

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-023-01477-5>

Angenommen: 13. März 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



COVID-19-Impfung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Ergebnisse des COVID-Ψ-Ambulant-Surveys und Empfehlungen für die Psychiatrie

Hauke Felix Wiegand¹ · Mandy Fehr¹ · Miriam Glock¹ · Mike Rueb² · Christa Roth-Sackenheim³ · Sabine Köhler⁴ · Oliver Pogarell² · Sophia Horster⁵ · Katharina Geschke¹ · Oliver Tüscher¹ · Klaus Lieb¹ · Peter Falkai² · Lars-Peer Hölzel^{1,6} · Kristina Adorjan²

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München (LMU), München, Deutschland; ³ Berufsverband Deutscher Psychiater, Berlin, Deutschland; ⁴ Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Berlin, Deutschland; ⁵ Medizinische Klinik und Poliklinik II, Klinikum der Universität München (LMU), München, Deutschland; ⁶ Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad, Schlangenbad, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Schwere psychische Erkrankungen sind Risikofaktoren für SARS-CoV-2-bezogene Morbidität und Mortalität. Impfungen stellen einen wirksamen Schutz dar, weshalb hohe Impfraten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eine große Priorität haben sollten.

Ziele der Arbeit: (1) Identifikation von Risikogruppen für Nichtimpfung und erforderliche Strukturen und Maßnahmen für eine flächendeckende Impfung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, aus der Perspektive ambulanter Psychiater*innen und Nervenärzt*innen, (2) Einordnung der Ergebnisse in die internationale Literatur und (3) daraus abgeleitete Empfehlungen.

Material und Methoden: Qualitative Inhaltsanalyse der Fragen des COVID-Ψ-Ambulant-Onlinesurveys, welche die COVID-19-Impfungen betreffen, von $n = 85$ Psychiater*innen und Nervenärzt*innen in Deutschland.

Ergebnisse: Im Survey wurden insbesondere Menschen mit schizophrenen Psychosen, schweren Antriebsstörungen, geringer sozialer Einbindung und Wohnungslosigkeit als Risikogruppen für eine Nichtimpfung benannt. Als Maßnahmen wurden einerseits verstärkte und gezielte Information, Aufklärung und Motivation, andererseits einfach zugängliche Impfangebote durch Hausärzt*innen, Psychiater*innen und Nervenärzt*innen sowie komplementärer Institutionen als wichtig erachtet.

Diskussion: COVID-19-Impfungen sowie Information, Motivation und Zugangsunterstützung sollten durch möglichst viele Institutionen des psychiatrisch-psychotherapeutischen und komplementären Versorgungssystems in Deutschland systematisch angeboten werden.

Schlüsselwörter

COVID-19 · SARS-CoV-2-Infektion · Schwere psychische Erkrankung · COVID-19-Impfung · Impfvorbereitung

Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00115-023-01477-5>) enthält zusätzliche Tabellen. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen auf www.springermedizin.de zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Beitragstitel in die Suche ein, das Zusatzmaterial finden Sie beim Beitrag unter „Ergänzende Inhalte“.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Infobox 1

Erfahrungen aus der klinischen Praxis der LMU München

Menschen mit Opioidabhängigkeit sind in besonderem Ausmaß durch psychische und somatische Komorbiditäten belastet. Deshalb wurde allen Betroffenen bereits kurz nach Verfügbarkeit von Impfstoffen die Zugehörigkeit zu einer Hochrisikogruppe nach damaliger Coronavirusimpfverordnung attestiert, um eine Impfung mit hoher Priorität zu ermöglichen. Die Patient*innen hatten zwar somit erleichterten Zugang zu den Impfzentren, dies konnte aber nur von etwa einem Drittel genutzt werden. Viele der Betroffenen hatten große Schwierigkeiten, die komplexen Anforderungen der (digitalen) Terminanmeldung zu erledigen bzw. die festgelegten Termine wahrzunehmen. Im LMU Klinikum wurde deshalb frühzeitig geplant, ein Impfangebot in der Substitutionsambulanz zu ermöglichen. Die Planungen wurden logistisch von der zuständigen Gesundheitsbehörde unterstützt.

Im Vorfeld erfolgte eine Umfrage unter den Betroffenen: 89 % sprachen sich für die Wahrnehmung eines Impfangebots vor Ort aus. Etwa die Hälfte gab an, dass dadurch das Stress- und Belastungslevel reduziert werden könnte. Eine initiale Überlegung, einen Vektorimpfstoff mit Einmaldosis (Janssen®, Jcovden, Janssen-Cilag GmbH, Neuss, Deutschland) mit geringer Anforderung an die Termincompliance einzusetzen, wurde verworfen: Einerseits wünschte die große Mehrzahl der Befragten eine Impfung mit einem mRNA-Impfstoff, andererseits sollte gerade für diese besonders vulnerablen Personen der Impfstoff mit dem zum damaligen Zeitpunkt besten Schutz gewählt werden (Comirnaty®, BioNTech RNA Pharmaceuticals GmbH, Mainz, Deutschland & Pfizer Inc, New York City, NY, USA; Spikevax®, Moderna Inc, Cambridge, MA, USA). Alle Patient*innen erhielten daher ein Impfangebot für zwei Impfungen im Abstand von 4 bis 6 Wochen mit dem Impfstoff Comirnaty®. Die Compliance war gut, sodass von den Impfwilligen etwa 90 % den Impfzyklus komplett abschließen konnten. Ende 2021 erfolgte das Angebot einer Booster-Impfung, dies wurde von etwa der Hälfte der vollständig Immunisierten angenommen.

Einführung

Die COVID-19-Pandemie geht in ihrem 3. Jahr in Deutschland in einen endemischen Status über, Inzidenzen und COVID-19-assoziierte Mortalität sind in wiederkehrenden Wellen trotz weniger maligner Virusvarianten in Deutschland

dennoch weiter relevant [1]. Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie chronischen Erkrankungen der Atemwege [2–4] weisen Studien darauf hin, dass auch schwere psychische Erkrankungen wie z. B. Schizophrenien und andere psychotische Störungen, affektive Störungen wie Depressionen sowie Suchterkrankungen wesentliche Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität im Zuge einer COVID-19-Erkrankung (Coronavirus disease 2019) sind [5–9]. Gründe hierfür sind u. a. die verminderte psychiatrische Versorgung im Zuge der Pandemie, welche wichtige Routineuntersuchung erschwerte, die soziale Isolation als zusätzliche Belastung sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Psychopharmaka (Gewichtszunahme, metabolisches Syndrom; [10]). Es ist zu befürchten, dass sich dadurch bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die bereits bestehende „mortality gap“ von 10 bis 20 Jahren weiter vergrößern wird [11].

Durch Impfstoffe steht inzwischen ein wirksamer Schutz vor SARS-CoV-2-assoziiierter Morbidität (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) und Mortalität auch für die Risikopopulationen zur Verfügung. Ein zentraler und zugleich veränderbarer Risikofaktor für SARS-CoV-2-assoziierte Morbidität und Mortalität und eine wachsende „mortality gap“ bei schweren psychischen Erkrankungen ist daher ein nicht ausreichender Impfschutz. Angesichts der nun nahezu aufgehobenen öffentlichen Schutzmaßnahmen, [12] ist die wirksame Grundimmunisierung von Risikogruppen sowie die laufende Anpassung des Impfschutzes an die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) umso wichtiger [13].

Diese Arbeit hat folgende Ziele: (1) Identifikation der Risikogruppen für Nichtimpfung und der erforderlichen Strukturen und Maßnahmen für hohe Impfraten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive ambulanter Psychiater*innen und Nervenärzt*innen. Dazu wurden in das COVID-Ψ-Ambulant-Survey, ein Onlinesurvey von ambulanten Psychiater*innen und Nervenärzt*innen zu Folgen der COVID-19-Pandemie für das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland, Fragen zur COVID-19-Impfung von Menschen mit

psychischen Erkrankungen aufgenommen. Die Ergebnisse der Auswertungen dieser Fragen werden in dieser Arbeit dargestellt. Weitere Ziele sind, (2) diese Ergebnisse in die internationale Literatur einzuordnen und (3) daraus Empfehlungen für weitere Impfstrategien abzuleiten.

Methode

COVID-Ψ-Ambulant-Survey

Für den COVID-Ψ-Ambulant-Survey haben wir zwischen Juli und September 2021 unter Verwendung öffentlich verfügbarer Datenbanken der regionalen kassenärztlichen Vereinigungen in allen Postleitzonen Deutschlands (nach den ersten beiden Ziffern der Postleitzahl) ambulante Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie sowie für psychosomatische Medizin und Psychotherapie per E-Mail angeschrieben ($n = 351$) und zur Teilnahme an einer Onlineumfrage gebeten. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte nach Zufall. Voraussetzung für die Auswahl war das Vorhandensein einer gültigen E-Mail-Adresse. Zusätzlich haben der Bundesverband Deutscher Psychiater (BVDP) und der Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) ihre Mitglieder per E-Mail zur Teilnahme am COVID-Ψ-Ambulant-Survey eingeladen. Die Umfrage war anonym und wurde in LimeSurvey® (LimeSurvey GmbH, Hamburg, Deutschland) auf den datengeschützten Servern der Universitätsmedizin Mainz gespeichert. Es wurden hier nur die Fragen zu COVID-19-Impfungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgewertet. Die Freitextantworten der Fragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring [14] untersucht. Die Antworten wurden nach ihrem inhaltlichen Kontext in Obergruppen eingeteilt (für *Frage 1*: 1) „Diagnosegruppen und diagnoseübergreifende Psychopathologie“, 2) „Psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen“ sowie 3) „Keine Probleme“; für *Frage 2*: 1) „Information, Aufklärung, Ansprache und Motivation“, 2) „Impfangebot auf Hausärzt*innen und psychiatrisches Versorgungssystem ausweiten“, 3) „Rahmenbedingungen verbessern“ sowie 4) „Vorhandene Strukturen reichen

aus“ und 5) Weiteres), gemeinsam diskutiert und festgelegt. Von zwei Autor*innen (M.F. und H.F.W.) wurden die Antworten dann unabhängig voneinander weiter kategorisiert. Widersprüchliche Kategorisierungen wurden von drei Autor*innen (M.F., H.F.W. und K.A.) diskutiert und gemeinsam gelöst.

Ergebnisse

Von den $n=105$ Teilnehmenden des COVID- Ψ -Ambulant-Surveys antworteten $n=85$ auf die zwei in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Freitextfragen. Von diesen $n=85$ waren alle im ambulanten Sektor tätig, 73% ($n=62$) hatten eine Kassenzulassung für Psychiatrie, 52% ($n=44$) für Psychotherapie, 36% ($n=31$) für Nervenheilkunde und 4% ($n=3$) für psychosomatische Medizin (Mehrfachnennung möglich). Es gab Teilnehmende aus allen einstelligen Postleitzonen (PLZ 0: $n=9$, 1: $n=13$, 2: $n=6$, 3: $n=6$, 4: $n=4$, 5: $n=5$, 6: $n=8$, 7: $n=11$, 8: $n=12$, 9: $n=8$, keine Angabe: $n=3$). Es wurden Ober- und Untergruppen gebildet, welche in eTabelle 1 mit Beispielen dargestellt sind.

Aus den Freitextantworten auf die Frage „Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen können mit ‚hoher Priorität‘ eine COVID-19-Schutzimpfung beanspruchen. Bei welchen Risikogruppen sehen Sie Probleme, dass diese tatsächlich die Impfung in Anspruch nehmen?“ wurden in der qualitativen Inhaltsanalyse drei Obergruppen 1) „Diagnosegruppen und diagnoseübergreifende Psychopathologie“, 2) „Psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen“ sowie 3) „Keine Probleme“ gebildet. Die Obergruppe 1) „Diagnosegruppen und diagnoseübergreifende Psychopathologie“ wurden wie folgt kategorisiert: „Psychosen“ ($n=41$), „Affektive Störungen“ ($n=10$), „Angst- und Zwangsstörungen“ ($n=10$), „Persönlichkeitsstörungen“ ($n=9$), „Antriebs- und Strukturstörungen, mangelnde Selbstfürsorge“ ($n=6$), „Organische psychische Störungen/Demenzen“ ($n=4$), „Abhängigkeitserkrankungen“ ($n=3$) sowie „Andere“ ($n=5$). Für die Obergruppe 2) „Psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen“ wurden die folgenden Kategorien gebildet: „Sozialer Rückzug,

Einsamkeit und fehlende soziale Einbindung“ ($n=13$), „Schwierige soziale Situation und Patient*innen ohne festen Wohnsitz“ ($n=8$), „Soziokulturelle Bedingungen, Verschwörungstheorien, ‚Querdenker‘“ ($n=7$), „Niedriges Bildungsniveau und fehlende Internetkenntnisse“ ($n=6$), „Patient*innen mit körperlicher Behinderung und/oder Bewegungseinschränkungen“ ($n=4$) und „Migrationshintergrund“ ($n=3$). Als weitere Oberkategorie wurde 3) „Keine Probleme“ gebildet ($n=13$).

Aus den Freitextantworten auf die Frage „Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen können mit ‚hoher Priorität‘ eine COVID-19-Schutzimpfung beanspruchen. Welche Strukturen und Maßnahmen braucht es, um eine flächendeckende Impfung dieser Risikogruppen zu realisieren?“ wurden in der qualitativen Inhaltsanalyse die Obergruppen 1) „Information, Aufklärung, Ansprache und Motivation“, 2) „Impfangebot auf Hausärzt*innen und psychiatrisches Versorgungssystem ausweiten“, 3) „Rahmenbedingungen verbessern“ sowie 4) „Vorhandene Strukturen reichen aus“ und 5) Weiteres gebildet. Die Obergruppe 1) „Information, Aufklärung, Ansprache und Motivation“ wurden wie folgt kategorisiert: „Ansprache und Motivation durch regionale psychosoziale Systeme (sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsamt, Betreuer*innen, psychosoziale Einrichtungen etc.) und Krankenkassen“ ($n=10$), „Aufklärung: verständlich und mehrsprachig“ ($n=9$), „Ansprache und Aufklärung durch Psychiater*innen und Nervenärzt*innen“ ($n=8$), „Ansprache und Aufklärung durch Hausärzt*innen sowie intensiviertere Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen“ ($n=6$) sowie „Politische und mediale Kommunikation verbessern“ ($n=3$). Für die Obergruppe 2) „Impfangebot auf Hausärzt*innen und psychiatrisches Versorgungssystem“ wurden folgende Kategorien gebildet: „Im Lebensumfeld der Patient*innen impfen: in komplexen Einrichtungen, am Arbeitsplatz sowie durch SPDi/Gesundheitsamt etc.“ ($n=21$), „Durch Psychiater*innen und Nervenärzt*innen impfen“ ($n=19$), „Durch Hausärzt*innen impfen“ ($n=15$), „Aufsuchende Impfung“ ($n=12$) und „In Kliniken und PIAs impfen“ ($n=9$). Für die Obergruppe 3) „Rahmenbedingungen verbessern“

wurden folgende Kategorien gebildet: „Bürokratie reduzieren und Unterstützung bei Strukturen durch Kassenärztliche Vereinigungen“ ($n=7$), „Anmeldung vereinfachen, Priorisierung aufheben“ ($n=5$), „Ausreichende Vergütung von Impfungen in den Praxen“ ($n=5$) und „Ausreichende Impfstoffbeschaffung“ ($n=7$). Weiterhin gab es die Oberkategorien 4) „Vorhandenen Strukturen reichen aus“ ($n=7$) und 5) „Weiteres“ ($n=7$).

Diskussion

Risiko für Nichtimpfung

Im COVID- Ψ -Ambulant-Survey wurde ein Risiko für einen nicht ausreichenden COVID-19-Impfschutz insbesondere bei Menschen mit Schizophrenien und anderen psychotischen Störungen gesehen, aber auch bei Menschen mit affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen und diagnoseübergreifenden psychopathologischen Symptomen wie schweren Antriebsstörungen. Weiterhin wurden psychosoziale Bedingungen wie fehlende soziale Einbindung, schwierige soziale Situation und fehlender fester Wohnsitz, ein niedriger Bildungsstatus und der Glaube an Verschwörungstheorien genannt. In der internationalen Literatur (siehe eTabelle 2) beschrieb ein größerer Teil der Studien eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedrigere vollständige Impfquote bei Menschen mit psychischen Erkrankungen [6, 15–21]. Wenige Studien fanden eine gleiche oder höhere Impfquote [22–25], wobei in all diesen Studien Strategien und Programme zur Förderung einer hohen Impfquote eingesetzt wurden. Unter Patient*innen in psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland zeigten sich niedrigere vollständige Impfquoten als in der Allgemeinbevölkerung. U.a. durch Impfangebote vor Ort konnte allerdings sogar eine höhere Teilimpfquote als in der Allgemeinbevölkerung erreicht werden [21].

Zusammenfassend wurden als Risikofaktoren für Nichtimpfung bisher vor allem die Diagnosekategorien Schizophrenie/Psychosen [6, 16, 19–21, 26, 27], jedoch teilweise auch Substanzmissbrauch [21, 28, 29], schwere affektive Störungen

Tab. 1 Empfehlungen für die Praxis	
1. Fokussierung von Impfprogrammen auf Risikogruppen	Menschen mit Psychosen, Suchterkrankungen, schweren Antriebsstörungen sowie mangelnder Selbstfürsorge aufgrund psychischer Erkrankungen, Menschen, die sozial zurückgezogen, wenig eingebunden und in schwierigen sozialen Verhältnissen leben, Menschen ohne festen Wohnsitz
2. Mehrsprachige und einfach verständliche Informationen	... die insbesondere auf die genannten Risikogruppen zielen und über die dringende Impfindikation aufklären
3. Ansprache, Motivation und Aufklärung	... über Impfindikation durch alle Institutionen des Gesundheitssystems sowie des komplementären psychiatrischen Versorgungssystems, zu denen Menschen mit psychischen Erkrankungen Kontakt und Vertrauen haben
4. Impfungen in Institutionen des psychiatrischen-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems	Diese Institutionen sollten kontinuierlich Impfungen (insb. auch Booster) anbieten. Infrastrukturressourcen und qualifiziertes ärztliches Personal sollten zumindest zeitweise für Impfkationen auch in komplementären Einrichtungen und Einrichtungen der Obdachlosenhilfe zur Verfügung stehen
5. Transport und aufsuchende Impfteams	Entgeltfreier Transport oder mobile, aufsuchende Impfteams für Risikogruppen mit schweren Antriebsstörungen, großem Misstrauen, eingeschränkter Mobilität und fehlenden finanziellen Mitteln. Einbindung von psychosozialen und gesetzlichen Betreuer*innen, sozialpsychiatrischen Diensten und Gesundheitsämtern in die Organisation
6. Unbürokratischer Zugang	... zum Impfsystem ohne komplexe Onlineanmeldungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
7. Schulung von Mitarbeitenden	... in Institutionen des psychosozialen Versorgungssystems in Information und Motivation für COVID-19-Impfungen entsprechend den nationalen Richtlinien

[22, 26, 27] und Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen [21] identifiziert. Andere Studien fanden bei Menschen mit schweren affektiven Störungen höhere Impfraten als in der Allgemeinbevölkerung [21, 27] bzw. bei Menschen mit Depressionen und Angststörungen eine höhere Bereitschaft, für Impfungen zu zahlen [30]. In weiteren Studien hatte der Faktor Diagnosekategorie keinen Einfluss auf die Impfraten bzw. Impfbereitschaft [24, 25, 31, 32]. Weitere in mehreren Studien als Risikofaktoren für Nichtimpfung genannte Aspekte waren ein junges Alter [21, 23, 32–35], Fehlen eines festen Wohnsitzes [23, 29], ein geringes Bildungsniveau [18, 33, 35, 36], allgemein soziale Benachteiligung bzw. ein niedrigerer sozioökonomischer Status [6, 26, 29] sowie als weiterer Aspekt eine (stationäre) Behandlung gegen den Willen der Betroffenen [16, 21]. In einigen Studien hatten Frauen ein höheres Risiko für Nichtimpfung bzw. eine geringere Impfbereitschaft [17, 19, 33, 34], in anderen Männer [16, 19, 36], in weiteren hatte das Geschlecht keinen Einfluss [21, 22, 24, 25, 32].

Zudem untersuchten internationale Arbeiten auch Motive dafür, sich nicht impfen zu lassen. Sie identifizierten u. a. Sorgen bez. Nebenwirkungen der Impfung, Misstrauen oder vermehrt negative Affekte bez. der Impfstoffe [15, 17, 18, 22, 23, 26, 29, 35, 37, 38], Probleme bzw. fehlende Unterstützung beim Zugang zu Impfungen [15, 17, 23, 29], mangelndes Wissen bez. Indikation und Dringlichkeit [15, 23, 29] und Studien aus den USA fanden „Misstrauen in die Regierung“ als Faktor [17, 23, 29].

Strategien zur Förderung der Impfbereitschaft

Im Survey empfahlen die teilnehmenden Psychiater*innen und Nervenärzt*innen niederschwellige Informationen und Impfungen selbst durch das für die Betroffenen vertraute psychosoziale Versorgungssystem unter Einbeziehung der sozialpsychiatrischen Dienste und komplementären psychosozialen Träger. Komplexe (digitale) Anmeldeprozesse und unbekannte zentrale Impfzentren können eine Hürde für Menschen in schwierigen sozialen

Situationen, mit schweren Antriebsstörungen, eingeschränkter Mobilität, sozialem Rückzug oder (psychotischen) Ängsten und Misstrauen darstellen. Die Herausforderung besteht darin, dies im – in Deutschland regional sehr heterogen organisierten – psychosozialen Versorgungssystem flächendeckend umzusetzen. Ein wichtiger Aspekt dafür ist, dass diese Leistungen sich auch finanziell abbilden lassen.

Viele dieser Elemente wurden in den (wenigen) international beschriebenen Programmen zur Förderung der COVID-19-Impfraten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr erfolgreich aufgegriffen: eine auf Menschen mit psychischen Erkrankungen spezialisierte Beratung und Aufklärung über die Impfung [23, 24, 39] und die gezielte Ansprache von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen während Kontakten zum (bekanntem) psychiatrischen Versorgungssystem, z. B. während Krankenhausaufenthalten [21, 24, 25, 31]. Weitere Maßnahmen waren: die gezielte (z. B. telefonische) Ansprache von Risikogruppen, wobei der Risikogruppenstatus anhand von Vorkontakten zum Versorgungssystem erschlossen wurde; ein Monitoring-Tool in der elektronischen Patientenakte, welches Gesundheitspersonal auf den Ungeimpftstatus hinwies [23]; die gezielte Schulung von psychiatrischem Personal in „motivational interviewing“ und evidenzbasierter Aufklärung [23]; die Unterstützung bei logistischen Zugangsproblemen und Einbeziehung des komplementären Systems in die Lösung der Zugangsprobleme [23]. Limitierend ist hinzuzufügen, dass es sich bei den genannten Arbeiten um keine kontrollierten Studiendesigns handelte. Für die Praxis leiten sich die Empfehlungen in **Tab. 1** ab.

Limitationen

Limitationen der vorliegenden Arbeit sind einerseits die Methodik: Die eher geringe Beteiligung am Onlinesurvey und den beiden hier ausgewerteten Fragen schränkt die Aussagekraft ein. Auch wenn die Häufigkeit der Nennung der gebildeten Kategorien angegeben wurde, lässt sich das Ausmaß des Problems mit der angewendeten Methode der qualitativen Inhalts-

analyse nicht quantitativ abschätzen. Zudem lässt sich aus der Perspektive der befragten ambulant tätigen Psychiater*innen und Nervenärzt*innen nur eingeschränkt auf die Situation des gesamten Gesundheitssystems schließen. Insbesondere fehlen bislang Studien, welche die Perspektive der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Frage der COVID-19-Impfungen untersuchen.

Fazit für die Praxis

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind durch eine Infektion mit COVID-19 besonders gefährdet. Trotz der teilweise uneinheitlichen Ergebnisse der hier diskutierten internationalen Literatur lässt sich schlussfolgern, dass ein Risiko für niedrige Impfraten gerade bei den Populationen zu bestehen scheint, welche ein besonders hohes COVID-19-assoziiertes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko haben. Demnach sollten Hürden in Bezug auf den Zugang zu Impfungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen systematisch beachtet und abgebaut werden.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Kristina Adorjan

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinikum der Universität München (LMU)
Numsbaumstr. 7, 80336 München,
Deutschland
kristina.adorjan@med.uni-muenchen.de

Förderung. Dieses Projekt wurde im Rahmen der Verbundprojekte egePan Unimed (Entwicklung, Erprobung und Implementierung regional adaptiver Versorgungsstrukturen und -prozesse für ein evidenzbasiertes und universitätsmedizinisch geleitetes Pandemiemanagement) und PREPARED (PREparedness and PAndemix REsponse in Deutschland) durchgeführt. EgePan Unimed und PREPARED werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Initiative Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) gefördert (Förderkennzeichen: 01KX2021).

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.F. Wiegand, M. Fehr, M. Glock, M. Rueb, C. Roth-Sackenheim, S. Köhler, O. Pogarell, S. Horster, K. Geschke, O. Tüscher, K. Lieb, P. Falkai, L.-P. Hölzel und K. Adorjan geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Robert Koch Institut COVID-19 Fallzahlen in Deutschland. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html. Zugegriffen: 29. Juli 2022
2. Qian Z, Li Z, Peng J et al (2022) Association between hypertension and prognosis of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Hypertens* 44:451–458. <https://doi.org/10.1080/10641963.2022.2071914>
3. Khoury E, Nevitt S, Madsen WR et al (2022) Differences in outcomes and factors associated with mortality among patients with SARS-coV-2 infection and cancer compared with those without cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 5:e2210880. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10880>
4. Shin E, Jin J, Park SY et al (2022) Impact of asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and asthma-COPD overlap on the prognosis of coronavirus disease 2019. *Asia Pac Allergy* 12:e21. <https://doi.org/10.5415/apallergy.2022.12.e21>
5. Ekinici O, Erkan Ekinici A (2022) Demographic and clinical factors related to severe COVID-19 infection and mortality in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 210:257–263. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001500>
6. Tzur Bitan D, Kridin K, Cohen AD, Weinstein O (2021) COVID-19 hospitalisation, mortality, vaccination, and postvaccination trends among people with schizophrenia in Israel: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 8:901–908. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00256-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00256-X)
7. Ceban F, Nogo D, Carvalho IP et al (2021) Association between mood disorders and risk of COVID-19 infection, hospitalization, and death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 78:1079–1091. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1818>
8. Catalan A, Aymerich C, Bilbao A et al (2022) Psychosis and substance abuse increase the COVID-19 mortality risk. *Psychol Med*. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000976>
9. De Hert M, Mazereel V, Stroobants M et al (2021) COVID-19-related mortality risk in people with severe mental illness: a systematic and critical review. *Front Psychiatry* 12:798554. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.798554>
10. Adorjan K, Haussmann R, Rauhen K, Pogarell O (2021) Consequences of the COVID-19 pandemic for people with schizophrenia, dementia and substance use disorders. *Nervenarzt* 92:571–578. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01105-0>
11. Robert Koch Institut Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsmonitoring „Schizophrenie“. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 29. Juli 2022
12. Informationen der Bundesregierung zu Regeln im Umgang mit COVID-19. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-bundeslaender-1745198>. Zugegriffen: 29. Juli 2022
13. Robert Koch Institut STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung. <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html>. Zugegriffen: 28. Aug. 2022
14. Mayring P (2014) Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. *soaopen access repository*
15. Arumuham A, O'Brien O, Ahmad Z et al (2022) Low COVID-19 vaccination rates in people with severe mental illness and reasons for this: An out-patient study. *Acta Psychiatr Scand* 145:416–418. <https://doi.org/10.1111/acps.13400>
16. Goldberger N, Bergman-Levy T, Haklai Z et al (2022) COVID-19 and severe mental illness in Israel: testing, infection, hospitalization, mortality and vaccination rates in a countrywide study. *Mol Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01562-2>
17. Nguyen KH, Chen S, Morris K et al (2022) Mental health symptoms and association with COVID-19 vaccination receipt and intention to vaccinate among adults, United States. *Prev Med* 154:106905. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106905>
18. Huang H, Zhu X-M, Liang P-W et al (2021) COVID-19 vaccine uptake, acceptance, and hesitancy among persons with mental disorders during the second stage of China's nationwide vaccine rollout. *Front Med* 8:761601. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.761601>
19. Tzur Bitan D (2021) Patients with schizophrenia are under-vaccinated for COVID-19: a report from Israel. *World Psychiatry* 20:300–301. <https://doi.org/10.1002/wps.20874>
20. Tzur Bitan D, Kridin K, Givon-Lavi N et al (2022) COVID-19 booster vaccination among individuals with schizophrenia in Israel. *JAMA Psychiatry* 79:508–512. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0382>
21. Wiegand HF, Maicher B, Rueb M et al (2022) COVID-19 vaccination rates in hospitalized mentally ill patients compared to the general population in Germany—results from the COVID Ψ Vac study. *Eur Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.33>
22. Peritogiannis V, Drakatos I, Gioti P, Garbi A (2022) Vaccination rates against COVID-19 in patients with severe mental illness attending community mental health services in rural Greece. *Int J Soc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640221081801>
23. Lim C, Van Alphen MU, Maclaurin S et al (2022) Increasing COVID-19 vaccination rates among patients with serious mental illness: a pilot intervention study. *Psychiatr Serv*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100702>
24. Mazereel V, Vanbrabant T, Desplenter F et al (2021) COVID-19 vaccination rates in a cohort study of patients with mental illness in residential and community care. *Front Psychiatry* 12:805528. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.805528>
25. Mazereel V, Vanbrabant T, Desplenter F, De Hert M (2021) COVID-19 vaccine uptake in patients with psychiatric disorders admitted to or residing in a university psychiatric hospital. *Lancet Psychiatry* 8:860–861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00301-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00301-1)
26. Bai W, Cai H, Jin Y et al (2021) COVID-19 vaccine hesitancy in community-dwelling and hospitalized patients with severe mental illness. *Psychol Med*. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004918>
27. Hassan L, Sawyer C, Peek N et al (2022) COVID-19 vaccination uptake in people with severe mental illness: a UK-based cohort study. *World Psychiatry* 21:153–154. <https://doi.org/10.1002/wps.20945>
28. Eyllon M, Dang AP, Barnes BJ et al (2022) Associations between psychiatric morbidity and COVID-19 vaccine hesitancy: An analysis of electronic health records and patient survey. *Psychiatry Res* 307:114329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114329>

29. Nilsson SF, Laursen TM, Osler M et al (2022) Vaccination against SARS-CoV-2 infection among vulnerable and marginalised population groups in Denmark: a nationwide population-based study. *Lancet Reg Health Eur* 16:100355. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100355>
30. Hao F, Wang B, Tan W et al (2021) Attitudes toward COVID-19 vaccination and willingness to pay: comparison of people with and without mental disorders in China. *BJPsych open* 7:e146. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.979>
31. Danenberg R, Shemesh S, Bitan DT et al (2021) Attitudes of patients with severe mental illness towards COVID-19 vaccinations: A preliminary report from a public psychiatric hospital. *J Psychiatr Res* 143:16–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.020>
32. Jepsen OH, Kølbaek P, Gil Y et al (2021) COVID-19 vaccine willingness amongst patients with mental illness compared with the general population. *Acta Neuropsychiatr* 33:273–276. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.15>
33. Pan K-Y, Kok AAL, Penninx BWJH, Giltay EJ (2022) Attitudes towards COVID-19 vaccination: A comparison between persons with different chronicity of pre-pandemic depressive, anxiety or obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 145:412–415. <https://doi.org/10.1111/acps.13399>
34. Zhao Y-M, Liu L, Sun J et al (2021) Public willingness and determinants of COVID-19 vaccination at the initial stage of mass vaccination in China. *Vaccines* 9:1172. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101172>
35. Zheng Y-B, Sun J, Liu L et al (2021) COVID-19 vaccine-related psychological stress among general public in China. *Front Psychiatry* 12:774504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.774504>
36. Oyekale AS (2021) Compliance indicators of COVID-19 prevention and vaccines hesitancy in Kenya: a random-effects endogenous probit model. *Vaccines* 9:1359. <https://doi.org/10.3390/vaccines9111359>
37. Dalkner N, Fleischmann E, Fellendorf FT et al (2022) COVID-19 vaccination motivation and underlying believing processes: a comparison study between individuals with affective disorder and healthy controls. *Front Psychol* 13:935278. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.935278>
38. Masson CL, McCuistian C, Straus E et al (2021) COVID-19 vaccine trust among clients in a sample of California residential substance use treatment programs. *Drug Alcohol Depend* 225:108812. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108812>
39. Haderlein TP, Steers WN, Dobalian A (2022) Serious mental illness diagnosis and COVID-19 vaccine uptake in the veterans health administration. *Psychiatr Serv*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100499>

COVID-19 vaccination for people with severe mental diseases. Results of the COVID Ψ outpatient survey and recommendations for psychiatry

Background: Severe mental illnesses are risk factors for SARS-CoV-2-related morbidity and mortality. Vaccination is an effective protection; therefore, high vaccination rates should be a major priority for people with mental illnesses.

Objectives: (1) Identification of at-risk groups for non-vaccination and structures and interventions needed for widespread vaccination among people with mental illnesses from the perspective of outpatient psychiatrists and neurologists, (2) discussion of the results in the context of the international literature and (3) recommendations derived from them.

Material and methods: Qualitative content analysis of COVID-19 vaccination-related questions from the COVID Ψ online survey of $n = 85$ psychiatrists and neurologists in Germany.

Results: In the survey, people with schizophrenia, severe lack of drive, low socioeconomic status and homelessness were seen as risk groups for non-vaccination. Increased and targeted information, education, addressing and motivation and easily accessible vaccination offers by general practitioners, psychiatrists, and neurologists as well as complementary institutions were considered as important interventions.

Discussion: COVID-19 vaccinations as well as information, motivation and access support should be systematically offered by as many institutions of the psychiatric, psychotherapeutic and complementary care systems in Germany as possible.

Keywords

COVID-19 · SARS-CoV-2 infection · Severe mental illness · COVID-19 vaccination · Vaccination preparedness