein Gräuuel darstelle. Auf der anderen Seite wird auf Fälle akuter Psychiatrie und insbesondere Essstörungen verwiesen, welche bei somatischen Fachpersonen vielfach Handlungsunsicherheit auslösen.

Forschungslücken³⁶

- *Zusammenhang Forschung – Praxis:* Expert/innen verweisen auf den aktuellen Forschungsstand (siehe Kapitel 1.1.2), welche die psychisch-somatische Komorbidität als allgemein unzureichend untersuchtes Gebiet erscheinen lässt. Herausforderungen, die in Bezug auf die klinische Praxis und Versorgung bestehen, stehen häufig in engem Zusammenhang mit dem Mangel an evidenzbasierter Forschung zum Untersuchungsgebiet. Die Herausforderungen in wissenschaftlicher und klinischer Sicht sind folglich stets zusammen zu denken und anzugehen.

2.3.2 Diagnostik und Behandlung

Neben dem erhöhten Risiko des Auftretens von körperlichen Krankheiten ist auch die Wahrscheinlichkeit für eine nicht ausreichende medizinische Diagnostik und Behandlung der Erkrankung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich grösser. Darin besteht ein weiterer übergeordneter Themenbereich mit verschiedenen Herausforderungen.

Komplexität der psychisch-somatischen Komorbiditäten³⁷

- *Komplexe Krankheitsbilder:* Psychisch-somatische Komorbiditäten zeichnen sich durch ihre Vielfalt und hohe Komplexität aus, was für die Diagnostik eine grundlegende Herausforderung darstellt. Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und somatischer Komorbidität kann nicht verallgemeinert werden. So zeigen sich bei verschiedenen psychischen Erkrankungen unterschiedliche körperliche Komorbiditäten. Insbesondere komplexe psychopathologische Zustandsbilder erschweren die somatische Diagnostik und Therapie erheblich. Eine zusätzliche Herausforderung stellen zusätzlich vorhandene psychische Komorbiditäten dar, welche bei psychischen Störungen ebenfalls häufig sind.
- *Symptomüberlagerung:* Die Ursache von bestimmten Symptomen kann sowohl eine psychiatrische als auch somatische Erkrankung sein oder eine Kombination. Das erschwert die Diagnose. Eine Zuordnung der Symptome ist oft erschwert. Die Gefahr des Nichterkennens einer psychischen Störung in der medizinischen Versorgung resp. einer körperlichen Erkrankung in der psychiatrischen Versorgung ist dadurch erhöht. Ausgeprägt stellt sich das Problem z.B. bei somatischen Symptomen der Depression dar, welche Ausdruck pathophysiologischer Prozesse einer körperlichen Erkrankung bzw. Folge ihrer Behandlung sein können.
- *Erkennbarkeit:* Die Erkennbarkeit von somatischen Erkrankungen kann bei verschiedenen psychischen Krankheiten erheblich erschwert sein. Dies ist insbesondere bei schizophrenen Patient/innen mit Negativsymptomen oder ausgeprägten kognitiven Störungen der Fall, welche vielfach eine verminderte Schmerzsensibilität aufweisen und geringen Wert auf körperliche Symptome legen. Allgemein verweisen Fachpersonen darauf, dass sich Patient/innen mit psychischer Erkrankung oft nicht auffällig verhalten und man nicht sieht, dass sie in einer schwierigen Lage sind. Patient/innen teilen ihre körperlichen Beschwerden spät mit oder gar nicht.

³⁶ Vgl. Berger/Agyemang 2015; Miro 2009.

³⁷ Vgl. Berger/Agyemang 2015; Messerli-Bürgy/Munsch 2016; Schwarze/Steinauer 2016.

Ungenügende Erfassung und Behandlung der körperlichen Komorbiditäten³⁸

- *Unterdiagnostik:* Somatische Erkrankungen werden bei psychisch erkrankten Personen vielfach nicht frühzeitig erkannt und dementsprechend unzureichend behandelt. Patient/innen werden lange oder ausschliesslich isoliert aufgrund von einer Diagnose behandelt. Die Wahrscheinlichkeit für eine nicht ausreichende Diagnostik und medizinische Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen ist deutlich grösser. So finden bei psychisch erkrankten Personen weniger Vorsorgeuntersuchungen statt als in der Allgemeinbevölkerung. Damit werden die Herausforderungen vernachlässigt, mit denen im Vergleich zu Einzeldiagnosen Co- oder Multimorbiditäten in der Regel verbunden sind. Dazu gehören schwere Verläufe der Erkrankung(en), längere Erkrankungsdauer, kleinere Therapieerfolge, vermehrte psychosoziale und berufliche Einschränkungen, häufigere inadäquate Nutzung des Gesundheitssystems und mehr Suizidversuche.
- *Fehldiagnose:* Als Folge der Vernachlässigung und/oder ungenügenden Berücksichtigung der Komorbidität entstehen Fehldiagnosen. Z.B. werden Symptome einer psychischen Störung zugeordnet, obwohl es eine somatische Erkrankung betrifft, oder Symptome werden als normale Konsequenz («Nebenerscheinung») von einer psychischen Erkrankung interpretiert – und umgekehrt. Patient/innen werden in der Folge falschen Institutionen zugeteilt.
- *Richtige Diagnose, aber falscher Handlungsschluss:* Psychische Erkrankungen werden, wo eine erhöhte Sensibilität und entsprechendes Wissen für Komorbiditäten besteht, richtig diagnostiziert. Eine richtige Diagnose bedingt aber noch nicht eine adäquate Behandlung. Die Praxis zeigt immer wieder, dass mangels Expertise somatischer Ärztinnen und Ärzte keine oder eine unzureichend adäquate Behandlung erfolgt resp. eine Weiterleitung an psychiatrische Spezialist/innen erfolgt, jedoch mangels umfassender Diagnostik die Dringlichkeit der Behandlung nicht erkannt wird. Dies bewirkt eine unzureichend adäquate Therapie im erforderlichen Zeitrahmen, oder kann im Extremfall auch zu Todesfällen führen.
- *Einseitiges Krankheitsverständnis:* Das einseitige Krankheitsverständnis wird im Diagnostik- und Behandlungsprozess vielfach auf die Patient/innen projiziert: Personen mit psychischen Krankheiten wird im Krankheitsverlauf häufig ein ausschliesslich psychiatrisch orientiertes Krankheitsverständnis vermittelt – wie auch umgekehrt Personen mit körperlichen Krankheiten vielfach ein ausschliesslich körperlich orientiertes Krankheitsverständnis vermittelt wird. Als Folge davon verdrängen sie Symptome oder vermeiden häufig die ganzheitliche Auseinandersetzung mit ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Als Beispiel lässt sich die Generalisierte Angststörung (GAS) aufführen: Weniger als 20% der GAS-Patient/innen präsentieren sich beim Hausarzt mit psychischen Beschwerden. GAS ist gewöhnlich assoziiert mit körperlichen Beschwerden, aber die Existenz einer körperlichen Störung reduziert signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass GAS diagnostiziert wird.
- *Komplexität an Ursachen:* Die Gründe für die Unterdiagnostik sind vielfältig und beziehen sich auf sämtliche in diesem Kapitel ausgeführten Herausforderungen (mangelnde Kompetenzen Fachpersonal, Stigmatisierung psychischer Krankheiten, insbesondere schizophrener Patient/innen, fehlende internistische Versorgung in der stationären Versorgung).
- *Notfälle:* Nicht erkannte, vernachlässigte oder ungenügend behandelte körperliche Erkrankungen bei psychisch erkrankten Personen führen vielfach zur Verstärkung der somatischen Krankheit. In der Folge kommt es häufig zu schweren akuten Notfallsituationen und längeren stationären Aufenthalten, welche sich mit einer frühzeitigen Diagnostik verhindern liessen. Z.T. wird die Zuweisung an eine Notfallstation auch durch standardisierte und/oder zur Routine gewordene Abläufe gefördert, während viele dieser Abklärungen und Behandlungen aufgrund der Krankheitsbilder resp. des Schweregrades der Erkrankungen nicht in einer Notfallstation erfolgen müssten. Im Kontext von Notfallsituationen besonders zu berücksichtigen sind zudem Suizidgefährdete und Menschen nach Suizidversuchen, da eine überwiegende Mehrheit der Betroffenen psychisch erkrankt ist.³⁹

³⁸ Vgl. Fleischhaker et al 2008; Frick/Frick 2010; Mascharek/Schwappach 2015; Messerli-Bürgy/Munsch 2016; Norman 2013; Schuler et al. 2016; Von Korff et al. 2009. Dies trifft umgekehrt gleichermassen zu, wo nur etwa die Hälfte aller komorbid bei körperlichen Erkrankungen bestehenden psychischen Erkrankungen diagnostiziert sind und wiederum nur die Hälfte dieser Diagnosen auch korrekt ist (vgl. Härter 2007).

³⁹ Vgl. BAG 2016b.

- *Therapie:* In Therapiedurchführung sind oft störungsspezifische Manuale im Einsatz, in denen die Frage der Komorbidität nur randständig oder nicht behandelt wird. Die Effektivitätsnachweise werden oft nur für monosymptomatische, nicht komorbide Störungen berücksichtigt.

Unnötige (Rück-)Verlegungen während der Behandlung⁴⁰

- *Unzureichende Planung:* Verschiedene Studien und Fachpersonen verweisen darauf, dass Verlegungen zwischen akutsomatischer und psychiatrischen Stationen wie auch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen bei Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität aufgrund mangelhafter interdisziplinärer Koordination und Zusammenarbeit vielfach zu schnell oder ohne ausreichende Planung vorgenommen werden. In der Folge kommt es vielfach zu Rückverlegungen. Dies hemmt den Behandlungsprozess und verursacht einen hohen administrativen und Kostenaufwand. Ein Vorausdenken fehlt vielfach.
- *Übergangslösungen nach Notfallsituationen:* Expert/innen weisen auf den Mangel an Einrichtungen (z.B. betreutes Wohnen und/oder Nachbehandlung in ambulanter Versorgungsinstitution) hin, welche Patient/innen nach einer Notfallsituation eine Übergangslösung anbieten. Insbesondere wird das Beispiel von Patient/innen genannt, welche eine Notfallstation verlassen und sich wegen nicht vorhandener Übergangsangebote innert kurzer Zeit erneut auf der Notfallstation einfinden. Von hervorragender Bedeutung ist die adäquate Betreuung von Menschen nach Suizidversuchen.⁴¹

Risiken der Medikation⁴²

- *Risiko von Wechselwirkungen:* Psychisch-somatische Komorbiditäten bilden eine besondere Herausforderung bei Patient/innen mit Krankheiten, bei welchen die Behandlung mit Medikamenten im Vordergrund steht. Es besteht das Risiko, dass Medikamente, die auf ein Krankheitsbild hinwirken, negative Konsequenzen auf eine (nicht diagnostizierte) Begleiterkrankung haben resp. das Erscheinungsbild dieser Krankheit hemmen.
- *Medikamentensicherheit:* Bei einer Behandlung durch mehrere Fachpersonen, welche im Falle psychisch-körperlicher Komorbidität häufig ist, herrscht vielfach Unklarheit über die Medikamente, welche ein/e Patient/in gesamthaft einnimmt. Datenschutz wird in diesem Zusammenhang als Herausforderung genannt. Je nach Krankheit ist das Risiko gross, dass Patient/innen selber einen mangelhaften Überblick über ihre Medikation haben und das Selbstmanagement für eine verantwortungsvolle Medikamenteneinnahme fehlt. Das Risiko steigt bei Selbstmedikation, sprich Einnahme von nicht verschriebenen und somit nicht systematisch erfassten Medikamenten.
- *Fehlmedikation / Missbrauch von Medikamenten:* Die Einnahme von falschen Medikamenten kann zu Abhängigkeiten und weiteren negativen Konsequenzen führen, welche zusätzliche Krankheiten verursachen. Ein grosses Risiko geht von einem hohen Schmerzmittelverbrauch aus. Dieses Risiko ist in Palliativsituationen besonders hoch.

Gesundheitsverhalten der Patient/innen / Compliance⁴³

- *Mangelhafte Gesundheitskompetenzen:* Oft ist die Behandlung von somatischer Krankheit zusätzlich erschwert, da Personen mit psychischer Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weniger pflichtbewusst im Medikamentenkonsum sind, weniger effektives Self-Management aufweisen und allgemein weniger gesundheitsförderliche Haltungen vorweisen.

⁴⁰ Vgl. Berger/Agyemang 2015; Reeves, et al, 2000; Stieglitz/Volz 2007.

⁴¹ Vgl. BAG 2016b.

⁴² Vgl. Collins et al. 2013; Von Korff et al. 2009; Mascherek/Schwappach 2015.

⁴³ Vgl. Von Korff et al. 2009.

2.3.3 Versorgungssystem und Struktur

Beschränkter Zugang zum Versorgungssystem von Risikogruppen⁴⁴

- Bestimmte Bevölkerungsgruppen haben einen limitierten Zugang zum Versorgungssystem. Die Diagnostik und Behandlung von psychisch-somatischer Komorbidität ist damit in besonderem Ausmass erschwert. Fachliteratur und befragte Fachpersonen verweisen auf folgende Gruppen, bei denen das Risiko einer Unterdiagnostik oder Nichtbehandlung aufgrund limitierten Zugangs besonders hoch ist:
 - *Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status:*⁴⁵ Vorliegende Studien zeigen auf, dass sozioökonomisch benachteiligte Personen häufig von Unterdiagnostik betroffen sind. Fachpersonen weisen zudem darauf hin, dass die hohen Behandlungskosten bei einer diagnostizierten Komorbidität zur Verarmung von Patient/innen führen können. In die Gruppe mit tiefen sozioökonomischen Status eingeschlossen sind häufig von (Alters-)Armut betroffene Personen, nicht Versicherte und Flüchtlinge/Migrant/innen sowie Bezüger/innen einer IV-(Teil-)Rente.
 - *Sozial isolierte Menschen:* Angehörige und Personen aus dem sozialen Umfeld übernehmen eine Schlüsselrolle in der Diagnostik und Betreuung von Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität: Sie erkennen vielfach das gleichzeitige Vorliegen von psychischen und somatischen Erkrankungen und übernehmen eine wichtige Funktion bei der Koordination einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung. Für sozial isolierte, vereinsamte Patient/innen, die nicht auf ein intaktes soziales Umfeld zählen können, ist der niederschwellige Zugang zu Rat und (ganzheitlicher) Versorgung dagegen vielfach nicht gegeben. Dies trifft insbesondere auf Patient/innen zu, die aufgrund ihrer Krankheit ihre Bedürfnisse und Beschwerden nicht selber artikulieren können. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Personen, die in geografisch abgelegenen Regionen (z.B. Berggebiete) leben und aufgrund der räumlichen Abgeschiedenheit einen zusätzlich erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten haben. Aufgrund des fehlenden niederschweligen Zugangs zur Versorgung und/oder mangelhafter Triage kommt es allgemein häufiger zu Notfallsituationen.
 - *Demente Menschen:* Patient/innen mit Demenz weisen ein besonders hohes Risiko auf, aufgrund ihrer Symptomatik allein aus Eigeninitiative nicht Zugang zu Versorgung zu finden. Dementen Patient/innen fehlt oft die Fähigkeit, sich mitteilen zu können und sich im Versorgungssystem zurecht zu finden.
 - *Kinder/Jugendliche und ältere Menschen:* Altersspezifisch betrachtet ist der Zugang zum Versorgungssystem insbesondere für junge und ältere Patient/innen limitiert – insbesondere in Fällen, in denen die Patient/innen nicht auf ein intaktes soziales Umfeld zählen können. Dabei ist wichtig, den Zusammenhang zwischen Erkrankung und sozialer Isolation zu berücksichtigen, z.B. bei Jugendlichen, die aufgrund einer Suchterkrankung (Drogenkonsum) weder in ein berufliches noch soziales Umfeld integriert sind. Solchen jüngeren wie auch älteren Patient/innen fehlt oft die eigene Stimme, um ihre Bedürfnisse und Beschwerden selber artikulieren zu können, resp. werden sie nicht ernst genommen. Z.T. werden die Krankheiten auch bei einem intakten sozialen Umfeld vernachlässigt, wenn die Komplexität der Komorbidität Patient/innen und Angehörige gleichsam überfordert resp. die vorliegenden Krankheitsbilder mit Stigma behaftet sind und/oder eine fehlende Krankheitseinsicht vorliegt. In Bezug auf die Gruppe älterer Menschen weisen Expert/innen darauf hin, dass je nach Krankheit (z.B. Abhängigkeitsstörungen) das Alter schon auf Mitte 40 oder 50 angesetzt werden muss; klassische Altersdefinitionen haben dagegen zur Folge, dass psychische Erkrankungen bei diesen Altersgruppen vielfach unzureichend erkannt werden. Die Vernachlässigung der eigenen komorbiden Erkrankung ist bei älteren Patient/innen ausgeprägt hoch.

⁴⁴ Vgl. De Hert, Marc et al. 2011b.

⁴⁵ Vgl. Mercer et al. 2012; Messerli-Bürgy/Munsch 2016; Moffat/Mercer 2015; Polynomics/Helsana 2014; Von Korff et al. 2009; Schuler et al. 2016.

Mangel an interdisziplinärer Vernetzung

- *Netzwerke und Überblick:* Zusätzlich zur praktischen Zusammenarbeit sind der Informations- und Wissensaustausch und die Vernetzung zwischen Fachpersonen mit somatischer und psychiatrischer Ausrichtung vielfach ungenügend – sowohl innerhalb einer Versorgungsinstitution als auch zwischen verschiedenen Institutionen. Dies betrifft insbesondere auch den Überblick über die gesamthaft vorhandenen Versorgungsangebote, welcher gemäss verschiedenen befragten Expert/innen fehlt. Zusätzlich zur wissenschaftlich fundierten Datengrundlage sind gemäss Expert/innen z.B. praxisorientierte Überblicksdarstellungen gefragt, welche die regionale Landschaft an gesamthaft vorliegenden Versorgungsangeboten zuhanden von Fachpersonen und Patient/innen auf einen Blick erfassen und die Schnittstellen klar sichtbar machen.

Mangel an somatisch-psychiatrisch integrierten Modellen⁴⁶

- *Fehlende finanzielle Anreize:* Gesamthaft verweisen die Fachliteratur und Expert/innen darauf, dass integrierte Modelle in der jüngsten Vergangenheit verstärkt entstanden sind. Es herrscht ein Konsens, dass die aktuell existierenden Modelle nicht ausreichend sind und es die integrierte Versorgung zu fördern gilt. Fehlende finanzielle Anreize werden übergeordnet als Grund aufgeführt, weshalb zu wenig integrierte Modelle existieren. Bestehende integrierte Modelle zeigen, dass die Kombination somatisch-psychiatrischer Versorgung mit erhöhtem Aufwand einhergeht und aus (kurzfristiger) betriebswirtschaftlicher Sicht meistens nicht rentabel ist.⁴⁷ Auch auf die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Raumaufteilung) und die erforderliche kritische Grösse (Anzahl Patient/innen) von Versorgungsinstitutionen wird hingewiesen, insofern die Kleinheit einer (spezialisierten) Station eine optimale Auslastung vielfach erschwert.⁴⁸ Zugleich wird zu einem langfristigen Denken aufgefordert, in dem integrierte Modelle die systematische Diagnostik und Behandlung der psychisch-somatischen Komorbidität effizient ermöglichen und damit zu Einsparungen führen (weniger Mangel-/Fehldiagnosen, Notfallsituationen etc.).
- *Internistische Versorgung in Psychiatrie:* Strukturelle Probleme erschweren häufig das Management somatischer Erkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen. Die internistische Versorgung ist in psychiatrischen Einrichtungen oft nicht genügend vorhanden resp. nicht durchgehend präsent. Geringe Übung und wenig Erfahrung des psychiatrischen Personals in der Durchführung somatischer Behandlungspflegeverrichtungen (z.B. intravenöse Zugänge legen), wenig Erfahrung im Erkennen und Umgang mit medizinischen Problemen, die Gefahr der Verletzung eines/einer instabilen Patient/in durch anwesende, agitierte Mitpatient/innen und/oder weniger Personal als auf einer medizinischen (Notfall)station begründen u.a. die Schwierigkeit beim Management von akuten medizinischen Situationen auf psychiatrischen Abteilungen. Die interinstitutionelle Koordination und Zusammenarbeit psychiatrischer und somatischer Dienste wird vielfach als mangelhaft bezeichnet. Dies gilt insbesondere zwischen je eigenständigen psychiatrischen Kliniken und somatischen Spitälern, jedoch kann der Mangel ebenso bei unzureichenden Abläufen und Absprachen sowie unzureichend geklärten Finanzierungsfragen zwischen psychiatrischen und somatischen Abteilungen innerhalb derselben Institution auftreten.
- *Gemeinschaftlich geführte Betten in der Akutsomatik:* Expert/innen verweisen darauf, dass dieses Versorgungsangebot mit integrierter psychiatrisch-somatischer Versorgung für akute Fälle in verschiedenen Institutionen geschaffen wird. Die bestehenden Modelle sind bisher nicht ausreichend, um diese Form der Versorgung in allen Regionen zu gewährleisten.
- *Gemeinschaftszentren inkl. Modelle von „Managed-Care“⁴⁹ und „Medical Home“⁵⁰:* Expert/innen verweisen darauf, dass solche Zentren basierend auf Eigeninitiativen entstehen, während finanzielle Anreize in den meisten Fällen fehlen.

⁴⁶ Vgl. Camenzind/Bonassi 2015; Hewer, Salize, & Wolfersdorf 2004; Miller et al. 2003; Polynomics/Helsana 2011; Schwarze/Steinauer 2016.

⁴⁷ Vgl. Brügger et al. (unveröffentlicht); Minder 2014.

⁴⁸ Vgl. Brügger et al. (unveröffentlicht).

⁴⁹ Vgl. Polynomics/Helsana 2014, S. 11.

⁵⁰ Vgl. Camenzind/Bonassi 2015.

Stellung ambulanter und intermediärer Versorgungsangebote

- *Koordinationsfunktion:* Im ambulanten Bereich tätige Fachpersonen sowohl psychiatrischer als auch somatischer Ausrichtung (insbesondere Hausärzt/innen, Spitex, ambulante Dienste) übernehmen eine Schlüsselrolle in der Diagnostik und/oder Behandlung psychisch-somatischer Komorbidität. Die Fachliteratur und Expert/innen weisen darauf hin, dass die Relevanz der ambulanten Versorgungsangebote durch die bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen und insbesondere das Finanzierungssystem ungenügend berücksichtigt wird. Als Folge entstehen viele Notfallsituationen, welche sich durch eine Stärkung der ambulanten Versorgungsangebote vielfach verhindern liessen. Allgemein kann die Koordination zwischen ambulanten und stationären Institutionen verbessert werden, insbesondere auch mit Blick auf die Herausforderungen in der Behandlung (Medikation, unnötige (Rück-)Verlegungen etc.).
- *Entlastung der Notfallmedizin:* Auf die Bedeutung ambulanter Versorgungsangebote wird insbesondere auch vom Standpunkt der Notfallmedizin hingewiesen. Gemäss Expert/innen könnten die tendenziell überfüllten Notfallstationen durch die Stärkung von ambulanten Angeboten über die ganze Behandlungskette hinweg entlasten.
- *Intermediäre Versorgungsangebote⁵¹:* Ebenfalls hervorgehoben wird von Expert/innen die Relevanz von intermediären Angeboten (v.a. Ambulatorien und Tageskliniken), welche Lücken zwischen stationärer und ambulanter Versorgung schliessen und dabei vielfach eine wichtige Koordinationsfunktion übernehmen.

Finanzierung

- *Fehlende finanzielle Anreize:* Es fehlen finanzielle Anreize zu ganzheitlicher Untersuchung und/oder aufsuchender Medizin. Schweregrad der Erkrankung / Aufwände werden gemäss den befragten Expert/innen häufig nicht adäquat finanziert. Die Expert/innen verweisen in diesem Zusammenhang primär auf die fehlenden finanziellen Anreize im Bereich der ambulanten Versorgung.

Instrumente⁵²

- *Diagnosespezifische Erhebungsinventare:* Diagnostische Kriterien und entsprechend die Erhebungsinventare sind vielfach für Patient/innen mit primär psychischen Störungen ohne körperliche Erkrankung entwickelt resp. umgekehrt für Patient/innen mit primär körperlichen Erkrankungen ohne psychische Krankheiten. Entsprechend kann die Diagnostik von körperlichen Krankheiten bei psychisch erkrankten Personen resp. von psychischen Störungen bei körperlich kranken Menschen durch die häufig unzureichende Abgrenzbarkeit von Psychopathologie und Krankheitsverarbeitung sowie durch die zwischen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen bestehenden Überschneidungen auf der Symptomebene erschwert sein.

2.4 Handlungsbedarf

Dieses Kapitel zeigt zusammenfassend den Handlungsbedarf an der Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie» auf, auf welchen die Fachliteratur und die interviewten Expert/innen verweisen. Der Handlungsbedarf leitet sich von den aktuellen Herausforderungen (siehe Kapitel 2.3) ab und wird in logischem Aufbau daran anschliessend denselben drei übergeordneten Bereichen – Wissen, Diagnostik und Behandlung, Versorgungssystem und Struktur – zugeordnet. Es bestehen enge Zusammenhänge zwischen dem Handlungsbedarf über die drei Bereiche hinweg, welche im Text erläutert werden, ohne jedoch ein umfassendes Ursache-Wirkung-Modell zu entwickeln. Auf unterschiedliche oder divergierende Gewichtungen, welche in verschiedenen Studien und/oder Befragungen vorliegen, wird bei entsprechenden Stellen verwiesen.

⁵¹ Vgl. EDI 2016.

⁵² Vgl. Berger/Agyemang 2015.

In diesem Kapitel werden ebenfalls in separaten Boxen Beispiele für konkrete Handlungsmöglichkeiten aufgeführt, wo Fachliteratur und/oder Expert/innen solche nennen. Diese „Good practice“-Beispiele dienen einer weiteren Konkretisierung des Analysegegenstandes hinsichtlich der Erarbeitung von Massnahmen. Die aufgeführten Beispiele gehen aus der Analyse hervor, welche indes nicht mit einem spezifischen Fokus auf „Good practice“ geleistet wurde. Die Beispiele werden folglich als interessante Anknüpfungspunkte für weiterführende Analysen aufgeführt, bieten aber weder einen systematischen noch einen umfassenden oder abschliessenden Überblick über „Good practices“.

2.4.1 Wissen

Sensibilisierung und Wissensvermittlung an die Betroffenen⁵³

- *Wissensvermittlung an die Patient/innen:* Es besteht Bedarf, der Zielgruppe Wissen über mögliche komorbide psychische und somatische Krankheiten zu vermitteln und damit die Primärprävention sowie das Selbstmanagement im Diagnostik- und Behandlungsprozess zu stärken.
- *Breite Sensibilisierung:* Die Sensibilisierung und Primärprävention soll im einem breiteren gesellschaftlichen Umfeld betrieben werden. Expert/innen betonen die Relevanz, Basiswissen über psychisch-somatische Komorbidität systematisch in Schulen (ab Oberstufe) und am Arbeitsplatz zu vermitteln. Die direkte Wissensvermittlung soll sich präventiv auch an Spitäler, Altersheime, Kirchgemeinden, Sportclubs, Migrant/innenvereine etc. richten. Damit sollen gezielt die Zielgruppen erreicht werden, die gemäss bestehenden Herausforderungen vielfach beschränkter Zugang zu kombinierter psychisch-somatischer Versorgung haben (siehe Kapitel 2.3.3). In diesem Zusammenhang soll der Wissenstransfer auch altersspezifisch, z.B. in Form von internetbasierten Angeboten wie Coaching-Programme, spielerischer Wissensvermittlung oder durch Diskussionen und Informationsveranstaltungen, gefördert werden.
- Folgende weiteren konkreten Handlungsmöglichkeiten werden genannt:
 - Sensibilisierungsmassnahmen sollen die Möglichkeiten neuer Medien und Technologien (z.B. Apps und Social Media) nutzen.

TAKE Training

Das TAKE Training⁵⁴ für adipöse Kinder und deren Eltern wird basierend auf der interdisziplinären Zusammenarbeit der Universität Basel und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland in der Region Basel angeboten und umfasst verhaltenstherapeutisches Training, Ernährungsberatung und Sport. Das TAKE Training gilt als ein auf Fragen der Komorbidität ausgerichtetes, evidenzbasiertes Präventionsprogramm. Programme dieser Art sollten gemäss Expert/innen der betroffenen Personengruppe verstärkt zugänglich gemacht werden.

Schulung und Förderung der Kompetenzen von Fachpersonen⁵⁵

- *Förderung der Interdisziplinarität:* Es besteht Bedarf, das interdisziplinäre Denken und Handeln von Fachpersonen sowohl psychiatrischer als auch somatischer Fachrichtung zu fördern. Im Kontext der fortgeschrittenen Spezialisierung von Ausbildung und Berufsausübung sollen dafür gezielt Kompetenzen geschult werden, welche auf die Früherkennung und die ganzheitliche medizinische Versorgung von psychisch-somatischer Komorbidität ausgerichtet sind.
- *Angewandtes interdisziplinäres Wissen:* Die Wissensvermittlung umfasst die theoretische Aneignung und praktische Anwendung von Kompetenzen, welcher der Erkennung und Behandlung von psychisch-somatischer Komorbidität förderlich sind. Interdisziplinäre Kompetenzen sollen über die gesamte Laufbahn geschult werden, sprich in der Ausbildung genau

⁵³ Vgl. De Hert, Marc et al. 2011b; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016; Schwarze/Steinauer 2016; Von Korff et al. 2009.

⁵⁴ Vgl. Roth, Munsch et al. 2004.

⁵⁵ Vgl. De Hert, Marc et al. 2011b; Fleischhaker et al. 2008; Mercer et al. 2012; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016; Norman 2013; Norman et al. 2015; Schuler et al. 2016; Schwarze/Steinauer 2016; Van den Brink et al. 2014; Von Korff et al. 2009.

gleich wie in der Berufsausübung. Zur kontinuierlichen Schulung der interdisziplinären Kompetenzen von Fachpersonen werden folgende konkreten Handlungsmöglichkeiten genannt:

- Ausbildung (Under-/Postgraduate) mit obligatorischen Modulen zu Interdisziplinarität;
- Standardisierte Weiterbildung mit obligatorischen Modulen zu Interdisziplinarität, z.B. Standardschulung von psychiatrischem Fachpersonal in akutsomatischen Verrichtungen (iv-Antibiose, Sauerstoffverabreichung, etc.);
- Konferenzen, Symposien etc. zum interdisziplinären Wissensaustausch allgemein;
- Gegenseitige Hospitationen für den Austausch und die Anwendung von interdisziplinären Wissen sowie die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Berufspraxis.

Pflegesymposium «Die eine Krankheit schmerzt die Seele, die andere den Körper. Pflege brauchen beide»⁵⁶

Im Zentrum dieser Pflegefachtagung (5. Februar 2015, Basel) stand das Ziel definiert, die Aufmerksamkeit von behandelnden Fachpersonen auf die somatische Gesundheit psychisch erkrankter Menschen zu schärfen. Neben aktuellem Wissen wurden dazu verschiedene Modelle aus der Schweiz vorgestellt, die hilfreich sind, um den Graben in der Wahrnehmung und Behandlung körperlicher und psychischer Gesundheit zu überwinden. Die Relevanz solcher Plattformen, welche die Brücke zwischen Theorie und Praxis schlagen, wird von der Fachliteratur und befragten Expert/innen hervorgehoben.

- *Bedarfsorientierte Schulungen:* Schulungen zur interdisziplinären Kompetenzförderung gilt es gemäss befragten Expert/innen praxisorientiert gemäss dem Bedarf auszurichten, welchen die teilnehmenden Fachpersonen in ihrem Berufsalltag aufweisen. Folglich ist es wichtig, bei der (Weiter-)Entwicklung von Schulungen partizipative Verfahren einzusetzen, welche die Bedürfnisse und Interessen der Fachpersonen wie auch die Resultate von evidenzbasierter Forschung direkt einbeziehen. Dies ist wichtig, um sowohl die Attraktivität als auch die Legitimität von Schulungen (z.B. auch auf der Führungsebene von Institutionen) herzustellen und zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang testeten z.B. Robson & Haddad⁵⁷ ein Instrument, welches die Haltung von psychiatrisch tätigen Pflegefachpersonen gegenüber der Pflege von Patient/innen mit körperlichen Krankheiten misst. Im getesteten Fragebogen werden Fragen zur Haltung, zu den gegenwärtigen Aufgaben in der Förderung der körperlichen Gesundheit und zum Weiterbildungsbedarf gestellt. Erste Tests zeigten, dass Psychiatriepflegende mit einer somatischen Fort- und Weiterbildung (Zusatzqualifikation) eine grössere Zuversicht bei der adäquaten Behandlung von akutem Herzinfarkt und von Hypo- und Hyperglykämie zeigen.

Förderung von Grundlagenforschung⁵⁸

- *Forschungsförderung:* Psychisch-somatische Komorbidität ist als wissenschaftlicher Forschungsgegenstand unterbehandelt, es besteht ein übergeordneter Bedarf zur Forschungsförderung (siehe dazu Kapitel 1.1.2 und Kapitel 2.3.1). Insbesondere besteht ein Bedarf für Grundlagenforschung, welche psychisch-somatische Komorbidität zusätzlich zu bestehenden diagnosespezifischen Studien aus ganzheitlicher interdisziplinärer sowie auch gesamtgesellschaftlicher Sicht behandelt (inkl. Einbezug von ökonomischen Fragestellungen).
- *Wirkungsmessung:* Es besteht ein Bedarf für die umfassende und vergleichende Evaluation von bestehenden Angeboten und Methoden, welche die kombinierte psychiatrisch-somatische Versorgung aktuell zu gewährleisten versuchen (z.B. internistische Vertretung in psychiatrischen Kliniken, Arbeitsgruppen für den interdisziplinären Wissensaustausch, etc.). Expert/innen verweisen auf die Notwendigkeit, mittels Wirkungsmessungen den Mehrwert solcher Angebote und Methoden wissenschaftlich fundiert aufzuzeigen resp. zu erörtern, welche Ansätze unter welchen Rahmendbedingungen funktionieren und welche nicht. Aus Evaluationen dieser Art sollen Übersichten über Massnahmen, die Identifikation von «good practices»

⁵⁶ Vgl. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland 2015.

⁵⁷ Vgl. Robson, Harald et al. 2012.

⁵⁸ Vgl. BASS 2016; Fleischhaker et al. 2008; Miro 2009; Norman et al. 2015; Van den Brink et al. 2014; Von Korff et al. 2009.

und Empfehlungen für die flächendeckende Umsetzung von wirkungsvollen Massnahmen resultieren. Die Transparenz und der Austausch sollen so allgemein gefördert werden.

2.4.2 Diagnostik und Behandlung

Systematische Diagnose der psychischen und körperlichen Gesundheit⁵⁹

- *Differentialdiagnose:* Es besteht Bedarf zur standardisierten Erhebung des körperlichen und psychischen Gesundheitsstatus. Dies bedingt gemäss Fachliteratur und Expert/innen, jeden Fall sowohl in der Psychiatrie als auch Akutsomatik systematisch auf Komorbidität zu untersuchen und standardisierte Erhebungen und Vorsorgeuntersuchungen in wiederholten Abständen über die gesamte Behandlungskette hinweg (insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen) einzubauen. Entsprechende systematische Erhebungsverfahren bilden die Grundlage für die rechtzeitige Erkennung von psychisch-somatischer Komorbidität, sowohl zu Krankheitsbeginn (Früherkennung) als auch während des Krankheitsverlaufs. Je frühzeitiger Komorbiditäten festgestellt werden können, desto erfolgsversprechender und folglich kostengünstiger ist das Behandlungsverfahren.

Basler Demenz-Delir Programm⁶⁰

Beispielhaft für die Differentialdiagnose lässt sich auf das Basler Demenz-Delir-Programm verweisen. Das Multimethoden-Forschungs- und Praxisentwicklungsprogramm zielt auf die Prävention, frühe Erkennung und frühe Behandlung von Delirien. Das interdisziplinäre Projekt ist pflegegeleitet und besteht aus einem systematischen Screening nach Delir-Symptomen und einem Assessment kognitiver Fähigkeiten von Patient/innen ab Alter 70 sowie der systematischen Durchführung evidenzbasierter prophylaktischer und therapeutischer Massnahmen. Patient/innen mit kognitiven Einschränkungen sollen gegebenenfalls weiterführende Abklärungen erhalten, insbesondere in Zusammenarbeit mit dem/der Hausarzt/Hausärztin und der Memoryclinic.

- *Entwicklung von Erhebungsinventaren:* Es besteht Bedarf für die Entwicklung und den Einsatz von Instrumenten, welche die standardisierte Erhebung des mentalen und psychischen Gesundheitsstatus ermöglichen. In allgemeiner Hinsicht wird die Wichtigkeit eines Screening-Verfahrens betont, mit welchem sich der Versorgungsbedarf bei der Zielgruppe messen und rasch geeignete und niederschwellige Interventionen zur Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit definieren lassen.

Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY})

Als Beispiel im Bereich Erhebungsinventar lässt sich das Instrument Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY}) aufführen, welches in der Psychiatrie als Screening-Instrument für die körperliche Gesundheit eingesetzt wird.⁶¹

- *Versorgung von suizidgefährdeten Menschen:* Es besteht Bedarf, die ganzheitliche, auf somatische und psychiatrische Erkrankungen ausgerichtete Versorgung für suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen sicherzustellen. Dieser Bedarf und entsprechende Massnahmen sind im Bericht „Suizidprävention in der Schweiz“ (2016)⁶² dargelegt. Dabei wird betont, dass der Berücksichtigung von Komorbiditäten bei der Behandlung dieser Zielgruppe im Allgemeinen und bei Nachsorgeinterventionen im Spezifischen übergeordnete Bedeutung zukommt.

⁵⁹ Vgl. Baumeister/Härter 2011; Berger/Agyemang 2015; Patel et al. 2013; Schwarze/Steinauer 2016; Zipfel, Giel et al. 2015.

⁶⁰ Vgl. Universitätsspital Basel 2017.

⁶¹ Dieses Instrument wird z.B. in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern eingesetzt. Vgl. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland (2015), Referate.

⁶² Vgl. BAG 2016b. In diesem Zusammenhang besonders zu beachten sind die Massnahmen V.1 und V2 (siehe S. 52-53 im Bericht). Vgl. auch EDI 2016.

Personenzentrierte Behandlung⁶³

- *Ganzheitliches Gesundheitsempfinden:* Angesichts der Komplexität psychisch-somatischer Komorbidität besteht Bedarf für eine personenzentrierte Behandlung. Eine solche Behandlung richtet sich zusätzlich zu diagnostizierten Krankheitsbildern kontinuierlich am ganzheitlichen Gesundheitsempfinden des/der Patient/in aus.
- *Auf Komorbiditäten ausgerichtete Instrumente:* In der Behandlung eingesetzte Instrumente und Ansätze sind gemäss dem personenzentrierten Prinzip zu entwickeln. Anstelle einer rein störungsspezifischen Strukturierung müssen z.B. Manuale der Komorbidität umfassend Raum beimessen. Effektivitätsnachweise sind zusätzlich zu monosymptomatischen auch für komorbide Störungen zu berücksichtigen.

Förderung des Selbstmanagements der Patient/innen⁶⁴

- *Ganzheitliche Gesundheitsförderung:* Das Selbstmanagement der Patient/innen ist während dem gesamten Behandlungsprozess zu fördern und umfassend in die Behandlung einzubeziehen. Es gilt, Patient/innen kontinuierlich zu sensibilisieren, dass körperliche Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen resp. auch umgekehrt psychische Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen eine Regel darstellen und ausgedrückt werden dürfen. Dies schliesst die körperliche und psychische Gesundheitsförderung mit ein (z.B. Bewegungsprogramme für psychisch erkrankte Personen).

2.4.3 Versorgungssystem und Struktur

Niederschwelliger Zugang zu Beratung und Versorgung⁶⁵

- *Zugang für alle:* Es besteht Bedarf, den niederschweligen Zugang zu Erstinformation, Beratung und Versorgung bezüglich psychisch-körperlicher Komorbidität für alle Bevölkerungsgruppen flächendeckend sicherzustellen. Insbesondere gilt es zu eruieren, wie der Zugang zu Versorgungsangeboten für Risikogruppen gewährleistet werden kann, welche aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung benachteiligt sind (siehe Kapitel 2.3.3). Auch gilt es zu berücksichtigen, dass Angehörige bei vorliegendem intaktem sozialem Umfeld der Patient/innen zwar vielfach eine Koordinationsfunktion im Erkennen von psychisch-körperlicher Komorbidität übernehmen, diese Personen jedoch oft bereits stark beansprucht sind und der Entlastung bedürfen.
- *Koordinationsstellen:* Verschiedene befragte Expert/innen erachten es als wichtig, dass der niederschwellige Zugang nicht allein über Versorgungsinstitutionen, sondern über zusätzliche, im gesellschaftlichen Alltag integrierte Institutionen gewährleistet wird. Sie nennen in diesem Zusammenhang die Modelle von gemeindeintegrierten Anlaufstellen und/oder regionalen Fachstellen, welche die Koordination zwischen psychischer und körperlicher Versorgung sicherstellen könnten. Als weiteres Modell werden niederschwellige Sprechstunden genannt, welche Hausärzt/innen z.B. im Bereich Gynäkologie für junge Mädchen anbieten. Sprechstunden dieser Art schaffen primär ein Beratungsangebot, welches allen Personen kostenlos zur Verfügung steht und somit die Hemmschwelle im Umgang mit eigenen gesundheitlichen Fragen und Problemen senken soll.

Stärkung von Fachpersonal mit Koordinationsfunktion

- Es besteht Bedarf, die Rolle von Fachpersonen zu stärken, welche innerhalb der gesamten Behandlungskette eine Koordinationsfunktion in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung von psychisch-körperlicher Komorbidität übernehmen. Fachpersonen verweisen darauf, dass die Schlüsselrolle dieser Fachpersonen in der klinischen Praxis und/oder aufgrund von Fachdiplomen unterschiedlich anerkannt ist und zugunsten der koordinierten Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit körperlichen Komorbiditäten systematisch gefördert werden muss. Folgende Fachpersonen werden aufgrund ihrer Koordinationsfunktion hervorgehoben:

⁶³ Vgl. Fleischhaker et al. 2008; Norman et al. 2015.

⁶⁴ Vgl. Patel et al. 2013.

⁶⁵ Vgl. Patel et al. 2013.

- *Hausärzt/innen*:⁶⁶ Hausärzt/innen wird eine Schlüsselrolle in Bezug auf den Zugang zur Zielgruppe, die Zuweisung und Nachbehandlung sowie insgesamt die Gewährleistung einer koordinierten Versorgung zugeschrieben. Diese Schlüsselrolle gilt es gemäss Expert/innen noch verstärkt ins Bewusstsein sowohl der Hausärzt/innen selbst (z.B. mit Schulungen) als auch der weiteren Fachpersonen in der Behandlungskette zu bringen.

Curriculum Hausarztmedizin am Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern

In Zusammenarbeit mit dem Luzerner Kantonsspital (LUKS) Luzern und der Luzerner Psychiatrie (lups) werden im Rahmen des „Luzerner Curriculum“⁶⁷ interdisziplinär ausgerichtete Rotationsstellen geschaffen. Diese ermöglichen es Hausärzt/innen, während sechs Monaten praktische Erfahrungen in der Psychiatrie (inkl. Akutpsychiatrie, gemeindeintegrierte Psychiatrie und Memoryclinic) zu gewinnen.

Gesundheitsnetzwerk Uri⁶⁸

Zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung setzt das Amt für Gesundheit des Kantons Uri zusammen mit Partnerakteuren das Projekt "Gesundheitsnetzwerk Uri" um. Im Rahmen dieses Projektes sollen umfassende und nachhaltige Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der medizinischen Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt und umgesetzt werden. Expert/innen verweisen auf die Komponenten „Interprofessionalität“ und „integrierter Modelle“ (etwa Gruppenpraxen, Netzwerke), die mit diesem Projekt zukunftsweisend gefördert werden.

- *Pflegepersonal*:⁶⁹ Pflegende Fachpersonen verbringen häufig am meisten Zeit mit den Patient/innen und übernehmen dadurch im Erkennen von psychisch-somatischer Komorbidität eine Schlüsselrolle. Expert/innen verweisen auf die Strukturen hinsichtlich des Wissensmanagements, die erforderlich sind, damit das Wissen des Pflegepersonals umfassend in die Behandlung einbezogen wird. Dies betrifft insbesondere auch Situationen beim Austritt aus einer Institution resp. Übertritt in eine andere Institution.

Advanced Practice Nursing

Die Schaffung von Advanced Practice Nursing-Stellen (APN) wird als Möglichkeit genannt, um die Koordinationsrolle des Pflegepersonals zu fördern. Fachpersonen mit einem APN-Profil konzentrieren sich auf die somatische Pflege von psychisch erkrankten Personen und sind in den psychiatrischen Diensten für diesbezügliche Belange verantwortlich. Vorliegende Untersuchungen zeigen, dass das Interesse an einer Weiterbildung in somatischer Pflege bei den psychiatrisch tätigen Pflegefachpersonen gross ist. Die Umsetzung dieser Ideen und die Überprüfung der Wirksamkeit dieser Interventionen in möglichst vielen Psychiatrischen Kliniken sind gemäss befragten Expert/innen wünschenswert.⁷⁰

- *Ausgebildete Peers*:⁷¹ Die Wirksamkeit von Peers für die Betreuung und Unterstützung der Patient/innen wird von der Fachliteratur betont. Zusätzlich zur Begleitung von Patient/innen wird zunehmend als wichtig erachtet, dass ausgebildete Peers Fachpersonen unterstützend zur Seite stehen und diesen die Patientensicht umfassend vermitteln. Die Vertretung und das Mitspracherecht von Peers in Fachgremien und Koordinationsstellen werden in diesem Zusammenhang als wichtig für die koordinierte Versorgung von Patient/innen mit psychisch-körperlicher Komorbidität erachtet.
- *Konsiliar- und Liaisondienste*:⁷² Fachpersonen der Konsiliar- und Liaisondienste sind gemäss ihrem Mandat für die Koordination von psychiatrischer und somatischer Versorgung verantwortlich und werden daher oft auch Case Manager genannt. Es besteht weiterhin

⁶⁶ Vgl. BASS 2016; Schwarze/Steinauer 2016.

⁶⁷ Vgl. Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern.

⁶⁸ Auf das Gesundheitsnetzwerk Uri verwiesen Expert/innen im Valorisierungsworkshop, welcher im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurde (vgl. Kapitel 3).

⁶⁹ Vgl. Schwarze/Steinauer 2016.

⁷⁰ Vgl. Schwarze/Steinauer 2016.

⁷¹ Vgl. Norman et al. 2015; Van den Brink et al. 2014.

⁷² Vgl. Berger/Agyemang 2015; Büchi et al. 2010.

Bedarf für den Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste, wodurch die Behandlungskontinuität erheblich verbessert, sprich die Kosten gesenkt werden können. Die umfassende Zusammenarbeit mit allen Fachpersonen, etwa auch mit weiterbehandelnden ambulanten Diensten wie Haus- und Fachärzt/innen (z.B bei Suchterkrankungen), wird als sehr wichtig für die Umsetzung solcher Collaborative Care Modelle betont.

Titel «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie»

Expert/innen verweisen darauf, dass der 2010 eingeführte Schwerpunkttitel «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie» und die seitens Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) vorliegende Funktionsbeschreibung zur Anerkennung dieses Fachpersonals beigetragen haben.⁷³

- *Spitex-Personal / ambulante Versorgung*: Expert/innen betonen die Relevanz, die Gesundheitspersonal der ambulanten Versorgung und insbesondere auch Spitex-Personal zukommt. Durch die Nähe zu den Patient/innen übernehmen diese Fachpersonen eine ähnliche Koordinationsrolle wie Hausärzt/innen und Pflegepersonal. Diese Koordinationsfunktion gilt es gemäss Expert/innen zugunsten einer besser koordinierten Versorgung zwischen Psychiatrie und Akutsomatik allgemein zu stärken.

Förderung von integrierten Behandlungsmodellen⁷⁴

- *(Weiter-)Entwicklung*: Es besteht Bedarf, integrierte Behandlungsmodelle für somatische und psychiatrische Erkrankungen allgemein zu fördern und (weiter zu) entwickeln. Die Möglichkeit integrierter Behandlung wird von befragten Expert/innen in Bezug auf Patient/innen hervorgehoben, deren psychische wie auch körperliche Erkrankungen einer akuten Behandlung bedürfen. Auch in Bezug auf chronisch erkrankte Patient/innen ist die integrierte Behandlung von hervorragender Bedeutung.
- *Finanzierung*: Es besteht Bedarf, dass integrierte Behandlungsmodelle auch über die Schaffung finanzieller Anreize gefördert werden. In diesem Zusammenhang gilt es gemäss befragten Expert/innen einerseits das Bewusstsein zu fördern, wonach integrierte Behandlung in langfristiger Sicht in vielen Fällen kostenreduzierend wirkt. Andererseits gilt es, die im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung relativ bedeutend höheren Gesundheitskosten von Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität im Finanzierungssystem umfassend zu berücksichtigen.
- Folgende konkreten Handlungsmöglichkeiten werden genannt:
 - *Förderung von integrierten Betten* in akutsomatischen Institutionen (inkl. Notfall- und Rettungsmedizin) mit qualifiziertem Fachpersonal für die Intensivbehandlung von sowohl körperlichen als auch somatischen Erkrankungen: Befragte Expert/innen nennen den Bedarf, dass pro Kanton und/oder Versorgungsregion ein Zentrum mit einer vorgegebenen Anzahl integrierter Betten besteht.
 - *Förderung der Integration von internistischer Fachperson* (z.B. Oberarzt/-ärztin) und/oder eines Hausarztendienstes in Psychiatrie/Psychiatrische Kliniken (je nach Grösse der Institution).
 - *Einführung von internistischen Routineuntersuchungen*.
 - *(Weiter-)Entwicklung von (neuen) innovativen Kooperationsformen* zwischen Akutsomatik und Psychiatrie: Expert/innen verweisen auf den Bedarf an evidenzbasierter Grundlagenforschung (siehe auch Kapitel 2.4.1) und die systematische Untersuchung von bestehenden integrierten Behandlungsmodellen.

⁷³ Vgl. Büchi et al. 2010.

⁷⁴ Vgl. Collins et al. 2013; De Hert, Marc et al. 2011b; Fleischhaker et al. 2008; Miro 2009; Naylor et al. 2016; Ngo et al. 2013; Norman 2013; Patel et al. 2013; Schwarze/Steinauer 2016.

„Good practices“ im Bereich integrierte Modelle / innovative Kooperation

In Bezug auf integrierte Modelle sowie innovative Kooperationsformen verweisen die analysierte Fachliteratur und befragte Expert/innen auf folgende „Good practices“:

- Koordinierte Versorgung im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUF): Basierend auf der Koordinationsfunktion des „Service de psychiatrie de liaison“ wird die koordinierte Behandlung von psychischen und körperlichen Erkrankungen sichergestellt.
 - Akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt im Spital Affoltern⁷⁵: Das kombinierte Modell richtet sich an die Zielgruppe betagter Menschen, die neben den akuten somatischen Problemen häufig auch an psychischen Erkrankungen, primär Demenz und Delir, leiden.
 - Als positive Beispiele werden allgemein Spitäler genannt, an denen die psychosoziale Unterstützung eng in die somatische Versorgungseinrichtung eingebunden ist, wie die Psychoonkologie oder auch Institutionen mit liaison-psychologischen Expertengruppen, die in rein somatisch orientierten Abteilungen wie der Gastroenterologie, Neurologie oder Immunologie und so weiter zur Verfügung stehen.⁷⁶
 - Die positiven Entwicklungen integrierter Behandlung in der Psychoonkologie werden allgemein hervorgehoben.⁷⁷
 - Die Relevanz von Konsiliar- und Liaisondiensten wird allgemein betont
- *Übergangslösungen nach akuter Behandlung*: Expert/innen betonen, dass integrierte Modelle über die ganze Behandlungskette hinweg vorhanden sein müssen und insbesondere auch ausreichende Übergangsangebote nach Behandlungen in Notfallstationen geschaffen werden müssen. In diesem Zusammenhang werden u.a. die Kooperation an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich und in den Lebensalltag eingebettete Angebote (z.B. betreutes Wohnen nach Aufenthalt in psychiatrischer Klinik, tagesklinische Angebote etc.) genannt.

Intensivierung von interdisziplinärem Wissensaustausch⁷⁸

- *Austausch in der Praxis*: Es gibt Bedarf, den interdisziplinären Wissensaustausch innerhalb von und zwischen Institutionen zu fördern. Der tatsächlich praktizierte interdisziplinäre Wissensaustausch ist gemäss Expertenaussagen stark personen- und institutionsabhängig. Expert/innen verweisen darauf, dass die Spezialisierung in der Berufspraxis insbesondere in grösseren Institutionen sehr ausgeprägt ist und Möglichkeiten zum interdisziplinären Wissensaustausch (z.B. informelle Konsultationen) zu wenig oder nicht genutzt werden. Auch wird der Bedarf genannt, den Austausch in regionalen und nationalen Netzwerken zu fördern, welche auch den Gesamtüberblick über Versorgungsangebote sicherstellen helfen.

Projekt „Win-Win-Win“ zur Vernetzung von Hausarzt/innen und Psychiater/innen

Mit dem Projekt „Win-Win-Win“⁷⁹ verfolgen verschiedene Basler Versorgungsinstitutionen, u.a. die Ärztegesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel (Medges), das Ziel, den Austausch zwischen Hausarzt/innen und Psychiater/innen zugunsten der koordinierten Versorgung von Patient/innen zu fördern. Seit 2012 werden dafür unterschiedliche Angebote eingesetzt, u.a. a) gemischte Workshop-Gruppen gebildet aus Hausarzt/innen und Psychiater/innen, deren Praxisstandorte nach Möglichkeit nah beieinander liegen, b) Supervisionsgruppen, c) Qualitätszirkel sowie d) „Speed Dating“. Das Projekt verweist auf eine grosse Nachfrage nach entsprechenden Austauschplattformen. Die Expert/innen erachten dieses Projekt als „Good practice“, welches sich für die Umsetzung in anderen Regionen empfiehlt.

⁷⁵ Vgl. Brügger et al. (ohne Jahreszahl, unveröffentlicht); Minder 2014.

⁷⁶ Vgl. Messerli-Bürgy/Munsch 2016.

⁷⁷ Vgl. BASS 2016.

⁷⁸ Vgl. Fleischhaker et al. 2008; Schwarze/Steinauer 2016; Van den Brink et al. 2014.

⁷⁹ Vgl. Kaiser 2014.

Fachgruppen Somatische Pflege

In bestimmten psychiatrischen Kliniken in der Schweiz bestehen bereits heute „Fachgruppen Somatische Pflege“, welche den Wissenstransfer der somatischen Krankheitslehre in die Psychiatrische Praxis optimieren sollen.⁸⁰ Expert/innen nennen den Bedarf, die Wirksamkeit solcher Arbeitsgruppen zu evaluieren (siehe auch Kapitel 2.4.1).

Medikation

- *Medikamentensicherheit:* Es besteht Bedarf, Kontrollmechanismen zur Medikamentensicherheit systematisch einzuführen. Befragte Expert/innen heben hervor, dass die Bedeutung der Medikamentensicherheit in Bezug auf psychisch-somatische Komorbidität oft unterschätzt wird. Das Potenzial der Digitalisierung zur Herstellung der Medikamentensicherheit gilt es zu nutzen.
- *Standardisiertes Erfassen:* Die Medikamentensicherheit setzt das standardisierte Erfassen der gesamten, aktuellen Medikation eines/einer Patient/in voraus. Diesbezügliche Dokumentationen müssen Patient/innen, Angehörigen und Fachpersonen gleichermaßen zugänglich sein.

eMediplan

Als Beispiel für die systematische Erfassung der Medikation wird auf das Instrument eMediplan verwiesen, welches ausgehend von der Pilotphase im Kanton Thurgau aktuell in verschiedenen weiteren Kantonen eingeführt wird.⁸¹ eMediplan ist ein transportierbares, überall lesbares System, welches das Ziel verfolgt, einen vollständigen Überblick über von verschiedenen Fachpersonen verordnete Medikamente zu geben.

2.5 Zusammenfassung

In der Versorgung von psychisch kranken Personen mit somatischer Erkrankung sind die Patientenpfade sehr vielfältig. Die Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten lassen sich daher nur schwierig in einem einzigen Patientenpfad abbilden. Dies umso mehr, als (Rück-) Verlegungen und Überweisungen zwischen verschiedenen Behandlungs- und Versorgungsangeboten häufig und verschiedentlich auch parallel erfolgen. Umso mehr bestehen jedoch in der Versorgung von psychisch und somatisch erkrankten Personen verschiedenste Schnittstellen, welche in der Behandlungskette häufig von hoher Relevanz sind. In diesem Kapitel werden daher die Ergebnisse der Situationsanalyse mit Blick auf die wichtigsten Schnittstellen während der gesamten Behandlungskette zusammengefasst. Grundlage bildet hierfür die in Kapitel 2.1.3 enthaltene Abbildung 1 der verschiedenen Versorgungsbereiche, die in Bezug auf die analysierte Zielgruppe von hervorragender Relevanz sind. Es lassen sich, wie in nachstehender Tabelle dargestellt, sechs zentrale Schnittstellenbereiche feststellen, welchen je eines oder mehrere Handlungsbe- reiche beinhalten.

Tabelle 2: Zentrale Schnittstellen und Handlungsbereiche

Schnittstellen	Wichtige Handlungsbereiche
Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen im Allgemeinen	<ul style="list-style-type: none">▪ Überweisung▪ Übersicht und Vernetzung
Schnittstellen zu Fachpersonen mit Koordinationsfunktion	<ul style="list-style-type: none">▪ Anerkennung und Konsultation
Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none">▪ Entlastung der Notfallmedizin▪ Niederschwellige Koordinationsstellen

⁸⁰ Vgl. Schläfli/Wolfensberger 2013.

⁸¹ Vgl. IG e-Mediplan 2017.

Schnittstellen	Wichtige Handlungsbereiche
Schnittstellen zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prävention, Selbsteintritte und Selbstmanagement
Schnittstellen innerhalb von Versorgungsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisziplinäre Zusammenarbeit ▪ Integrierte Modelle
Schnittstellen im Tätigkeitsgebiet einer Fachperson	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ganzheitliches Denken und Handeln ▪ Differentialdiagnose

Mit Blick auf den analysierten Gegenstand gilt es zu berücksichtigen, dass die Schnittstellen sowohl *zwischen* als auch *innerhalb* von Versorgungsbereichen resp. in spezifischen Tätigkeitsfeldern zu lokalisieren sind. Die Herausforderungen und der Handlungsbedarf an den nachfolgend zusammengefassten Schnittstellen sind ähnlich oder identisch, sodass beim Blick auf spezifische Schnittstellen die thematische Strukturierung in die drei Bereiche „Wissen“, „Diagnostik und Behandlung“ und „Versorgungssystem und Struktur“ ihre Relevanz beibehält. Die Analyseergebnisse implizieren somit, die Versorgungs- und Themenbereiche bei der Entwicklung von Massnahmen kombiniert anzuwenden, wie dies auch in anderen Leitdokumenten des Bundes erfolgt⁸².

Nachfolgt sind die identifizierten Schnittstellenbereiche und ihre Handlungsbereiche näher dargestellt.

Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen im Allgemeinen

- *Überweisung:* Bei der Überweisung von Patient/innen gilt es dem Aspekt der Komorbidität in allgemeiner Sicht umfassend Bedeutung zuzumessen, damit psychische und körperliche Erkrankungen adäquat behandelt werden und die Versorgung im Sinne der effizienten Koordination garantiert werden kann. Um dies zu gewährleisten, soll der Wissenstransfer zwischen Fachpersonen in den verschiedenen Versorgungsinstitutionen so gestaltet werden, dass alle Informationen betreffend der/dem Patientin/Patienten standardisiert vermittelt werden. Dies bedingt das systematische und koordinierte Wissensmanagement auf jeder Stufe und in allen Bereichen der Behandlungskette. Wichtig sind dabei die Medikamentensicherheit und die koordinierte Planung mit dem Ziel, unnötige (Rück-)Verlegungen zu verhindern.
- *Übersicht und Vernetzung:* Die interinstitutionelle Bewirtschaftung von Schnittstellen setzt voraus, dass jede Institution ihre Einbettung in der gesamten Versorgungslandschaft kennt und die behandelnden Fachpersonen die Schnittstellen zu Fachpersonen aus anderen Institutionen entsprechend erkennen und nutzen. Befragte Expert/innen verweisen in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit von (z.B. regionalen) Übersichtsdarstellungen, welche alle Versorgungsinstitutionen inkl. die Schnittstellen zugunsten von Fachpersonen und Patient/innen aufzeigen. Entsprechende Übersichtsdarstellungen bieten eine Grundlage, um die Vernetzung zwischen Institutionen auf regionaler und auch nationaler Ebene zu stärken.

Schnittstellen zu Fachpersonen mit Koordinationsfunktion

- *Anerkennung und Konsultation:* In allen Versorgungsbereichen finden sich Fachpersonen, welchen die Literatur und befragte Expert/innen eine Schlüsselrolle in der Diagnose und Behandlung von psychisch-somatischer Komorbidität resp. in der Sicherstellung einer koordinierten Versorgung von komorbiden Patient/innen zuschreiben. Dazu zählen insbesondere Hausarzt/innen, Pflegepersonal, ausgebildete Peers, Konsiliar- und Liaisondienste, Spitex-Personal und die aufsuchende Pflege. Die Koordinationsfunktion dieser Fachpersonen gilt es gemäss Analyseergebnissen umfassend anzuerkennen. Es ist ebenfalls zu garantieren, dass die Expertise dieser Fachpersonen in die gesamte Behandlungskette einfließt und adäquat berücksichtigt wird.

Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsinstitutionen

- *Entlastung der Notfallmedizin:* Dieser Schnittstelle kommt gemäss Literatur und befragten Expert/innen eine spezifische Bedeutung zu, insofern die Stärkung der ambulanten Versor-

⁸² Vgl. u.a. BAG 2015a, 2015c, 2016d, 2016e; EDI 2016.

gungsinstitutionen (inkl. entsprechende finanzielle Anreize) als wichtige Möglichkeit betrachtet wird, um die Notfallmedizin zu entlasten. Notfälle kommen bei psychisch-körperlich komorbiden Patient/innen – insbesondere aufgrund von Unterdiagnosen – häufig vor und liessen sich gemäss Expert/innen durch die Anerkennung von ambulanten Angeboten signifikant reduzieren.

- *Niederschwellige Koordinationsstellen:* Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich (z.B. aufsuchende Pflege, Beratung und/oder Versorgung) inkl. psycho(-soziale) Beratungsangeboten kommt das Potenzial zu, den niederschweligen Zugang von Patient/innen zu koordinierter Versorgung zu gewährleisten. Die Notwendigkeit von solch niederschweligen, gemeindeintegrierten Angeboten mit entsprechender Koordinationsfunktion betonen Literatur und befragte Expert/innen insbesondere mit Blick auf Patient/innen ohne intaktes soziales Umfeld und/oder tiefem sozio-ökonomischen Status, welche innerhalb der Patientengruppe «psychisch erkrankte Personen» Risikogruppen darstellen.

Schnittstellen zur Zielgruppe

- *Prävention, Selbsteintritte und Selbstmanagement:* Die Analyseergebnisse geben vor, die Schnittstelle zur Zielgruppe in jeder Stufe der Behandlungskette umfassend zu berücksichtigen. Im Vergleich zu einer „einfachen“ Diagnose fordert die bei psychisch-körperlicher Komorbidität vorliegende Komplexität in nochmals erhöhtem Ausmass dazu auf, die Wahrnehmung und das Wissen der Patient/innen systematisch in die Behandlung einzubeziehen. Dies geht mit der von der Fachliteratur und befragten Expert/innen genannten Forderung einher, die potenzielle Zielgruppe für die Thematik von Komorbidität zu sensibilisieren und Kompetenzen zum Selbstmanagement während des Behandlungsprozesses zu fördern. Von herausragender Relevanz ist das Patientenwissen bei Selbsteintritten in die Versorgungsinstitution. Hierbei fördern Fähigkeiten des Selbstmanagements massgebend die Früherkennung sowie die davon ausgehende adäquate Diagnose und Behandlung von Komorbidität.

Schnittstellen innerhalb von Versorgungsinstitutionen

- *Interdisziplinäre Zusammenarbeit:* Analog der interinstitutionellen Koordination und unabhängig vom jeweiligen Versorgungsmodell gilt es gemäss Fachliteratur und befragten Expert/innen den Wissensaustausch und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungseinheiten innerhalb einer Institution grundsätzlich sicherzustellen. Das Bewusstsein um eine ganzheitliche medizinische Versorgung und die Kenntnis der in verschiedenen Versorgungseinheiten angesiedelten Kompetenzen ist dazu bei allen Fachpersonen und Berufsgruppen zu fördern. Zudem sind die Abläufe innerhalb der Institution zugunsten der interdisziplinären Zusammenarbeit und gesamthaft koordinierten Versorgung zu gestalten.
- *Integrierte Modelle:* Für die koordinierte Versorgung von Patient/innen mit sowohl akuter psychischer als auch körperlicher Erkrankung gilt es Modelle zu fördern und weiterzuentwickeln, welche die integrierte Behandlung der Komorbidität ermöglichen. Im Vergleich zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungseinheiten basieren solche integrierten Modelle auf der räumlich konzentrierten, zeitlich parallelen und ablaufbezogen standardisierten Behandlung von psychischen und körperlichen Erkrankungen.

Schnittstellen im Tätigkeitsgebiet einer Fachperson

- *Ganzheitliches Denken und Handeln:* Die Analyseergebnisse machen deutlich, dass die koordinierte Versorgung von psychisch-körperlich komorbiden Patient/innen nur gewährleistet werden kann, wenn jede Fachperson Schnittstellen in Bezug auf ihr eigenes Tätigkeitsfeld reflektiert und mit entsprechendem ganzheitlich ausgerichtetem Handeln berücksichtigt. Dies umfasst das Bewusstsein für psychisch-körperliche Komorbidität, das theoretische Wissen und die praktischen Kompetenzen für die adäquate Diagnostik und Behandlung der Komorbidität gemäss eigenem Pflichtenheft. Ebenso wichtig sind die Umsetzung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Koordination innerhalb der eigenen Versorgungsinstitution sowie in der gesamten Versorgungslandschaft.
- *Differentialdiagnose:* Zentral ist die systematische Erfassung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes: Dies bedingt gemäss Fachliteratur und befragten Expert/innen, jeden Fall sowohl in der Psychiatrie als auch Akutsomatik systematisch auf Komorbidität zu

untersuchen (mit und ohne kausalen Bezug zur somatischen resp. psychischen Erkrankung) und standardisierte Erhebungen und Vorsorgeuntersuchungen in wiederholten Abständen über die gesamte Behandlungskette hinweg (insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen) einzubauen. Dafür sind die entsprechenden systematischen Erhebungsverfahren sowie Erhebungsinventare zu fördern und weiterzuentwickeln.

3 Valorisierung der Situationsanalyse

Dieses Kapitel fasst die Handlungsfelder zusammen, die von den am Valorisierungsworkshop teilnehmenden Expert/innen basierend auf der Situationsanalyse (Kapitel 2) als prioritär befunden wurden. Einleitend werden die Gesamtbeurteilung sowie Inhalte und Erkenntnisse ausgeführt, die im Workshop ergänzend oder zusätzlich zur Situationsanalyse genannt wurden. Die Ergänzungen werden anlehnend an die drei Themenbereiche – Wissen, Diagnostik und Behandlung, Versorgungssystem und Struktur – diskutiert, welche den Kapiteln 2.3 und 2.4 als strukturelle Gliederung zugrunde liegen. Die Strukturierung in Themenbereiche wird zudem aufgrund der Workshop-Diskussionen weiterentwickelt.

3.1 Valorisierung und Ergänzungen

Relevanz und Repräsentativität der Analyseergebnisse

In einer Gesamtsicht werden die Ergebnisse der Situationsanalyse von den Workshop-Teilnehmenden als relevant und korrekt beurteilt. Einstimmig wird die Relevanz des Analysegegenstandes hervorgehoben. Es wird festgehalten, dass die Analyseergebnisse für alle Landes- und Sprachregionen Gültigkeit aufweisen und somit in nationaler Sicht geltend sind. Die festgestellten Themen und Inhalte lassen sich in den verschiedenen disziplinären Berufsalltagen der Expert/innen feststellen, wie auch in den Versorgungslandschaften in der lateinischen wie in der deutschsprachigen Schweiz.

Zusätzlicher Themenbereich: Stigmatisierung und Diskriminierung

Folgende Dimensionen sind gemäss dem Konsens der Workshop-Teilnehmenden in der Analyse zu wenig abgebildet und sollten ergänzend zu den vorliegenden Analyseergebnissen als zusätzlicher Themenbereich in weiterführende Überlegungen und Massnahmen einbezogen werden:

- *Stigmatisierung/Diskriminierung von psychisch-somatisch komorbiden Personen:* Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung und das (nach wie vor verbreitete) Tabuthema „psychische Krankheit“ stellen grosse Herausforderungen dar. Vielfach besteht das Problem nicht nur hinsichtlich mangelhaft existierender Wissensgrundlagen oder Zugang zu diesem Wissen, sondern übergeordnet im fehlenden Interesse für eine Auseinandersetzung mit psychisch-somatischer Komorbidität. Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Personen sind gemäss den Workshop-Teilnehmenden in der Gesellschaft weit verbreitet und auch bei behandelnden Fachpersonen häufig vorhanden. Empirische Grundlagen zeigen, dass somatische Erkrankungen bei Menschen mit psychischer Krankheit weniger gut behandelt werden als bei Menschen ohne psychische Krankheiten. Innerhalb der Versorgung liegt damit eine eigentliche Diskriminierung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen vor. Diskriminierendes Verhalten von Fachpersonen gegenüber der Patientengruppe sowie mangelhafter Einbezug der Patient/innen haben einen massgeblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Hierbei sind die spezifischen Versorgungskulturen in psychiatrischen und somatischen Institutionen inkl. ablehnende Verhaltensmuster im Kontext von jeweils wenig vertrauten Krankheitsbildern zu berücksichtigen. Ein zusätzlicher Aspekt stellt die Selbststigmatisierung dar, welche ebenfalls eine wichtige Ursache dafür bildet, dass psychisch erkrankte Personen ihre gesundheitlichen Probleme unzureichend wahrnehmen resp. kommunizieren. In diesem Zusammenhang besteht auch auf der Wissensebene eine grosse Notwendigkeit für fundierte empirische Forschung zu Selbstdiskriminierung.
- *Hohe Dunkelziffer:* Die Workshop-Teilnehmenden verweisen auf die hohe Anzahl von Personen, die von psychischer Erkrankung (mit oder ohne somatische Komorbidität) betroffen sind und keine oder nur eine unangemessene Behandlung/ Versorgung erhalten.⁸³ Diese potenziellen Patient/innen bleiben aus der Sicht des Versorgungssystems häufig gänzlich unsichtbar oder ihre Beschwerden werden ausschliesslich somatisch untersucht und zu behandeln versucht. Ein wichtiges Erklärungsmuster dafür stellt die Stigmatisierung von psychischer

⁸³ Vgl. WHO 2016b.

Krankheit sowie von körperlicher Krankheit bei psychisch erkrankten Personen dar. Zusätzlich gibt es auch häufig psychisch-somatisch komorbide Personen, die eine Behandlung verweigern und/oder nicht freiwillig in eine Behandlung eintreten. Diese Patientengruppe stellt eine grosse Herausforderung dar. Der Einbezug von Angehörigen ist ausserordentlich wichtig, um den Zugang zu potentiellen Patient/innen herzustellen.

Ergänzungen zum Themenbereich Wissen

Folgende im Themenbereich Wissen (siehe Kapitel 2.3.1 und 2.4.1) aufgeführten Dimensionen sind gemäss den Workshop-Teilnehmenden von hoher Relevanz und mit nachstehenden Inhalten zu ergänzen:

- *Soziale Dimension und bio-psycho-soziales Verständnis:* Die Komplexität von bio-psycho-sozialer Gesundheit muss ganzheitlich erfasst und behandelt werden, was eine entsprechende Grundhaltung und ein interdisziplinäres Grundwissen voraussetzt. Expert/innen betonen, dass dieses Verständnis die Grundlage für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit bildet. Es besteht eine grosse Notwendigkeit, um im Rahmen einer integrierten Versorgung die soziale Dimension und soziales Fachwissen zu stärken. So gilt es z.B. auch, die Rolle von Sozialarbeitenden zu stärken; heute haben Psychiater/innen oft den Einbezug von Sozialarbeitenden mit relativ hohem Aufwand zu rechtfertigen, und in Akutspitälern wurden in den letzten Jahren verschiedentlich Sozialdienste reduziert oder abgeschafft.
- *Psychoedukation und Gesundheitsverhalten⁸⁴:* Psychoedukation umfasst alle Bestrebungen, betroffenen Patient/innen und deren Angehörigen auch komplexe medizinisch-wissenschaftliche Zusammenhänge umfassend zu vermitteln. Dieses Kenntnis der (eigenen) Erkrankung ist die Voraussetzung für den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und deren erfolgreiche Bewältigung. Expert/innen betonen die Wichtigkeit, den Aspekt der Psychoedukation während der gesamten Behandlungskette zu berücksichtigen. Insbesondere nach einer Notfallbehandlung werden psycho-educative Massnahmen oft vernachlässigt, während solche Massnahmen massgebend zur Krankheitsbewältigung beitragen könnten. Psychoedukation hängt eng mit dem Gesundheitsverhalten zusammen: Psychisch-komorbide Patient/innen wirken dem Heilungsprozess mit ihrem Verhalten je nach Krankheitsbild entgegen (z.B. häufiger Substanzkonsum, wenig Bewegung, verbreitete Trägheit und Gleichgültigkeit). Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenzen („Health Literacy“) können Patient/innen sensibilisiert und befähigt werden, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Auf diese Weise lässt sich z.B. das Thema Gewichtszunahme durch Medikamente sehr zielführend angehen. Hier ist es wiederum wichtig, genau zu beurteilen, zu welchen Selbstmanagement-Aufgaben die Patient/innen in den verschiedenen Stufen der Krankheitsbewältigung fähig sind. Auf diese Weise gilt es, Überforderungen zu verhindern, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken.

Ergänzungen zum Themenbereich Diagnostik und Behandlung

Folgende im Themenbereich Diagnostik und Behandlung (siehe Kapitel 2.3.2 und 2.4.2) aufgeführten Dimensionen sind gemäss den Workshop-Teilnehmenden von hoher Relevanz und mit nachstehenden Inhalten zu ergänzen:

- *Unterdagnostik:* Die unzureichend diagnostizierten Krankheiten bei psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen stellen eine übergeordnete Herausforderung dar. Die gesamte Diagnostik und Behandlung muss dieser Problematik mittels der ganzheitlichen Betrachtung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes entgegenwirken.
- *Medikation und Dokumentation der Patientenpfade:* Polymedikation ist eine grosse Herausforderung. Diese Herausforderung trifft insbesondere in Kombination mit Substanzkonsum auf, den psychisch erkrankte Personen oft aufweisen, und in Zusammenhang mit einem Gesundheitsverhalten, das der Krankheitsbewältigung wenig förderlich ist (z.B. wenig Bewegung). In diesem Zusammenhang ist gemäss Expert/innen wichtig zu berücksichtigen, dass

⁸⁴ Vgl. Rabovsky/Stoppe 2008; 2006a; 2006b.

Medikamente häufig von einer Vielzahl von Fachpersonen verordnet werden und die Expertisen zu den jeweiligen Medikamenten unterschiedlich ausgebildet vorliegen. Oftmals fehlt auch das ganzheitliche Verfolgen des Patientenpfades. Ein einheitliches Patientendossier, welches die gesamte Behandlung im Allgemeinen und die Medikation im Spezifischen umfasst, stellt eine grosse Notwendigkeit dar. Dies ist sowohl innerhalb derselben Institution über verschiedene Abteilungen und Berufsgruppen wichtig, wie auch zwischen verschiedenen Behandlungsinstitutionen.

- *Technologie und E-Health:* Das Potenzial technologischer Möglichkeiten ist in Bezug auf den gesamten Behandlungsprozess umfassend einzubeziehen (z.B. Modelle wie „telemental health“, sprich die Nutzung von Telekommunikation für die Gesundheitsversorgung).

Ergänzungen zum Themenbereich Versorgungssystem und Struktur

Folgende im Themenbereich Versorgungssystem und Struktur (siehe Kapitel 2.3.3 und 2.4.3) aufgeführten Dimensionen sind gemäss den Workshop-Teilnehmenden von hoher Relevanz und mit nachstehenden Inhalten zu ergänzen:

- *Institutionsspezifische und regionale Versorgungskulturen:* Expert/innen weisen einerseits darauf hin, dass die psychiatrische und somatische Versorgungskultur ihre Eigenheiten aufweisen. Während sich Fachpersonen in beiden Bereichen im Idealfall auch als Case Manager sehen, welche Gesundheit ganzheitlich behandeln, ist die klinische Praxis oft von der fortgeschrittenen Spezialisierung gekennzeichnet. Andererseits weisen die Expert/innen darauf hin, dass innerhalb der Schweiz auch regionale Unterschiede bezüglich der Vertretung von Fachpersonen bestehen und somit geografisch unterschiedliche Rahmenbedingungen für die anspruchsvolle Gesundheitsversorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen vorliegen. In Bezug auf die Deutschschweiz wird spezifisch aufgeführt, dass Patient/innen in psychiatrischen Einrichtungen heute häufig von Psycholog/innen versorgt werden. Psycholog/innen haben gemäss aktuellem Curriculum keine somatische Ausbildung, was spezifisch im Behandlungsalltag, wie auch allenfalls in der Aus- resp. Weiterbildung zu berücksichtigen ist.
- *Koordinationsfunktion von spezifischen Fachpersonen:* Expert/innen betonen die ausserordentlich ausgeprägte Koordinationsfunktion, welche spezifische Fachpersonen in der Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen übernehmen. Die Rolle dieser Fachpersonen ist höchst relevant für die umfassende Versorgung, ist aber häufig nicht ausreichend anerkannt und finanziert. Als Folge sind die Fachpersonen vielfach überfordert. Es besteht somit ein grosser Bedarf, die Rolle dieser Fachpersonen anzuerkennen und ihnen die notwendige Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Die Expert/innen heben folgende Fachpersonen mit wichtiger Koordinationsfunktion hervor:
 - *Hausärzt/innen:* Hausärzt/innen sind für die Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen vielfach die wichtigsten Fachpersonen, insofern sie für die meisten Personen als erste Anlaufstelle fungieren und bei nicht akuten Krankheiten häufig über den gesamten Behandlungsprozess die einzige Fachperson sind. Hausärzt/innen weisen auf den erschwerenden Umstand hin, dass Patient/innen oft wenig Bewusstsein für ihre somatisch-psychische Komorbidität aufweisen und/oder eine umfassende Sicht auf ihren Gesundheitszustand ablehnen. Hausärzt/innen sind folglich auf Unterstützung angewiesen, um ihre umfassende Rolle in der Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen wahrnehmen zu können, sprich Patient/innen korrekt behandeln und bei Bedarf überweisen zu können. Im Sinne einer Entlastung der Hausärzt/innen wird die gestärkte Zusammenarbeit zwischen Hausärzt/innen und Psychiater/innen sowie die Schaffung von niederschweligen Angeboten, z.B. durch Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung als Advanced Nursing Practice (ANP), als sehr wichtig erachtet. In diesem Zusammenhang wird ein grosser Bedarf darin identifiziert, dass man den ambulanten Bereich nicht auf Hausärzt/innen reduziert, sondern ein umfassendes Bewusstsein für verschiedene Versorgungsangebote schafft. Entsprechend seien auch verschiedene, komplementär zueinander funktionierende Angebote zu fördern.

- *Psychiater/innen*: Analog der Situation von Hausärzt/innen gibt es auch zahlreiche Fälle von Behandlungen, in denen Psychiater/innen als wichtigste und häufig einzige Fachperson fungieren und in dieser Rolle besonders gefordert sind (insbesondere bei jüngeren Patient/innen). In diesem Zusammenhang wird etwa von der „hausärztlichen Funktion des/der Psychiaters/Psychiaterin“ gesprochen, welche ebenfalls unterstützt werden muss. Auch hier ist die gestärkte Zusammenarbeit zwischen Psychiater/innen und Hausärzt/innen sowie die Kooperation mit weiteren unterstützenden Angeboten von zentraler Bedeutung.
- *Pflegefachpersonen*: Die Koordinationsrolle, welche Pflegefachpersonen in verschiedenen Versorgungsbereichen übernehmen, wird von Expert/innen ebenfalls hervorgehoben. Hier herrscht die Ansicht vor, dass diese Koordinationsfunktion durch entsprechende Aus- und Weiterbildungen noch verstärkt gefördert werden könnte. Als zentral wird hierbei die Förderung von Advanced Nursing Practice (ANP) als Bildungsangebot erachtet, welches Pflegefachpersonen ein Instrumentarium zur ganzheitlichen Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellt und die Erweiterung von Kompetenzen gezielt ermöglicht.
- *Regionale Netzwerke*: Expert/innen weisen darauf hin, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. Kooperation zwischen Hausärzt/innen und Psychiater/innen) heute noch stark personenabhängig ist, sprich auf Eigeninitiativen von einzelnen Fachpersonen beruht. Um die Zusammenarbeit systematisch zu fördern, ist eine Anpassung auf struktureller Ebene notwendig. Als wichtige Voraussetzung dafür wird die Schaffung von regionalen Netzwerken betrachtet, welche Fachpersonen einen Überblick über alle bestehenden Versorgungsangebote geben und eine institutionalisierte Plattform für den Austausch und die Zusammenarbeit zur Verfügung stellen.
- *Angehörige*: Expert/innen sehen eine grosse Notwendigkeit, Angehörige von einem strukturellen Standpunkt in der gesamten Gesundheitsversorgung systematisch einzubeziehen. Dieser Einbezug, etwa auch im Rahmen einer umfassenden Psychoedukation, vermag die koordinierte Versorgung psychisch-somatisch komorbider Patient/innen erheblich zu steigern. Dabei gilt es, das Versorgungssystem so auszurichten, dass niederschwellige Angebote vorhanden sind, welche Angehörige sowohl unterstützen als auch entlasten. Dabei gilt immer auch zu berücksichtigen, dass es auch Patient/innen ohne intaktes soziales Umfeld gibt, für welche dieses niederschwellige Angebot ebenfalls wichtig ist.
- *Finanzierung*: Die Finanzierung wird von vielen Expert/innen als eine oder auch *die* entscheidende Schwachstelle der aktuellen Versorgung beurteilt. Die aktuelle Tarifstruktur erschwert oder hindert die Koordination von psychisch-somatischer Komorbidität. Die Tarifstruktur muss überprüft und angepasst werden, insofern sich der Leistungsauftrag von Institutionen stark von der Tarifstruktur ableitet und in dieser Hinsicht spezialisierte Behandlungen, nicht aber eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung fördert. Es wird auch betont, dass je nach Institution unterschiedliche ökonomische Realitäten und Möglichkeiten vorliegen, welche einen erheblichen Einfluss auf den Umfang und die Art der effektiv praktizierten interprofessionellen Zusammenarbeit haben. Die Frage, wie z.B. die für solche Austauschformen erforderlichen Zeitaufwände finanziert werden, bleibt oft unbeantwortet. Gleichzeitig herrscht weitgehend Konsens, dass interdisziplinärer Austausch die koordinierte Versorgung erheblich zu verbessern vermag.

3.2 Priorisierung von Handlungsbereichen

Die Relevanz der drei im Rahmen der Situationsanalyse herausgearbeiteten Themenfelder – Wissen, Diagnostik und Behandlung, Versorgungssystem und Struktur – wurde von den Workshop-Teilnehmenden bestätigt. Zusätzlich wurde auf Stigmatisierung und Diskriminierung als Schlüsseldimensionen verwiesen, die hinsichtlich der Versorgung von Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität zusammen ein weiteres wichtiges Themenfeld darstellen.

Nachstehend werden entlang dieser vier Themenfelder tabellarisch konkrete Handlungsbereiche aufgeführt. Es handelt sich dabei um jene Handlungsbereiche, welche die Expert/innen im Workshop im Rahmen der Schlussdiskussion gemeinsam als prioritär bewerten.

In allgemeiner Sicht ist die Aufforderung der Expert/innen zu berücksichtigen, konkrete Massnahmen mit bereits bestehenden Programmen⁸⁵ zu koordinieren und wo möglich in diese zu integrieren. Somit sollen zusätzliche Massnahmen nur dort erfolgen, wo alternative Interventionen nicht möglich sind. Dabei wird auf die Relevanz von Pilotprojekten verwiesen, welche die Möglichkeit bieten, innovative Ansätze zu testen und bei erfolgreicher Testdurchführung zu multiplizieren.

Tabelle 3: Prioritäre Handlungsbereiche

Themenfeld	Prioritäre Handlungsbereiche
Stigmatisierung und Diskriminierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken, gilt es gemäss Expert/innen die im Themenfeld „Wissen“ aufgeführten Handlungsbereiche mit dem Ziel zu verfolgen, Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient/innen mit psychisch-somatischer Komorbidität systematisch zu bekämpfen. <p>Zusätzlich werden folgende spezifischen Handlungsbereiche genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Entstigmatisierung beim Fachpersonal:</i> Anti-Stigma-Kampagne im Gesundheitswesen, um Fachpersonal für die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch-somatisch komorbider Patient/innen zu sensibilisieren und diesen Stigmata systematisch entgegenzuwirken. Sensibilisierungsinhalte sollten konsequent in der Bildung inkl. in den postgradualen Weiterbildungen integriert sein. Diesbezüglich ist die Sensibilisierung von Führungspersonen im Gesundheitswesen zentral, welche vielfach eine Vorbildrolle übernehmen und für jüngere Berufsleute in den ersten Berufsjahren eine prägende Rolle übernehmen. ▪ <i>Entstigmatisierung in der Bevölkerung:</i> Anti-Stigma-Kampagne in der breiten Bevölkerung zugunsten von Primärprävention: In diesem Zusammenhang wird die Relevanz von niederschweligen Gesundheitszentren (z.B. Idee für Gesundheitshaus inmitten von Städten) und umfassendem Informationsangebot in ersten Anlaufstellen (z.B. bei Hausärzt/innen) aufgeführt.
Wissen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Interdisziplinäres Grundwissen in Aus- und Weiterbildungen:</i> Die Schulung von interdisziplinären Kompetenzen und ein bio-psycho-soziales Verständnis gilt es für alle Fachpersonen im Gesundheitswesen sicherzustellen. Dies, indem gemeinsame Bildungselemente unterstützt sowie regelmässig unter Einbezug von Entwicklungen und Herausforderungen aktualisiert werden (z.B. veränderte Krankheitsbilder, Umgang/ Zusammenarbeit mit Angehörigen etc.). Dafür können verschiedene Mittel (Schulung, Tagung, Aus- und Weiterbildung, Lernen und Austausch „on the job“) eingesetzt werden. Ein interdisziplinäres Basiswissen ist für alle Disziplinen anzustreben und u.a. im Rahmen der Plattform „Zukünftige ärztliche Bildung“⁸⁶ zu koordinieren, welche das BAG mit Partnerakteuren aktuell erarbeitet. Überdies ist interdisziplinäres Grundwissen auch in der Ausbildung von Psychotherapeut/innen sicherzustellen, bspw. indem somatisches Grundwissen eine Voraussetzung für die Zulassung zum Anordnungsmodell für Psychotherapeut/innen darstellt. ▪ <i>Vertieftes interdisziplinäres Wissen für Fachpersonen mit Koordinationsfunktion:</i> Ein erhöhter Bedarf für die Aus- und Weiterbildung von interdisziplinären Kompetenzen gilt für interdisziplinär tätige Fachpersonen, die an den Schnittstellen verschiedener Versorgungsbereiche arbeiten und dabei eine wichtige Koordinationsfunktion einnehmen resp. vielfach als primäre Fachpersonen für bestimmte Patient/innen fungieren. Ein grosser Bedarf besteht hier für den

⁸⁵ Vgl. die in Kapitel 1.1 aufgeführten Leitdokumente, auf denen vorliegende Studie aufbaut. Hingewiesen wird insbesondere auf Massnahmen/Programme, mit denen das BAG und Partnerakteure Interdisziplinarität, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen sowie die Stärkung der Koordination mittels E-Health-Tools fördern.

⁸⁶ Vgl. BAG 2017c.

Themenfeld	Prioritäre Handlungsbereiche
	<p>Austausch und gemeinsame Bildungsmodule für Psychiater/innen und Hausärzt/innen. Eine weitere zentrale und ebenfalls zu unterstützende und in die Weiterbildungen einzubeziehende Berufsgruppe ist die Pflege.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wissensaustausch und Entwicklung:</i> Als zentral wird die praktische Kenntnis von bestehenden Versorgungsangeboten betrachtet. Hier herrscht unter Expert/innen Konsens, dass zuhanden von Fachpersonen und Patient/innen regionale und kantonale Überblicksdarstellungen geschaffen werden müssen. Ebenso gilt es, Überblicksdarstellungen über Beispiele von wirksam umgesetzten Massnahmen, etwa (Pilot-)Projekten, zu schaffen, damit „Good practices“ multipliziert und allenfalls flächendeckend eingeführt werden können. ▪ <i>Personenzentrierte Forschung:</i> Die Forschung zu psychisch-somatischer Komorbidität gilt es allgemein zu fördern. Expert/innen nennen die Notwendigkeit, die Patientensicht in Studien verstärkt einzubeziehen (z.B. Befragung von Betroffenen über Erfahrungen während der Behandlung).⁸⁷ Auch die Frage, wo und wie sich die Bevölkerung ihr Gesundheitswissen beschafft, ist von zentraler Bedeutung und muss näher untersucht werden (Rolle des Internets). Zudem sind Modelle methodisch zu analysieren, mit denen in bestimmten Gesundheitsbereichen eine Entstigmatisierung von erkrankten Personen erfolgreich stattgefunden hat (z.B. Krebs, Demenz).
<p>Diagnostik und Behandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Förderung/Unterstützung von Fachpersonen mit Koordinationsfunktion:</i> Im ambulanten und stationären Bereich braucht es interdisziplinär ausgebildete Fachpersonen, welche die häufigsten Krankheiten kompetent diagnostizieren und/oder behandeln können. Insbesondere die Koordinationsfunktion von Hausärzt/innen, Psychiater/innen und Pflegepersonal (APN-Profil) ist zu stärken. So sollte es z.B. ambulant tätigen Psychiater/innen möglich sein, Hausbesuche vorzunehmen. ▪ <i>Differentialdiagnose:</i> Systematische Differentialdiagnosen und interdisziplinäre Behandlungsplanung sind in allen Versorgungsbereichen sicherzustellen. ▪ <i>Methodik und Erhebungsinventar:</i> Vorliegende Erhebungsinventare und -mittel gilt es kompetent und differenziert anzuwenden und weiterzuentwickeln. So wird von Expert/innen z.B. angemerkt, dass die in der Spitalplanung verbreitete "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) Komorbiditäten nicht differenziert erfasst. Psychisch-somatische Komorbiditäten werden jedoch in der DSM 5-Klassifikation aufgeführt, was seitens der Fachpersonen das Bewusstsein für Komorbiditäten sowie ein interdisziplinäres Denken und Handeln fördert.
<p>Versorgungssystem und Struktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Finanzielle Anreize:</i> Attraktive Finanzierungsmodelle für integrierte Modelle müssen geschaffen und gefördert werden. ▪ <i>Interdisziplinarität in Leistungsaufträgen:</i> Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gilt es in Leistungsaufträgen als Ziel zu definieren. Zur Zielerreichung müssen entsprechende Anreize geschaffen werden. Dies setzt die Klärung der Finanzierungsfrage voraus. Die angemessene Versorgung für „fremde“ Patient/innen (z.B. akutsomatisch erkrankte Personen in psychiatrischen Institutionen und psychische erkrankte Personen in akutsomatischen Institutionen) ist im Leistungsauftrag zu verankern (inkl. KVG-Verankerung). ▪ <i>Förderung von Pilotprojekten:</i> Finanzierungsmodelle sollen auch die Entwicklung von innovativen Pilotprojekten berücksichtigen (z.B. Möglichkeit zu Finanzierung über KVG). ▪ <i>K+L-Dienste:</i> K+L-Dienste sind im gesamten Versorgungssystem von zentraler Bedeutung und müssen entsprechend gefördert werden, inkl. Garantie der Verrechenbarkeit (über die Psychiatrie und/oder die Akutsomatik). ▪ <i>APN:</i> APN tragen eine Schlüsselrolle für die Unterstützung von chronisch psychisch und/oder somatisch erkrankten Personen. Expert/innen erachten es als wichtig, diese Fachpersonen in die Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patient/innen einzubinden, insbesondere auch in unterversorgten Regionen, wo Hausärzt/innen vielfach als einzige Fachpersonen fungieren

⁸⁷ Vgl. Hirsbrunner 2017.

Themenfeld	Prioritäre Handlungsbereiche
	<p>(z.B. Hausbesuche durch APN). Angebote wie APN-Ausbildungen und Hausarzt-Mentoring erhöhen die Attraktivität dieser Berufe. Hinsichtlich APN stellt sich die Finanzierungsfrage.</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="528 439 1410 604">▪ <i>Angehörige</i>: Angehörige gilt es umfassend in alle Bereichen des Versorgungssystems einzubeziehen. Expert/innen betonen den Bedarf für unabhängige Beratungsstellen für Angehörige und internetbasierte Angebote (z.B. e-Beratung) und plädieren dafür, den Umgang mit Angehörigen in die Aus- und Weiterbildung von psychiatrischen und somatischen Fachpersonen zu integrieren, was die Weiterentwicklung von sozialen Kompetenzen einschliesst.

4 Literatur- und Materialienverzeichnis

4.1 Literatur

- Barth, Volker (2011): *Sucht und Komorbidität: Grundlagen für die stationäre Therapie*, Heidelberg: ecomed Medizin.
- Baumeister, H.; Härter, M. (2011): *Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen*, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 52-58.
- Baumeister, H.; Hutter, N.; Bengel, J.; Härter, M. (2011): *Quality of Life in Medically Ill Person with Comorbid Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in: Psychother Psychosom 2011;80:275–286.
- Berger, Mathias; Agyemang, Anja (2015): *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. 5. vollständig überarbeitete Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer.
- Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016): *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne.
- Büchi, S. et al. (2010): *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz – Gegenwart und Zukunft*. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2010;91:4, S. 120-121. Verfügbar unter: http://www.fmh.ch/files/pdf13/art_konsiliarypsy_d.pdf (27.02.2017).
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (2016): *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, 19. Oktober 2016.
- Bundesamt für Gesundheit (2017a): *Koordinierte Versorgung*. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de> (28.02.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2017b): *Gesundheit2020*. Verfügbar unter: www.gesundheit2020.ch (28.02.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2017c): *Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html> (27.04.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016a): *Koordinierte Versorgung. Patientengruppe 1: (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen. Handlungsfelder und Massnahmen*. Version vom 23.03.2016. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2016b): *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*. Juni 2016. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2016c): *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/aktionsplan-suizidpraevention.html> (20.03.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016d): *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (20.03.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016e): *Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie-2014-2017.html> (20.03.2017).

- Bundesamt für Gesundheit (2015a): *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht des BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2015b): *Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2015c): *Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> (22.02.2017).
- Camenzind, P.; Bonassi, T. (2015). *Verbesserungspotenzial bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen* (Obsan Bulletin 2/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P.; Petrini, L. (2014): *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Dossier 43).
- Collins, P. Y. et al. (2013): *Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Research, Policy, and Practice*. In: PLOS Medicine, April 2013, Volume 10, Issue 4, e1001434. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637578> (9.3.2017).
- Coventry P.; Lovell K. et al. (2015): *Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease*, in: BMJ. 2015; 350:638.
- De Hert, Marc et al. (2011a): *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. In: World Psychiatry 2011;10:52-77. Verfügbar unter: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2011/2011_DeHert_Physical1.pdf (27.02.2017).
- De Hert, Marc et al. (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*. In: World Psychiatry 2011;10:138-151. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633691> (27.02.2017).
- Dellenbach, Myriam; Angst, Silvia (2011): *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht Teilprojekt im Rahmen des Projektes „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“*. Verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Best-Practice-Studie_Foerderung_der_psychischen_Gesundheit_im_Alter.pdf (Zugriff: Oktober 2016).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. German Modification. Version 2016 mit Aktualisierung vom 21.12.2015. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/index.htm> (14.12.2016).
- Druss, BG; Bradford, D. et al. (2001): *Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders*. In: Archives of General Psychiatry, June 2001; 58.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2016): *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Fassung vom 11. März 2016, Bundesamt für Gesundheit, Bern. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html> (20.03.2017).

- Eren, G. et al. (2013): *Veränderungen der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel nach Etablierung eines Ambulanten Dienstes Alterspsychiatrie (ADA)*. Verfügbar unter: DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349455>, Psychiat Prax (13.04.2017).
- Fleischhaker Walter Wolfgang et al. (2008): *Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges*. In: The Journal of Clinical Psychiatry, 2008 Apr il 69 (4): 514-9.
- Frick, U.; Frick, H. (2010): *«Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* (Obsan Dossier 11). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Härter, M.; Baumeister, H. et al. (2007): *Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases*. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 76(6), 354-360.
- Hamer, M. ; Stamatakis, E. (2008): *The accumulative effects of modifiable risk factors on inflammation and haemostasis*. In: Brain, Behavior and Immunity, 22, 1041-1043.
- Hartung, T.J. et al. (2017): *The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types*. In: European Journal of Cancer 72 (2017) 46:53.
- Himmelberger, Stephan Josef (2012): *Prävalenz psychiatrischer Diagnosen/Komorbidität von ambulant-medizinisch betreuten Patienten*. Doktorarbeit unter Leitung von PD Dr. med. D. Keller Lang, Zürich.
- IG eMediplan (2017): *eMediplan*. Verfügbar unter: <http://emediplan.ch> (27.02.2017).
- Interface (2015): *Literaturstudie und Bestandesaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting*. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Luzern, 28. Mai 2015.
- Jakovljević, Miro; Crncevic Zeljika (2012): *Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry*. In: Dial Phil Ment Neuro Sci 2012; 5(1): 1-13. Verfügbar unter: http://www.academia.edu/10933907/Comorbidity_as_an_epistemological_challenge_to_modern_psychiatry (10.01.2017).
- Jakovljević, Miro (2009): *Psychopharmacotherapy and comorbidity: conceptual and epistemological issues, dilemmas and controversies*. In: Psychiatria Danubina, 2009; Vol. 21, No. 3, 333-340.
- Jörg R., Ruffin R. (2016): *Auswirkungen der KVG-Revision Spitallfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme – Schlussbericht*. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern.
- Kaiser, E. (2014): *«Win-Win-Win» – die Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte und Psychiater*. In: Synapse, Ausgabe 6, Dezember 2014, S. 18.
- Kasper, S.; Blanz, B. (2014): *Psychiatrie und Psychotherapie compact: das gesamte Facharztwissen*. 3. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme.
- Koch, U., Mehnert, A., Härter, M. (2011): *Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität*. In: Bundesgesundheitsblatt 54: 1. doi:10.1007.
- Komorbidität: Sucht und komorbide Störungen, 20 Jahre Doppeldiagnosen im Diskurs*. Behandlung von Komorbidität, Suchtmittel bei Depression und Angststörungen, Stationäres Setting, Cannabis und Komorbidität, Adoleszenz: Das SOMOSA-Konzept, Case Management, Heroingestützte Behandlung, Angehörigenarbeit, SuchtMagazin; Jg.40:Nr.1(2014), Bern, Infodrog.
- Kuhnt, Susanne et al. (2016): *Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients*. In: Psychother Psychosom 2016;85:289-296.

- Mascherek, A.; Schwappach, D. (Hg. 2015): *Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Bestandsaufnahme und Aktionsplan – Wo steht die Schweiz?*, hg. von der Stiftung für Patientensicherheit. Verfügbar unter: <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Identifikation-von-Risiken/Patientensicherheit-in-der-psychiatrischen-Versorgung.html> (9.3.2017)
- Mercer, Stewart W. et al (2012): *Managing patients with mental and physical Multimorbidity. Changes are needed in policy, research, and practice.* In: BMJ 2012;345:e5559, 3 September 2012.
- Messerli-Bürgy, N.; Munsch, S. (2016): *Die Interaktion zwischen physischer und psychischer Gesundheit.* In: Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.): *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne, S. 42-47.*
- Moffat, Keith; Mercer, Stewart W. (2015): *Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems.* In: BMC Family Practice (2015) 16:129.
- Mohr, Wanda K. (Hg.) (2013): *Psychiatric-mental health nursing: evidence-based concepts, skills, and practices.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Naylor, C.; Das, P.; Ross, S.; Honeyman, M.; Thompson, J.; Gilbert, H. (2016): *Bringing together mental and physical health. A new frontier for integrated care.* London: The Kings Fund. Verfügbar unter: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf (02.02.2017).
- Ngo K. V. et al. (2013): *Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda.* In: PLoS Med 10(5): e1001443. doi:10.1371/journal.pmed.1001443. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653779/> (9.3.2017).
- Patel V. et al. (2013) *Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms.* PLoS Med 10(5): e1001448. doi:10.1371/journal.pmed.1001448. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737736> (9.3.2017).
- Polynomics; Helsana (2014): *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Olten, 19. Dezember 2014.*
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2008): *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen.* Urban&Fischer.
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2006a): *Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht.* In: Nervenarzt 2006 · 77:538–548.
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2006b): *Prävention und Behandlung von Non-Compliance und Gesamtbehandlungsabbruch.* In: psychoneuro 2006; 32 (6), 231-236.
- Rasgon, N.; Jarvik, L. (2004): *Insulin resistance, affective disorders, and Alzheimer's disease: review and hypothesis.* In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59 (2):178-183.
- Robson, D; Haddad, M. et al. (2012): *Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness.* In: International Journal of Mental Health Nursing, Volume 22, Issue 5 October 2013, 409-417. Verfügbar unter: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x/abstract> (27.02.2017).
- Roth, B; Munsch, S. et al (2004): *Psychologische Aspekte der kindlichen Adipositas und ihre Behandlung.* In: Paediatrica, Vol. 15 No. 6, 2004, S. 24-26. Verfügbar unter: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol15/n6/pdf/24-26.pdf> (1.3.2017).
- Saha, S. et al. (2007): *A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time?* In: ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 64 (NO. 10), OCT 2007.

- Sartorius, Norman; Holt, Richard I.G.; Maj, Mario (Hg.) (2015): *Comorbidity of mental and physical disorders*. In: Key issues in mental health; vol. 179.
- Sartorius, Norman (2013): *Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century*, in: Medicina Academica Mostariensia, 2013; Vol. 1, No. 1: 4-5.
- Schäfli, N.; Wolfensberger, P. (2013): *Fachwissen? Mangelware! – Integration somatischer Themen in die psychiatrische Pflege*. In: Psych Pflege, 19, 18-20.
- Schäfli, N. et al. (2012): *Mens sana in corpore sano – wie können somatische Themen in der psychiatrischen Pflege integriert werden?* Kongressband Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege, Bern.
- Schmidt, U. et al. (2016): *Eating disorders: the big issue*. In: The Lancet, Vol 3, April 2016, 313-315.
- Schuler, Daniela et al. (2016): *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D.; Tuch, A.; Buscher, N.; Camenzind, P. (2016): *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwarze, T.; Steinauer, R. (2016): *Somatische Pflege in psychiatrischen Einrichtungen: Quo vadis?*, in: Psychiatrische Pflege (2016), 1 (3-4): 13-15.
- socialdesign (2014): *Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme*. Studie im Auftrag des BAG.
- Sprah, Lilijana et al. (2017): *Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review*. In: BMC Psychiatry (2017) 17:2.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2002): *The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century*. In: Am J Psychiatry 159:8, August 2002.
- Stieglitz, Rolf-Dieter; Volz, Hans-Peter (2007): *Komorbidität bei psychischen Störungen*, Bremen: UNI-MED-Verlag.
- Stoppe, G. (Hrsg.) (2011): *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung*. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Reihen-Hrsg.) Report Versorgungsforschung, Band 3. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Treasure, J.; Claudino, A. M.; Zucker, N. (2009): *Eating disorders*. In: The Lancet, 19 November 2009, COR:10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland (2015): Pflegesymposium «Die eine Krankheit schmerzt die Seele, die andere den Körper. Pflege brauchen beide», 5. Februar 2015, Basel, Fachreferate (unveröffentlicht). Programm verfügbar unter: <https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/veranstaltungen/einladung-pflegesymposium-digital.pdf> (21.02.2017).
- Universitätsspital Basel (2017): *Basler Demenz-Delir Programm*. Verfügbar unter: <https://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/pflege-mtt/angebot/praxis-entwicklung/advanced-nursing-practice-anp/basler-demenz-delir-programm/> (19.04.2017).
- Van den Brink, A. M. A. et al. (Hg.). (2014): *Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside*. In: International Psychogeriatrics (2014), 26:10, 1585-1589.
- Van den Bussche, H.; Von Leitner, E.C. (2011): *Demenz, Komorbidität und Versorgungsqualität – Eine Exploration* In: Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung, S. 141-150.
- Von Korff, Michael R. von et al. (Hg.) (2009): *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Widmer, M.; Kohler, D. (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen* (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wieser, S. et al. (2014): *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Nationale Präventionsprogramme, 16. Juni 2014.
- WHO (2016a): *The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf (5.12.2016).
- WHO (2016b): *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority. Conference April 13-14, 2016*. Verfügbar unter: <http://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority> (12.04.2017).
- Zekry, D. et al. (2007): *Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status*. In: *Age and Ageing* 2008; 37: 83–89.
- Zipfel, S.; Giel, K. E. et al. (2015): *Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment*. In: *Lancet Psychiatry*, 27 October 2015, doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9, 1-13.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Universität Zürich (2014): *Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung. Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Schlussbericht*. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Winterthur/Zürich, November 2014.

4.2 Materialien und Homepages

Materialien

- Brügger, S.; Kohli L.; Sottas, B.: *Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung*“ (ohne Jahreszahl, nicht publiziert, vertraulich).
- Hirsbrunner, T. (2017): *Wie erleben Patienten den Eintritt in eine psychiatrische Klinik?*. Vortrag im Rahmen des Pflegeforums vom 21. Februar 2017, Psychiatrische Dienste und Spitäler Solothurn (nicht publiziert, vertraulich).

Homepages / Online-Datenbanken

- Chochrane-Library. <http://www.cochranelibrary.com/>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Embase. <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>
- Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern. <http://www.iham-cc.ch/weiterbildung/curriculum-hausarztmedizin.html>
- Medline / PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- PsycInfo. <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/>
- Psyndex. <https://www.zpid.de/index.php?wahl=PSYINDEX>
- PubPsych. <https://www.pubpsych.de/>

5 Anhang

5.1 Psychisch-somatische Komorbiditäten

Nachstehende Zusammenstellung gibt einen Überblick über körperliche Komorbiditäten, welche gemäss vorliegenden Erkenntnissen in der Fachliteratur⁸⁸ mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Die Komorbiditäten sind gemäss F-Diagnosen geordnet mit allgemeinen Erkenntnissen zu Beginn der Zusammenstellung. Teilweise sind auch psychische Komorbiditäten, die in Bezug auf eine F-Diagnose auftreten, aufgeführt. An einzelnen Stellen innerhalb der F-Diagnosen und am Schluss der Zusammenstellung sind zusätzlich psychische Komorbiditäten aufgelistet, welche gemäss der konsultierten Fachliteratur mit körperlichen Erkrankungen einhergehen. Es handelt sich bei allen aufgelisteten Inhalten um eine Zusammenstellung der diagnosespezifischen Erkenntnisse, welche gemäss der analysierten Fachliteratur mit dem Fokus auf psychisch erkrankte Personen mit zusätzlichen körperlichen Erkrankungen vorliegen. Diese Zusammenstellung gibt keinen umfassenden resp. abschliessenden Überblick über psychisch-somatische Komorbiditäten.

5.1.1 Körperliche Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen

5.1.1.1 Allgemeine Erkenntnisse

- Vorliegende Empfehlungen und Studien weisen darauf hin, dass das häufigste Problem bei psychiatrischen Patient/innen chronische körperliche Erkrankungen darstellen.
- Betrachtet man die akutmedizinische somatische Versorgung von Menschen, die aus einer psychiatrischen Einrichtung überwiesen werden, so werden kardiovaskuläre Komplikationen wie z.B. Herzinfarkt oder Arrhythmien sowie endokrinologische Notfallsituationen wie z.B. diabetische Ketoazidose oder massive Hypo-/Hyperglykämie häufig berichtet.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine höhere Prävalenz für Diabetes als die Allgemeinbevölkerung.
- Das Zehn-Jahres-Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Frauen um 50%, bei Männern um 34% erhöht. Ebenfalls erhöht sind pulmonale Beschwerden, neurologische Erkrankungen, Infektionen, Malignome (Hepatitis, HIV).

5.1.1.2 Komorbiditäten innerhalb der F-Diagnosen

F00-F09: Organische, einschliesslich symptomatischer Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnorganische Störungen)

Organische Erkrankungen, die gehäuft mit psychischen Störungen F00-F09 einhergehen, umfassen:

- *Epilepsie*: Bei 30-50% der Patient/innen mit Epilepsie kommt es während des Verlaufs der Erkrankung zum Auftreten einer psychiatrischen Symptomatik. Die Auswirkung der Medikation gilt es hier besonders zu prüfen.
- *Gehirntumore*: Ca. 50% aller Patient/innen mit einem Gehirntumor zeigen eine psychiatrische Symptomatik im Verlauf der Erkrankung. Ein Delir ist am häufigsten die Folge eines schnell wachsenden, grossen oder multilokulären Tumors.
- *Encephalomyelitis disseminata*: Ca. 30-50% aller Patient/innen mit E.d. zeigen kognitive Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausprägung, am häufigsten Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Euphorie, Depression und Persönlichkeitsstörungen. Ca. 25-50% der Patient/innen entwickeln eine Depression und weisen eine erhöhte Suizidrate auf. Ca. 20-40% der Patient/innen sind von Persönlichkeitsveränderungen betroffen.

⁸⁸ Vgl. BAG 2016c; Berger/Agyemang 2015; Frick/Frick 2010; Kasper/Blanz 2016; Schuler et al. 2016; Schwarze/Steinauer 2016; Stieglitz/Volz 2007.

- *Systemischer Lupus erythematoses*: Bis zu 50% der Patient/innen mit systemischen L.e. zeigen initial bei Manifestation der Symptomatik psychiatrische Auffälligkeiten auf, am häufigsten Depression, Schlafstörungen, emotionaler Labilität, Nervosität und Verwirrtheit. Z.T. Verstärkung aufgrund von Medikation (z.B. Behandlung mit Steroiden).
- *Weitere häufige körperliche Komorbiditäten* umfassen: Herpes-simplex-Enzephalitis, Lues, Schilddrüsenerkrankungen (Hyperthyreose), Erkrankungen der Nebenschilddrüse, Erkrankungen der Nebennieren, metabolische Erkrankungen.

Demenz

Die Frage der Komorbidität mit somatischen Störungen ist v.a. deshalb von besonderem Interesse, da es klare Hinweise für den Zusammenhang bestimmter körperlicher Erkrankungen bzw. somatischer Risikofaktoren und dem späteren Entstehen einer Demenz gibt. Ging man ursprünglich davon aus, dass in erster Linie die vaskuläre Demenz (VD) bei Patient/innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren (besonders hoher Blutdruck und diabetische Stoffwechsellage) besonders gehäuft vorkommt, zeigten neuere epidemiologische Untersuchungen, dass diese Risikofaktoren ebenso mit einer Alzheimer-Demenz (DAT) assoziiert sind. Rasgon/Jarvic (2004) postulieren, dass die Komorbidität Demenz-Depression in erster Linie mit einer überzufällig auftretenden Insulin-Resistenz bei depressiven Patient/innen mit konsekutiver Hyperinsulinämie und gestörtem Glukosemetabolismus zusammenhängen könnte. Diese bei depressiven Patient/innen besonders häufig auftretende Insulinresistenz löste dann über direkte strukturelle Änderungen des Zentralnervensystems infolge eines gestörten Glukosemetabolismus und infolge einer Erhöhung kardiovaskulärer Risikofaktoren die erhöhte Erkrankungsrate an Demenzen aus. Eine sehr interessante, wenngleich, so Rasgon/Jarvic (2004), durch weitere Studien abklärungsbedürftige Hypothese. Bei Patient/innen mit einer Demenz besteht eine deutlich erhöhte Morbidität an zahlreichen internistischen und anderen Erkrankungen (Pneumonien, Knochenbrüche, Elektrolytstörungen).

F10-19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Missbrauch- und Abhängigkeit von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen / Drogen)

- Psychische und körperliche Erkrankungen sind bei Menschen mit Suchtproblemen eng verbunden. Die Nationale Strategie Sucht 2017-2024 verweist in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit, „die eher medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringer und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen und eine effiziente Kooperation aufzubauen, damit trotz unterschiedlichen finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen die Qualität und Wirksamkeit des Suchthilfesystems und der Suchtprävention nachhaltig sichergestellt werden kann“⁸⁹. Zusätzlich verweist die Strategie Sucht darauf, die Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Leistungserbringern ausserhalb des Suchthilfesystems zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist in allgemeiner Sicht wichtig zu berücksichtigen, dass rund ein Viertel aller Menschen, die aufgrund einer psychiatrischen Diagnose in der Schweiz stationär behandelt werden, an einer substanzbedingten Problematik leiden.⁹⁰ Die Nationale Strategie Sucht 2017-2024 verweist darauf, dass „...beim Konsum illegaler Drogen werden auch Krankheiten übertragen. Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen dem vorab intravenösen Konsum von Drogen und der Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis. Während die Neuinfektionen von HIV durch die schadensmindernden Massnahmen stark reduziert werden konnten, sind heute in niederschweligen Institutionen schätzungsweise 40% der Nutzenden Hepatitis-C-positiv.“⁹¹ Die Strategie Sucht hat denn auch in ihrem Massnahmenplan die Massnahme 6.4 „Förderung suchtmedizinischer Lernziele in der Aus- und Weiterbildung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen auf Tertiärstufe A“ vorgesehen, sowie die Massnahme 2.5 „Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von fachlichen Standards für die Suchtbehandlung in der medizinischen Grundversorgung“⁹²

⁸⁹ BAG 2015c, Nationale Strategie Sucht 2017-2024, S. 19

⁹⁰ BAG 2015c, Nationale Strategie Sucht 2017-2024, S. 14.

⁹¹ BAG 2015c, Nationale Strategie Sucht 2017-2024, S. 37-38.

⁹² BAG 2015c, Nationale Strategie Sucht 2017-2024, Massnahmenplan.

- *Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen:* V.a. Alkohol und Heroin können zu zahlreichen, allgemein bekannten Folgeerkrankungen (z.B. Polyneuropathie, Leberzirrhose, Hepatitis, HIV-Infektionen etc.) führen. Über somatische Komorbiditäten über diese Folgeerkrankungen hinaus gibt es wenig systematisch erhobene Befunde. Komorbiditäten im Drogenbereich (Hepathologie / Infektionologie – Psychiatrie, Folgekrankheiten, HIV) sind sehr anspruchsvoll und kostenintensiv. Eine umfassende Koordination mit den Krankenkassen ist aufgrund teurer Medikamente relevant.

F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)

- 50-80% der stationär behandelten und 20-40% der ambulant behandelten Patient/innen mit Schizophrenie leiden an internistischen Erkrankungen. Diese verschlechtern bei 50% der Betroffenen den psychischen Zustand, bei 7% sind sie sogar vital bedrohlich. Es liegt bei Patient/innen mit Schizophrenie eine positive Assoziation vor mit: Infektionen, dem metabolischen Syndrom, Diabetes mellitus, arteriosklerotische Erkrankungen und kardiovaskulären Ereignissen. Die wichtigste psychiatrische Komorbidität stellt der schädliche Gebrauch von Substanzen wie Alkohol, Stimulanzien, Benzodiazepinen, Halluzinogenen, Anti-Parkinson-Mitteln, Koffein und Tabak dar. Obwohl aus der klinischen Erfahrung für schizotype sowie anhaltende wahnhaftige und induzierte Störungen eine erhebliche Komorbidität bei substanzgebundenen Abhängigkeiten bekannt ist, gibt es hierzu wenig konsistente Literatur. Das Gleiche gilt für die vorübergehende akute psychotische Störung. Bei schizoaffektiven Störungen gilt das für die Schizophrenien Angegebene. Eine Differenzialdiagnostik ist notwendig zum richtigen Erkennen der Schizophrenie inkl. Ausschluss von organischen und anderen psychiatrischen Erkrankungen.
- Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben Menschen mit einer Schizophrenie zwei bis dreimal häufiger Diabetes.
- Ein grosses Problem ist, dass bei schizophrenen Patient/innen somatische Erkrankungen seltener diagnostiziert werden (mangelnde Kompetenzen Fachpersonal, Stigmatisierung psychischer Krankheiten, insbesondere schizophrener Patient/innen). Zudem kann schizophrene Symptomatik als solche die Erkennbarkeit von somatischen Erkrankungen erschweren. So legen insbesondere Patient/innen mit Negativsymptomen oder ausgeprägten kognitiven Störungen geringen Wert auf körperliche Symptome, die auf eine Erkrankung hinweisen könnten. Zudem weisen schizophrene Patient/innen eine verminderte Schmerzsensibilität auf.

F30-F39: Affektive Störungen (Depressionen, Manien, Bipolare Störungen)

- Depressionen treten sehr häufig gleichzeitig mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf. Patient/innen mit Krebs, HIV bzw. Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt haben ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken.
- Ca. 50% der an einer depressiven Episode Erkrankten weisen eine weitere psychiatrische Störung auf. Es besteht auch eine erhöhte Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen, wobei hier Herzkrankungen (Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankung einschliesslich Herzinfarkt), Morbus Parkinson, Diabetes mellitus und die Niereninsuffizienz im Vordergrund stehen. Ca. 15-23% aller Patient/innen mit einem akuten Myokardinfarkt erleiden im Anschluss eine Depression.
- Eine Differenzialdiagnose zum Ausschluss organischer Erkrankungen und anderer psychiatrischer Erkrankungen ist unabdingbar.

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen)

Angststörungen

- Hauptmerkmale der Angststörungen sind sowohl psychische als auch körperliche Manifestationen von Angstsymptomen sowie Vermeidungsverhalten. Die psychischen und körperlichen Symptome treten unerwartet und in unterschiedlichen Verbindungen auf. Körperliche Symp-

tome bei Angststörungen umfassen kardiovaskuläre, neurologische, gastrointestinale, respiratorische und andere Symptomkomplexe. Eine Differenzialdiagnose zum Ausschluss organischer Erkrankungen und anderer psychiatrischer Erkrankungen ist unabdingbar.

- Es liegen relativ wenig Studien zur Komorbidität bei Angststörungen vor. Signifikante Zusammenhänge sind bezüglich Herzstörungen, Bluthochdruck, gastrointestinale Störungen, Störungen im Urogenitaltrakt sowie Migräne analysiert. Zum Beispiel die Generalisierte Angststörung (GAS): Weniger als 20% der GAS-Patient/innen präsentieren sich beim Hausarzt mit psychischen Beschwerden. GAS ist gewöhnlich assoziiert mit körperlichen Beschwerden, aber die Existenz einer körperlichen Störung reduziert signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass GAS diagnostiziert wird.

Zwangsstörungen

- Patient/innen mit einer Zwangsstörung suchen wegen unterschiedlicher Symptomatik verschiedene Fachgruppen von Ärzten auf, inkl. folgende Fachbereiche: Dermatologie, Hausarzt, innere Medizin, Neurologie, Geburtshilfe, plastische Chirurgie, Zahnarzt, Kinderarzt. Eine Differenzialdiagnose ist notwendig, häufig tritt eine Komorbidität mit einer depressiven Störung oder schizophrenen Störung auf.
- Es liegen relativ wenig Studien zur Komorbidität bei Zwangsstörungen vor. Zwanghafte Verhaltensweisen treten gemäss vorliegenden Erkenntnissen häufig bei neurologischen Erkrankungen auf (Epilepsie, Parkinson-Erkrankung, Sydenham Chorea).

Belastungs- und Anpassungsstörungen

- Die Differenzialdiagnose betrifft die drei Erkrankungen (akute Belastungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung) untereinander und gegenüber anderen psychiatrischen Erkrankungen.
- Posttraumatische Belastungsstörung: Somatische Symptome sind häufig, v.a. gastrointestinale Probleme, Schmerzen, kardiovaskuläre Symptome und psychosexuelle Schwierigkeiten. Bei Krebserkrankungen liegen Komorbiditätsraten bis 32% vor.

Somatoforme Störungen

- Wichtig: Die klassischen psychosomatischen Erkrankungen umfassten früher Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, essenzielle Hypertonie, rheumatoide Arthritis, Neurodermitis und Magenulkus. Diese Erkrankungen werden nun im Rahmen von körperlichen Erkrankungen und nicht bei psychiatrischen Erkrankungen codiert.
- Eine Differenzialdiagnose zum Erkennen von körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen ist wichtig, insbesondere zur differenzierten Diagnostik verschiedener Formen somatoformer Störungen. Die Differenzialdiagnose ist erschwert durch häufig bestehenden Missbrauche von Medikamenten. Die Unterschiede zwischen Somatisierungsstörung und körperlicher Erkrankung sind genau zu beachten.

Dissoziative Störungen

- Treten häufig in Verbindung mit anderen psychischen Erkrankungen auf.

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)

- Die Diagnosegruppe F5, zu denen auch Essstörungen zählen, ist allgemein Spitzenreiter bei den somatischen Behandlungsrelationen. Hier sind die somatischen Behandlungstage auf dem fast 13fach höheren Niveau, als es einer alters- und geschlechtsgleichen Schweizerischen Bevölkerungsstichprobe entsprechen würde.

Essstörungen

- Essstörungen sind psychisch-multimorbide Störungen.
- Patient/innen mit Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) suchen häufig wegen unspezifischer, meist eine Folge der Essstörung darstellender Beschwerden einen Arzt, eine Ärztin auf. Die Diagnosestellung gelingt normalerweise anhand von gezielter Exploration der Motive der Patient/innen. Organische Krankheitsbilder sind auszuschliessen und bei der Erstdiagnostik sollte eine internistische Untersuchung nicht fehlen.

Sexuelle Funktionsstörungen

- Es gilt die wichtige Unterscheidung zwischen nichtorganischen und organischen sexuellen Funktionsstörungen zu berücksichtigen.

Schlafstörungen

- Es gilt die wichtige Unterscheidung zwischen nichtorganischen und organischen Schlafstörungen zu berücksichtigen. Notwendigkeit einer polysomnografischen Untersuchung.

F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- Es treten v.a. Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen untereinander auf.
- Allgemein ist wichtig zu beachten, dass bei Persönlichkeitsstörungen eine zuverlässige Diagnose auf Komorbidität oft erst nach Abklingen der im Vordergrund stehenden Akutsymptomatik erfolgen kann.
- Wichtig ist, die Abgrenzung zu organischen Erkrankungen zu berücksichtigen, v.a. organische Wesensänderungen bzw. Persönlichkeitsveränderungen (z.B. Vergröberung und Verflachung der Persönlichkeit mit emotionaler Labilität, Dysphorie, Reizbarkeit oder aggressiven Ausbrüchen), wie sie nach Hirnschädigungen ganz unterschiedlicher Genese auftreten können. Zudem zu beachten: Frontalhirnsyndrome im Rahmen degenerativer Prozesse (z.B. Morbus Pick, posttraumatische oder postenzephalitische Verfassungen), perinatale Hirnschädigungen, jahrelanger, schwerer Alkohol- und Cannabisgebrauch).
- Es liegen relativ wenig Studien zu körperlichen Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörung vor. Somatische Komorbiditäten ergeben sich bei Patient/innen mit Persönlichkeitsstörung oft aus dem häufig betriebenen schädlichen Gebrauch bzw. der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, in erster Linie Alkohol.

Störungen der Geschlechtsidentität / Störungen der Sexualpräferenz

- Es treten v.a. Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf.

F70-F79: Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)

- Es treten v.a. Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf.

F80-F89: Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)

- Es treten v.a. Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf.

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Ticstörungen)

- Es treten v.a. Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Es liegen relativ wenig Studien vor. Erhöhte Komorbidität mit Asthma. Allgemein wichtig zu prüfen, z.B. auch Zusammenhänge mit Restless-Legs-Syndrom oder Tic-Störungen.

5.1.2 Psychische Komorbiditäten bei somatischen Erkrankungen

- Die Verbindung zwischen nichtübertragbaren chronischen Krankheiten und psychischen Erkrankungen ist allgemein von herausragender Bedeutung.
- Die wichtigsten Aspekte von Multimorbidität treten bei folgenden körperlichen Erkrankungen auf: kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen, endokrinologische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, Beeinträchtigungen der Sensorik, Beeinträchtigen der Mobilität, Stürze, Inkontinenz.

- Gut belegt ist, dass Patient/innen mit Krebs, HIV/Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt sowie nach einem Schlaganfall ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken.
- Rückenschmerzen: Die Inanspruchnahme von Praxen ist besonders hoch bei Personen mit psychischer Belastungen *und* Rückenschmerzen.
- Chronisch somatisch Kranke (LC6): Vom diagnostischen Spektrum her sind bei den chronisch somatisch Kranken zwei Spitzen zu registrieren, konstant über das zeitliche Beobachtungsfenster hinweg, aber mit steigender Prävalenz: Zwischen 15% und 20% der Mitglieder dieser latenten Klasse haben eine Substanzstörung (F1) aufzuweisen, und zwischen 10% und 17% eine affektive Störung (F3). In geringerem Ausmass sind auch Neurosen (inklusive somatoformer Störungen) hier zu verzeichnen (F4). Die häufigste der in der Schweiz behandelten Substanzstörungen ist die Alkoholabhängigkeit. Dass Alkoholkonsum mit über 60 somatischen Krankheiten als Risikofaktor in Verbindung gebracht werden kann, ist gut dokumentiert (Rehm, Room et al. 2004). Für die hohe Ausprägung von affektiven Störungen könnte das Alter die verbindende Drittvariable darstellen: Mit zunehmendem Alter steigen sowohl die somatischen Krankheitsrisiken, wie auch das Risiko einer Altersdepression.

5.2 Interviewpartner/innen

Die als Fachgespräche geführten Experteninterviews wurden zwischen dem 19. Januar 2017 und 9. März 2017 geführt.⁹³

Tabelle 4: Interviewpartner/innen

Institution	Interviewteilnehmer/in
Privatklinik Meiringen Zentrum für seelische Gesundheit	Prof. Dr. med. Thomas Jörg Müller, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, ärztlicher Direktor Bis 31.12.2017: Chefarzt und Stv. Direktor Uni- versitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Uni- versitäre Psychiatrische Dienste Bern
Universitätsklinik Zürich Zentrum für Essstörungen	Prof. Dr. med. Gabriella Milos, Leitende Ärztin
Amt für Gesundheit, Kanton Thurgau Vertretung Hausärzte	Dr. med. Olivier Kappeler Kantonsarzt TG und Hausarzt
Peer+ - Fachverband der Expertinnen und Experten durch Erfahrung in psychischer Erschütterung und Genesung	Renata Bleichenbacher Vorstandsmitglied und Peer Psychiatrie Dienste Süd Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen Vertretung Pflegeexpert/in	Regine Steinauer MSc Nursing Pflegerische Leitung Ambulatorium ADS/Janus APN Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)	Dr. med. Pierre Vallon, Präsident Psychiater in Morges mit eigener Praxis
Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGAIM)	Dr. med. Markus Eichelberger Spitalfacharzt II Inselspital, Bern FMH Innere Medizin FA Psychosomatische und Psychosoziale Medi- zin (SAPPM)
Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Ret- tungsmedizin (SGNOR) / Institut für Notfallmedizin UniversitätsSpital Zürich	Prof. Dr. Dagmar Keller Lang Vorstandsmitglied SGNOR Direktorin Institut für Notfallmedizin UniversitätsSpital Zürich

⁹³ Bei den Interviewpartner/innen wurde darauf geachtet, dass diese über einen möglichst gesamtschweizerischen Blickwinkel verfügen. Idealerweise sollte hierbei auch eine ausgewogene Vertretung der Landes- und Sprachregionen erreicht werden. Da es den Fachgesellschaften selber überlassen wurde, wen sie als Expert/innen nennen, wurde die etwas deutschschweizlastige Expertenbefragung durch die sprachregionale Zusammensetzung der Expert/innen im Valorisierungsworkshop auszugleichen versucht. Auch hier galten eine gesamtschweizerische Sichtweise sowie die Vertretung verschiedener Perspektiven als zentral.

5.3 Leitfaden Experteninterviews

Die telefonischen Fachgespräche wurden basierend auf folgendem Leitfaden geführt.

1. **Welche Patient/innen weisen einen besonders hohen Koordinationsbedarf zwischen Akutsomatik und Psychiatrie auf – im Allgemeinen sowie spezifisch im stationären Gesundheitsbereich?**
z.B. aufgrund von institutionellen Rahmenbedingungen, Grösse der Patientengruppe, Gesundheitskosten etc.
2. **Wie beurteilen Sie die Versorgung an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ in der Schweiz?**
3. **Welche aktuellen Herausforderungen bestehen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“?**
resp. an einzelnen spezifischen Schnittbereichen innerhalb dieser Schnittstelle
4. **Welchen Handlungsbedarf leitet sich von den Herausforderungen und dem Koordinationsbedarf ab? Was erachten Sie als absolute Handlungspriorität?**
z.B. Landesregionen, Berufsgruppen, Patientengruppen, Versorgungsangebot ambulant etc.
5. **Welche konkreten Lösungsansätze erachten Sie als wichtig zugunsten einer verbesserten koordinierten Versorgung an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“?**
Inkl. Verweis auf einzelne Bereiche / Projekte, in welchen die Versorgung optimal funktioniert, allenfalls auch Referenzbeispiele und -projekte aus dem Ausland
6. **Haben Sie Empfehlungen für weiterführende Fachliteratur, welche die koordinierte Versorgung an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ behandelt?**
*Oder Empfehlungen für beizuziehende Fachpersonen?
Wie beurteilen Sie allgemein den Forschungsstand?*
7. **Haben Sie noch weitere Bemerkungen / Überlegungen?**

5.4 Teilnehmende Valorisierungsworkshop

Folgende Fachpersonen nahmen am Valorisierungsworkshop vom 10. April 2017 teil.

Tabelle 5: Teilnehmende Valorisierungsworkshop

Externe Fachpersonen
<ul style="list-style-type: none">▪ Prof. Dr. med. Barbara Broers: Médecin adjointe, Médecine de premier recours, HUG, Genève▪ Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad: Präsident Swiss Mental Healthcare, Spitaldirektor Integrierte Psychiatrie Winterthur– Zürcher Unterland▪ Bruno Erni: Geschäftsführer, Berner Gesundheit, Bern▪ Dr. med. Sandra Gebhard: Médecin cheffe, Centre vaudois anorexie boulimie (abC), Département de Psychiatrie CHUV, Lausanne▪ Sibylle Glauser: lic. phil. Psychologin, Universitäre Psychiatrische Dienste, UPD Bern▪ Therese Hirsbrunner: MScN, AKP, Pflegeexpertin, Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG und Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)▪ Dr. med. Thomas Ihde-Scholl: Chefarzt, Psychiatrische Dienste der Spitäler fmi ag▪ Dr. med. Christoph Merlo: Leiter Institut für Hausarztmedizin und Community Care, Luzern▪ Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe: Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel
Fachpersonen BAG
<ul style="list-style-type: none">▪ Dr. rer. pol. Stefan Spycher: Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik▪ Dr. med. Margreet Duetz Schmucki: Sektionsleitung Nationale Gesundheitspolitik▪ Lea von Wartburg: Projektleitung «Koordinierte Versorgung»▪ Stefanie Johner: wiss. Mitarbeiterin, Projekt «Koordinierte Versorgung»▪ Flurina Näf: wiss. Mitarbeiterin, Projekt «Koordinierte Versorgung»▪ Alberto Marcacci: Sektionsleiter Prävention in der Gesundheitsversorgung