

Stellungnahme

18. März 2020

Geschäftsstelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zum BMG-Dialog: Handlungsbedarf in den Bereichen „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“

Im Zuge des Dialogprozesses und des nunmehr dritten Workshops kristallisieren sich für die DGPPN zwei Hauptaspekte heraus, die für eine konsequente Umsetzung einer leitlinien- und bedarfsgerechten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unumgänglich sind: sektoren- bzw. SGB-übergreifende Komplexeleistungen sowie eine angemessene Personalausstattung. Nur unter diesen Prämissen können die untenstehenden Empfehlungen umgesetzt werden. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, dafür Sorge zu tragen.

1. Psychisch kranke alte Menschen und psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf

Depressive Störungen und Demenzerkrankungen sind die häufigsten psychischen Störungen im Alter. Sie sind folgenschwer, für den Einzelnen, die pflegenden Angehörigen, aber auch für die Solidargemeinschaft im Sinn von Gesundheitskosten. Aufgrund der demographischen Entwicklung mit einer wachsenden Zahl von Senioren werden sie zu einer drängenden Versorgungsherausforderung. Sowohl die Diagnosestellung als auch die Versorgung gerontopsychiatrischer Erkrankungen werden aktuell als qualitativ und quantitativ unzureichend eingeschätzt. Viele psychisch kranke alte Menschen werden von pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit versorgt. Pflegenden Angehörigen haben selbst aufgrund ihrer Belastung ein erhöhtes Risiko z. B. für Depressivität und Schlafstörungen. Die Stabilität von Pflegearrangements hängt maßgeblich von der Gesundheit der pflegenden Angehörigen ab.

Dringender Bedarf besteht hinsichtlich:

- Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Richtung einer multiprofessionellen und sektorübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung
- Entwicklungsbedarf im teilstationären und ambulanten Bereich, insbesondere auch für aufsuchende Behandlungsansätze im Lebensumfeld der Betroffenen

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDE33XXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

- Effektive Behandlungscoordination, bspw. durch Etablierung von gerontopsychiatrischen Verbänden und Netzwerken für jede Region
- Flächendeckende Nutzung der Chancen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen für psychische Störungen im Alter
- Stärkung der gerontopsychiatrischen Kompetenz auf allen Versorgungsebenen und in allen Versorgungsbereichen
- Beachtung pflegender Angehöriger und derer seelischen Gesundheit

2. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche (Schnittstellenthemen)

a. Finanzierung und Krankenhausplanung

Der Gesetzgeber ist zu strukturellen Umgestaltungen aufgerufen, um kooperative Versorgungsstrukturen und Kooperationsnetzwerke zu etablieren, die den Spezifika des Transitionsalters (15-25 Jahre) Rechnung tragen (SGB V). Zudem sollte auch vor dem Hintergrund einer gelingenden Transitionspsychiatrie die sektorenübergreifende Versorgung weiter vorangetrieben werden, um Therapieabbrüche beim Übergang zwischen den Behandlungssettings zu reduzieren.

Ambulanter Bereich:

- Finanzierung einer gemeinsamen Behandlung im KJP und erwachsenenpsychiatrischen Bereich in der Transitionsphase für die Dauer von mindestens ein bis zwei Quartalen sowohl für den vertragsärztlichen Bereich als auch für Psychiatrische Institutsambulanzen
- Spezifische fächerübergreifende Budgets und Abrechnungsziffern

Stationärer Bereich:

- Möglichkeit zur krankenhauplanerischen Ausweisung von Transitionsstationen in ausreichender Anzahl und wohnortnah u. a. auch zur Unterstützung der Erreichung von Ausbildungszielen oder Eingliederung in den Beruf
- Ausstattung mit entsprechendem pflegerischen und therapeutischen Personal
- Ausfinanzierung daher mindestens zu den Konditionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie unabhängig davon, ob diese Einrichtungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zur Erwachsenenpsychiatrie gehören
- Analog dazu Etablierung tagesklinischer Behandlungsansätze

Komplementäre Hilfesysteme:

- Das komplementäre Hilfesystem (SGB VIII § 41, SGB II, SGB IX, SGB XII und Bundesteilhabegesetz) muss in das Transitionskonzept integriert werden.

- Hierzu zählen auch Maßnahmen, die die Teilhabe, die schulische und die berufliche Ausbildung sichern.

b. Forschung

Im Detail müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Systematische Forschungsförderungsprogramme zur neurobiologischen Entwicklung in der Phase der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, auch unter Betrachtung störungsspezifischer Gesichtspunkte.
- Förderung von Langzeitverlaufsstudien, damit Risikoverläufe früh erkannt, vorhergesagt und modifiziert werden können.
- Förderung der Versorgungs- und Interventionsforschung in den verschiedenen Behandlungssettings und anhand unterschiedlicher Behandlungsmethoden zur Individualisierung von Prävention, Frühintervention und Therapie in dieser Altersgruppe und zur Förderung der Übertragung aus der Wissenschaft in die Praxis.
- Etablierung und wissenschaftliche Evaluierung einer fachübergreifende Zusammenarbeit zur Entwicklung von Therapieprogrammen und Interventionen, die die typischen Probleme der Transitionsphase adressieren unter Berücksichtigung von Maßnahmen zur Verbesserung entwicklungshemmender Belastungen in Familie, Schule, Ausbildung und Wohnen.

c. Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem

Die Versorgung von Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem beansprucht mehr und spezifische Ressourcen im Vergleich zu psychisch kranken Menschen, die sich schon länger in Behandlung befinden und mit dem Versorgungssystem vertraut sind. Sie benötigen mehr Informationen über das Versorgungsangebot, die Diagnostik ist umfangreicher, die Beziehungsgestaltung erfordert mehr Zeit, und die Aufklärung über und die Motivation zur Aufnahme einer Behandlung ist aufwändiger.

Auch Angehörige und Bezugspersonen müssen intensiver und spezifisch am Anfang der Erkrankung einbezogen werden.

Das Risiko des Verlustes des Kontaktes zum Versorgungssystems ist in den ersten 5 Jahren der Erkrankung wesentlich größer als im späteren Krankheitsverlauf. Darüber hinaus sind die ersten 5 Jahre der Behandlung nach Erstdiagnose ein wesentlicher Prädiktor für den Gesamtverlauf psychischer Erkrankungen. Eine gegenüber der Standardbehandlung spezifische und intensivere Behandlung in dieser Phase kann den Gesamtverlauf verschiedener psychischer Erkrankungen verbessern (z. B. Correll et al., 2018) und wird deshalb z. B. in der DGPPN S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen (DGPPN, 2019a) und der S3-Leitlinie zu schizophrenen Störungen (DGPPN, 2019b) empfohlen.

Aufgrund dieser Evidenzlage ergibt sich folgender Handlungsbedarf:

- Zurverfügungstellung zusätzlicher Mittel etwa in Form von Sonderentgelten für die Adressierung der besonderen Bedarfe von Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem in den ersten 5 Jahren nach Diagnosestellung

3. Psychosomatisch erkrankte Menschen

In Deutschland existieren rund 11.500 Betten der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik in Krankenhäusern sowie rund 18.000 Betten der Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Statistisches Bundesamt, 2018a). Bislang nehmen diese Kliniken kaum oder überhaupt nicht an der Akutversorgung teil. Gleichzeitig ist über die letzten Jahre zu beobachten, dass die Kapazitäten in der Psychosomatik erheblich ausgebaut wurden (2007: 5.784 Betten; 2017: 11.410), während die Kapazitäten in der Psychiatrie im selben Zeitraum kaum ausgeweitet wurden (2007: 53.169; 2017: 56.223).

Darüber hinaus wird in der Psychosomatik lediglich ein Teil der psychisch erkrankten Patienten behandelt und insbesondere schwerer Kranke (z. B. suizidale Patienten) werden häufig abgewiesen. Auch stellen Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen nur einen geringen Teil der Diagnosen in den psychosomatischen Kliniken dar; die meisten Patienten weisen depressive Störungen auf (Statistisches Bundesamt, 2018b).

Die DGPPN spricht sich gegen die Etablierung von Doppelstrukturen in der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung und damit gegen eine Ausweitung von psychosomatischen Betten ohne eine lokale gemeindenahe Versorgungsorientierung aus. Vielmehr wird folgender Handlungsbedarf gesehen:

- Stärkung und finanzielle Sicherung der wohnortnahen, kontinuierlichen, sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung
- Unterstützung der vorhandenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken

4. Menschen mit zusätzlicher körperlicher oder geistiger Behinderung

Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote aller Versorgungssektoren müssen grundsätzlich in zwei Richtungen entwickelt werden: Das Regelversorgungssystem muss sich mehr als bisher als erster Ansprechpartner von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen verstehen und darauf sowohl in fachlicher als auch in struktureller und organisatorischer Hinsicht vorbereiten (DGPPN, 2019c). Für situative Konstellationen und regionale Situationen, die die fachlichen und organisatorischen Möglichkeiten des Regelversorgungssystems tatsächlich überfordern, müssen ergänzende zielgruppenspezifische Spezialangebote für größere

Versorgungsregionen vorgehalten werden. Sie sind mit dem Regelversorgungssystem aufs engste zu vernetzen.

Konkret ergeben sich folgende Handlungsoptionen:

- Entwicklung von Spezialangeboten für Fragestellungen und Problemlagen im stationären Bereich für größere Versorgungsregionen, die aufs engste mit dem Regelversorgungsangebot vernetzt sind und durch fachliche Beratung, Mitwirkung bei Fortbildung dasselbe unterstützen
- Stärkere Öffnung und fachliche Vorbereitung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Dafür Erweiterung der den Zugang regelnden Diagnoselisten
- Vorhaltung innovativer Alternativen (z. B. stationsäquivalente Leistungen) zum stationären Krankenhausaufenthalt, zielgruppenspezifisch modifiziert
- Festlegung und Vergütung der notwendigen besonderen Mindestpersonalausstattung
- Förderung der Fortbildungsangebote auch für ambulant tätige Psychiater
- Einführung aufwandsgerechter Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder im Rahmen der Pauschalvergütungen (für Psychiatrische Institutsambulanzen oder Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen, MZEB), um zeitaufwändige Patienten mit geistiger Behinderung bedarfsgerecht zu behandeln und ggf. in ihrem lebensweltlichen Setting – wichtig für Assessment, diagnostische Einschätzung, Instruktion der Assistenten usw. – aufzusuchen
 - Für ambulant tätige Psychotherapeuten sind ähnliche Erfordernisse zu beschreiben.
- Unterstützung der zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Psychotherapieverfahren und deutlichere Berücksichtigung der Zielgruppe in den Curricula der psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitute

5. Selbst- oder fremdgefährdendes bzw.- verletzendes Verhalten, Suizidprävention

a. Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten

Alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive

Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Dazu gehören:

- Teambezogene Schulungsmaßnahmen

- Eingangsscreenings zur Identifikation von Hochrisikopatienten mittels Vorhersageinstrumenten
- Behandlungsvereinbarungen
- assistierte Entscheidungsfindungen mit psychisch erkrankten Menschen
- konsequente Einführung von psychotherapeutischen Programmen zur Verhinderung von

Die spezifischen Maßnahmen sind der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ zu entnehmen (DGPPN 2018). Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Träger psychiatrischer Einrichtungen sollen deshalb dafür Sorge tragen, diese Maßnahmen bzw. Verfahren zu realisieren. Dies betrifft sowohl Kliniken als auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen. Eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung ist unverzichtbar, um diese Maßnahmen zu gewährleisten und sollten daher sichergestellt werden.

b. Suizidalität

Suizidalität ist ein Ausdruck aktueller Not. Daher ist im Rahmen der Reform der Notfallversorgung dringend Sorge dafür zu tragen, dass in allen Strukturen des neuen Systems, also Gemeinsame Notfallleitstellen, Notfallrettung und Integrierten Notfallzentren, ausreichend psychiatrische Kompetenz vorgehalten wird, um diese Notfälle erkennen und behandeln zu können.

Zudem sieht die DGPPN bei der Suizidprävention folgenden Handlungsbedarf:

- Die Verbesserung und Förderung adäquater diagnostischer und therapeutischer psychiatrischer und anderweitiger therapeutischer Ansätze in der Behandlung suizidaler Patienten
- Die Verbesserung der Kontrolle toxischer Substanzen insbesondere von Medikamenten aus dem Psychopharmakabereich
- Die Medienarbeit mit dem Ziel der Vermeidung der Darstellung von Suizidmethoden in den Medien und Hinweis auf ein Verständnis von Suizidalität als Ausdruck von Notsituation
- Die Entgiftung von Autoabgasen

Auf der personenbezogenen Ebene (Mental-Health-Ansatz):

- Die Identifizierung von Menschen mit erhöhtem suizidalen Risiko (z. B. depressiv kranke, alte Männer, Menschen nach Suizidversuch, Menschen mit chronischen schmerzhaften beeinträchtigenden Erkrankungen)
- Die Durchführung von Awareness-Programmen zur Erkennung und Behandlung von Menschen mit erhöhtem suizidalen Risiko

- Die Verbesserung der Diagnostik von Suizidalität in der hausärztlichen, fachärztlichen, psychologischen, sozialpädagogischen sowie theologischen Versorgung
- Die Verbesserung der psychotherapeutischen Ansätze, auch in der Langzeitbehandlung bei Suizidalität bzw. psychischer Erkrankung und Suizidalität

Eine weitere wichtige Forderung an die Gesundheitspolitik und Fürsorge ist die Verhinderung des Zugangs zu Suizidmitteln und -hotspots, z. B. durch Verschalung von Brücken, von Eisenbahnlinien, von Türmen, die jeweils als Suizidmethode verwendet werden können. Des Weiteren ist die suizidologische Forschung durch die Förderung entsprechender Projekte zu verbessern und voranzutreiben.

6. Psychisch kranke Menschen mit versorgungspflichtigen Angehörigen, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Geburt

Psychiatrische Kliniken und Vertragsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sollten sich verstärkt in die interdisziplinäre Versorgung von Familien mit psychisch erkrankten Eltern einbringen.

Psychiater sollten krankheitsbedingte Einschränkungen der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen erkennen (Funktionsdiagnostik) und spezifische Unterstützungs- und Hilfsangebote – ggfs. bereits vom Krankenhaus aus – einleiten.

Daraus ergeben sich folgende Handlungsfelder für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil:

- Ermöglichung einer langfristigen Unterstützung psychisch kranker Eltern auch über das dritte Lebensjahr des Kindes hinaus
- Ermöglichung präventiver Maßnahmen nicht nur bezogen auf Säuglinge und Kleinkinder, sondern für das gesamte Altersspektrum einschließlich der Adoleszenz
- Verfügbarkeit von Beratungen für Kinder und Jugendliche, die unabhängig von den Eltern genutzt werden können
- Regelung einer interprofessionellen Zusammenarbeit und Abstimmung von VertragsärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie sowie VertragspsychotherapeutInnen im SGB V zur Abstimmung und Koordinierung des Gesamtbedarfs der Familien
 - entsprechende interdisziplinäre Einrichtungen oder Abteilungen könnten sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungsbereich (beispielsweise in Psychiatrischen Institutsambulanzen) angesiedelt werden,
 - sollten als Voraussetzung bestimmte Qualitätsstandards erfüllen

- sollten die verschiedenen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Gesetzlichen Rentenversicherung als auch Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe integriert erbringen können (vgl. Empfehlungen 15 und 16 *AG Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern*, AFET 2020)
- Einschluss und Finanzierung präventiver Familieninterventionen (z. B. in Form von Eltern-Kind-Behandlungssettings) in die Akutbehandlung im Falle akuter Erkrankungen eines primär versorgenden Elternteils mit erheblichen Auswirkungen auf das Elternverhalten
- Schaffung eines Angebots einer engmaschigen, interdisziplinären (Gynäkologie, Psychiatrie, Hebammen) Begleitung für psychisch kranke Frauen während einer Schwangerschaft und peripartal

7. Regionale Grundversorgung versus Spezialisierung

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung umfasst allgemeine, störungsübergreifende Elemente sowie störungsorientierte oder -spezifische Module. Die Behandlung soll grundsätzlich und vorrangig wohnort- bzw. gemeindenah erfolgen, da die PatientInnen möglichst in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben und die Bezugspersonen bedarfsgerecht in die Behandlung einbezogen werden sollen. Das Primat der Gemeindenähe bzw. Gemeindeintegration ist insbesondere wichtig bei der Behandlung derjenigen PatientInnen, die einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf ihrer Erkrankung aufweisen. Seine Grenze findet dieses Primat bei PatientInnen, bei denen eine spezialisierte, nicht vor-Ort verfügbare stationäre oder teilstationäre Behandlung für einen bestimmten Zeitraum indiziert ist. Die Therapie soll in diesen Fällen in einem angemessenen Wechsel von spezialisierter und basisorientierter Versorgung, je nach individuellem Krankheitsverlauf, stattfinden.

Gemeindenaher Versorgung und Spezialisierung sollen somit aus Sicht der DGPPN nicht als gegensätzliche, sondern vielmehr als komplementäre Prinzipien der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verstanden werden. PatientInnen mit psychischen Störungen haben ein Recht auf eine qualitativ hochwertige psychiatrisch-psychotherapeutische Basisversorgung in Wohnortnähe, sie haben aber bei vorliegender Indikation genauso ein Recht auf qualitativ hochwertige, State-of-the-Art Spezialbehandlung, die nicht immer flächendeckend angeboten werden kann. In diesem Sinne sollen Menschen mit psychischen Störungen nicht schlechter gestellt sein als somatisch Erkrankte, für die im stationären Versorgungsbereich ein System der Basis-, Schwerpunkt und Maximalversorgung selbstverständlich ist.

Die folgenden Prinzipien der Behandlungsorganisation sollen bei der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden:

- Ausreichende Dimensionierung von psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in der Fläche zur Vorhaltung von

- sowohl allgemeiner, störungsübergreifender therapeutischer Elemente
- als auch von evidenzbasierten, störungsspezifischen Modulen zumindest für häufige Störungen (z. B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Depression; Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung; qualifizierte Entzugsbehandlung; Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und Familienintervention für Menschen mit der Erstmanifestation einer Psychose; traumasensible Behandlung; Gedächtnissprechstunden u. a.)
- Vorhaltung bestimmter Angebote nur an einigen Standorten aufgrund
 - der relativen Seltenheit bestimmter Störungen, die einen hochgradig spezialisierten Behandlungsbedarf erfordern (z. B. Komorbiditäten psychische Störungen und Sinnesbeeinträchtigungen oder psychische Störungen und geistige Behinderung),
 - der Aufwändigkeit bestimmter Spezialverfahren (z. B. Mutter-Kind-Behandlung, oder bestimmte neuromodulatorische Verfahren)
 - sowie der für bestimmte Störungen/Komorbiditäten erforderliche enge Kooperation mit externen Partnern (z. B. mit Somatik bei schwerer Essstörung oder bei Elektrokonvulsionstherapie)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Präsident DGPPN
Reinhardtstr. 27b
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de

Literatur

AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. (2020). Abschlussbericht. Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern. <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf>. Zugriff: 12.03.2020

Banaschewski T et al. (2019). Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie; 87: 608–615

Correll CU et al. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry; Jun 1;75(6):555-565.

DGPPN (Ed.). (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin, Heidelberg: Springer

DGPPN (Ed.). (2019a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer

DGPPN (Ed.). (2019b). S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer

DGPPN (Ed.). (2019c). Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/5311574f4e6d020a1a6d42eb14b430e6724eb36a/2019-09-12_Positionspapier_Referat_GeistigeBehinderung_fin.pdf

Gühne U, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. [Collaborative and home-based treatment for older adults with depression: a review of the literature]. Nervenarzt. 2014 Nov;85(11):1363-71. doi: 10.1007/s00115-014-4089-4. Review. German. PubMed PMID: 25223365.

Riedel-Heller SG. [Do we have the caring relatives of dementia patients in mind?]. Nervenarzt. 2018 May;89(5):493-494. doi: 10.1007/s00115-018-0514-4. German. PubMed PMID: 29654378.

Statistisches Bundesamt (2018a) Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Statistisches Bundesamt (2018b) Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten.