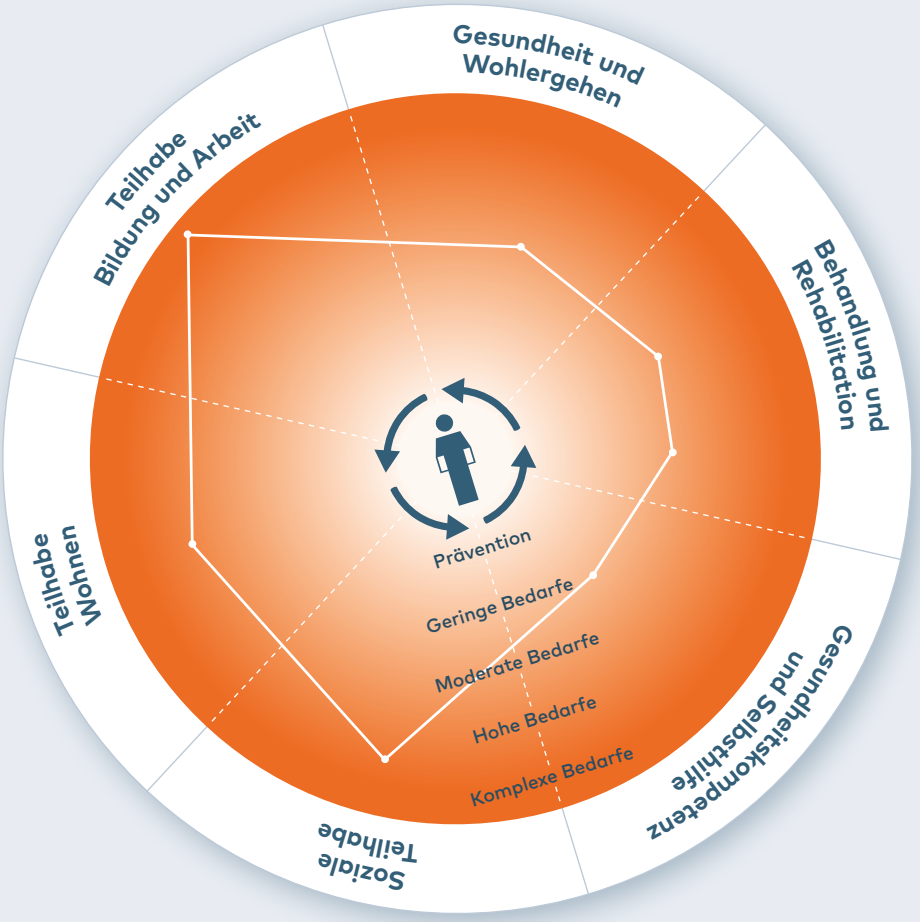
Positionspapier der DGPPN | Oktober 2026



Versorgung gestalten

Empfehlungen für eine zukunftsweisende psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Deutschland

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Versorgung gestalten

Empfehlungen für eine zukunftsweisende psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Deutschland

Stand: Oktober 2026

Autorinnen und Autoren:
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Thomas Götz,
Andreas Bechdolf, Raoul Borbé, Sylvia Claus, Iris Graef-Calliess,
Uta Gühne, Sabine Köhler, Christa Roth-Sackenheim,
Rainer Rupprecht, Julia Sander, Katarina Stengler, Bettina Wilms

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Präsidentin
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E praesidentin@dgppn.de

Das Wichtigste auf einen Blick

Hintergrund und aktuelle Herausforderungen

- **Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten:** In Deutschland sind jedes Jahr ca. 28 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das entspricht rund 18 Mio. betroffenen Personen.
- **Psychische Erkrankungen sind teuer:** Psychische Erkrankungen gehen nicht nur mit erheblichem individuellen Leid einher, sondern auch mit **deutlichen direkten und indirekten Krankheitskosten wie beträchtlichen Produktivitätsverlusten**.
- **Psychische Gesundheit ist eine zukunftsorientierte gesamtpolitische Gestaltungsaufgabe und bedarf eines „Whole-of-Government"-Ansatzes:** Psychische Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftlichen Zusammenhalt, positive Bildungs- und Erwerbsbiografien, familiäre Stabilität, soziale Sicherheit und ein resilientes Gemeinwesen.
- **Navigieren in einem komplexen Versorgungssystem:** Das Versorgungssystem ist fachlich breit aufgestellt, aber nicht ausreichend bedarfsgerecht gesteuert. Trotz wachsender Kapazitäten bestehen weiterhin lange Wartezeiten, Schnittstellenprobleme, sowie **Unter-, Über- und Fehlversorgung**.
- **Fehlallokation von Mitteln:** Besonders Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen erhalten häufig nicht frühzeitig die passende Unterstützung. Unter- und Fehlversorgung in den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe führen häufig dazu, dass Betroffene in einer teuren Abhängigkeit vom Versorgungssystem verbleiben.
- **Getrennte Finanzierungsgrundlagen erschweren Versorgung:** Die Trennung von Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken zwischen SGB V, SGB IX, SGB XI, kommunalen und landesfinanzierten Angeboten erschwert eine flexible, personenzentrierte und am Bedarf ausgerichtete Versorgung.
- **Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen erhöhen den Druck:** Fachkräftemangel, demografischer Wandel, steigende Inanspruchnahme und zunehmende Komplexität der Bedarfe erhöhen die Dringlichkeit für Reformen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Leitprinzipien und Lösungsansätze für eine moderne, bedarfsgerechte Versorgung

- **Die Förderung psychischer Gesundheit, die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung der Gesundheitskompetenz** müssen aus ihrem Schattendasein heraustreten und eine zentrale Position einnehmen. Psychische Erkrankungen so weit wie möglich zu vermeiden und gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten, muss zu einer zentralen Aufgabe werden.
- **Etablierung von *Mental Health in All Policies* als Leitprinzip:** Psychische Gesundheit wird stark durch andere Politikfelder beeinflusst. Nur durch die Schaffung einer „Mental Health in All Policies"-Strategie kann es gelingen, psychische Gesundheit nachhaltig zu fördern und psychische Erkrankungen zu vermeiden. Psychische Gesundheit muss daher im Sinne eines „Whole of Government"-Ansatzes Gegenstand aller Politikfelder sein, darunter der Sozial-, Jugend-, Arbeits-, Gesundheits-, Kultur-, Umwelt- und Raumplanungspolitik. Hierzu muss eine ressortübergreifende bürokratiearme Implementierungs- und Monitoringstrategie entwickelt werden.
- **Konsequente Bedarfsorientierung:** Die Versorgung muss konsequent am individuellen Bedarf und den funktionalen Einschränkungen der Betroffenen und **nicht an Sektorengrenzen ausgerichtet** werden. Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, psychosoziale Unterstützung, Rehabilitation und Hilfen für Wohnen, Arbeit, Alltagsbewältigung, Tages- und Freizeitgestaltung sowie Bildung müssen zusammengedacht und dynamisch an wechselnde Bedarfe angepasst werden.

- **Versorgungsregion als zentrale Handlungsebene:** Die Planung der Versorgungsangebote **über alle Sozialgesetzbücher hinweg** muss sich an den Bedarfen der Bevölkerung von klar definierten Versorgungsregionen ausrichten. Neben Gesamtanzahl, Alter, Geschlecht und Morbidität müssen dabei auch soziale Determinanten psychischer Gesundheit (z. B. sozioökonomischer Status, Wohnumfeld) berücksichtigt werden. Auf diese Weise kann eine bessere Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet werden.

Forderungen an Entscheidungsträger aus Politik und Selbstverwaltung

- **Überprüfung und Anpassung der Bedarfsplanung und Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments:** Die Bedarfsplanungsrichtline im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie muss grundlegend überprüft und angepasst werden. Zudem besteht dringender Bedarf an der Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments für die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung, das sich an tatsächlichen Versorgungsbedarfen orientiert.
- **Konsequente Weiterentwicklung des Prinzips der regionalen Versorgungsverpflichtung: Alle psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken** müssen ihren Beitrag an der verbindlichen Versorgung der Menschen in der jeweiligen Region leisten. Auf diese Weise kann eine sinnvollere Ressourcenallokation gelingen, und die Versorgung kann effizienter gestaltet werden. Darüber hinaus muss das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung **auch für die gemeindepsychiatrischen Hilfsangebote** etabliert werden.
- **Etablierung von Globalbudgets:** Durch eine Anpassung der Bundespflegesatzverordnung sollen Globalbudgets als Option in die Regelversorgung übernommen werden, so dass Krankenhausleistungen flexibler erbracht werden können, Schnittstellenprobleme reduziert werden und die Versorgung insgesamt **stärker ambulantisiert** werden kann. Auf dem Weg zu regionalen, bevölkerungsbezogenen Budgets im SGB V sollten perspektivisch vertragsärztliche Leistungen zusätzlich ins Budget einbezogen werden.
- **Förderung ambulanter und aufsuchender Angebote: Solange noch keine Globalbudgets in der Regelversorgung etabliert sind**, kann die Ambulantisierung durch **umschriebenere Anpassungen** vorangetrieben werden – die **starren Vorgaben der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) sollen gelockert** und das **bayerische Modell der Finanzierung von Einzelleistungen psychiatrischer Institutsambulanzen** bundesweit etabliert werden. Im vertragsärztlichen Bereich können **sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen** eine berufsgruppenübergreifende und multiprofessionelle Versorgung sicherstellen.
- **Grundlegende Reformen der Finanzstrukturen: Perspektivisch** kann eine **sektoren- und rechtskreisübergreifende Integration der Finanzierung** eine flexiblere und bedarfsorientierte Gestaltung von Leistungsangeboten ermöglichen. Dazu zählt die Zusammenführung von Mitteln aus SGB V, SGB IX und weiteren SGB-Bereichen sowie die Einbindung kommunaler Leistungen.
- **Sicherstellung einer auskömmlich finanzierten Weiterbildung:** Die Strukturkosten der ärztlichen wie auch der psychotherapeutischen Weiterbildung, zu denen z. B. Personalkosten für Weiterbildungsbefugte und Kosten für Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision gehören, müssen finanziert werden. Ebenfalls müssen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für alle Berufsgruppen im Sinne der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität finanziell gesichert werden.
- **Stärkung der klinischen und Versorgungsforschung:** Strukturelle Anforderungen im universitären Bereich, insbesondere im Bereich der hochspezialisierten Versorgung in Kombination mit Forschung und Lehre, müssen auch in der Psychiatrie und Psychotherapie adäquat vergütet werden.

Inhalt

Das Wichtigste auf einen Blick 2

1 Einleitung und Hintergründe – Status quo: Herausforderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung 7

1.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen 7

1.2 Steigende Kosten – bessere Qualität? 9

1.3 Aktuelle Entwicklungen 15

1.4 Hintergründe und Zielsetzung des Papiers 18

2 Versorgung neu und weiter denken: bedarfsorientiert und koordiniert in der Region 21

2.1 Leitprinzipien und Ziele 21

2.2 Konsequente Bedarfsorientierung 24

2.3 Wer wird versorgt? 32

2.4 Wie wird versorgt und durch wen/wodurch? – heute und in Zukunft 33

2.4.1 Selbsthilfe, Peer-Ansätze sowie An- und Zugehörigenarbeit 33

2.4.2 Beratungsstellen, Früherkennung und Prävention 34

2.4.3 Ergänzende Angebote: digitale und Lebensstilinterventionen 36

2.4.4 Fachärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringende im vertragsärztlichen Versorgungsbereich 37

2.4.5 Weitere außerklinische Angebote im Rahmen des SGB V 41

2.4.6 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und weitere Kliniken zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen 42

2.4.7 Leistungserbringende des SGB IX (Eingliederungshilfe) und weiterer Sozialgesetzbücher 46

2.4.8 Angebote, nicht vorrangig SGB-finanziert 49

2.4.8.1 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) 49

2.4.8.2 Krisendienste 50

2.4.8.3 Psychosoziale Behandlungszentren für geflüchtete Menschen 51

2.4.8.4 Besondere Angebote zur Gewaltprävention 51

2.4.8.5 Gefängnispsychiatrie 52

2.4.9 Forensische Psychiatrie/Maßregelvollzug (MRV) 53

2.4.10 Die Leistungserbringenden: strategische Fachkräftesicherung und Professionalisierung für eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen 54

2.4.11 Dolmetscherleistungen, Sprachmittlung sowie kultursensible Versorgung als Querschnittsaufgabe bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten 56

2.5 Steuerung und Koordination 57

2.5.1 Zugang zum regionalen Versorgungssystem (Einsteuerung) 57

2.5.2 Koordination der Versorgung bei leichten bis moderaten Funktionseinschränkungen 59

2.5.3 Steuerung und Koordination der Versorgung bei hohen und komplexen Funktionseinschränkungen 59

3 Empfehlungen zur Implementierung 63
3.1 Finanzierung 63
3.2 Personalbemessung und Bedarfsplanung 66
3.2.1 Vertragsärztlicher Bereich 66
3.2.2 Krankenhausbereich 67
3.2.3 Eingliederungshilfe 68
3.2.4 Weitere Dienste 68
3.3 Finanzierung von Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Wissenschaft 68
3.4 Erfordernisse für Anpassungen von Gesetzen und Richtlinien 70
3.5 Qualitätssicherung 71
4 Ausblick in die Zukunft 73
5 Literatur 74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Direkte Krankheitskosten nach Diagnosegruppen in Deutschland, 2023 in Mrd. Euro 8
Abbildung 2. Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen, 2024 in % 9
Abbildung 3. Anzahl der Tätigen nach Berufsgruppen, 2006 bis 2024 10
Abbildung 4. Index der Anzahl der Tätigen nach Berufsgruppen, 2006 bis 2024 11
Abbildung 5. Anzahl der Betten nach Fachabteilung, 2000 bis 2024 11
Abbildung 6. Index der Anzahl der Betten nach Fachabteilung, 2000 bis 2024 12
Abbildung 7. Anzahl der Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung, 2008 bis 2016 12
Abbildung 8. DGPPN-Modell (2018) für eine gestufte und koordinierte Versorgung, in Anlehnung an das RECOVER-Therapiemodell 19
Abbildung 9. Wechselwirkung zwischen den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit 24
Abbildung 10. Versorgungssystemzentrierte Perspektive (Pyramidenmodell) 25
Abbildung 11. Versorgungssystemzentrierte Perspektive (Pyramidenmodell, erweitert) 27
Abbildung 12. Individuumszentrierte Perspektive 28
Abbildung 13. Individuumszentrierte Perspektive (Kreismodell): Individuelles Profil | geringe bis komplexe Bedarfe 30
Abbildung 14. Individuumszentrierte Perspektive (Kreismodell): Individuelles Profil | geringe bis moderate Bedarfe 31
Abbildung 15. Diagnoseverteilung (ICD-10) der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten je Kliniktyp, 2021 in % 45
Abbildung 16. Individuumsbezogene Steuerung und strukturelle, regionsbezogene Sicherstellung und Weiterentwicklung der Angebote für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen 61

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
AG KpkE	Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern
APN	Advanced Practice Nurses
AsylBLG	Asyl-Bewerber-Leistungsgesetz
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
ePA	Elektronische Patientenakte
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GeDIG	Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ	Gerontopsychiatrisches Zentrum
HT	Home Treatment
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IPS	Individual Placement and Support
IYMHS	Integrated Youth Mental Health Services
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
MRV	Maßregelvollzug
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PIBB	Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PREM	Patient-Reported Experience Measure
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
PSGV	Psychosomatische Grundversorgung
PsychK(H)G	Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetz
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
SmeD	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung
SMI	Severe Mental Illness
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TSS	Terminservicestellen

1. Einleitung und Hintergründe – Status quo: Herausforderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Psychische Erkrankungen sind häufig und gehen oft mit einem großen Verlust an Lebensqualität und Leistungsfähigkeit einher. Entsprechend sind Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit in der Bevölkerung sowie zur Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen zu intensivieren. Dazu gehört die Stärkung psychischer Gesundheitsdienste und psychosozialer Beratungsstellen in den Gemeinden. Darüber hinaus sind gute Versorgungsstrukturen, bei denen der Mensch im Mittelpunkt steht und möglichst bedarfsgerechte Angebote erhält, für jede und jeden Betroffenen, aber auch für die Gesellschaft essenziell. Für eine zukunftsträchtige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarf es einer qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Diagnostik und Therapie, bei der fachlich-wissenschaftliche Innovationen zügig in die Versorgungspraxis übernommen werden. Kluge Steuerungsprozesse sind hier ebenso wichtig wie die gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ihrer An- und Zugehörigen an Planung, Umsetzung und Evaluation. Die Beteiligung sollte möglichst wohnortnah möglich sein. Weitere Eckpfeiler der Versorgung sind die Förderung der Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI: *Severe Mental Illness*) und eine konsequente Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Teilhabe meint die Möglichkeit eines Menschen, sein Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Die DGPPN hat in den zurückliegenden Jahren Vorschläge entwickelt, wie eine solche Versorgungsstruktur aussehen sollte [1, 2, 3]. Das hier vorgestellte Versorgungsmodell 2026 baut auf diesen auf und entwickelt sie weiter. Es versteht sich als lebendes Dokument und soll auch als Grundlage für nachfolgende vertiefende Betrachtungen einzelner darin vorgestellter Teilaspekte dienen.

1.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen können Menschen in unterschiedlichen Lebensbereichen erheblich beeinträchtigen und haben auch enorme gesellschaftliche und gesamtwirtschaftliche Auswirkungen.

Die Analyse der ***Global Burden of Disease Study*** zeigt einen **starken Anstieg psychischer Erkrankungen weltweit** [4]. In Deutschland gehören depressive Störungen, Angsterkrankungen und die Alzheimer-Demenz zu den TOP-10-Gründen für verlorene Lebensjahre wegen Krankheit, Behinderung sowie vorzeitigem Tod [5].

Vor ca. zehn Jahren ergab der *Deutsche Gesundheitssurvey* (Modul *Psychische Gesundheit*; DEGS-MH), dass jährlich ca. 28 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen sind [6, 7]. Im Jahr 2024 erhielten 40,9 % der gesetzlich versicherten Erwachsenen in Deutschland eine Diagnose einer psychischen Störung [8]. Laut Daten der *Mental Health Surveillance* des Robert Koch-Instituts lag im Herbst 2024 der Anteil der Personen, deren depressive Symptome nach Screening als auffällig zu bewerten ist, bei 16,5 %. Bei etwa 13,8 % der Bevölkerung lagen die selbstberichteten Angstsymptome im auffälligen Wertebereich [9].

Neben dem psychischen Leid der Betroffenen sind psychische Erkrankungen mit **erheblichen direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten** verbunden und können auch **erhebliche negative Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation** haben [10]. Die direkten Krankheitskosten mit sämtlichen Gesundheitsausgaben, die unmittelbar mit medizinischer Behandlung sowie Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen verbunden sind, sind seit 2015 deutlich gestiegen:

von rund 45 Mrd. Euro auf 63,3 Mrd. Euro im Jahr 2023 [11]. Damit liegen die direkten Krankheitskosten nahezu auf dem Niveau der Krankheiten des Kreislaufsystems und gehören zu den höchsten aller Krankheitsgruppen (s. Abbildung 1).

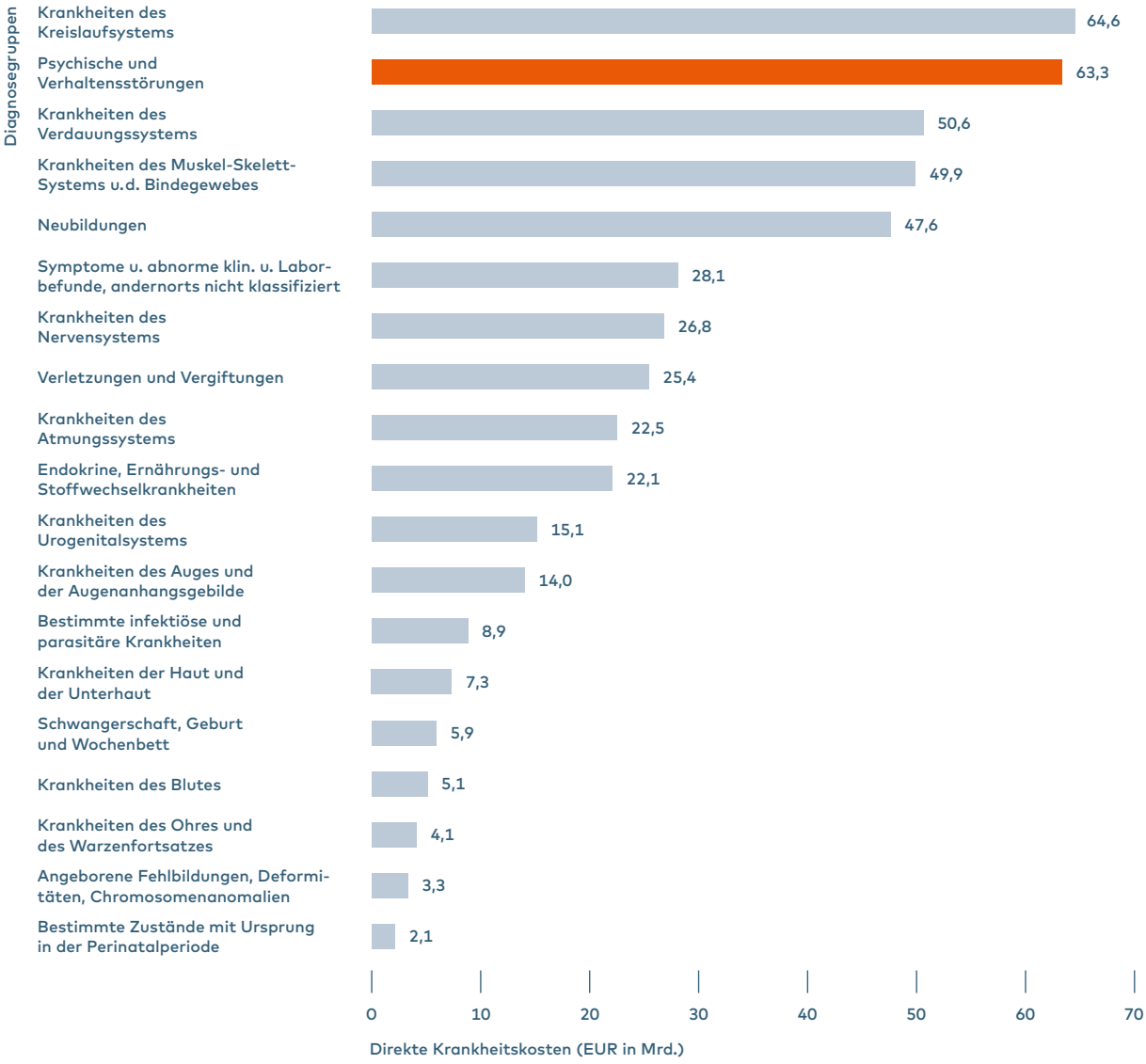


Abbildung 1. Direkte Krankheitskosten nach Diagnosegruppen in Deutschland, 2023 in Mrd. Euro [11]

Hinzu kommen erhebliche weitere Aufwendungen in Milliardenhöhe für Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern (SGB), v.a. im Bereich der Eingliederungshilfe (u.a. soziale Teilhabe, Teilhabe an Bildung, Teilhabe am Arbeitsleben, medizinische Rehabilitation (SGB IX) und existenzsichernden Leistungen bzw. Hilfen zum Lebensunterhalt (SGB XII) [12]).

Die gesundheitsökonomische Bedeutung ist mit Blick auf die indirekten Kosten und die Erwerbsfähigkeit ebenfalls erheblich. Der durch psychische Erkrankungen bedingte Ausfall an Bruttowertschöpfung stieg von 13,1 Mrd. Euro im Jahr 2014 auf 38 Mrd. Euro im Jahr 2024 und hat sich damit innerhalb von zehn Jahren nahezu verdreifacht. Im Jahr 2024 entfielen **16,7 % aller Arbeitsunfähigkeitstage** auf psychische und Verhaltensstörungen, im Durchschnitt lag die Dauer von

Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2020 bei 48 Tagen [13, 14]. Besonders ausgeprägt sind die Folgen für die langfristige Erwerbsfähigkeit: **41,98 % aller Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit** waren 2024 auf psychische Erkrankungen zurückzuführen – mit deutlichem Abstand der höchste Anteil unter den Diagnosegruppen (s. Abbildung 2). Insgesamt wurden im Jahr 2024 72.095 entsprechende Rentenzugänge verzeichnet [15].

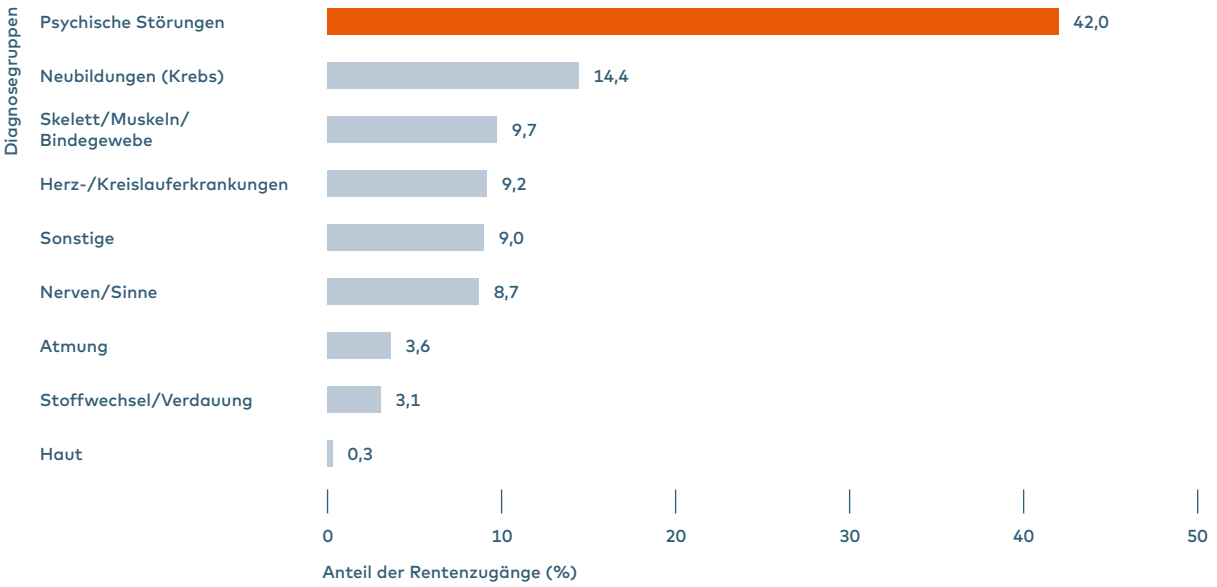


Abbildung 2. Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen, 2024 in % [15]

Psychische Erkrankungen verursachen damit nicht nur **erhebliche Ausgaben im Gesundheits- und Sozialwesen,** sondern gehen zugleich mit **beträchtlichen Produktivitätsverlusten, Arbeitsunfähigkeit und einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben** einher.

Kurz gesagt:

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren gestiegen. Psychische Erkrankungen sind mit erheblichen direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten verbunden.

1.2 Steigende Kosten – bessere Qualität?

Deutschland verfügt über ein komplexes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einer vielfältigen Angebotspalette: Dazu gehören medizinische Leistungen nach SGB V, sowie rehabilitative und Teilhabeleistungen nach anderen SGB (SGB II, SGB IX, SGB VI/XII). Darüber hinaus bieten die Länder und Kommunen eigene Leistungen wie die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi), die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und mancherorts auch die Krisendienste an. Schließlich umfasst die forensische Psychiatrie die Gefängnispsychiatrie und den Maßregelvollzug (MRV) für die Behandlung und Resozialisierung von Menschen, die Straftaten im Kontext einer psychischen Erkrankung begangen haben [16].

Gemäß der Ärztestatistik der Bundesärztekammer stieg die Anzahl der tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde und für Psychiatrie und Psychotherapie zwischen 2006 und 2024 insgesamt von etwa 11.000 auf knapp 15.000. Dies entspricht einer Steigerung um etwa ein Drittel. Innerhalb des gleichen Zeitraumes blieb die Anzahl der tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einer Anzahl von knapp 4.000 relativ konstant [17], während die Anzahl der tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von rund 1.300 auf knapp 3.000, d. h. um etwa das 1,2 fache, stieg. Schließlich verdoppelte sich die Anzahl der tätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten von ca. 30.000 im Jahr 2006 auf ca. 61.000 im Jahr 2024 [17, 18] (s. Abbildung 3 bzw. Abbildung 4).

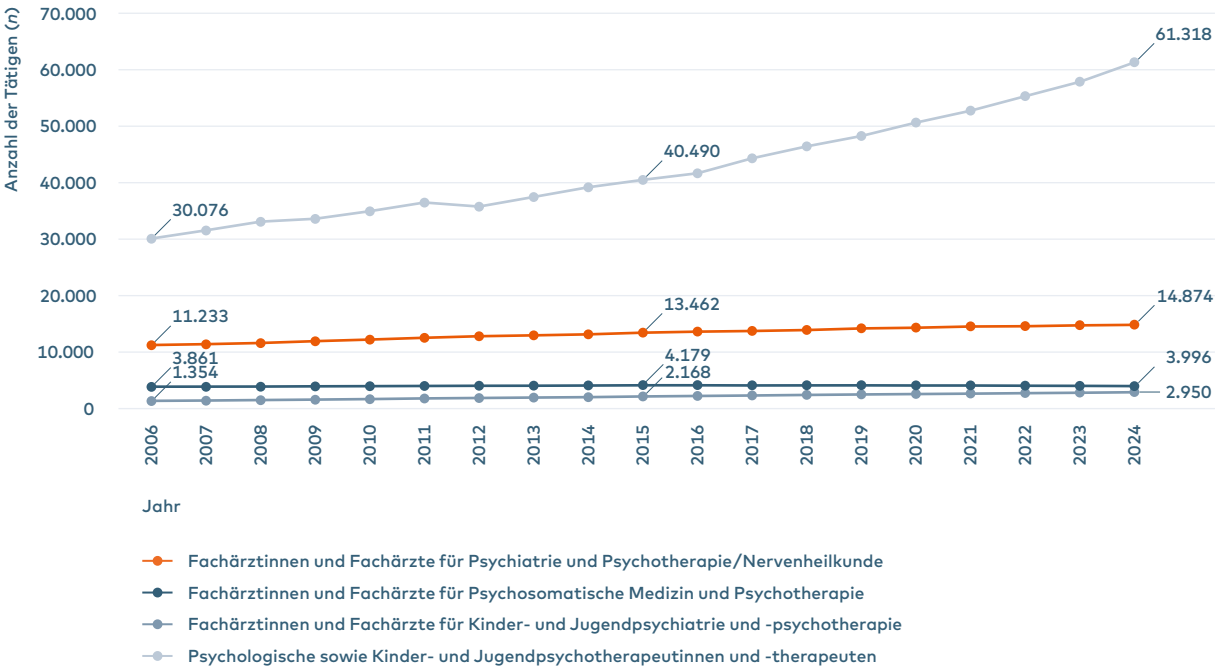


Abbildung 3. Anzahl der Tätigen nach Berufsgruppen, 2006 bis 2024 (eigene Berechnungen, [17, 18])

Bei der Betrachtung dieser Entwicklungen muss berücksichtigt werden, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandeln, während Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in ihren Praxen hohe Fallzahlen versorgen [19]. So liegt die mittlere Behandlungsfallzahl pro Quartal bei den Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bei mehr als 550 und bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei unter 50. Diese Fallzahlen sind seit vielen Jahren weitgehend stabil, was darauf hindeutet, dass die Versorgungskapazitäten der einzelnen bestehenden Leistungserbringenden weitgehend ausgeschöpft sind.

Parallel zur steigenden Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nimmt auch die Inanspruchnahme vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Leistungen in der Bevölkerung stetig zu: So nahmen allein im Jahr 2025 die insgesamt erbrachten Leistungen um 3,4 % gegenüber dem Vorjahr zu [20]. Die steigende Leistungsmenge bei gleichzeitig stabilen Fallzahlen pro Behandelnden lässt sich am ehesten durch die Zunahme der Zahl der ambulanten Leistungserbringenden erklären.

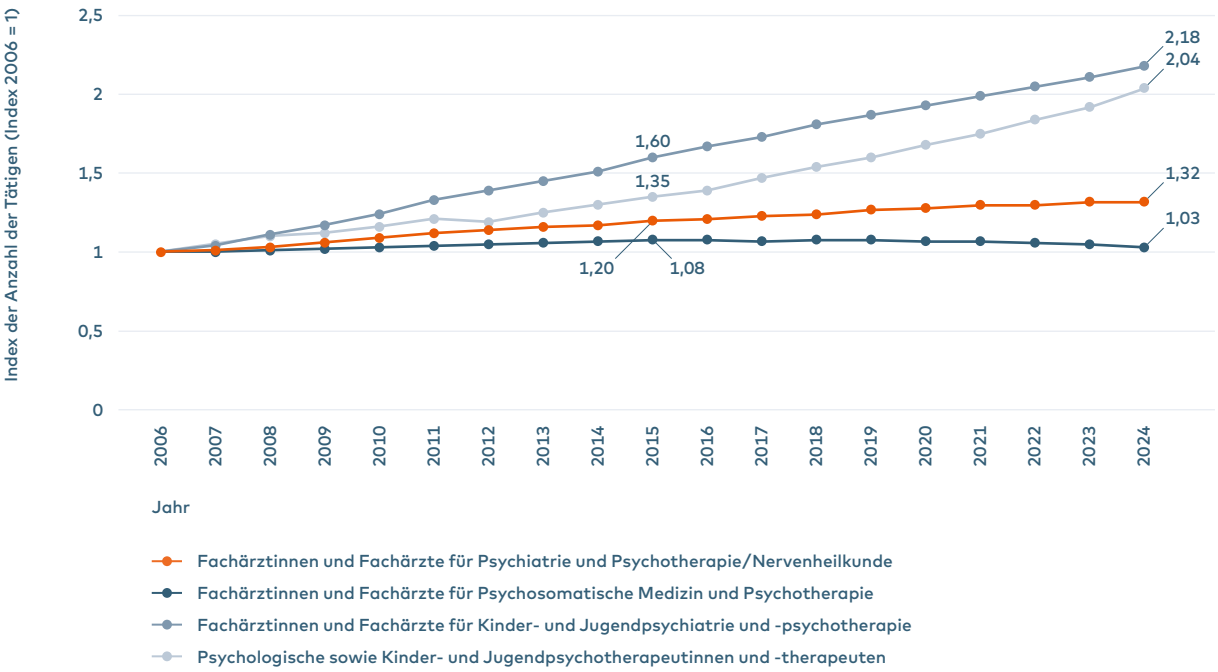


Abbildung 4. Index der Anzahl der Tätigen nach Berufsgruppen, 2006 bis 2024 (eigene Berechnungen, [17, 18])

Im stationären Sektor verzeichnen wir ebenfalls einen Zuwachs an Kapazitäten [21]. Die Planbetten in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich von 2000 bis 2024 um insgesamt etwa 20 % auf 76.000 erhöht. Im Jahr 2024 entfielen davon 57.000 Betten auf die Erwachsenenpsychiatrie, etwa 7.000 Betten auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ca. 13.000 Betten auf die Psychosomatik. Am stärksten war der Zuwachs an Betten in der Psychosomatik, wo die Kapazitäten sich von 2000 bis 2024 vervierfachten, gefolgt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Zuwachs um etwa die Hälfte; in der Erwachsenenpsychiatrie war hingegen der Bettenzuwachs sehr gering [21], siehe Abbildung 5 und Abbildung 6.

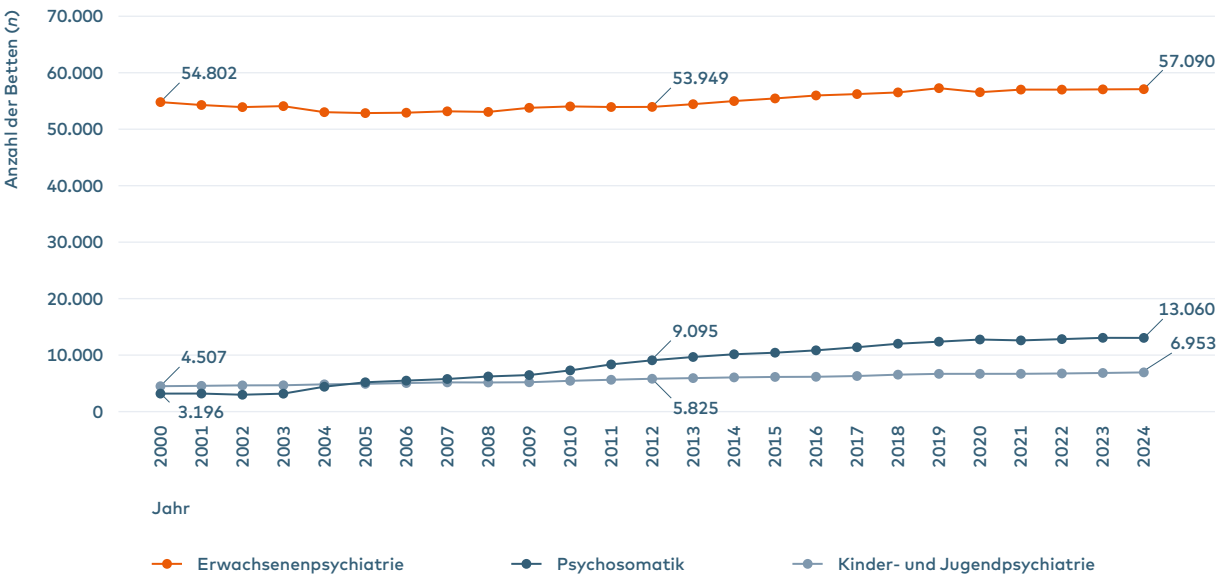


Abbildung 5. Anzahl der Betten nach Fachabteilung, 2000 bis 2024 (eigene Berechnungen, [21])

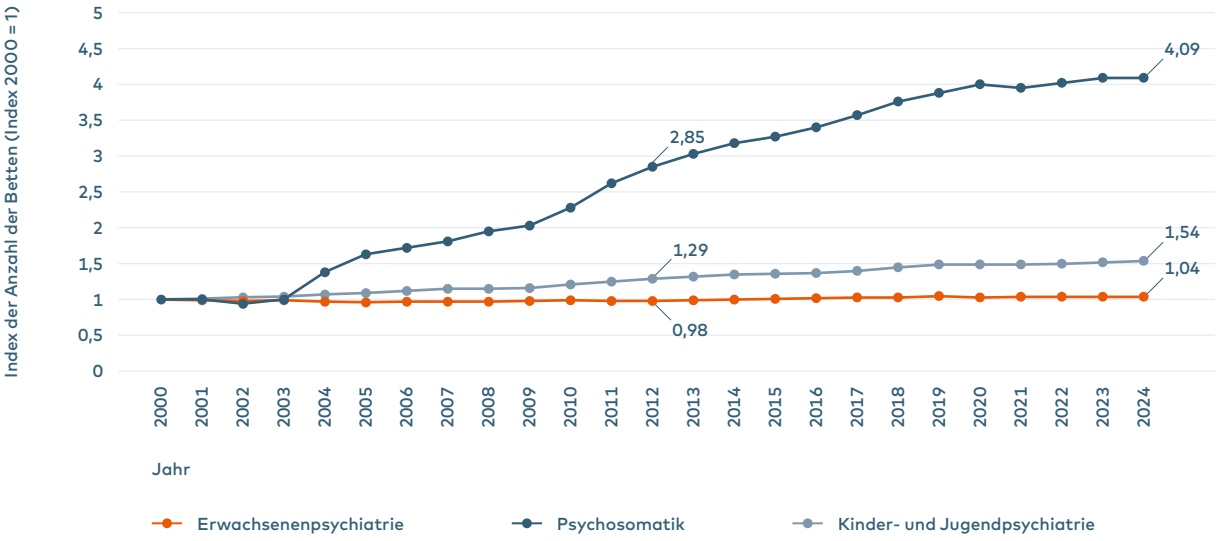


Abbildung 6. Index der Anzahl der Betten nach Fachabteilung, 2000 bis 2024 (eigene Berechnungen, [21])

Ebenso gab es in psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen **Rehabilitationskliniken** seit 2000 einen Zuwachs an Betten: von insgesamt 25.500 Betten im Jahr 2000 auf 32.000 Betten im Jahr 2017, d.h. ebenfalls um etwa 20 % [16]. Psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen (RPK) erbringen eine Kombination von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken erfolgt häufig eine sozialmedizinische gutachterliche Klärung hinsichtlich einer bestehenden oder drohenden Erwerbsminderung. Die Abbildung 7 zeigt die unterschiedliche Entwicklung der Bettenzahl von 2008 bis 2016 je nach Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung nach Daten des Statistischen Bundesamtes: Bei psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen kam es zu einem deutlichen Bettenaufwuchs von ca. 12.900 auf ca. 17.700 Betten, d.h. um etwa 37 %, während psychiatrische Einrichtungen sogar Betten verloren (von ca. 15.200 auf 14.300 Betten, d.h. Bettenreduktion um etwa 6 %) [22].

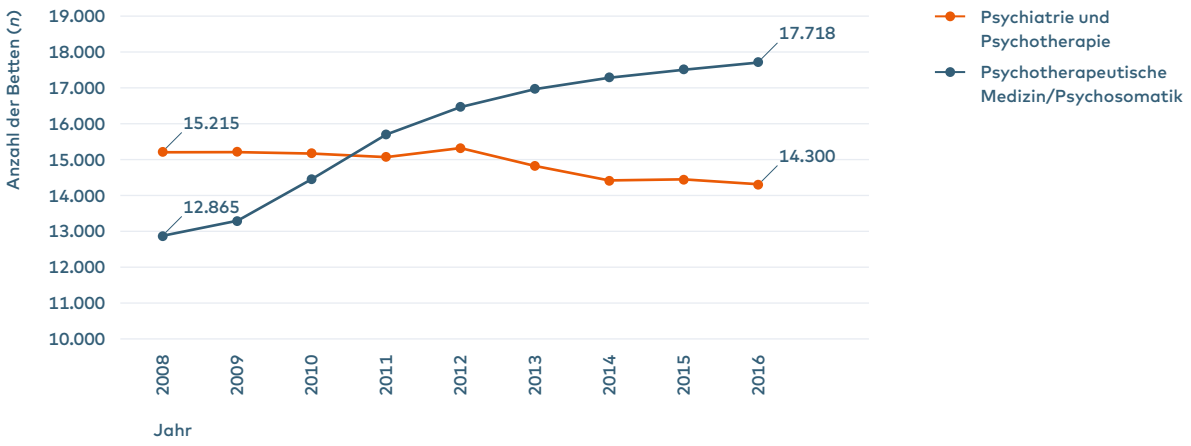


Abbildung 7. Anzahl der Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung, 2008 bis 2016 [22]

Für die Jahre 2017 bis 2021 besteht eine Lücke bei den Daten des Statistischen Bundesamtes, und ab 2022 hat sich die Gliederungssystematik der Fachabteilungen verändert, so dass die Vergleichbarkeit mit den zurückliegenden Jahren erschwert ist. Dennoch zeigt sich auch im Zeitraum von 2022 bis 2024 ein weiterer deutlicher Ausbau der Bettenkapazitäten im Rehabilitationsbereich Psychosomatik/Psychotherapie auf 22.205 Betten im Jahr 2024 (ca. +73 % im Vergleich zu 2008). Bei den psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich hingegen ein weiterer Abbau der Bettenkapazitäten auf insgesamt 12.286 Betten im Jahr 2024 (ca. −19 % im Vergleich zu 2008); davon steht der ganz überwiegende Teil in Fachabteilungen für Entwöhnungstherapie, während die Betten in Einrichtungen der Allgemeinen Psychiatrie und RPKs nur ca. 15 % der psychiatrischen Gesamtkapazität ausmachen.

Insgesamt zeigt somit die Entwicklung der stationären Versorgungskapazitäten im Bereich psychischer Erkrankungen seit der Jahrtausendwende eine deutliche **Verschiebung zwischen den Fachgebieten**: Während die Bettenzahl in der Erwachsenenpsychiatrie nur moderat anstieg und im Reha-Bereich sogar leicht sank, kam es in der Psychosomatischen Medizin zu einem ausgeprägten Ausbau der Kapazitäten.

Dabei unterscheiden sich die psychiatrisch-psychotherapeutische und die psychosomatische Krankenhausversorgung hinsichtlich des Anteils an Akut- vs. elektiven Aufnahmen sowie der Vorhaltung von Strukturen für die regionale Pflichtversorgung: Die meisten psychiatrischen Kliniken haben den Auftrag, die Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer bestimmten Region sicherzustellen. Hierzu gehört insbesondere die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krisensituationen, einschließlich Situationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung, die gegebenenfalls eine gesetzliche Unterbringung erforderlich machen. Psychiatrische Kliniken müssen einen großen Teil ihrer Patientinnen und Patienten in akuten Krisen kurzfristig aufnehmen, während psychosomatische Behandlungen elektiv geplant werden können. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung deckt damit ein Versorgungssegment ab, das nur eingeschränkt planbar ist und dauerhaft flexible Kapazitäten sowie einen hohen Personaleinsatz erfordert.

Schließlich zeigt sich auch im **MRV** ein deutlicher Aufwuchs der Kapazitäten bzw. ein Anstieg der Belegung. Obwohl keine bundesweit konsistenten Langzeitdaten vorliegen, zeigen die verfügbaren Statistiken für die alten Bundesländer einen Anstieg von rund 6.200 Personen im Jahr 2000 [23] auf über 10.000 Personen, die im Jahr 2021 im MRV untergebracht waren [24]. Dies entspricht einer Zunahme von mehr als 60 %. Diese Daten werden von einer aktuellen Studie zum MRV der Fakultät der Rechtswissenschaft der Universität Bielefeld unterstützt: Danach erhöhte sich die durchschnittliche Belegung der MRV-Einrichtungen (einschließlich jugendlicher Patientinnen und Patienten, ohne Baden-Württemberg und Bayern) zwischen 2008 und 2022 von 8.134 auf 10.112 Personen [25].

In der Zusammenschau stiegen in den letzten 20 Jahren die Kapazitäten in allen Bereichen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausversorgung kontinuierlich, am meisten in der Psychosomatik und im MRV. So steht z. B. im Land Berlin mittlerweile jedes fünfte psychiatrische Bett im MRV (eigene Berechnungen auf Basis des Statistischen Berichts zu Krankenhäusern in Berlin 2024 [26], einer Schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Catherina Pieroth-Manelli und Vasili Franco (GRÜNE) zur aktuellen Situation im Krankenhaus des MRV [27] sowie einer Pressemitteilung der Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport [28]).

Mit dem Ausbau und der zunehmenden Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote steigt auch deren gesundheitsökonomische Bedeutung (vgl. Abschnitt 1.1). So entfielen im Jahr 2023 63,3 Mrd. Euro bzw. 12,9 % der direkten Krankheitskosten auf psychische Erkrankungen, die damit den Platz 2 – nur knapp hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems – einnehmen (s. Abbildung 1 in Abschnitt 1.1) [29]. Hinzu kommen die erheblichen Aufwendungen für Leistungen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe [12] und den Hilfen zum Lebensunterhalt. Der Anteil von Menschen mit einer seelischen Behinderung in sogenannten besonderen Wohnformen (stationäre Wohneinrichtungen) beträgt ca. 30 %. Der Anteil von Menschen mit seelischen Behinderungen, die Assistenzleistungen außerhalb dieser Wohnformen erhalten, beträgt 70,7 % [30].

Trotz dieser Entwicklungen gibt es aber klare Hinweise, dass die Mittel **nicht da ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden**, und dass die Prävalenzen psychischer Störungen trotz Investitionen in ihre Versorgung nicht sinken (**Versorgungs-Prävalenz-Paradoxon**). Insbesondere bestehen erhebliche **Versorgungsengpässe bei der Behandlung von Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen,** während Menschen mit weniger schweren Störungen und geringeren Funktionseinschränkungen eher mehr Leistungen, insbesondere im Bereich der Psychotherapie, erhalten. Bei Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen sind eine frühzeitige Diagnostik, eine kontinuierliche multiprofessionelle Behandlung und eine wohnortnahe Versorgung entscheidend; zugleich berichten aber Betroffene über Schwierigkeiten beim Zugang zu geeigneten Behandlungsangeboten. Nach einer stationären Behandlung ist die ambulante Nachbetreuung häufig nicht gesichert, was mit ungünstigen Verläufen und Wiederaufnahmen assoziiert ist [31]. Zudem sind die Wartezeiten auf eine ambulante psychiatrische Behandlung oder eine Psychotherapie mit fast 20 Wochen bzw. fünf Monaten immer noch lang [32]. Die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und die Einrichtung von Terminservicestellen (TSS) konnten die Wartezeitenproblematik bisher nicht beheben [33, 34]. Die im Frühjahr 2026 umgesetzten Honorarkürzungen für ambulante Psychotherapie und weitere Maßnahmen des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) haben das Potenzial, diese Problematik weiter zu verschärfen [35].

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieb bereits im Jahr 2018, dass die **Versorgungslücken nicht durch einen Mangel an Angeboten, sondern durch unzureichende Koordinierung, regionale Steuerung und Schnittstellenmanagement** entstehen, welche mit einem deutlich gestiegenen komplexen Versorgungsbedarf einzelner Patientengruppen zusammenfallen [36]. Das Steuerungs- und Koordinierungsproblem zeigt sich gegenwärtig neben den Wartezeiten vor allem in einer starken Diskrepanz in der Behandlungsintensität zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und ambulanter Versorgung: Dies gilt als Hauptursache für hohe stationäre Wiederaufnahmeraten (**Drehtüreffekt**) [37].

Die oben gezeigten Entwicklungen sprechen deutlich dafür, dass das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland durch **Unter-, Über- und Fehlversorgung** geprägt ist. Während Kapazitäten erheblich ausgebaut wurden, bestehen insbesondere im ambulanten Bereich immer noch erhebliche Zugangsbarrieren und lange Wartezeiten. Dies weist auf eine **nicht bedarfsgerechte Verteilung der verfügbaren Ressourcen** hin. Bereits heute gerät das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem unter dem Druck von Fachkräftemangel, demografischem Wandel und einer zunehmenden Verdichtung der Versorgungsleistungen an seine Belastungsgrenzen. Ohne strukturelle Reformen droht es den künftig weiter steigenden Anforderungen sowie den erheblichen regionalen Disparitäten in der Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten zunehmend weniger gerecht zu werden.

Besonders deutlich zeigt sich die **Fehlallokation von Mitteln** in der **unzureichenden Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**. Der Zuwachs der Kapazitäten in der forensischen Psychiatrie (MRV) wie auch die Zunahme der Zahlen von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Justizvollzug (Gefängnispsychiatrie) und in Wohnungslosigkeit sind ein Spiegelbild der Probleme und Unzulänglichkeiten der Regelversorgung [25, 38, 39, 40, 41, 42, 43]. Fehlender Wohnraum und Unterversorgung in den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen führen häufig zur Stagnation der Betroffenen in einer Abhängigkeit vom Versorgungssystem, obwohl das (langfristige) Ziel der Leistungen sein sollte, die Patientinnen und Patienten in die selbstständige Lebensführung zu entlassen. Die zunehmende Anzahl von Menschen mit herausforderndem, fremd- und eigengefährdendem Verhalten, die in Akutkliniken über Monate und de facto manchmal Jahre leben müssen [44, 45], unterstreicht den Mangel an geeignetem Wohnraum sowie an intensiv ambulanten und aufsuchenden Versorgungsleistungen und SGB-übergreifenden Modellen mit gemeinsamer Versorgungsverantwortung der Akteurinnen und Akteure.

Hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben wies die DGPPN bereits im Jahr 2015 in einem gemeinsamen Papier mit der *Gesundheitsstadt Berlin e. V.* darauf hin, dass diese für die Mehrheit der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder mit schweren psychischen Erkrankungen nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt stattfindet; die Beschäftigungssituation ist vielmehr institutions- und angebotszentriert und nicht an den Bedarfen der Betroffenen ausgerichtet [10]. Diese Situation hat sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert [10, 46, 47].

Kurz gesagt:

In den letzten 20 bis 25 Jahren fand ein deutlicher Ausbau von Kapazitäten in allen Behandlungssektoren statt. Am deutlichsten war der Aufwuchs im Bereich der stationären Psychosomatik und der ambulanten Psychotherapie sowie im Maßregelvollzug. Diese Entwicklung geht mit steigenden Kosten einher, nicht jedoch mit einer verbesserten und frühzeitigen Versorgung von Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen. Versorgungslücken entstehen nicht durch einen Mangel an Angeboten, sondern durch mangelhafte Verteilungsgerechtigkeit sowie durch unzureichende Koordinierung und regionale Steuerung sowie unzulängliches Schnittstellenmanagement. Eine bessere Ressourcenallokation und der Ausbau interprofessioneller ambulanter Hilfen sind notwendig, um Verteilungsgerechtigkeit herzustellen.

1.3 Aktuelle Entwicklungen

Angesichts der enorm steigenden Kosten im Gesundheitssystem haben Maßnahmen zur wirtschaftlichen Konsolidierung aktuell eine hohe politische Priorität. Das im Juni 2026 verabschiedete **GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz** sieht erhebliche **Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen** vor, die – nicht nur, aber auch – die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen. Die Konsolidierung der GKV-Finanzen ist zwar ein legitimes gesundheitspolitisches Ziel, birgt allerdings das Risiko, dass bestehende Ungleichheiten in der Versorgung durch bestimmte Maßnahmen sogar noch verstärkt werden. So könnten die Streichung finanzieller Anreize für Kurzzeittherapien und die Einbudgetierung von Leistungen nach der KSVPsych-RL *(Richtlinie für eine strukturierte und koordinierte Versorgung schwer und komplex psychisch erkrankter Menschen)* und der kooperativ neurologisch-psychiatrischen Heimversorgung ausgerechnet ressourceneffiziente Behandlungsformate und Angebote für besonders vulnerable Patientinnen und Patienten schwächen. Und durch die unvollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen im Krankenhaus droht ein Personalabbau, der für die Versorgung kritisch ist und im Zusammenhang mit den Sanktionen nach der PPP-RL *(Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie)* eine Abwärtsspirale in Gang setzen kann.

Darüber hinaus erscheinen folgende aktuelle Entwicklungen relevant für die künftige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen:

Zur besseren Steuerung, Koordination und Effizienz soll im deutschen Gesundheitssystem ein **Primärversorgungssystem** eingeführt werden. Um Letzteres zu ermöglichen, ist auch die **Etablierung eines digitalen Ersteinschätzungstools** mit dem Ziel vorgesehen, Praxen und Notaufnahmen zu entlasten. Darüber hinaus ist eine (obligatorische) Steuerung durch die Hausärztin oder den Hausarzt als Primärärztin oder Primärarzt bis auf wenige Ausnahmen vorgesehen. Eine intelligente Steuerung des Zugangs zu medizinischen Leistungen ist zweifelsohne erforderlich, weshalb ein Primärversorgungssystem grundsätzlich zu begrüßen ist. Allerdings könnten die Pläne für Menschen mit psychischen Problemen/Erkrankungen die Konsequenz haben, dass sie künftig ohne Überweisung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt keine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische

Versorgung in Anspruch nehmen können. Ohne die Möglichkeit eines Direktzugangs könnte dies gerade für Personen mit psychischen Problemen (z. B. aufgrund von Sorge vor Stigmatisierung oder bei fehlender Anbindung an eine Hausarztpraxis) eine zusätzliche Hürde darstellen, die Diagnostik und Einleitung einer Behandlung verzögern und damit Chronifizierungen begünstigen. Für Ansätze, wie diesem Dilemma (Notwendigkeit einer Steuerung, aber kein Aufbau von Hürden) optimalerweise begegnet werden kann, s. Abschnitt 2.5.1.

Im Rahmen der Diskussion um eine bedarfsorientierte Steuerung muss auch der Kontext **Krisen- und Notfallversorgung** mitgedacht und einbezogen werden. Seit 2024 wird an einer Reformierung und bundeseinheitlichen Regelung der medizinischen Notfallversorgung gearbeitet. In diesem Rahmen ist es wichtig, dass auch die Krisen- und Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbindlich geregelt und im medizinischen Versorgungssystem verankert wird, damit den Menschen in psychischer Not adäquat geholfen wird und Fehlsteuerungen und Versorgungsdefizite vermieden werden [48].

Eine weitere relevante Entwicklung hängt mit der **Diversifizierung und Akademisierung der Pflegeberufe** zusammen. Mit dem zum 1. Januar 2026 in Kraft getretenen Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (vormals Pflegekompetenzgesetz) wurden erstmals bundesrechtliche Grundlagen für die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen geschaffen. Ein weiteres Gesetz zur Regelung der Befugnisse von *Advanced Practice Nurses* (APN) ist in Vorbereitung. Dadurch sollen nach dem Beispiel anderer Länder **erweiterte pflegerische Berufsrollen – wie APN und *Public and Community (Mental) Health Nurses*** – etabliert werden. Diese sollen eine wohnortnahe Basisversorgung in Form präventiver, niedrigschwelliger und aufsuchender Hilfen insbesondere in ansonsten unterversorgten Regionen sichern [49]. Wichtig werden hier eine gute Einbettung in das gemeindepsychiatrische Versorgungsystem, interprofessionelle Zusammenarbeit, Schnittstellenmanagement und Qualitätssicherung sein.

Ein weiterer Aspekt betrifft generell die **Gesundheitsförderung und Prävention** von Erkrankungen. Aktuell findet eine intensive Debatte um deren Stellenwert im Gesundheitssystem statt. Diese reicht von der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz und von körperlicher Aktivität bis zu verhältnispräventiven Maßnahmen wie z. B. der Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke, aber auch der Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer [50]. Die Debatte fokussiert vorrangig Präventionsmaßnahmen bei kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronischen Atemwegserkrankungen und Neoplasien [51]. Auch wenn davon auszugehen ist, dass die vorgeschlagenen Präventionsmaßnahmen ebenfalls positive Effekte bezüglich der psychischen Gesundheit der Bevölkerung haben können, erscheint es nicht zuletzt wegen der erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen essenziell, die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen als zentrale Präventionsaufgabe zu betrachten und einen zusätzlichen Schwerpunkt in diesem Bereich zu setzen [52, 53, 54, 55, 56].

Eine andere Art von Präventionsdebatte – nämlich die Diskussion über die **Prävention von Gewalttaten** durch Menschen mit psychischen Erkrankungen – findet derzeit im sicherheitspolitischen Bereich statt. Diese zeigt starke Überlappungen mit Fragestellungen zur psychiatrischen Versorgung: Als Antwort auf eine Häufung von Gewalttaten, die in den letzten zwei Jahren von Menschen mit einer psychischen Erkrankung verübt wurden, wird in mehreren Bundesländern eine **Verschärfung der Regelungen in den PsychK(H)G** (Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze) mit Senkung der Schwelle für eine Unterbringung und Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden angestrebt, ohne dass zugleich dafür Sorge getragen wird, dass die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen außerhalb der Kliniken wesentlich verbessert wird. Die DGPPN teilt die Betroffenheit angesichts der schweren Folgen von Gewalttaten und hat Verständnis für das Gefühl der Verunsicherung und das große Bedürfnis nach mehr Sicherheit für die Bevölkerung sowie nach effektiven Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Gewalttaten. Gleichzeitig sieht die DGPPN die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Auseinandersetzung mit der Thematik, um sowohl dem

Schutz der Bevölkerung als auch den Rechten und Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden [57]. Die aktuelle Entwicklung könnte aus Sicht der DGPPN die Probleme verschärfen und zugleich zu einem erhöhten Bedarf an stationären Kapazitäten führen, ohne dass die Sicherheitslage nachhaltig verbessert wird. Es ist wünschenswert, dass die Maßnahmen in ein differenziertes Hilfe- und Unterstützungssystem eingebettet werden, das Unterbringungen vermeidet, Zwang nur als Ultima Ratio betrachtet, Teilhabe und Lebensqualität fördert, Krisenpläne und Behandlungsvereinbarungen einschließt und das Risiko von Gewalttaten durch bedarfsgerechte vor- und nachsorgende Hilfen reduziert [58].

Prävention, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedener Disziplinen, u.a. aus den bio-, psychologischen, Ingenieurs- und Sozialwissenschaften, die sich immer nach dem jeweiligen aktuellen Wissensstand richten, also nicht von vornherein statisch sind. Ein wesentliches Merkmal dieser Disziplinen sind **Innovation** und die Weiterentwicklung bisheriger Erkenntnisse, die nach einem rigorosen Wirksamkeitsnachweis Eingang in die Versorgung inklusive einer damit einhergehenden Refinanzierung durch die jeweiligen Kostenträger finden können **(Translation)**. Gerade weil am Erkenntnisgewinn verschiedene wissenschaftliche Disziplinen beteiligt sind, bedarf es auch hier eines konsequenten transdisziplinären Ansatzes [59, 60].

Neben technologischen Neuerungen bei der Datenerhebung und Phänotypisierung [61] sowie Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie [62], sind auch neue Entwicklungen im Bereich der Psychopharmakotherapie, z.B. bei der Behandlung der Schizophrenie (dualer M1/M4-Muscarinrezeptoragonist *Xanomelin* [63]) oder der frühen Alzheimer-Demenz (Amyloid-Antiköper *Lecanemab* und *Donanemab* [64]) zu nennen. Die hohen Entwicklungskosten bei neuartigen Therapien müssen anschließend bei der Preisgestaltung berücksichtigt werden und natürlich auch in einer **balancierten Kosten-Nutzen-Erwägung** zwischen individuellem und gesellschaftlichem Nutzen in einem Gesundheitsversorgungssystem, das finanziell unter Druck steht [65, 66]. Grundsätzlich darf aber die Bedeutung der Vorteile neuer und teurer Therapien bei (neuro)psychiatrischen Erkrankungen nicht geringer geschätzt werden im Vergleich zur Bedeutung der Vorteile neuer und teurer Therapien bei somatischen Erkrankungen [67, 68]. Die aktuellen Diskussionen um die Kosten-Nutzen-Relation der Antikörpertherapien bei Alzheimer-Demenz und deren Erstattungsfähigkeit durch die GKV sind ein Beispiel für diese grundsätzliche Problematik [69].

Kurz gesagt:

Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene, darunter der Spardruck bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die Einführung eines Primärversorgungssystems, die Reform der Krisen- und Notfallversorgung sowie die Verschärfungen der PsychK(H)G in mehreren Bundesländern, haben das Potential, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig zu transformieren. Darüber hinaus werden Forschungsinnovationen und deren Translation in die Praxis die Versorgungslandschaft verändern.

1.4 Hintergründe und Zielsetzung des Papiers

Das vorliegende Papier analysiert die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland und formuliert Empfehlungen für ihre Weiterentwicklung. Es liefert einen strategischen Ansatz, um die psychische Gesundheit in der Bevölkerung zu fördern und mentale Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Dafür muss der Zugang zu notwendigen Dienstleistungen erleichtert, aber auch klug und effizient gesteuert werden. Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es einer Adaptation der Versorgungsstrukturen an die aktuellen fachlichen Entwicklungen sowie an die Entwicklungen der Bedarfe der Bevölkerung und die vorhandenen Ressourcen. Die vorliegenden Empfehlungen sind anschlussfähig an die Ergebnisse des vom BMG initiierten *Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen* (2018–2022), in dem Fach-, Berufs- und Wohlfahrtsverbände, Leistungsträger und Leistungserbringende, Planungsverantwortliche und die Selbsthilfe mehrere Zielsetzungen und Handlungsfelder konsentierten [70]. Im vorliegenden Papier werden **frühere Modellvorschläge der DGPPN** von 2012, 2018 und 2024 [1, 2, 3] für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgegriffen und **weitergedacht**.

So ging bereits das **DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung aus dem Jahr 2018** von der Annahme aus, dass psychische Erkrankungen sehr unterschiedliche Schweregrade und Verlaufsformen aufweisen und daher eine differenzierte, flexible und personenzentrierte Versorgung erforderlich ist. Ein zentrales Element des Modells war die **Einteilung in Bedarfsstufen**, die sich am Schweregrad der Erkrankung orientieren (Abbildung 8). Dadurch sollte gewährleistet sein, dass Patientinnen und Patienten Angebote nach ihrem individuellen Unterstützungsbedarf erhalten – von niedrigschwelligen Angeboten wie Beratung und Selbsthilfe bis hin zu komplexen, multiprofessionellen und gegebenenfalls stationären Behandlungsformen. Diese Struktur sollte eine passgenaue Allokation von Ressourcen ermöglichen und dazu beitragen, Über- und Unterversorgung zu vermeiden ***(stepped care)***.

Das DGPPN-Modell aus dem Jahr 2018 lehnte sich an das Hamburger **RECOVER-Modell** einer schweregradadaptierten Versorgung mit abgestuften Interventionen an, welches bereits in der Praxis erfolgreich implementiert war. Die Evaluationsergebnisse zum RECOVER-Therapiemodell zeigten eine Verbesserung von Zugangsgeschwindigkeit (schnellere Erstkontakte), eine bedarfsgerechtere Zuordnung zu Behandlungsintensität und eine Reduktion von Fehl- oder Unterversorgung. Darüber hinaus ließen sich aus den Evaluationsergebnissen Hinweise auf bessere klinische Outcomes und eine effizientere Resssourcennutzung, insbesondere durch *RightCare* entnehmen [71, 72, 73, 74, 75]. RightCare bezeichnet in diesem Kontext das Prinzip, dass Patientinnen und Patienten die richtige Behandlung, zur richtigen Zeit, in der richtigen Intensität und am richtigen Ort erhalten, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Präferenzen und Ziele.

Fünf Jahre nach Vorlage des oben beschriebenen Modells für eine gestufte und koordinierte Versorgung erarbeitete die DGPPN ausgehend von der achten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung [76] eigene Vorschläge und legte im **Juni 2024** das **DGPPN-Positionspapier zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch das Krankenhaus** vor [1]. Im Zentrum stand die regionale Ausrichtung der Versorgung, womit jede Klinik mit Versorgungsauftrag ein klar definiertes Versorgungsgebiet und die Verantwortung für die Versorgung der dort lebenden Bevölkerung haben soll. Dieses Versorgungsprinzip sollte unterschiedliche Behandlungsformen integrieren und **stärker auf ambulante und flexible Angebote ausgerichtet** sein. Geeignete Finanzierungsmodelle, insbesondere Globalbudgets, sollten eine bedarfsgerechte Steuerung ohne finanzielle Fehlanreize ermöglichen.

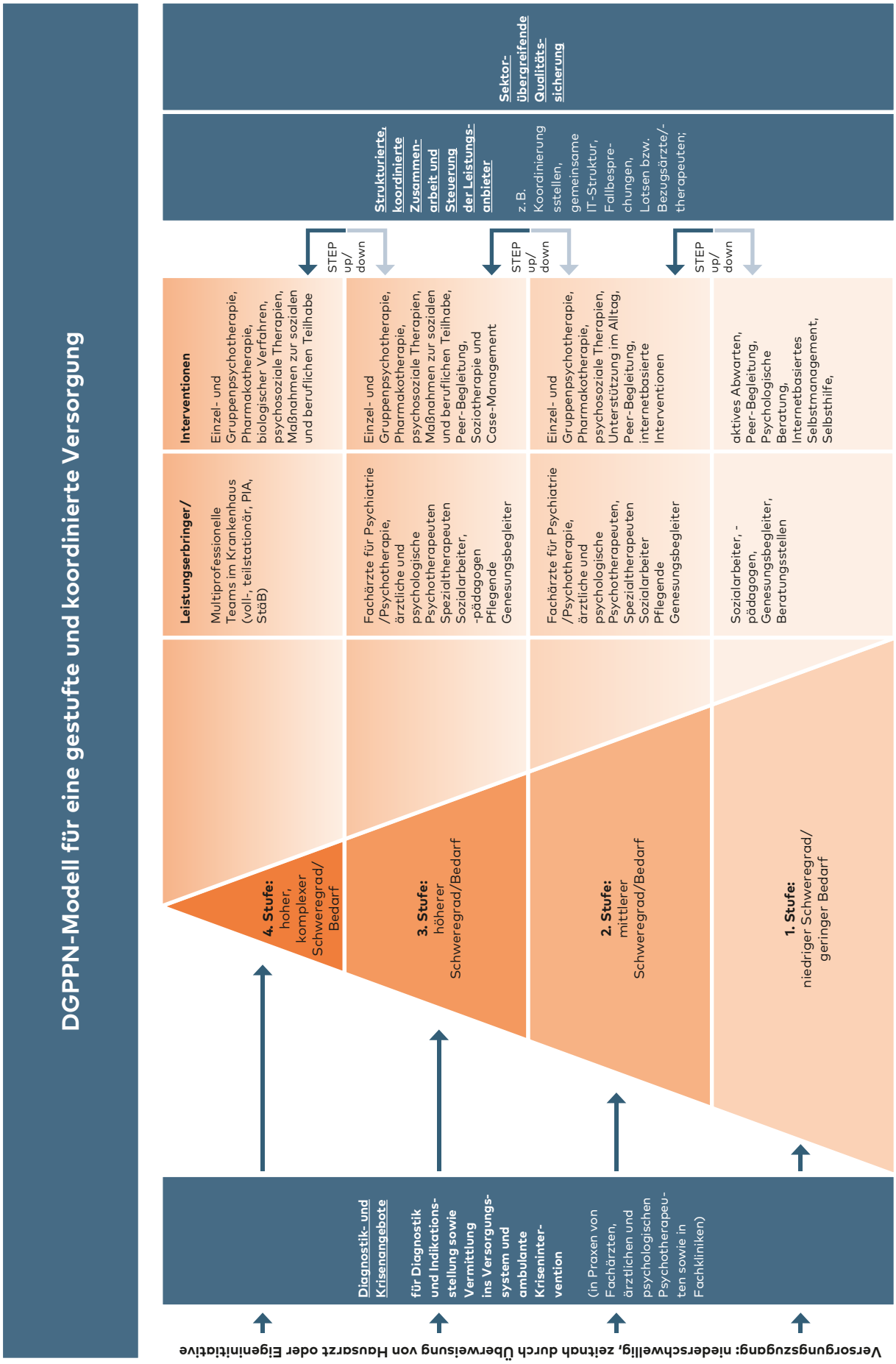


Abbildung 8. DGPPN-Modell (2018) für eine gestufte und koordinierte Versorgung, in Anlehnung an das RECOVER-Therapiemodell [2]

Bereits im Positionspapier aus dem Jahr 2024 wurde als Vision formuliert, dass perspektivisch weitere Versorgungssektoren – wie zumindest ein Teil der vertragsärztlichen Versorgung, aber auch der Teilhabebereich – gemeinsam mit den sektorversorgenden Kliniken in ein regionales, bevölkerungsbezogenes Gesamtsystem integriert werden könnten. Zudem wurde die Notwendigkeit einer Stärkung und besseren Verzahnung von Prävention und Rehabilitation formuliert. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass eine Krankenhausreform sinnvollerweise mit Reformen im ambulanten und nicht SGB-V-finanzierten Bereich, d.h. mit den landesfinanzierten Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und den zuwendungsfinanzierten Angeboten und Angeboten anderer SGB (v.a. des SGB IX), verzahnt werden müsste. **Langfristig** wurde eine **regional verankerte, koordinierte, gestufte und am individuellen Bedarf orientierte Versorgung** angestrebt, in dem **Krankenhausangebote mit vertragsärztlichen und gemeindepsychiatrischen Angeboten oder Diensten zusammengedacht** werden.

Dennoch legte das Papier aus dem Jahr 2024 den Fokus auf die Versorgung im Krankenhaus. Die weiteren Versorgungsbereiche und die Schnittstellen wurden mitskizziert, aber nicht in ausreichender Tiefe behandelt.

Das vorliegende Papier soll diese Lücke schließen. Es ist als ***Living Document*** konzipiert und soll in den kommenden Jahren in Abhängigkeit von den Weiterentwicklungen bei der Versorgung und den rechtlichen Rahmenbedingungen laufend aktualisiert werden. Dabei wäre seitens der DGPPN auch eine Weiterentwicklung des Papiers gemeinsam mit anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren sowie Fachgebieten, insbesondere mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, wünschenswert. Schließlich können einzelne Aspekte in nachfolgenden Fokuspapieren (z.B. zu gesundheitsökonomischen Evaluationen) noch vertiefend behandelt werden.

Kurz gesagt:

Die vorliegenden Empfehlungen basieren auf den DGPPN-Versorgungmodellen aus den Jahren 2018 und 2024. Sie greifen die dort formulierten Prinzipen der gestuften, bevölkerungsbezogenen und stärker auf ambulante und flexible Angebote setzende Versorgung auf und entwickeln diese weiter.

2. Versorgung neu und weiter denken: bedarfsorientiert und koordiniert in der Region

2.1 Leitprinzipien und Ziele

Die vorliegenden Empfehlungen beruhen auf Leitprinzipien, die als wertebasierter Rahmen den Menschen und seine Bedarfe wie auch seine individuellen Lebensziele, Lebensqualität, subjektive Zufriedenheit, Selbstbestimmung und soziale Beziehungen konsequent in den Mittelpunkt von evidenzbasierten Angeboten stellen.

Ein gutes Gesundheitssystem setzt nicht allein auf die Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, vielmehr muss es gleichzeitig die **Förderung von psychischer Gesundheit** und **Prävention von psychischen Erkrankungen** im Blick haben [53, 77]. Dazu gehört auch der Aspekt der Gesundheitskompetenz [78]. Nicht zuletzt angesichts der vielfältigen Determinanten von psychischer Gesundheit spielt auch die konsequente Implementierung des Prinzips *Mental Health in All Policies* eine elementare Rolle [79, 80]. Dieses besagt, dass die Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit jenseits der klassischen Regelungsbereiche der Behandlung psychischer Erkrankungen liegen und vielmehr Gegenstand z. B. von Bildungs-, Sozial-, Jugend- und Umweltpolitik, aber auch von Kultur- und Raumplanungspolitik sein müssen.

Dabei folgen die hier beschriebenen Empfehlungen dem **Lebensspannenansatz**, der den Blick auf die verschiedenen Phasen des menschlichen Lebens richtet (im Falle der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie von der späten Adoleszenz/dem jungen Erwachsenenalter bis ins hohe Alter). Diese Phasen sind in der Regel durch unterschiedliche Schwerpunktaktivitäten und Herausforderungen gekennzeichnet (Aus- und Weiterbildung, Berufstätigkeit, Familiengründung, Eintritt ins Rentenalter, Pflegebedürftigkeit etc.), die – begleitet von intergenerationellen Effekten – je nach individueller Konstellation positiv und negativ aufeinander aufbauen [81]. Versorgungsangebote sollten daher diese Phasen und die Übergänge zwischen den Phasen im Blick haben und, wo nötig, phasenspezifische Angebote vorhalten. Beispielhaft zeigt sich dies in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ein eigenständiges Fachgebiet darstellt, auf das hier nicht näher eingegangen wird, und in der Gerontopsychiatrie.

Ein wichtiger Aspekt stellt neben der Prävention insbesondere auch die **Früherkennung und Frühintervention** von/bei psychischen Erkrankungen dar, um Krankheitsentwicklungen früh abzuwenden und Chronifizierungen zu vermeiden.

Da häufig junge Menschen von beginnenden psychischen Erkrankungen betroffen sind und dadurch eine zukünftige hohe Krankheitslast zu erwarten ist, gilt es, Früherkennungs- und Frühinterventionsangebote auf diese Personengruppe auszurichten und sie bei der Entwicklung von Angeboten einzubeziehen. Die *Lancet Commission for Youth Mental Health* hat dazu Empfehlungen ausgesprochen [82]. Danach sollten Beratungs-, klinische und psychosoziale Leistungen für junge Menschen idealerweise in sogenannten ***Integrated Youth Mental Health Services*** **(IYMHS)** zusammengefasst werden. Dies sind niedrigschwellige, nicht stigmatisierende Angebote, die unter Beteiligung von jungen Erwachsenen mit gelebter Erfahrung psychischer Erkrankungen und deren An- und Zugehörigen entwickelt werden und digitale Elemente umfassen [82]. Die Empfehlungen der Lancet Commission sollten auch in Deutschland umgesetzt werden.

Familien mit Eltern und/oder Kindern mit psychischen Erkrankungen sollen eine koordinierte, strukturierte, sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgung erhalten, die Schnittstellenprobleme überwinden hilft. Hier ist eine Systemveränderung erforderlich.

Im Sinne des Lebensspannenansatzes sind Prävention, Früherkennung und Frühintervention aber auch in anderen Lebensphasen sinnvoll. Hier sind z. B. Interventionen am Arbeitsplatz zu nennen, die sich überwiegend an berufstätige Menschen mittleren Alters richten [83]. Eine besondere Bedeutung haben in Zeiten des demografischen Wandels die Prävention [84] und die **Früherkennung und Frühintervention von kognitiven Störungen und Demenzen** [84, 85, 86, 87].

Auch evidenzbasierte **Lebensstilinterventionen mit den Schwerpunkten Bewegung und Ernährung** sind ein wesentlicher Bestandteil einer modernen psychiatrischen Versorgung [88], da sie nachweislich nicht nur die körperliche Gesundheit fördern, sondern auch psychische Symptome reduzieren, die Lebensqualität verbessern und die soziale Teilhabe unterstützen können. So unterstreicht der dritte Bericht der *Lancet Psychiatry Commission* zu *Physical Health* die Notwendigkeit, evidenzbasierte Lebensstilinterventionen systematisch in die psychiatrische Regelversorgung zu integrieren [89].

Bei all dem ist es essenziell, dass die **Zugänge in das Versorgungssystem** für alle Menschen **bedarfsgerecht ausgestaltet, nicht-diskriminierend und barrierefrei** sind.

Die Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen muss sich dabei nach dem Prinzip der **State-of-the-Art-Evidenzbasierung** richten. Dies bedeutet, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse schnell hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet werden und Eingang in die breite Behandlungspraxis finden müssen. Dies bedingt auch die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortbildung von an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen. Um evidenzbasiertes Handeln in der Versorgung zu fördern, erarbeitet und aktualisiert die DGPPN kontinuierlich federführend oder gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften zahlreiche **medizinische Leitlinien**, zu einem großen Teil auf dem höchsten methodischen S3-Niveau. Auf dieser Evidenzbasis können die Behandelnden informierte Entscheidungen für Behandlungsangebote treffen, die den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen ihrer Patientinnen und Patienten gerecht werden.

Vor allem für **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** stellt eine an persönlicher Recovery orientierte und die Fähigkeiten *(capabilities)* der Menschen [90] in den Blick nehmende Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland eine Grundfeste dar – Jahrzehnte nach den Rodewischer Thesen (1963), der Psychiatrie-Enquete (1975), den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) und dem Übergang „von Institutions- zu personenzentrierten Hilfen" (1998), der zuletzt im Psychiatriedialog 2018–2022 fortgeschrieben wurde. In der DGPPN-S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* wird die Evidenz für personenzentrierte und recovery-orientierte Interventionen systematisch zusammengetragen, so dass ein fachlicher Referenzrahmen für eine moderne, menschenrechtsbasierte und an den Fähigkeiten der Betroffenen orientierte psychiatrische Versorgung entsteht [88]. Zudem bietet die kürzlich aktualisierte S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang* eine wichtige Grundlage für eine evidenz- und menschenrechtsbasierte psychiatrische Versorgung [91]. Erwähnt seien schließlich auch die verschiedenen erkrankungsspezifischen Leitlinien, die eine qualitativ hochwertige State-of-the-Art-Behandlung sicherstellen sollen [92, 93, 94, 95, 271, 272].

Wesentliche Elemente der **Recovery-Orientierung** im Sinne eines Fokus auf den individuellen Genesungsprozess sind dabei Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Selbstbestimmung, Bedeutung und Empowerment [96]. Damit dies gelingen kann, bedarf es einer konsequenten nicht-stigmatisierenden und diskriminierungsfreien Haltung und Wertschätzung des Gegenübers – umso mehr in Zeiten, in denen wieder zunehmende Exklusionstendenzen gegenüber Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verzeichnen sind. Dies schließt auch eine konsequente **kulturelle Sensibilität** und Ausrichtung der Versorgung mit ein [97, 98]. Unterstützt werden muss diese Haltung durch konsequente **Entstigmatisierung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch des Behandlungssystems. Dies ist wichtig, weil Stigma in seinen vielen Facetten zu einem verminderten Hilfesuchverhalten und einer Verstärkung der psychischen Belastungen führen kann. Die Lancet Commission zur Beendigung von Stigma hat hierzu Empfehlungen ausgesprochen, die auch in Deutschland umgesetzt werden sollten. Eine zentrale Rolle spielt dabei der aktive, strukturierte und gleichberechtigte Einbezug von Menschen mit Psychiatrieerfahrung in die Planung und Ausgestaltung des Versorgungssystems, wie auch zur Aufklärung über psychische Erkrankungen in anderen Lebensbereichen (Arbeit, Bildung). Zusätzlich ist eine nicht-stigmatisierende Medienarbeit unerlässlich [99].

Ziel einer guten psychiatrischen Versorgung muss sein, die **individuelle Selbstwirksamkeit, Autonomie und Teilhabe der Patientinnen und Patienten zu fördern** und diese am **Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit** auszurichten. Dabei ist klar, dass individuelle Bedürfnisse in einem Spannungsverhältnis zu gesellschaftlichen Grundübereinkünften und individuellen Menschenrechten stehen können. Mit dem Wissen um dieses Spannungsverhältnis sollen entsprechende Angebote auf den größtmöglichen Nutzen im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit ausgerichtet sein. Das heißt: **Bedürfnisse werden durch das Versorgungssystem in Bedarfe übersetzt, die messbar und skalierbar sind** und damit die Festlegung von Erfordernissen für eine Struktur- und Prozessqualität einer evidenzbasierten Versorgung ermöglichen. Gleichzeitig muss sich ein tragfähiges Versorgungsmodell auch durch eine gute Ergebnisqualität auszeichnen.

Grundsätzlich muss dabei gelten, dass die Weiterentwicklung eines Versorgungssystems dann besonders gut gelingt, wenn ein **struktureller Einbezug von Menschen mit Psychiatrieerfahrung und deren An- und Zugehörigen im Sinne eines trialogischen Ansatzes, unter Wahrung der Selbstbestimmung und Zustimmung der betroffenen Personen, in der Konzeptionierung und Umsetzungsbegleitung der Angebote** erfolgt [100]. Dies entspricht nicht zuletzt auch den Vorgaben der von Deutschland im Jahr 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention. Beispiele hierfür finden sich bei der Leitlinienerstellung [101], der Gemeindepsychiatrie [102] oder auch in Klinikbeiräten [101]. Dabei muss ggf. auf die richtige Balance zwischen den Perspektiven von Betroffenen und An- und Zugehörigen geachtet werden, so dass die Selbstbestimmung der betroffenen Personen gewahrt bleibt. Auf der Ebene bundesweiter Konzeptentwicklung zeigt der Psychiatriedialog 2018–2022, dass ein solcher Einbezug auch in einem heterogen besetzten strukturellen Verständigungsprozess gelingen kann [70].

Schlussendlich müssen die Versorgungsangebote ausreichend und zielgerichtet in den analogen und digitalen Lebenswelten der Menschen geplant werden. Für die analogen Angebote gilt hier ein **konsequenter regionaler Bezug**. Als Versorgungsregion eignet sich – orientiert am Prinzip der kommunalen Daseinsvorsorge – die Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Die Planung der Angebote soll sich dabei an der Bevölkerung der Versorgungsregion ausrichten. Kriterien sollten neben der Bevölkerungsstärke (Einwohnerzahl) auch Alter, Geschlecht, Morbidität sowie weitere soziodemografische Variablen sein, die die sozialen Determinanten psychischer Erkrankungen berücksichtigen (u.a. Erwerbsleben und soziale Lage). Beispiele hierfür finden sich in Deutschland neben den bevölkerungsbezogenen Planungsgrößen im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V [76] z. B. in Berlin, wo für die Planung der klinischen psychiatrischen Kapazitäten oder die Planung gemeindepsychiatrischer Beratungsangebote zusätzlich zum Bevölkerungsbezug auch Sozialindikatoren berücksichtigt werden [103, 104]. Ein ähnliches Prinzip kommt mit dem Einbezug eines sozialen Deprivationsindexes in Großbritannien zur Anwendung [105, 106, 107]. Nicht zuletzt geht es dabei um eine **bessere Verteilungsgerechtigkeit** [108] in Bezug auf die im System verfügbaren personellen, finanziellen und technischen Ressourcen.

Kurz gesagt:

Leitprinzipien der vorliegenden Empfehlungen sind die konsequente Ausrichtung der Versorgung am Menschen und seinen individuellen Bedarfen sowie ein evidenzbasierter und lebensphasenorientierter Ansatz zur Förderung psychischer Gesundheit.

Hierzu gehören Prävention, Früherkennung, Recovery, barrierefreie und diskriminierungsfreie Zugänge, aktive Beteiligung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihren An- und Zugehörigen sowie eine bedarfsgerechte Planung regionaler Versorgungsangebote. Ziel ist eine personenzentrierte, gerechte und diskriminierungsfreie psychiatrische Versorgung, die Selbstbestimmung, Teilhabe und gesundheitliche Chancengleichheit fördert.

2.2 Konsequente Bedarfsorientierung

In der Weiterentwicklung des Stepped-Care-Modells aus dem Jahr 2018 [2] zeichnet sich das hier vorgestellte Versorgungsmodell durch einen **erweiterten funktionalen Ansatz** aus. Es geht vom in den 1970er Jahren durch den amerikanischen Psychiater George Engel beschriebenen **biopsychosozialen Modell** aus, welches das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren bei der Genese psychischer Erkrankungen beleuchtet [109]. In der Folge ist es auch wichtig, die Erkrankung nicht nur im Sinne der psychopathologischen Symptome, sondern auch in Bezug auf ihre Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen zu betrachten. Die Weltgesundheitsorganisation nimmt darauf Bezug, indem sie ergänzend zum **Diagnosesystem der ICD** (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) [110] ein Klassifikationssystem zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes der Person definiert: Es handelt sich um die ***International Classification of Functioning*** [111], womit die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden können. Sie sind beispielweise Grundlage zur Feststellung des Hilfebedarfs im Kontext der Eingliederungshilfe.

Abbildung 9 zeigt, wie die unterschiedlichen Komponenten in Wechselwirkung zueinander stehen. Im Zentrum des Modells stehen demnach Funktionen bzw. Aktivitäten, die durch eine Erkrankung, Umweltfaktoren und/oder personenbezogene Faktoren eingeschränkt sein können. Diese werden im hier vorgestellten Versorgungsmodell berücksichtigt. Der Mensch, bzw. die Patientin/der Patient mit den jeweiligen Bedürfnissen steht weiterhin im Mittelpunkt. Deren/Dessen Bedürfnisse werden unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren in Bedarfe übersetzt, und für diese werden entsprechende passgenaue Angebote gemacht, die die verschiedenen Funktionsbereiche adressieren. Dabei ist es im Sinne des funktionalen Ansatzes unerheblich, welche Leistungserbringenden die Aufgaben übernehmen, solange diese für die Betroffenen bedarfsgerecht ausgeführt werden.

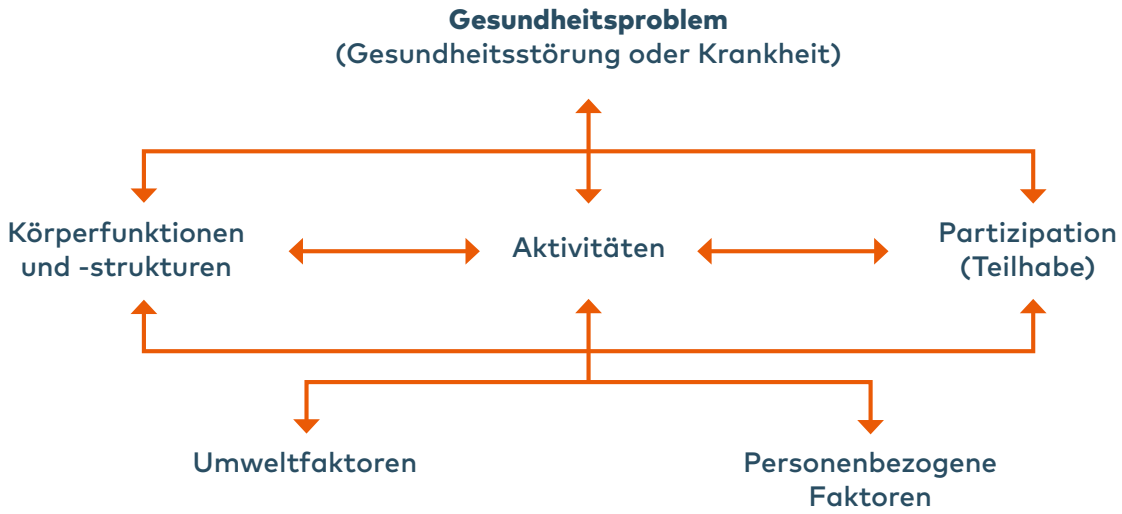


Abbildung 9. Wechselwirkung zwischen den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit [112]

Als Quintessenz geht es darum, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung mit der psychosozialen Versorgung, Beratung und Teilhabe zusammen zu denken und patienten- und bedarfsorientiert am Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit auszurichten. Dieses Prinzip wird in Abbildung 10 als **Pyramidenmodell** visualisiert.

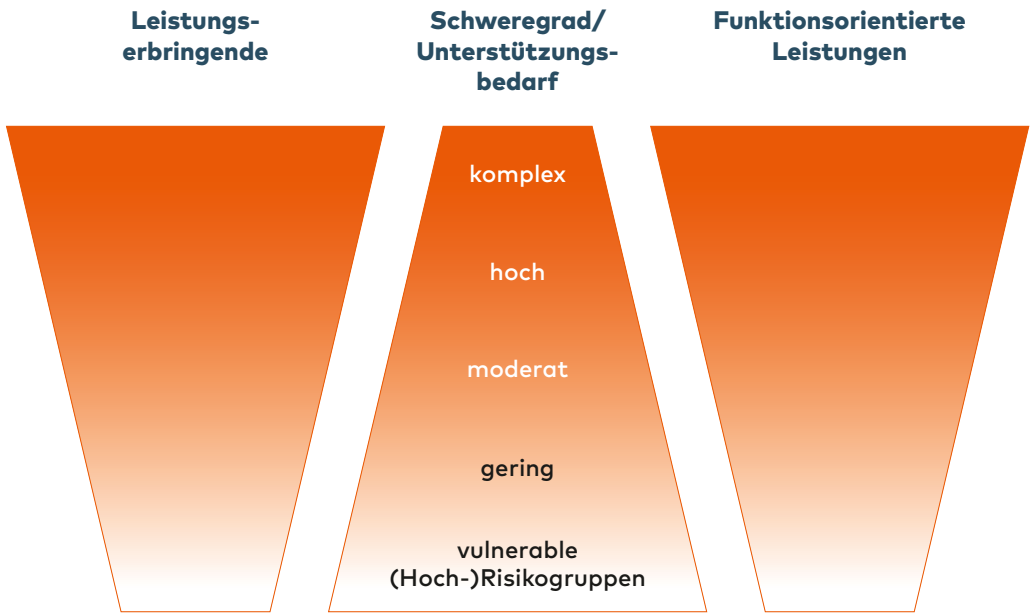


Abbildung 10. Versorgungssystemzentrierte Perspektive (Pyramidenmodell)

Die DGPPN schlägt eine **bedarfsgestufte, sektorenübergreifend[1] organisierte Versorgungsstruktur** für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor, deren **zentrales Ordnungsprinzip die Differenzierung der Bedarfslagen** ist (mittlere Pyramide in Abbildung 10). Die vorliegenden Empfehlungen bauen auf dem Stepped-Care-Modell auf [2] und fokussieren die Versorgungsorganisation. Entlang dieses Kontinuums werden sowohl die Leistungserbringenden (linke Pyramide, Abbildung 10) als auch die funktionsorientierten Leistungen (rechte Pyramide, Abbildung 10) systematisch zugeordnet. Dabei orientieren sich die funktionsorientierten Leistungen primär an den funktionellen Einschränkungen und der subjektiven Lebensqualität eines Menschen und nicht an einer Diagnose.

Ausgangspunkt bildet die Annahme, dass die größte Patientengruppe (breite Basis der mittleren Pyramide, Abbildung 10) eher geringe Bedarfslagen aufweist, während komplexe Bedarfslagen vergleichsweise selten auftreten (schmales Ende der mittleren Pyramide). Gleichzeitig verhält sich der Ressourceneinsatz invers zu dieser Verteilung: Während der individuelle Versorgungsaufwand bei geringen Bedarfslagen niedrig ist, erfordern komplexe Bedarfslagen eine hochintensive, multiprofessionelle und koordinationsaufwändige Versorgung. Diese Logik spiegelt sich in Form einer umgekehrten Pyramidenstruktur der Leistungen und Leistungserbringenden wider.

In Abbildung 11 wird das Grundprinzip des Versorgungsmodells weiter ausdifferenziert. Am breiten Ende der Bedarfspyramide stehen geringe Bedarfslagen sowie präventive Kontexte, bei denen keine oder nur minimale funktionale Beeinträchtigungen vorliegen. Hier erfolgt die Versorgung primär durch niedrigschwellige, breit verfügbare Angebote, wie Selbsthilfe, psychosoziale Beratung, Lebensstilinterventionen, digitale Anwendungen und ggf. hausärztliche Versorgung. Die zugeordneten Leistungen sind entsprechend ressourcenarm, präventiv und auf Früherkennung sowie Selbstmanagement ausgerichtet. Ziel ist es, frühzeitig zu intervenieren und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern.

1 Sektorenübergreifende Versorgung bezeichnet die koordinierte Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinweg (vertragsärztlicher Bereich und Klinik, aber auch Teilhabeeinrichtungen), um eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Mit zunehmender Bedarfsausprägung, im Bereich moderater Bedarfslagen, können funktionale Einschränkungen in einzelnen Lebensbereichen auftreten. Entsprechend erweitert sich das Versorgungsspektrum um fachärztliche und psychotherapeutische Leistungen, ergänzt durch strukturierte diagnostische Verfahren und erste koordinierende Unterstützungsangebote. Auf Leistungsebene stehen symptomorientierte Behandlung, psychosoziale Beratung sowie erste teilhabeorientierte Interventionen im Vordergrund.

Bei hohen Bedarfslagen, die durch Beeinträchtigungen in mehreren Funktionsbereichen gekennzeichnet sind, wird eine intensivierte und stärker koordinierte Versorgung erforderlich. In diesem Bereich gewinnen Case Management, Soziotherapie sowie aufsuchende Unterstützungsangebote in der sehr heterogenen Lebenswelt der Menschen an Bedeutung. In der Regel erfährt die Lebenswelt eine räumliche Verankerung in der Gemeinde, also einem Ort und seiner näheren Umgebung, an dem der Mensch sich vorrangig aufhält und der sich in vielen Bereichen mit dem Sozialraum deckt [112]. Die Leistungen bei den hohen Bedarfslagen umfassen neben psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung insbesondere psychosoziale Unterstützung in zentralen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit und sozialer Teilhabe, ergänzt durch An- und Zugehörigenarbeit und alltagsstrukturierende Maßnahmen. Die 2025 in 3. Auflage erschienene S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* gibt hierfür eine zuverlässige evidenzbasierte Orientierung [88].

Am oberen Ende der Bedarfsachse stehen schließlich komplexe Bedarfslagen, die durch umfassende Beeinträchtigungen in mehreren Funktionsbereichen gekennzeichnet sind. Hier ist eine hochintensive, multiprofessionelle und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung erforderlich. Diese wird durch multiprofessionelle Teams unter fachärztlicher Leitung erbracht und umfasst integrierte somatische, pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen. Optimal sind aufsuchende Versorgungsformen, kontinuierliche Betreuung sowie eine enge Koordination aller beteiligten Akteurinnen und Akteure mit dem Ziel, Stabilität zu erreichen und individuelle Teilhabe zu sichern. Die im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projektes RECOVER erhobenen Daten zeigen, dass ein solches Versorgungsprinzip bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sich auch gesundheitsökonomisch rechnet. Durch die intensiv-ambulante und koordinierte Versorgung sinken die stationären Behandlungskosten und das psychosoziale Funktionsniveau steigt. Dies führt zu einer Gesamtreduktion der gesellschaftlichen Kosten [113].

Aktuell werden diese komplexen Angebote strukturell begrenzt aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und beginnend auch aus den sich entwickelnden KSVPsych-Netzverbünden heraus realisiert. Vertragsärztinnen und -ärzte in Einzelpraxen können diese Versorgung in Ermangelung einer strukturellen Verankerung berufsgruppenübergreifender, multiprofessioneller Versorgung nur sehr begrenzt leisten. Die Angebote müssten ausgeweitet und stärker auch aus dem vertragsärztlichen Sektor heraus ermöglicht werden. Neben den Möglichkeiten durch die KSVPsych-RL wäre eine Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen nach dem Vorbild der Sozialpsychiatrievereinbarung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wünschenswert; sie könnte dazu führen, dass Vertragsärztinnen und -ärzte perspektivisch hier eine größere Rolle übernehmen (vgl. Abschnitt 2.4.4).

Ein Grundprinzip der Bedarfsorientierung ist auch, dass eine auf die Bedarfe ausgerichtete Steuerung und Koordinierung der Angebote stattfindet (vgl. Abschnitt 2.5). Flankierend sind Qualitätssicherung und kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung der Versorgungsangebote wichtig.

Die Grundlage der vorliegenden Empfehlungen bilden übergreifende Prinzipien wie Resilienzförderung, Empowerment, Partizipation, d.h. die strukturierte Beteiligung von Nutzenden, Entstigmatisierung sowie Gesundheitsförderung und Prävention, die alle Ebenen der Versorgung durchziehen.

Insgesamt soll die Organisation der Versorgung konsequent bedarfsorientiert werden: Die Intensität der Leistungen und die Einbindung spezialisierter Akteurinnen und Akteure soll systematisch mit dem individuellen Bedarf ansteigen, während gleichzeitig für die große Gruppe von Patientinnen und Patienten mit geringen Bedarfslagen effiziente, niedrigschwellige und skalierbare Versorgungsangebote auch außerhalb des SGB V vorgehalten werden sollen.

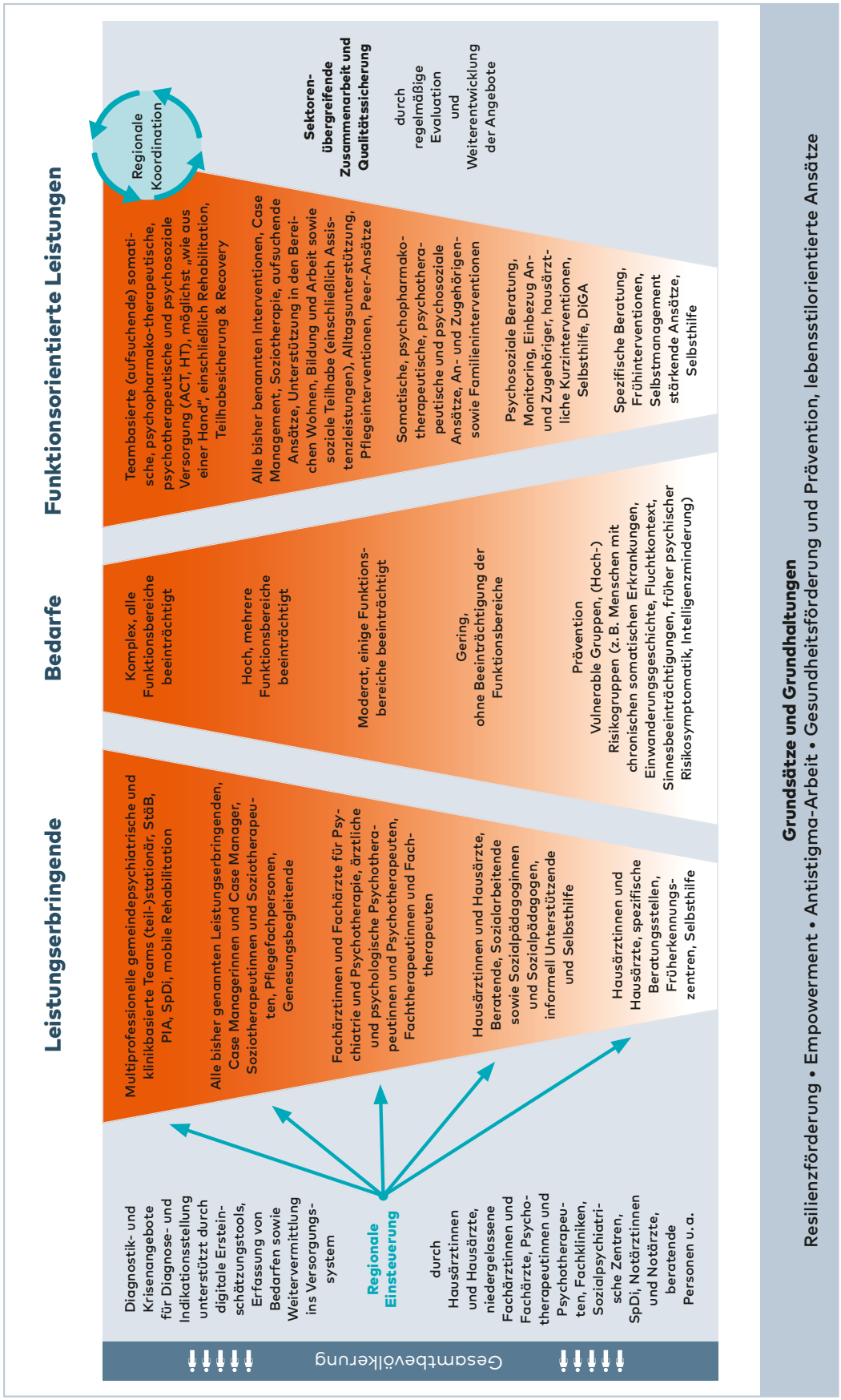


Abbildung 11. Versorgungssystemzentrierte Perspektive (Pyramidenmodell, erweitert)
Die abgebildeten Stufen sind als dynamische, bedarfsadaptive Behandlungspfade zu verstehen. Die Zuordnung der Leistungserbringenden und der funktionsorientierten Leistungen dient einer Orientierung, sie erfordert jedoch in der Praxis immer die ergänzende individuumszentrierte Perspektive, die in Abbildung 12 dargestellt wird.

Wichtige Grundvoraussetzungen für eine bedarfsorientierte Versorgung im Sinne der DGPPN-Empfehlungen sind, dass

- die möglichst evidenzbasierten Interventions- und Versorgungsangebote in einer Versorgungsregion vorhanden und qualitätsgesichert sind,
- eine grundsätzliche sektoren- und rechtskreisübergreifende Vernetzung der Leistungserbringenden gegeben ist,
- eine Einsteuerung, d.h. strukturierte Zugänge in das System definiert sind,
- für Menschen mit multiplen bzw. komplexen Funktionseinschränkungen und Bedarfen verbindliche regionale Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen existieren, die SGB-übergreifend agieren, und
- Grundprinzipien der informierten Entscheidungsfindung und des Trialogs in allen Versorgungsregionen etabliert sind und gelebt werden.

Die Pyramidendarstellung in Abbildung 11 darf aber nicht so missverstanden werden, dass alle Bedarfe einer Person mit einer psychischen Erkrankung gleichwertig einer Stufe zuordnet werden. Vielmehr muss berücksichtigt werden, dass die Bedürfnisse der Person sich je nach betrachteter Dimension in unterschiedlich intensive Bedarfe und entsprechende Angebote übersetzen lassen; d.h. es ist eine individuumszentrierte Betrachtung und Differenzierung nach Bedarfsdimensionen erforderlich, damit die Behandlung bzw. Versorgung wirklich bedarfsgerecht ist. Dieses Prinzip wird in Abbildung 12 als Kreismodell dargestellt.

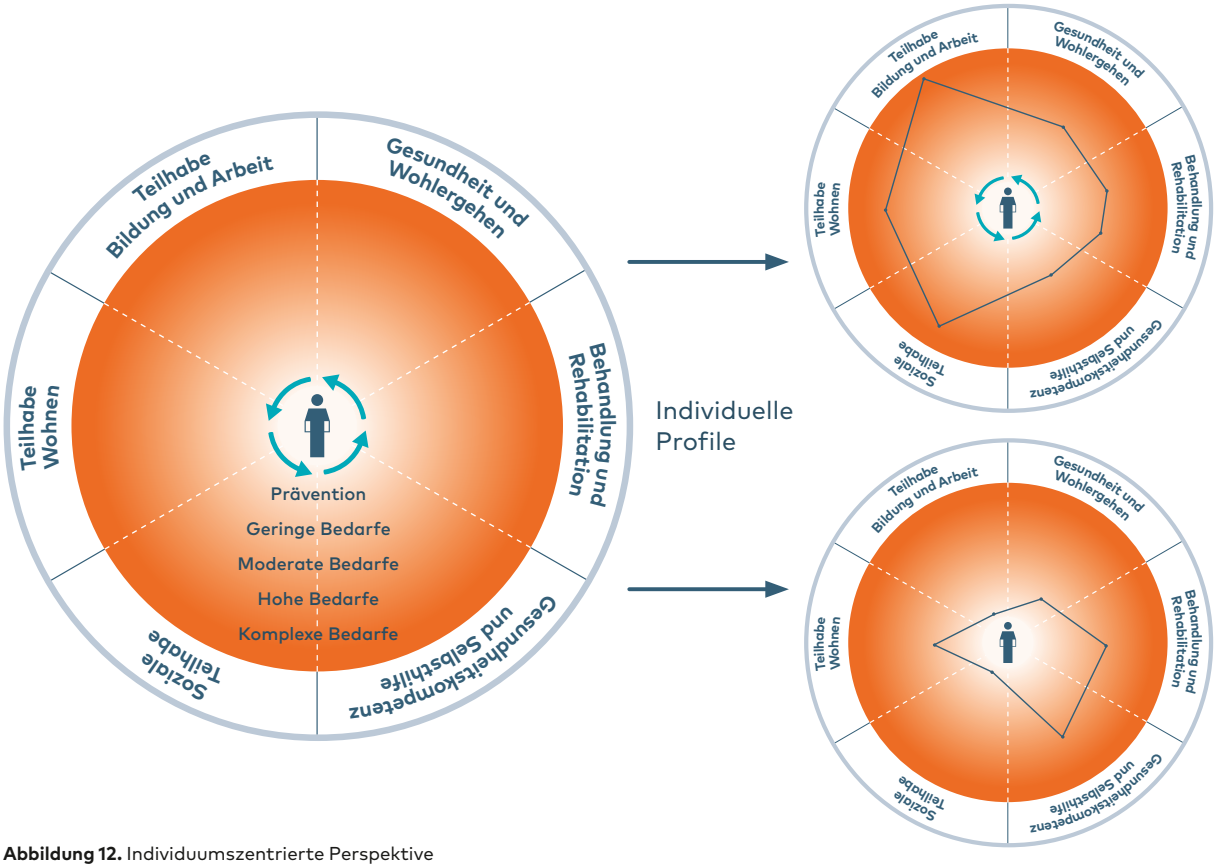


Abbildung 12. Individuumszentrierte Perspektive

Ausgangspunkt ist hier die zentrale Position der betroffenen Person. Radial um die Person sind die Bedarfslagen als konzentrische Abstufung angeordnet. Bei den Bedarfsdimensionen handelt es sich um

- Gesundheit und Wohlergehen,
- Behandlung und Rehabilitation,
- Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe,
- Soziale Teilhabe,
- Teilhabe Wohnen, und
- Teilhabe Bildung und Arbeit.

Beginnend mit Prävention im inneren Bereich des Kreises, folgen geringe, moderate, hohe und schließlich komplexe Bedarfe im äußeren Bereich. Diese Anordnung verdeutlicht, dass mit zunehmender Entfernung vom Zentrum des Kreises sowohl die Schwere der Beeinträchtigung als auch die Versorgungsintensität zunehmen. Die Versorgung ist dabei adaptiv und passt sich im Zeitverlauf fortlaufend an sich ändernde Bedarfslagen im Sinne von Stepped Care bzw. *stepped up/stepped down Care* an.

Die Berücksichtigung der sechs Bedarfsdimensionen verdeutlicht, dass Versorgung nicht ausschließlich als medizinische Behandlung zu verstehen ist, sondern als multidimensionaler Prozess, der sowohl klinische als auch soziale und funktionale Aspekte integriert. Die gleichzeitige Berücksichtigung dieser Bereiche entspricht dem biopsychosozialen Versorgungsverständnis und ist zentral für eine nachhaltige Stabilisierung und Teilhabesicherung.

Die **Kombination beider Herangehensweisen** – **die Pyramide** mit dem Fokus auf die Versorgungsorganisation und Ressourcenverteilung (Abbildung 10 und Abbildung 11) **und der Kreis** als „Übersetzung" in eine individuelle Angebotsplanung (Abbildung 12) – bestimmt das **Grundverständnis für die Leistungsfähigkeit der vorliegenden DGPPN-Empfehlungen zur Versorgung**. Es handelt sich demnach um zwei Aspekte eines einzigen Modells, wie **zwei Seiten einer Medaille**. Bei beiden Seiten ist das Verständnis wichtig, dass **Symptome, Funktionseinschränkungen und Bedarfe** nicht zwingend über einen längeren Zeitraum statisch, sondern vielmehr **dynamisch** sind, so dass die **Hilfen laufend bedarfsadaptiert angepasst** werden.

Die rechte Seite des Schaubilds in Abbildung 12 erweitert die individuumszentrierte Perspektive um die Darstellung individueller Bedarfsprofile. Die dort gezeigten polygonalen Formen illustrieren, dass die Bedarfslagen bei einzelnen betroffenen Menschen sich nicht gleichmäßig über alle Dimensionen verteilen, sondern vielmehr individuell unterschiedlich ausgeprägt sind. So können beispielsweise in bestimmten Phasen der Erkrankung bzw. in bestimmten Lebensphasen hohe Bedarfe im Bereich Wohnen oder Soziale Teilhabe bestehen, während der medizinische Behandlungsbedarf vergleichsweise gering ist – oder umgekehrt.

Diese Darstellung unterstreicht die Notwendigkeit einer individualisierten, passgenauen Versorgungsplanung, die sich nicht allein an diagnostischen Kategorien, sondern an den spezifischen funktionalen Einschränkungen und Ressourcen wie auch an den individuellen Präferenzen der Betroffenen orientiert. Versorgung wird somit als flexibles, modular aufgebautes System verstanden, das unterschiedliche Leistungsbereiche bedarfsgerecht kombiniert und grundsätzlich dem Prinzip des *Shared-Decision-Making* folgt.

Beispielhaft sind in Abbildung 13 und Abbildung 14 zwei mögliche individuelle Profile mit unterschiedlich hohen Bedarfen in den verschiedenen Dimensionen detaillierter dargestellt:

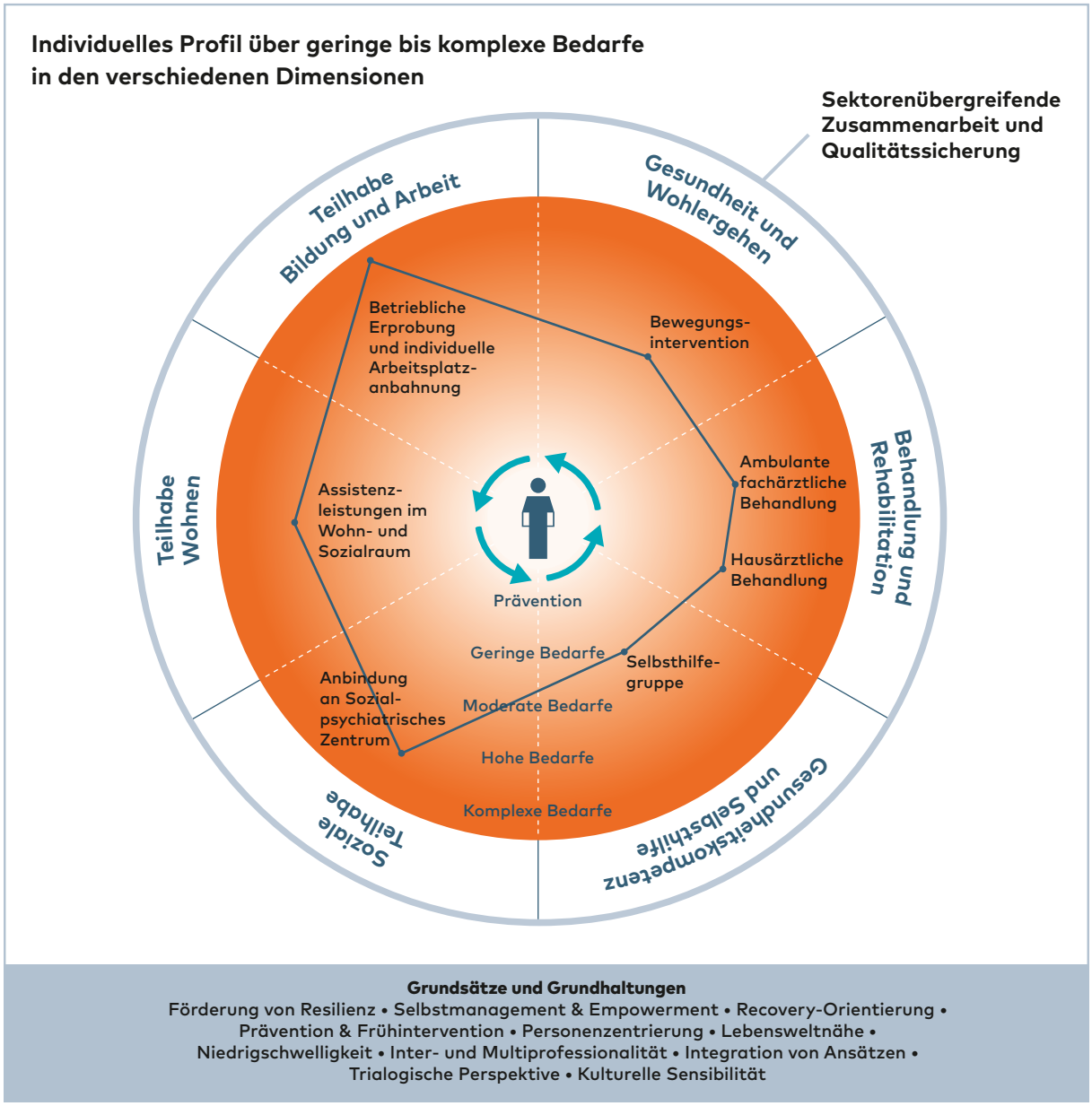


Abbildung 13. Individuumszentrierte Perspektive (Kreismodell): Individuelles Profil | geringe bis komplexe Bedarfe

Abbildung 13 stellt das Profil einer Person im mittleren Alter mit ungünstigem, chronischem Verlauf einer schizophrenen Psychose dar. Die Person wird ambulant fachärztlich mit Pharmakotherapie und begleitender ärztlicher Psychotherapie behandelt. Parallel dazu erfolgt die hausärztliche Behandlung mit regelmäßigem Monitoring wegen eines Diabetes mellitus Typ II und Hypertonie. In der Dimension Gesundheit und Wohlergehen erfolgt eine Bewegungsintervention aufgrund des metabolischen Syndroms. Im Rahmen der Dimension Gesundheitskompetenz gestaltet die Person den Alltag und ihre Bedarfe mit nur wenig Unterstützung; sie ist in der Lage, ihre Medikamente zu stellen und Blutzucker und Blutdruck zu kontrollieren und zu dokumentieren – auch aufgrund der langen Erfahrung mit ihren Erkrankungen. Eine Selbsthilfegruppe wirkt stabilisierend. Die Person hat eine eigene Wohnung und bekommt dort Unterstützung durch eine Sozialarbeiterin eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum; „Betreutes Wohnen") – auch als Rückfallebene in Krisen. In der Dimension Soziale Teilhabe erhält die Person Unterstützung durch die Angebote des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) in ihrer Wohngegend. Sie besucht regelmäßig das SPZ, hat dort Kontakt mit anderen Betroffenen und Gespräche mit einem Peer, und sie nimmt Freizeitangebote des SPZ wahr. In der Dimension Arbeit hat die Person

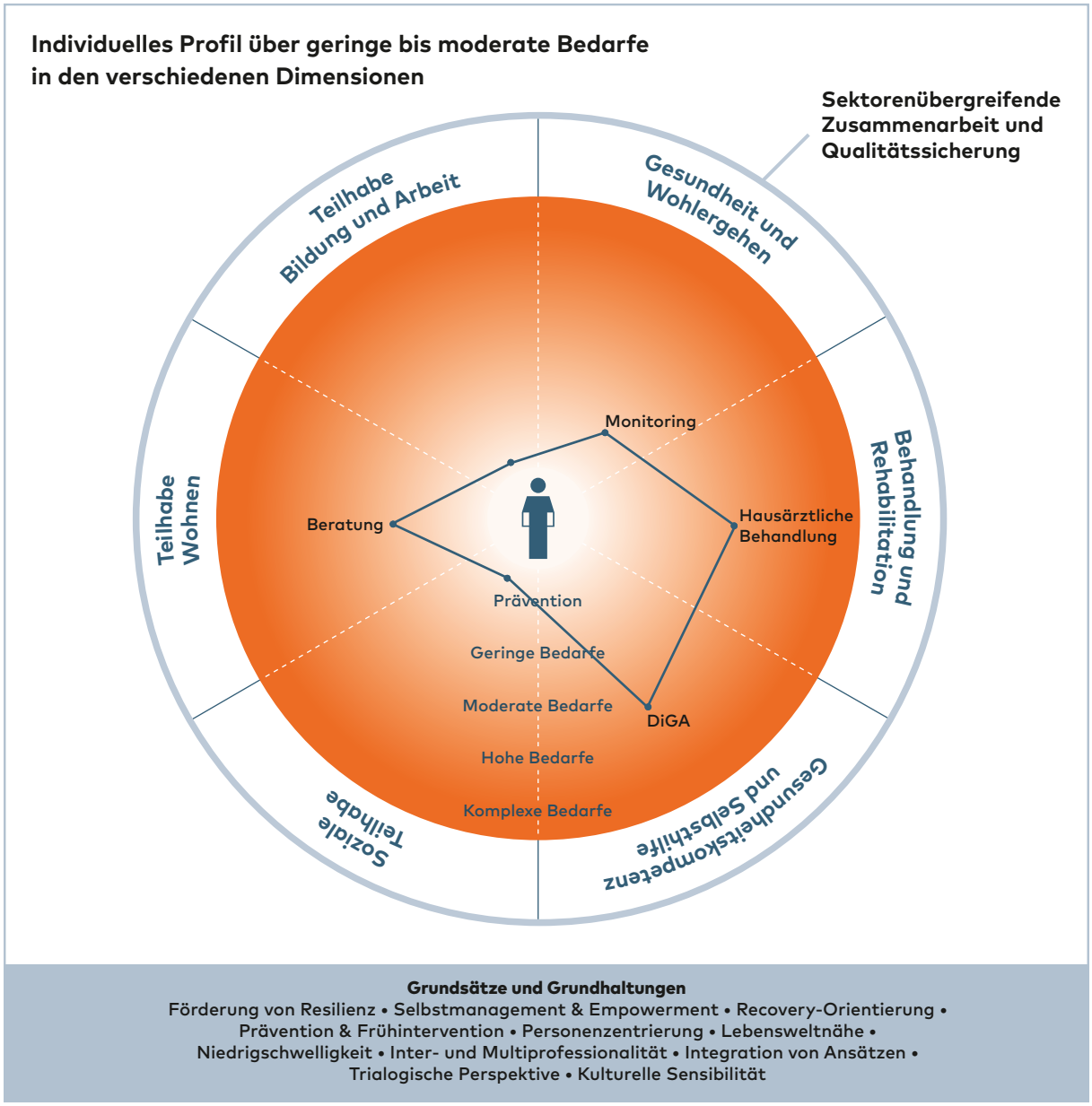


Abbildung 14. Individuumszentrierte Perspektive (Kreismodell): Individuelles Profil | geringe bis moderate Bedarfe

in der Vergangenheit eine Werkstätte besucht und konnte dort im Berufsbildungsbereich auf einen Wiedereinstieg ins Berufsleben vorbereitet werden. Aktuell wird für die Person ein Praktikumsplatz gesucht, nachdem ein Angebot nach dem Prinzip *Individual Placement and Support* (IPS) (s. Abschnitt 2.4.7) in der Wohnregion der Person nicht erhältlich war. Eine regionale Koordination wird aufgrund der komplexen Bedarfe erforderlich, die in mehreren Dimensionen existieren und multiple Leistungen erfordern.

Abbildung 14 stellt das Profil einer Person mit einer ersten leichten depressiven Episode dar. Diese Person wird durch den Hausarzt versorgt. Er hat eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) verschrieben und stützende Gespräche geführt. In der Dimension Gesundheit und Wohlergehen erfolgt ein Monitoring der Schilddrüse. Wegen finanzieller Belastung durch eine Trennungssituation nimmt die Person eine Beratung in Anspruch. In den Dimensionen Arbeit und Soziale Teilhabe besteht keine Funktionseinschränkung. Aufgrund des individuellen Profils, welches insgesamt einen geringen Bedarf aufweist, besteht keine Notwendigkeit einer regionalen Koordination.

Kurz gesagt:

Die Versorgung psychischer Erkrankungen soll sich künftig konsequent an den funktionellen Einschränkungen und individuellen Bedarfslagen der Betroffenen über verschiedene Lebensbereiche hinweg orientieren.

Die Versorgungsorganisation und Ressourcenverteilung (Abbildung 10 und Abbildung 11) müssen daher immer auch durch die Brille einer individuellen Angebotsplanung betrachtet werden (Abbildung 12 bis Abbildung 14).

2.3 Wer wird versorgt?

Nach dem in Abschnitt 2.2. beschriebenen Versorgungsmodell soll allen Menschen im Rahmen eines Lebensspannenansatzes ein bedarfsgerechtes Angebot gemacht werden. Hierzu erfolgt eine Zuordnung entweder zur Allgemeinbevölkerung ohne Beschwerden oder zu einer Gruppe mit psychischen Beschwerden mit noch unklarer klinischer Relevanz und/oder mit einer Risikokonstellation für das Auftreten einer psychischen Erkrankung, oder zu Gruppen von Menschen mit manifesten psychischen Erkrankungen.

Für Letztere werden darauf aufbauend vier Schweregrade unterschieden (gering, moderat, hoch, komplex), die sich an der Intensität und Komplexität des Unterstützungsbedarfs sowie an den mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen orientieren. Die Gruppe der Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf entspricht dabei weitgehend der Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, deren Zahl in Deutschland auf etwa 800.000 bis 1.600.000 Menschen in der Erwachsenenbevölkerung geschätzt wird [114, 115].

Besondere Aufmerksamkeit erfordern darüber hinaus **Personengruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen**, die aufgrund ihres Lebensabschnittes (z. B. Schwangerschaft, Rentenalter, Hochaltrigkeit) besondere Bedarfe, z. B. durch komplexere Abstimmungsbedarfe mit somatischen Fachdisziplinen, haben. Des Weiteren muss ein Augenmerk auf Personen gerichtet werden, die aufgrund ihrer Lebenslage oder institutionellen Einbindung häufig einen erschwerten Zugang zu regulären Hilfsangeboten haben, bzw. für die adäquate Hilfsangebote trotz des hohen Hilfebedarfs je nach Region nicht oder nur unzureichend vorhanden sind. Hierzu zählen z. B. sozial marginalisierte und wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und komorbider intellektueller Entwicklungsstörung, Geflüchtete, die dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) unterliegen, sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich im Strafvollzug oder im MRV befinden. Bei Letzteren besteht neben dem Behandlungsbedarf zusätzlich der Bedarf nach dem Schutz der Allgemeinheit.

Prinzipiell gilt: Die Krankheitssymptome und Funktionseinschränkungen bestimmen den Dreiklang aus Bedarfen, funktionsorientierten Leistungen und benötigten Ressourcen für die Leistungserbringung.

Kurz gesagt:

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich im Sinne des Lebensspannenansatzes auf alle Menschen und differenzieren psychische Erkrankungen nach dem funktionellen Unterstützungsbedarf in vier Schweregrade. Besondere Aufmerksamkeit gilt Personengruppen mit spezifischen oder komplexen Versorgungsbedarfen.

2.4 Wie wird versorgt und durch wen/wodurch? – heute und in Zukunft

Im Folgenden werden zentrale Leistungserbringende der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung systematisch dargestellt. Für jede Akteursgruppe wird zunächst skizziert, wie sie derzeit in der Versorgungspraxis agiert. Anschließend werden darauf aufbauend Entwicklungsperspektiven aufgezeigt, die eine bedarfsgerechte, flexible und stärker integrierte Leistungserbringung im Sinne des dargestellten Modells befördern könnten.

2.4.1 Selbsthilfe, Peer-Ansätze sowie An- und Zugehörigenarbeit

Selbsthilfeangebote spielen mit digitalen und analogen Formaten eine wichtige Rolle bei der Bewältigung psychischer Probleme und Erkrankungen wie auch zum Informationsaustausch und in Bezug auf die Förderung der Gesundheitskompetenz. Neben in Deutschland weit verbreiteten Gruppenangeboten (z. B. Angebote im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen) mit oft regionalem Bezug [116] existieren zahlreiche digitale Selbsthilfeangebote für spezifische Erkrankungen, wie z. B. Angststörungen oder Depressionen [117, 118]. Das Potenzial der Selbsthilfemöglichkeiten und -angebote wird gegenwärtig nicht ausgeschöpft [119]. Ebenso ist ein interkultureller Öffnungsprozess der Selbsthilfe für Menschen mit Einwanderungsgeschichte nötig [120].

Darüber hinaus sind auch spezifische **Angebote für An- und Zugehörige** Bestandteil der Selbsthilfelandschaft. An- und Zugehörige stellen oft die ersten und zum Teil einzigen Kontaktpersonen für Menschen mit psychischen Beschwerden dar. Dies kann zu eigenen psychischen Belastungen führen [121, 122]. Es ist wichtig, die An- und Zugehörigen als Stabilisatoren innerhalb bestehender Netzwerke zu befähigen und zu unterstützen [123]. Neben Beratungsangeboten (s. Abschnitt 2.4.2) und digitalen Unterstützungsmöglichkeiten (s. Abschnitt 2.4.3) spielen hier z. B. Formate wie der systemische peer-gestützte *Open Dialogue* im klinischen und außerklinischen Setting eine wichtige strukturelle Rolle [124, 125, 126, 127].

Genesungsbegleitende sind Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung hatten oder haben, neben ihrer eigenen Erfahrung einen theoretischen und praktischen Qualifikationskurs durchlaufen haben (siehe z. B. [128]) und vor diesem Hintergrund andere Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrem Genesungsprozess unterstützen. Peer-Ansätze im Sinne der Genesungsbegleitung leisten insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Selbstbestimmung und Teilhabe [88, 129, 130]. Diesen Ansätzen kommt im Sinne von ***Peer Support*** eine zunehmende Bedeutung zu. Genesungsbegleitende werden in verschiedenen Sektoren und Settings vom Krankenhaus bis hin zu SPZ oder Krisendiensten eingesetzt. Wichtig ist dabei, dass diese Interventionen im regionalen Versorgungssystem bekannt, qualitätsgesichert und stabil finanziert sind (s. Abschnitt 2.4.10).

Kurz gesagt:

Selbsthilfe, Peer-Ansätze sowie An- und Zugehörigenarbeit sollen als fester, qualitätsgesicherter und nachhaltig finanzierter Bestandteil der Versorgung etabliert werden.

2.4.2 Beratungsstellen, Früherkennung und Prävention

In Deutschland existiert eine Vielzahl von Beratungsstellen, die Orientierung im Hilfe- und Versorgungssystem bieten und psychosoziale Unterstützung sowie den Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen adressieren. Diese Angebote sind heterogen finanziert und organisiert. Perspektivisch wäre es daher notwendig, eine strukturierte Übersicht der bestehenden Angebote zu schaffen, die zugleich als Grundlage für deren strategische Weiterentwicklung und Skalierung dienen kann. Sie umfassen unter anderem Leistungen der GKV, Angebote nach dem SGB IX (z. B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) sowie in erheblichem Umfang durch Landes- und kommunale Mittel finanzierte Strukturen. Ein Beispiel hierfür sind die **psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen**, die als niedrigschwellige Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren An- und Zugehörige fungieren und über das Hilfe- und Unterstützungssystem beraten. Darüber hinaus existieren viele weitere psychosoziale Beratungsangebote z. B. in Schulen, Hochschulen, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsfürsorge sowie des SGB II und der Pflegeberatung im Kontext des SGB XI. Teilweise werden diese Aufgaben auch durch SpDi übernommen oder durch diese ergänzt (vgl. Abschnitt 2.4.8), sodass sich in der Praxis Überschneidungen und komplementäre Funktionen ergeben. Darüber hinaus existieren spezialisierte Beratungsangebote, die sich auf bestimmte Erkrankungen, z. B. **Suchtberatungsstellen**, oder Zielgruppen (darunter auch **An- und Zugehörige**) fokussieren.

Beratungsstellen arbeiten in der Regel niedrigschwellig, freiwillig und nicht-therapeutisch. Sie sind überwiegend mit Fachkräften aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychologie, seltener (mit Ausnahme von Pflegeberatungsangeboten) Pflege, besetzt. Sie übernehmen primär Funktionen der Information, Beratung, Stabilisierung und Orientierung im Versorgungssystem, ohne dabei diagnostische oder therapeutische Leistungen im Sinne des SGB V zu erbringen. Charakteristisch ist ein ressourcen- und lebensweltorientierter sowie nicht pathologisierender Ansatz, der sich insbesondere an den mit psychischen Beschwerden einhergehenden Funktionseinschränkungen orientiert. Vor diesem Hintergrund ist sicherzustellen, dass die Arbeit der Beratungsstellen qualitätsgesichert und eng vernetzt erfolgt. Insbesondere bei digitalen Angeboten ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass bei Bedarf stets ein regionaler, analoger Versorgungsbezug hergestellt werden kann.

Beratungsstellen kommt eine wichtige Rolle als **niedrigschwellige Zugangsebene für Personen mit unterschiedlichen Bedarfslagen** sowie im präventiven Bereich zu. Sie fungieren als erster Kontaktpunkt im Versorgungssystem und ermöglichen eine frühzeitige Unterstützung sowie Orientierung. Gleichzeitig können sie durch eine strukturierte Bedarfseinschätzung zur **Früherkennung höherer Bedarfslagen** beitragen.

Beratungsangebote für An- und Zugehörige, die durch analoge und digitale Interventionsangebote (z. B. in Form von An- und Zugehörigengruppen) ergänzt werden, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle für eine gute Versorgungsqualität.

Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung ist es **erforderlich, Beratungsstellen flächendeckend in digitalen, analogen und Hybridformaten als integralen Bestandteil regionaler Versorgungsstrukturen zu verankern**. Dies umfasst insbesondere die Etablierung verbindlicher Kooperationsprozesse mit weiterführenden Versorgungsangeboten, einschließlich der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, psychotherapeutischer Angebote, SpDi sowie niedrigschwelliger gemeindepsychiatrischer Angebote, wie z. B. Kontakttreffs und Angebote zur Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe, aber auch rehabilitativer Strukturen. **Ziele** sind eine **standardisierte, qualitätsgesicherte und transparente Beratung zu weiterführenden Leistungen** im Sinne eines gestuften regionalen Stepped-Care-Versorgungsansatzes, die **Förderung psychischer Gesundheitskompetenz** sowie bei Wunsch bzw. Bedarf die **Unterstützung und Bahnung des Zugangs zum Versorgungssystem**.

Darüber hinaus sind **Beratungsstellen mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene** sehr sinnvoll. Sie sollten in Kooperation mit weiteren psychosozialen und fachärztlichen Angeboten und unter Einbezug von Nutzenden sowie An- und Zugehörigen als **Integrated Youth Mental Health Services** (IYMHS) einen niedrigschwelligen Zugang zum Versorgungssystem für junge Menschen mit neu auftretenden psychischen Beschwerden bilden. Dies stellt einen Weg dar, die Empfehlungen der internationalen Lancet Commission for Youth Mental Health (2024) für Deutschland umzusetzen.

Ein Beispiel für eine solche integrierte Ausgestaltung in einem verdichteten urbanen Umfeld stellt das aus Landesmitteln geförderte Berliner Modellprojekt *soulspace* dar [131]. Dort befinden sich die bezirklichen Kontakt- und Beratungsstellen und die ambulanten Angebote der pflichtversorgenden Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie unter einem Dach, arbeiten vernetzt und werden bei Bedarf durch Suchtberatungs- oder weitere psychosoziale Angebote ergänzt. Ratsuchende erhalten einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung und Unterstützung und werden bei Bedarf gezielt in weiterführende Diagnostik, Frühintervention, Therapie oder Teilhabeleistungen übergeleitet. Die Beratungsstelle übernimmt hierbei eine Scharnierfunktion innerhalb des regionalen Versorgungssystems, einschließlich einer stärkeren Anbindung an die vertragsärztliche Versorgung. Perspektivisch wäre es sehr sinnvoll, dieses Modell auch in andere Regionen zu übernehmen.

Obwohl auch für **familienorientierte Präventionsprogramme** eine gute Evidenz vorliegt und bereits 2019 die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern* (AG KpkE) insgesamt 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation dieser Kinder und ihrer Familien vorgelegt hat, fehlt es weiterhin an ihrer Umsetzung [132]. Für Familien, in denen mindestens ein Elternteil eine psychische Erkrankung hat, sind SGB-übergreifende und koordinierte Unterstützungsangebote sowie gemeinschaftsfinanzierte Komplexleistungen nötig, die bestehende Schnittstellen überwinden und Hilfen „wie aus einer Hand" ermöglichen. Die Empfehlungen der AG KpkE wurden auch im Rahmen des Psychiatriedialogs mit Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitsgruppe weiter erörtert, insbesondere unter dem Aspekt der Familienorientierung [70].

Vergleichbare Strukturen zu den IYMHS existieren auch für Menschen im höheren Lebensalter. Hier bestehen Frage- und Problemstellungen z. B. nach Hilfen bei einer beginnenden oder diagnostizierten Demenz, Pflegebedürftigkeit, Belastung von pflegenden An- und Zugehörigen etc. So sind z. B. in Nordrhein-Westfalen seit vielen Jahren und in mehreren Städten **gerontopsychiatrische Zentren** (GPZs) etabliert, bei denen eine kommunal finanzierte Beratungsstelle in enger räumlich-organisatorischer Vernetzung mit SGB-V-Angeboten (gerontopsychiatrische Ambulanz und Tagesklinik einer sektorversorgenden Klinik) operiert [133]. Das Angebot von GPZs existiert zwar auch in anderen Bundesländern, sie sind aber nicht gleichmäßig verteilt. Berlin hat z. B. zwei GPZs, während vergleichbare Strukturen in anderen Bundesländern gänzlich fehlen und aufgebaut werden sollten [134]. Beratungsangebote wie z. B. die der Alzheimer-Gesellschaft oder der Pflegestützpunkte sollten ebenfalls in regionale Versorgungsstrukturen integriert und der Zugang sollte niedrigschwellig sein. In eher ländlich strukturierten Räumen sind auch andere Modelle denkbar, die an die dortigen Struktur- und Ressourcenunterschiede angepasst werden müssten. Digitalen Beratungsangeboten dürfte hierbei eine wesentlich wichtigere Rolle zukommen. Auch wären eine Sicherstellung der Sprachmittlung und ein Fokus auf Kultursensitivität sehr wichtig, da die Angebote ansonsten für ältere Menschen mit Einwanderungsgeschichte, v. a. mit Sprachbarriere, nahezu unerreichbar bleiben [135, 136].

Eine besondere Form der Früherkennung stellt die Identifikation von Behandlungsbedarf bei der vulnerablen Gruppe der Asylsuchenden und Geflüchteten dar. Vereinzelt gab es bisher Pilotprojekte in Deutschland hinsichtlich einer psychologischen **Frühdiagnostik in Erstaufnahmeeinrichtungen** [137]. Eine zielgruppengemäße und möglichst frühe Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen ist eine Voraussetzung für die erfolgreiche Integration der betroffenen Menschen und beugt Chronifizierungen vor. Deshalb sollen entsprechende Screenings zur Erkennung von psychischen Erkrankungen in Erstaufnahmeeinrichtungen mit Unterstützung von professionell qualifizierten Kultur- und Sprachmittelnden durchgeführt und ggf. eine Behandlung unterstützt werden [138].

Insgesamt zeigt sich, dass Beratungsstellen im Rahmen eines bedarfsorientierten Versorgungssystems insbesondere für häufige, niedriggradige Bedarfslagen und für die Früherkennung und Bahnung von Frühinterventionen in enger Abstimmung mit ärztlicher Expertise bereits heute eine wichtige Rolle spielen. Diese sollte aus Sicht der DGPPN noch verstärkt werden. Durch strukturelle Weiterentwicklung und stärkere Vernetzung könnten Beratungsstellen dazu beitragen, Versorgungsprozesse frühzeitig zu bahnen und ergänzend zu begleiten.

Kurz gesagt:

Beratungsstellen und Früherkennungszentren sollen als flächendeckende, qualitätsgesicherte und niedrigschwellige Zugangspunkte verbindlich in regionale Versorgungsnetzwerke integriert werden.

Sie sollen eine zentrale Scharnierfunktion für die bedarfsgerechte Steuerung sowohl in hausärztliche als auch in spezialisierte medizinische, psychosoziale und rehabilitative Angebote darstellen. Besondere Bedeutung haben integrierte Beratungsstrukturen für junge Menschen (z. B. Integrierte Youth Mental Health Services, IYMHS), ältere Menschen (z. B. gerontopsychiatrische Zentren) sowie weitere vulnerable Gruppen.

2.4.3 Ergänzende Angebote: digitale und Lebensstilinterventionen

Digitale Interventionen, insbesondere evidenzbasierte DiGA sowie niedrigschwellige Online-Beratungs- und Unterstützungsangebote unterstützen zunehmend die hausärztliche sowie fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Sie werden bereits heute punktuell zur Unterstützung der Diagnostik, zur Überbrückung von Wartezeiten sowie zur Begleitung therapeutischer Prozesse eingesetzt, sie sind jedoch bislang nicht systematisch in die Versorgungsprozesse integriert. Sie stellen keinen Ersatz für persönliche Unterstützung und keine Leistungserbringenden im eigentlichen Sinne dar, dienen jedoch als ergänzende Angebote.

Digitale Interventionen können und sollen über verschiedene Bedarfslagen hinweg eingesetzt werden, insbesondere zur Förderung des Selbstmanagements sowie als ergänzende Bausteine in laufenden Behandlungsprozessen. Voraussetzungen hierfür sind eine stärkere Integration in bestehende Versorgungsstrukturen, einschließlich klarer Indikationsstellung, Qualitätssicherung sowie einer verbindlichen Verzahnung mit analogen Versorgungsangeboten (*blended care*) sowie die Wahrung der Wahlfreiheit der Betroffenen. Zudem sollte eine mehrsprachige Verfügbarkeit gewährleistet sein.

Auch für An- und Zugehörige spielen digitale Begleit- und Interventionsangebote eine zunehmend wichtige Rolle, die in der Versorgung strukturiert und qualitätsgesichert berücksichtigt werden sollte [139].

Dabei ist auch immer die digitale Teilhabe im Blick zu behalten, um nicht ein digitales *Inverse Care Law* zu fördern; damit wäre das Phänomen gemeint, dass die Verfügbarkeit und Qualität medizinischer Versorgung oft gerade dort am geringsten ist, wo der Bedarf der Bevölkerung am größten ist [140]. Die digitale Gesundheitskompetenz spielt hier – neben Barrierefreiheit und zielgruppengerechter Sprache – eine wichtige Rolle, insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [141, 142, 143]. Dazu gibt es evaluierte Programme, wie z. B. *Digital Outreach for Obtaining Ressources and Skills* aus den USA. Diese sollten auch adaptiert auf Deutschland standardmäßig etabliert werden [144].

Evidenzbasierte **Lebensstilinterventionen mit den Schwerpunkten Bewegung und Ernährung** sollten ebenfalls als Bestandteil eines abgestuften Versorgungskonzeptes berücksichtigt werden. Bei Menschen mit niedrigem bis moderatem Unterstützungsbedarf können niedrigschwellige Lebensstilinterventionen, beispielsweise Sportgruppen oder digitale Unterstützungsangebote wie *DigiBrave* (www.digibrave-bayern.de), einen wichtigen Beitrag zur Förderung der körperlichen und psychischen

Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe leisten. Bei komplexeren lebensstilbezogenen Problemlagen, insbesondere bei ausgeprägten somatischen Komorbiditäten, Ernährungsarmut oder weiteren gesundheitsrelevanten Risikofaktoren, sind hingegen strukturierte lebensstilorientierte Therapien durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte erforderlich. Für den Bereich Bewegung liegen mit den Innovationsfondsprojekten *STEP.De* [145] und *ImPuls* [146] bereits erfolgreiche Modelle vor, die die Machbarkeit und Wirksamkeit einer Implementierung in die psychiatrische Regelversorgung belegen.

Für den Bereich Ernährung besteht ein erheblicher Bedarf an der Entwicklung, Implementierung und wissenschaftlichen Evaluation nachhaltiger Versorgungskonzepte. Grundlagen hierfür werden aktuell durch das partizipative *ESSENzPSYCHE-Netzwerk* [147] geschaffen, das Fachkräfte, Betroffene und Angehörige vernetzt und die Entwicklung entsprechender Angebote unterstützt; ferner durch die im Rahmen der europäischen Initiative *Nourishing Minds* durchgeführten Implementierungsworkshops für unterschiedliche Versorgungssettings (https://nourishing-minds.org/).

Kurz gesagt:

Evidenzbasierte digitale Interventionen sollen als qualitätsgesicherte und verbindlich in die Versorgung integrierte Ergänzung analoger Angebote etabliert werden (Blended Care). Voraussetzung sind ein Wirkungsnachweis und eine klare Indikationsstellung, die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz und Maßnahmen zur Sicherung digitaler Teilhabe, um Versorgungsungleichheiten zu vermeiden. Evidenzbasierte Lebensstilinterventionen mit den Schwerpunkten Bewegung und Ernährung sollten ebenfalls als Bestandteil eines abgestuften Versorgungskonzeptes berücksichtigt werden.

2.4.4 Fachärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringende im vertragsärztlichen Versorgungsbereich

Die psychiatrischen Reformbewegungen der 60er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts verfolgten v. a. das Ziel, Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem Lebensumfeld zu versorgen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten. Heute erfolgt die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen analog derer mit somatischen Erkrankungen sowohl hausärztlich als auch fachärztlich psychiatrisch und psychotherapeutisch.

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin übernehmen als **Hausärztinnen und Hausärzte** eine zentrale Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und sind über alle Bedarfslagen hinweg in die Versorgung eingebunden. Neben der Behandlung somatischer Erkrankungen leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur frühen Erkennung von psychischen Erkrankungen und Bedarfen, aber auch in der initialen oder auch kontinuierlichen Behandlung von sehr vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen [148, 149]. Die hausärztliche Versorgung stellt heute oft den ersten Zugangspunkt zum Gesundheitssystem dar. Bei etwa 78 % der Patientinnen und Patienten mit Depressionsbefund wurde eine Depressionsdiagnose durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin gestellt [150]. Zirka die Hälfte der Fälle von depressiven Erkrankungen werden in hausärztlichen Praxen behandelt [151, 152]. Besonders die Behandlung von älteren Menschen und Menschen mit Angst-, somatoformen- und Anpassungsstörungen wird sehr häufig von Hausärztinnen und Hausärzten übernommen [148, 153].

Hausärztinnen und Hausärzte bleiben aber auch bei einer Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie bei höheren und komplexen Bedarfslagen wichtige Ansprechpartner und -partnerinnen, insbesondere – aber nicht ausschließlich – im Hinblick auf somatische Komorbiditäten und für die kontinuierliche Versorgung. Dazu gehört auch die Einbeziehung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsempfehlungen in die begleitende hausärztliche Versorgung.

Die Versorgung von Menschen mit (komorbiden) psychischen Erkrankungen ist jedoch in der hausärztlichen Praxis immer wieder herausfordernd. Als Konsequenz ist eine gute Ausbildung zur biopsychosozialen Einordnung von Symptomen und zum Umgang mit und der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen sowie eine bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen emotionalen Reaktionen im hausärztlichen Alltag wichtig [154, 155]. Dieser Aspekt wird durch einen seit 2003 obligatorischen Kurs zur psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) in der Weiterbildung Allgemeinmedizin berücksichtigt. Aus Sicht der DGPPN sollten diese Kurse hinsichtlich der besprochenen Erkrankungen breiter ausgerichtet sein, alle häufigen psychischen Erkrankungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigen und praktisches Handwerkszeug im Umgang mit den Patientinnen und Patienten, aber auch Kriterien für eine Weitervermittlung an Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vermitteln sowie um ein interkulturelles Kompetenztraining erweitert werden [156, 157]. Einheitliche Kriterien für die Kurse sind im Sinne einer Qualitätssicherung essenziell. Die DGPPN regt zusätzlich an, psychiatrische Kompetenzen im Rahmen der allgemeinmedizinischen fachärztlichen Weiterbildung auch außerhalb der PSGV, z. B. durch Pflicht-Weiterbildungsanteile, zu verankern. Darüber hinaus wären im Sinne einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung und zur Stärkung der Expertise von Hausärztinnen und Hausärzten interdisziplinäre Besprechungen von herausfordernden Fällen in regionalen Qualitätszirkeln gemeinsam mit Fachärztinnen und Fachärzten sowohl für Psychiatrie und Psychotherapie als auch für Psychosomatische Medizin sinnvoll. Wünschenswert wäre dabei auch eine Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten des SpDi.

Grundsätzlich ist für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und im Kontext der geplanten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einem Primärversorgungssystem eine strukturelle Unterstützung der interdisziplinären Vernetzung, z. B. mittels digitaler Konsile durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und die Einführung von *Fast-Track*-Vorstellungen bei Fachärztinnen und Fachärzten denkbar und wünschenswert. Gleichzeitig muss aber aus Sicht der DGPPN auch die Möglichkeit eines Direktzugangs zu fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung erhalten bleiben, wobei in diesen Fällen eine enge und verbindliche Vernetzung mit der hausärztlichen Versorgung sicherzustellen ist (vgl. Abschnitt 2.5.1).

Vertragsärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde sind die zentralen Leistungserbringenden für die Diagnostik und leitliniengerechte Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie leisten heute häufig die Erstdiagnostik wie auch die differentialdiagnostische und konsiliarisch ergänzende Diagnostik sowie die Behandlung von episodisch und chronisch Kranken, im Regelfall in der Praxis und im Einzelfall bei Bedarf auch aufsuchend. Die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und die Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde verbinden medizinische, insbesondere psychopharmakologische, mit psychotherapeutischer Kompetenz und sozialmedizinischer Expertise. Sie sind über alle Bedarfslagen hinweg tätig und leisten bei vielen Patientinnen und Patienten auch die psychotherapeutische Versorgung sowie die Identifikation von Bedarfen und die Einleitung sozialmedizinischer Versorgung.

Bei zunehmender Komplexität der Bedarfslagen wird eine enge Abstimmung mit weiteren Akteurinnen und Akteuren des Hilfe- und Unterstützungssystems erforderlich, insbesondere mit Angeboten der sozialen Teilhabe, des Wohnens, der Bildung und der Arbeit. Bei hoher Ausprägung der psychischen Symptomatik und der funktionalen Einschränkungen kommt den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde mit ihren Praxisteams eine zentrale und steuernde Rolle für die notwendige komplexe Versorgung zu. Diese Steuerungs- bzw. Koordinierungsfunktionen werden allerdings im aktuellen Vergütungssystem nur unzureichend abgebildet und sie sind dadurch deutlich erschwert. Die KSVPsych-RL soll dem entgegenwirken, dies bleibt allerdings zum aktuellen Zeitpunkt bei noch geringem Umsetzungsgrad limitiert (s. unten).

Im Vergleich zu diesem breiten Tätigkeitsspektrum liegt der Fokus bei **Fachärztinnen und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** in der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung im Sinne der Richtlinienpsychotherapie. In Deutschland können darüber hinaus verschiedene ärztliche Berufsgruppen **Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** werden. Grundlage ist immer ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Approbation. Anschließend erfolgt eine psychotherapeutische Zusatzweiterbildung. Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen psychische Erkrankungen diagnostizieren und psychotherapeutisch behandeln sowie – im Unterschied zu psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – auch somatische Erkrankungen behandeln, Medikamente verordnen und Arbeitsunfähigkeiten bescheinigen.

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten haben durch ihre Aus- und Weiterbildung (Studium der Psychologie mit anschließender Ausbildung Psychotherapie bzw. seit 2020 Studium der Psychotherapie mit anschließender Weiterbildung) die Befähigung zur Ausübung der Heilkunde, also der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention von Erkrankungen, bei denen eine Psychotherapie im Sinne eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens indiziert ist. Neben den psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten leisten sie einen wichtigen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Psychotherapien unterscheiden sich in der theoretischen Herleitung, Dauer und Intensität, dem Einzel- oder Gruppensetting sowie der störungsspezifischen oder generischen Ausrichtung [62, 158, 159, 160, 161]. Innovationen und Weiterentwicklungen unter Beachtung von Evidenz sowie Anpassungen an neue technologische Möglichkeiten wie z. B. augmentierte Realität sind wichtig [162, 163, 164], die Latenz bis zum Eingang in die Versorgung ist aber lang.

Die Psychotherapie ist eine wichtige Säule der Behandlung psychischer Erkrankungen – auch bei schweren psychischen Erkrankungen [88] – und wird sowohl von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin oder weiteren Ärztinnen und Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung als auch von (Psychologischen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten angeboten. Die Anzahl der (Psychologischen) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist viel höher als die der Fachärztinnen und Fachärzte, allerdings behandeln Erstere deutlich weniger Patientinnen und Patienten (s. Abschnitt 1.2). Jenseits der Richtlinienpsychotherapie, die bestimmten, rechtlich verbindlichen Vorgaben bezüglich Antragsverfahren, Dauer, maximal vorgegebenen Stunden und weiteren Rahmenbedingungen folgt, stellen die supportiv-psychotherapeutische Patientenführung und die Kurzinterventionen einen wichtigen Teil psychiatrisch-psychotherapeutischer Tätigkeit dar.

Die Zugänge zu einer Psychotherapie unterscheiden sich u. a. nach dem sozio-ökonomischen Status der Patientinnen und Patienten, der Erkrankung, der vermeintlichen Herkunft und dem begleitenden Stigma [165, 166, 167]. Es ist daher im Sinne des hier vorgestellten Versorgungsmodells wichtig, darauf hinzuarbeiten, dass ein chancen- und bedarfsgerechter Zugang zu Psychotherapie für alle Patientinnen und Patienten besteht, unabhängig von Diagnose und Schweregrad, sozialem Status, Herkunft oder Behinderung. Wünschenswert wäre beispielsweise eine Koppelung neuer Psychotherapie-Kassensitze an verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit Kliniken und psychiatrischen Facharztpraxen zur prioritären Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie aus der stationären Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten.

Im Sinne einer Verbesserung der sektorenübergreifenden und koordinierten Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Jahr 2021 die **KSVPsych-RL** insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf eingeführt. Ziel ist eine strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfslagen. Dieses Ziel hatten im Vorfeld eine Vielzahl an Projekten in Vertragsarztpraxen in verschiedenen Regionen in Deutschland verfolgt. Beispielhaft kann die *Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg* (PIBB) aufgeführt werden,

die als ambulantes und multiprofessionelles Versorgungsnetz zunächst durch Selektivverträge über mehr als zehn Jahre betrieben wurde. Schließlich mündete die PIBB in der Gründung des ersten KSVPsych-Netzverbundes in Berlin im Oktober 2022 [168].

Die KSVPsych-RL ist ein positiver Ansatz zur strukturierten und koordinierten Versorgung aus dem vertragsärztlichen Bereich heraus, sie weist jedoch weiterhin Entwicklungspotenziale hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzbarkeit und Flexibilität auf. Beispielsweise sind in der KSVPsych-RL keine Leistungen der spezifischen gerontopsychiatrischen Versorgung enthalten. Gerade dort spielen aber Themen wie Früherkennung demenzieller Entwicklungen, sozialmedizinische Versorgung, Pflegebedarfe im Alter, Polypharmazie und somatische Komorbiditäten eine wichtige Rolle. In einer Zwischenevaluation aus dem Jahr 2024 wurden insbesondere „die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages sowie organisatorisch-administrative und strukturelle Anforderungen als Hürden einer flächendeckenden Umsetzung" identifiziert [169]. Der GBA nahm Ende 2025 entsprechend Anpassungen an der KSVPsych-RL vor, wodurch die Gründung von Versorgungsnetzwerken erleichtert und ihre Verbreitung insbesondere in strukturschwächeren Regionen verbessert werden soll. So wurde beispielsweise die Mindestzahl der in einem Netzverbund tätigen Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach unten angepasst und die Vorgabe zur Kooperation mit einem Krankenhaus mit Pflichtversorgung dahingehend gelockert, dass die Kooperation nicht mehr verpflichtend, sondern anzustreben ist. Eine flächendeckende Etablierung dieser neuen vernetzten Versorgungsmöglichkeit bleibt allerdings – insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen – eine Herausforderung. Die DGPPN spricht sich hier stark dafür aus, dass eine Kooperation der Versorgungsnetze mit der regional zuständigen Klinik als klares Ziel bestehen bleibt. Auch wäre es sinnvoll, die Einbindung von Genesungsbegleitenden im Rahmen der KSVPsych-RL zu verankern.

Eine Anregung für eine über die KSVPsych-RL hinausgehende Weiterentwicklung zeitgemäßer multiprofessioneller Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im vertragsärztlichen ambulanten Bereich kann die **Sozialpsychiatrie-Vereinbarung** aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten, die bereits eine stärker integrierte und multiprofessionelle Versorgungsstruktur für unterschiedliche Bedarfslagen ermöglicht [170]. Eine analoge Entwicklung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie würde als Strukturreform eine wesentliche Erweiterung der Versorgungselemente in der vertragsärztlichen Praxis bedeuten. Die DGPPN würde diese Reform mit Anpassung regulatorischer und organisatorischer Rahmenbedingungen mit dem **Ziel der Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen** für den erwachsenenpsychiatrischen Bereich sehr begrüßen. Diese würden eine multiprofessionelle Versorgung aus einer Praxis mit hohem Versorgungsgrad und vergleichbarer Ausstattung zu den PIAs ermöglichen. Die Anpassung der Praxisstrukturen müsste mit der sicheren Finanzierung der nichtärztlichen Mitarbeitenden und der Abbildung der Tätigkeit im entsprechenden Vergütungssystem einhergehen. Der Sachverständigenrat zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung forderte im Jahr 2018 ebenfalls die Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen [37]. Diese Reform würde perspektivisch auch die Möglichkeit eröffnen, dass zumindest ein Teil des vertragsärztlichen Sektors in die regionale, bevölkerungsbezogene Versorgungsverpflichtung einbezogen wird (vgl. Abschnitt 2.5.3). Folgende Versorgungselemente sollten dabei perspektivisch auch in Vertragsarztpraxen Einzug halten:

- Multiprofessionelle Versorgung durch die Zusammenführung medizinischer, psychotherapeutischer, fachtherapeutischer und sozialmedizinischer Expertise unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde mit Gesamtverantwortung für den Behandlungsplan und in enger Kooperation mit hausärztlichen Praxen,
- Ermöglichung der Beschäftigung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die bedarfsgerecht und flexibel Einzelinterventionen von der Krisenintervention über die Kurzzeitbehandlung bis zur Langzeittherapie sowie Gruppenpsychotherapie durchführen und auch aufsuchend tätig sind. Damit würde die Erreichbarkeit psychotherapeutischer Behandlung niedrigschwellig und insbesondere für die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verbessert werden, und

- Beschäftigungsmöglichkeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit dem Ziel, hier spezifische und bedarfsgerechte Begleitung und Beratung zu ermöglichen.

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert, dass insbesondere für Menschen mit komplexen Bedarfslagen ambulante multiprofessionelle und koordinierte Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut und flächendeckend etabliert werden. Ferner soll ein chancen- und bedarfsgerechter Zugang zu Psychotherapie gewährleistet werden.

Die KSVPsych-Richtlinie soll weiterentwickelt werden. Dazu gehört auch, dass die Kooperation der Versorgungsnetze mit der regional zuständigen Klinik als klares Ziel bestehen bleibt.

Die DGPPN fordert darüber hinaus die Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen für Erwachsene mit einer angemessenen Finanzierung und Vergütung multiprofessioneller Leistungen.

2.4.5 Weitere außerklinische Angebote im Rahmen des SGB V

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bzw. der Richtlinien des GBA nach § 92 Abs. 1 Ziffer 6 SGB V und somit der *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie* kann auch für eine Vielzahl von psychiatrischen Krankheitsbildern eine **häusliche psychiatrische Krankenpflege** (ambulante psychiatrische Pflege) mit dem Ziel verordnet werden, dass Versicherte so weit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können, auch um die Wahrscheinlichkeit für einen Klinikaufenthalt zu reduzieren [171]. Verfügbarkeit und Inanspruchnahme variieren jedoch stark in Deutschland. Trotz des vorhandenen rechtlichen Rahmens bedarf es einer Zulassung durch die entsprechenden Krankenkassen in den Bundesländern, und die Zulassungspraxis gestaltet sich heterogen [172].

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, nach § 37a SGB V **ambulante Soziotherapie** zu verordnen. Durch unterstützende Motivierung und gezielte Übungen sollen damit psychosoziale Einschränkungen reduziert werden. Dabei werden Verständnis, Konzentration, Eigenständigkeit und soziale Fähigkeiten gestärkt, um notwendige Hilfen perspektivisch wieder eigenverantwortlich nutzen zu können. Soziotherapie kann eingesetzt werden, wenn sie einen Klinikaufenthalt vermeidet, verkürzt oder erst ermöglicht [173]. Auch hier sind die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme trotz Rechtsanspruches niedrig und ungleich in Deutschland verteilt. Gründe dafür sind auch in der vergleichsweise geringen Vergütung und dem Fehlen einer Rahmenvereinbarung zu sehen [174].

Schließlich kann die im Kontext der (teil)stationären klinischen Versorgung breit etablierte **Ergotherapie** auch im ambulanten Rahmen auf Grundlage der *Heilmittel-Richtlinie* des GBA nach § 32 SGB V verordnet werden. Im Fokus der Ergotherapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen steht das (Wieder-)Erlangen sinnerfüllter Betätigungen im Alltag mit einem Fokus auf die Zielbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit [88]. Im Gegensatz zur ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie ist dieses Angebot weit verbreitet. Im ersten Quartal 2026 wurden beispielsweise bundesweit 2.424.000 Behandlungseinheiten für psychisch funktionelle Ergotherapie verordnet, was eine Steigerung von 8,9 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ausmacht [175, 176].

Im Sinne einer multiprofessionellen Ausgestaltung und Verstärkung der ambulanten Versorgung sollte für alle diese Angebote eine bundesweite und auskömmlich finanzierte Etablierung angestrebt werden. Bundesweit vergleichbare Rahmenbedingungen und Vergütungen für die ambulante Soziotherapie wurden bereits im Psychiatriedialog konsentiert [s. Handlungsfeld 2; 70].

Die Abbildung der in der KSVPsych-RL zusammengeführten komplexen Leistungen mit entsprechenden Vergütungsregelungen ist ein erster Schritt zu einer Ermöglichung bedarfsgerechter Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten Sektor, und sie muss im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden. Perspektivisch sollten diese Angebote auch Bestandteil einer für den erwachsenenpsychiatrischen Bereich noch zu etablierenden Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden (vgl. Abschnitt 2.4.4).

Kurz gesagt:

Ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und Ergotherapie sollen als bundesweit verfügbare, qualitätsgesicherte und auskömmlich finanzierte Bestandteile einer multiprofessionellen sozialpsychiatrischen Versorgung ausgebaut werden. Hierzu sind bestehende strukturelle und vergütungsbezogene Hürden abzubauen.

2.4.6 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und weitere Kliniken zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren **stationären, teilstationären, stationsäquivalenten (StäB) und ambulanten Angeboten** sind unverzichtbare Bausteine der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie übernehmen insbesondere die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krisen, mit erhöhtem Behandlungsbedarf sowie komplexen und akuten Krankheitsverläufen, sind jedoch auch in der weiteren Behandlung und Stabilisierung relevant, und sie bieten ein breites Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Diese werden unter fachärztlicher Leitung multiprofessionell und abgestimmt erbracht und umfassen ärztliche, psychologische, sozialarbeiterische, ergo-, bewegungs- und sporttherapeutische sowie pflegerische Angebote. Dabei stellt die Berufsgruppe der Pflege quantitativ die größte Berufsgruppe mit einem breiten Aufgabenspektrum dar [177].

Die meisten Kliniken beteiligen sich an der **regionalen Versorgungsverpflichtung** und nehmen Patientinnen und Patienten aus ihrer Versorgungsregion **24/7** auf. Ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen und Patienten kommen als **Notfälle bzw. Akutaufnahmen** in die Klinik, sie werden aber **auch elektiv** aufgenommen. Allerdings ist die regionale Versorgungsverpflichtung nicht bundesweit einheitlich konsequent geregelt, woraus bisweilen kritische Ungleichheiten in der Versorgung resultieren.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung umfasst **allgemeine, störungsübergreifende Elemente sowie störungsorientierte oder -spezifische Module**. Die Behandlung soll **grundsätzlich und vorrangig wohnortnah** bzw. in der Gemeinde erfolgen, da die Patientinnen und Patienten möglichst in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben und die Bezugspersonen bedarfsgerecht in die Behandlung einbezogen werden sollen. Das Primat der Gemeindeintegration ist insbesondere wichtig bei der Behandlung derjenigen Patientinnen und Patienten, die einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf ihrer Erkrankung aufweisen. Seine Grenze findet dieses Primat bei einzelnen Patientinnen und Patienten (wie z. B. Menschen mit komorbiden intellektuellen Entwicklungsstörungen, komplexen Traumafolgestörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen oder schweren Essstörungen), bei denen eine spezialisierte, nicht überall 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. **Wohnortnahe Versorgung und Spezialisierung** sollen somit nicht als gegensätzliche, sondern vielmehr als **komplementäre Prinzipien der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung** verstanden werden. Menschen 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 Menschen mit somatischen Erkrankungen, für die im stationären Versorgungsbereich ein System der Basis-, Schwerpunkt und Maximalversorgung selbstverständlich ist.

Die folgenden Prinzipien der Behandlungsorganisation sollen aus Sicht der DGPPN bei der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden:

1. Ausreichende Dimensionierung von psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern in der Fläche zur Vorhaltung von sowohl allgemeinen, störungsübergreifenden therapeutischen Elementen als auch von evidenzbasierten, störungsspezifischen Modulen für häufige Störungen (z.B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Depression; Krisenintervention, Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung; qualifizierte Entzugsbehandlung; kognitive Verhaltenstherapie und Familienintervention für Menschen mit der Erstmanifestation einer Psychose; traumasensible Behandlung; ambulante Gedächtnissprechstunden u.a.)
2. Vorhaltung bestimmter Angebote nur an wenigen Standorten aufgrund
    - der relativen Seltenheit bestimmter Störungen, die einen hochgradig spezialisierten Behandlungsbedarf erfordern (z.B. Komorbiditäten von psychischen Störungen und Sinnesbeeinträchtigungen oder intellektuellen Entwicklungsstörungen, elektive Psychotherapie bei schweren und komplexen Traumafolgestörungen oder dissoziativen Störungen), oder
    - der Aufwendigkeit bestimmter Spezialverfahren (z.B. Mutter-Kind-Behandlung oder bestimmte neuromodulatorische Verfahren), oder
    - der für bestimmte Störungen/Komorbiditäten erforderlichen engen Kooperation mit externen Partnern (z.B. bei schweren Essstörungen).

Seit einigen Jahren gab es Bemühungen um eine Verschiebung von stationären hin zu flexibleren, sektorenübergreifenden, ambulanten und aufsuchenden Versorgungsformen, die eine stärkere Orientierung am Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten ermöglichen.

Eine Weiterentwicklung klinischer Versorgungsformen, die bereits im Jahr 2018 in die Regelversorgung übernommen wurde, ist die **StäB**. Diese ermöglicht eine multiprofessionelle, akutpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld und trägt dazu bei, Alltagsbezüge, soziale Rollen und familiäre Kontakte in akuten Krankheitsphasen aufrechtzuerhalten. StäB stellt damit eine intensive Behandlungsform mit täglichen Kontakten als Variante des ***Home Treatment*** (HT) dar, die bei entsprechender Indikation eine Alternative zur vollstationären Behandlung bieten kann. Internationale Studien zeigen, dass durch solche Behandlungsansätze Hospitalisationstage und Wiederaufnahmen reduziert werden können, ohne dass sich klinische Outcomes wie Symptomatik oder Sicherheit, beispielsweise im Hinblick auf Suizidalität, verschlechtern [178]. Darüber hinaus berichten Patientinnen und Patienten eine hohe Zufriedenheit. Evaluationsdaten aus dem deutschsprachigen Raum weisen zudem auf eine gute Akzeptanz, eine Entlastung stationärer Versorgungsbereiche sowie potenzielle Kostenvorteile hin [178, 179, 180, 181]. **Die StäB ist jedoch wenig flexibel, sie ermöglicht insbesondere keine bedarfsadaptierte Anpassung der Kontaktdichte und ist insgesamt sehr ressourcenintensiv.**

Ein bislang überwiegend im Rahmen von Modellprojekten umgesetzter weiterer relevanter Ansatz ist das Modell des **Assertive Community Treatment** (ACT), das sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und längerfristig hoher Versorgungs- und Krisenintensität richtet, die durch die Angebote der ambulanten Regelversorgung nicht ausreichend erreicht werden. ACT ist durch multiprofessionelle, aufsuchende und koordinierte Behandlungsansätze gekennzeichnet. Anders als bei HT und StäB ist der ACT-Ansatz eine längerfristige Behandlung. Insbesondere bei stark belasteten Patientinnen und Patienten können durch ACT deutliche Reduktionen stationärer Behandlungstage sowie eine verbesserte Wohnstabilität im Vergleich zur Standardversorgung erreicht werden [182].

Auch gibt es Hinweise zur Reduktion von Straftaten bei Patientinnen und Patienten mit hohem Gewalt- und Forensifizierungsrisiko durch ACT-Ansätze [183]. Studien aus europäischen Ländern sowie dem deutschsprachigen Raum zeigen zudem, dass ACT-ähnliche Modelle auch hier implementierbar sind und mit einer höheren Patientenzufriedenheit sowie einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Kliniktagen einhergehen [184, 185, 186].

ACT kann grundsätzlich von den PIAs aus realisiert werden, wenn die Möglichkeit einer auskömmlichen Einzelleistungsvergütung nach dem Bayerischen Modell besteht. Aufgrund der Anreize beim aktuellen Vergütungssystem für die Kliniken sowie des Fachkräftemangels ist jedoch das Potential des ACT-Ansatzes in der Regelversorgung nicht ausgeschöpft, auch nicht in Bundesländern mit Einzelleistungsvergütung. In den meisten Bundesländern mit der Finanzierung der PIAs durch Quartalspauschalen ist ACT überhaupt nicht darstellbar. Damit **steht ACT in der Regelversorgung nur sehr eingeschränkt zur Verfügung.**

Grundsätzlich ist der ACT-Ansatz auch aus dem ambulanten bzw. gemeindepsychiatrischen Bereich heraus möglich. Dafür sprechen die positiven Erfahrungen aus einem innovationsfonds-geförderten Projekt zur gemeindepsychiatrischen Basisversorgung mit einem ACT-ähnlichen Ansatz [187]. Es wäre aus Sicht der DGPPN sehr wünschenswert, wenn künftig die Möglichkeit bestünde, ähnliche Ansätze in der Regelversorgung beispielsweise aus einer sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxis heraus zu etablieren (vgl. Abschnitt 2.4.4). In diesem Fall wäre eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Klinik wie auch mit anderen Akteurinnen und Akteuren der regionalen Versorgung erforderlich, wofür die Plattform eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) geeignet erscheint (s. Abschnitt 2.5.3).

Aus Sicht der DGPPN ist es für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Versorgungssystems erforderlich, die bestehenden Angebote der Kliniken stärker zu flexibilisieren und weiterzuentwickeln, sie enger mit ambulanten vertragsärztlichen Angeboten und Beratungs- und Teilhabeangeboten zu verzahnen und die Sicherstellung sektorenübergreifender Kontinuität in der Versorgung zu priorisieren. Dem **weiteren Ausbau ambulanter und aufsuchender Behandlungsansätze, einschließlich HT und ACT-ähnlicher Modelle**, kommt eine besondere Bedeutung zu, da diese eine stärkere Orientierung am Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten ermöglichen. Die **StäB sollte flexibilisiert werden**. Vor allem ist aus Sicht der DGPPN wünschenswert, dass die wesentlichen Elemente von Modellvorhaben nach § 64b SGB V, insbesondere die **Globalbudgets, in die Regelversorgung überführt werden**, weil diese Form der Finanzierung eine weitgehende Flexibilisierung der Angebote ermöglicht und den Ausbau nicht-stationärer Versorgungsformen fördert [188] (s. Abschnitt 3.1).

Neben den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken stehen für die Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen auch **(akut)psychosomatische Kliniken** auf Grundlage des SGB V zur Verfügung. Diese bestehen ebenfalls als Fachkliniken oder Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken. Einen fachlichen Schwerpunkt bilden hier komorbid auftretende somatische und psychische Krankheitsbilder, die einer (teil)stationären Behandlung bedürfen (wie z. B. in den Bereichen der Psychoonkologie oder Psychokardiologie sowie Essstörungen wie Anorexia nervosa). Darüber hinaus stellt aber das Behandlungsangebot in wesentlichen Bereichen, insbesondere den affektiven Störungen (ICD-10 F3), den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F4) sowie den Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6), ein überwiegend redundantes Parallelversorgungssystem zu dem Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie dar (s. Abbildung 15). Die psychosomatischen Kliniken sind teilweise unter psychosomatisch-fachärztlicher Leitung, teilweise aber auch unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leitung organisiert.

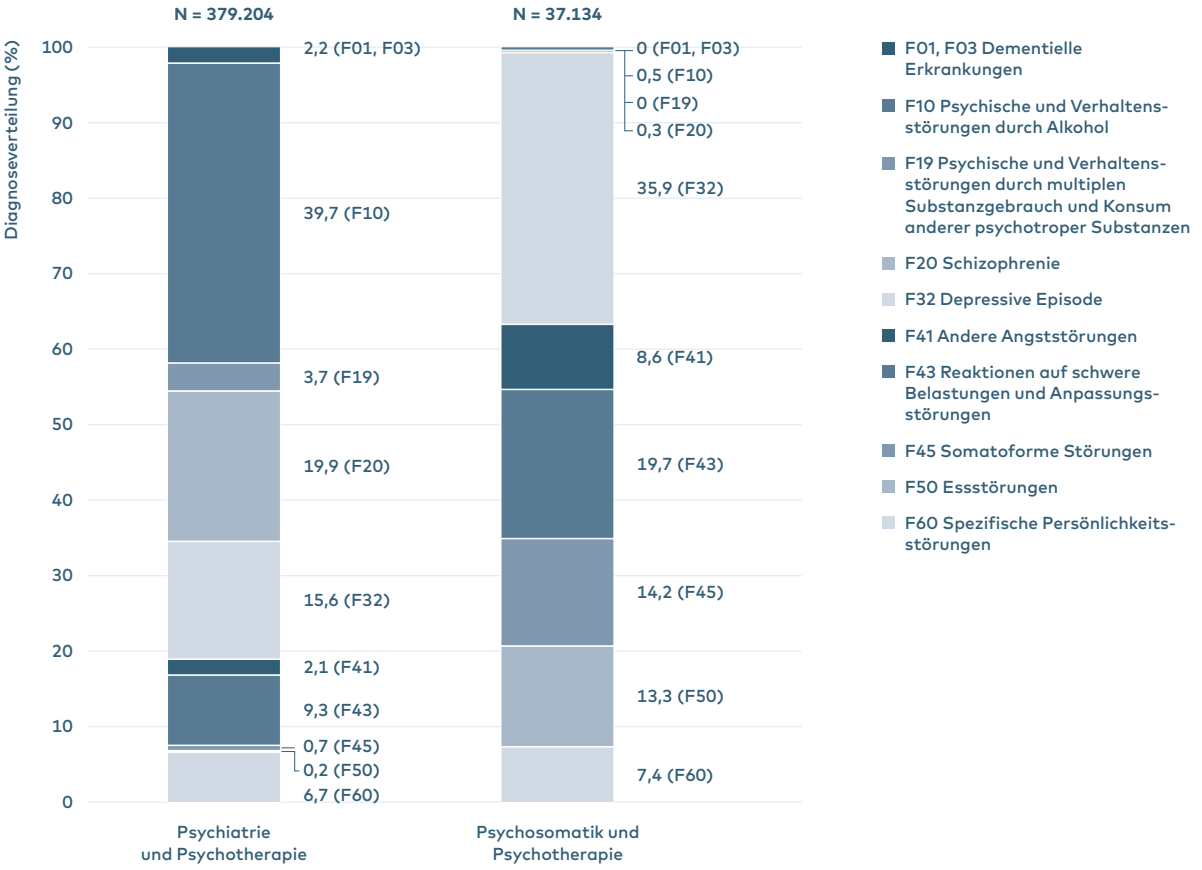


Abbildung 15. Diagnoseverteilung (ICD-10) der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten je Kliniktyp, 2021 in % [189]

Die (akut)psychosomatischen Kliniken unterliegen keiner regionalen Pflichtversorgung und die Aufnahmen erfolgen ausschließlich elektiv. Ähnlich sind auch manche Kliniken unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leitung organisiert. Dieser strukturelle Unterschied zwischen den ausschließlich oder überwiegend auf Basis von Elektivaufnahmen organisierten Einrichtungen und der Mehrzahl der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die alle Patientinnen und Patienten aufnehmen und die Notfallversorgung 24/7 gewährleisten, gepaart mit dem erheblichen Zuwachs an stationären Kapazitäten in den psychosomatischen Kliniken in den letzten Jahren (vgl. Abschnitt 1.2 und 1.3) und den begrenzten Ressourcen an Fachkräften für das gesamte Versorgungssystem, gehen mit kritischen Anreizen und erheblichen Risiken in Richtung Unter-, Über- und Fehlversorgung einher.

Im Kontext einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung ist aus Sicht der DGPPN das **Verhältnis zwischen regionaler Pflichtversorgung und elektiven stationären Angeboten dringend neu zu justieren**. Während spezialisierte Angebote für bestimmte Indikationen notwendig sind, muss sichergestellt werden, dass **keine Doppelstrukturen gefördert** werden und die flächendeckende wohnortnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen gewährleistet bleibt. Vor diesem Hintergrund erscheint es **erforderlich, dass sich klinische Angebote, die nicht an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen, stärker auf klar definierte Indikationsbereiche konzentrieren**. Gleichzeitig sollte vermieden werden, dass rein elektiv ausgerichtete Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut werden und dadurch personelle Ressourcen aus der Pflichtversorgung abgezogen werden. Schließlich ist eine Anpassung der Finanzierungs- und Steuerungsmechanismen notwendig, um flexible und sektorenübergreifende Versorgungsformen strukturell zu verankern und ihre bedarfsgerechte Nutzung zu fördern.

In der Zusammenschau sollte aus Sicht der DGPPN das System grundlegend angepasst werden, dahingehend dass die elektiven Angebote in die regionale Pflichtversorgung integriert und das dort behandelte Erkrankungsspektrum weiter spezifiziert wird. In diese Richtung gehen bereits Ansätze aus der integriert psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen und der Krankenhausplanung des Landes Berlin, die breiter implementiert und weiterentwickelt werden sollten [190, 191].

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert, psychiatrische Kliniken stärker sektorenübergreifend zu organisieren und mit vertragsärztlichen und Teilhabeangeboten zu verzahnen. Ambulante Leistungen, aufsuchende ACT-Modelle, Home Treatment und stationsäquivalente Behandlung sind weiter auszubauen und flexibler auszugestalten. Hierfür geeignete Finanzierungsmodelle (idealerweise Globalbudgets) sollen in die Regelversorgung überführt werden.

Die DGPPN fordert darüber hinaus, die regionale Pflichtversorgung zu stärken, Doppelstrukturen abzubauen oder zumindest zu reduzieren und ausschließlich auf elektive Aufnahmen ausgerichtete psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Klinikangebote konsequent in die regionale Versorgungsverantwortung zu integrieren sowie auf klar definierte Indikationsbereiche auszurichten.

2.4.7 Leistungserbringende des SGB IX (Eingliederungshilfe) und weiterer Sozialgesetzbücher

Leistungserbringende der Eingliederungshilfe (SGB IX), insbesondere Angebote der Assistenz im Wohn- und Sozialraum und besondere Wohnformen, Tagesstätten, Werkstätten einschließlich Berufsbildungsbereiche und arbeitsmarktbezogene Unterstützungsangebote, übernehmen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der sozialen Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit einer seelischen Behinderung bzw. von Menschen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind. In der Regel sind dies Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die mit anhaltenden Funktionseinschränkungen und komplexen Unterstützungsbedarfen einhergehen [12]. Der Schwerpunkt bei den Leistungen der Eingliederungshilfe liegt auf der Förderung der Selbstbestimmung und der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie der Vermeidung oder dem Entgegenwirken von Benachteiligungen. Dazu gehören Leistungen der Rehabilitation, der Stabilisierung im Alltag und der Förderung von Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bildung und Gesellschaftliches Leben. Sie ergänzen medizinische und psychotherapeutische Behandlungsangebote und tragen maßgeblich zur langfristigen Stabilisierung und Teilhabe bei.

Die Unterstützung der Teilhabe soll grundsätzlich durch an individuellen Präferenzen und Bedarfen ausgerichteten Hilfen wohnortnah und flexibel erfolgen. Dies schließt auch mobile und aufsuchende Unterstützungsformen ein, insbesondere im Bereich der beruflichen Teilhabe sowie der Unterstützung am Arbeitsplatz. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Arbeit und Beschäftigung neben der damit verbundenen Wertschöpfung auch eine interaktionelle, tagesstrukturierende und zutiefst selbstwirksame Komponente haben.

Ein zentraler evidenzbasierter Ansatz zur Förderung der beruflichen Teilhabe ist das ***Supported Employment*** bzw. ***Individual Placement and Support*** **(IPS)**, das die Integration in den ersten Arbeitsmarkt durch unmittelbare Platzierung und begleitende Unterstützung am Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfolgt [192]. Dadurch wird die berufliche Teilhabe im Sinne des SGB IX gefördert.

IPS ist ein anerkanntes und das derzeit international am besten untersuchte Modell zur Förderung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Randomisierte Studien zeigen, dass IPS die Chance auf reguläre Beschäftigung im Vergleich zu traditionellen Rehabilitationsmodellen mit stufenweiser Wiedereingliederung etwa verdoppelt bis verdreifacht, ohne dass es zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt [193, 194]. Deutsche Untersuchungen bestätigen höhere Beschäftigungsquoten und eine gute Kosteneffizienz, wobei die konsequente Umsetzung der IPS-Kernprinzipien entscheidend für den Erfolg ist [195]. Damit hat IPS ein großes Potential, die Inklusionsrate von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen substanziell zu verbessern.

Darüber hinaus gewinnen Ansätze der ***Supported Education*** an Bedeutung, die neben der Integration in den Arbeitsmarkt auch die Teilhabe an Bildungsangeboten systematisch fördern. Diese Ansätze tragen der hohen Relevanz von Bildung und Qualifikation für langfristige Teilhabechancen Rechnung und erweitern bestehende arbeits- und ausbildungsbezogene Unterstützungsmodelle [196, 197].

Aktuell dominiert allerdings in Deutschland immer noch der Ansatz *First train, then place*, d.h. die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt wird erst nach einer rehabilitativen Trainingsphase und ggf. (Neu-)Qualifizierung – häufig erst nach einem Arbeitsplatzverlust – versucht. Damit wird das Potential eines frühzeitig angebotenen IPS parallel zu einer psychiatrischen Behandlung zu wenig genutzt. Das bestehende Angebot der *Unterstützten Beschäftigung* (§ 55 SGB IX) für Menschen mit bestehender Behinderung enthält immerhin Elemente des IPS, es wird aber gerade von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch wenig genutzt.

Der Zugang zu rehabilitativen Komplexleistungen der medizinischen Rehabilitation ist für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nach wie vor eingeschränkt. Bei psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen sind über das SGB VI finanzierte Rehabilitationsangebote weitgehend flächendeckend – aber überwiegend ohne regionalen Versorgungsbezug – etabliert. Analog zu den Strukturen des SGB V handelt es sich dabei um ambulante wie auch stationäre Angebote.

Vergleichbare hochstrukturierte rehabilitative Angebote für Menschen mit weiteren schweren psychischen Erkrankungen sind dagegen rar. Grundsätzlich stellen RPK [198] ein solches Angebot dar, das medizinische und berufliche Rehabilitation als Komplexleistung miteinander verbindet. Die trägerübergreifende Leistungsträgerschaft der RPK (SGB V, SGB III, SGB VI und SGB IX) ist einerseits eine Errungenschaft, andererseits auch äußerst komplex. Und letztlich stellen die rechtlichen Aufnahmevoraussetzungen einer positiven Erwerbsprognose und sogenannter „Rehabilitationsfähigkeit" sowie einer täglichen mehrstündigen Therapiezeit eine hohe Schwelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dar, so dass sie durch das Angebot der RPK häufig nicht erreicht werden. Um die Inklusion zu stärken, müssten rechtliche Anpassungen im Sinne des IPS-Prinzips *Zero Exclusion* (d.h. kein Ausschluss eines oder einer Interessierten vom Zugang zu IPS) vorgenommen werden. Insgesamt erscheint eine **Erweiterung integrierter medizinisch-therapeutischer und beruflicher Rehabilitationsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sinnvoll**, nicht zuletzt um die Dysbalance im Ressourceneinsatz zwischen den Patientengruppen auszugleichen [199, 200, 201]. Diese Einschätzung deckt sich mit dem Ergebnis des Psychiatriedialogs, wonach bestehende Rahmenempfehlungen ausschließlich auf Versicherte mit positiver Rehabilitationsprognose bezogen sind und Angebote mobiler Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bislang fehlen [s. Handlungsfeld 4; 70]. In diesem Sinne erscheint eine **Erprobung und zulassungsrechtliche Ermöglichung mobiler Formen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sinnvoll**.

Grundsätzlich ist aus Sicht der DGPPN erforderlich, die **Bemühungen zur Stärkung von IPS-Ansätzen in der Rehabilitation zu verstärken**. Hier wird ein dringender Bedarf gesehen, die evidenzbasierten Strategien in Eingliederungshilfe und Rehamaßnahmen so früh wie möglich umzusetzen und mit den medizinischen Versorgungsangeboten besser zu verzahnen.

Ergänzend und analog zum Supported Employment haben sich weitere evidenzbasierte Ansätze zur Förderung sozialer Teilhabe etabliert. Hierzu zählt insbesondere das Konzept ***Housing First***, das für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit einen unmittelbaren Zugang zu eigenem Wohnraum ohne Vorbedingungen vorsieht, der durch unterstützende Hilfen flankiert wird. Internationale Studien zeigen, dass hierdurch insbesondere die Wohnstabilität sowie die soziale Integration verbessert werden können [202, 203]. Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten verbleiben aktuell (wieder oder wieder mehr) über lange Zeiträume als „neue Langzeitpatientinnen und -patienten" in psychiatrischen Kliniken, obwohl kein Krankenhausbehandlungsbedarf (mehr) besteht [44]. Um dies zu verändern, bedarf es der verbindlichen regionalen Verantwortungsübername über die SGB hinaus und der Steuerung und Koordination der verschiedenen Leistungserbringenden (vgl. Abschnitt 2.5), es bedarf aber auch geeigneter Versorgungsmodelle. ***Supported-Housing***-Modelle, insbesondere am Übergang zu klinischen Versorgungsstrukturen, konnten pilotartig zeigen, dass Wohnungslosigkeit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Akutpsychiatrie und Teilhabeförderung dadurch reduziert und vermieden werden kann [88].

Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung wäre eine **generell stärkere Verzahnung der Eingliederungshilfe mit den psychiatrisch-psychotherapeutischen und weiteren gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen** förderlich. Dies betrifft insbesondere die Abstimmung von Behandlungs- und Teilhabeleistungen. Neben einer konsequenten Ausrichtung an den individuellen Bedarfen und Präferenzen der Betroffenen ist auch insgesamt eine stärkere Ausrichtung der Angebote zur Teilhabe auf evidenzbasierte Ansätze wie IPS, Housing First und Supported Education erforderlich [88].

Schließlich spielen die **Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)** eine wichtige Rolle in der Prävention psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und in der Beratung zu arbeitsplatzbezogenen psychischen Belastungen, während **psychotherapeutisch wirkende Traumaambulanzen, die über das Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV)** normiert sind, Psychotherapie für Opfer von Gewalttaten anbieten.

Kurz gesagt:

Leistungen der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sollen stärker mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verzahnt und konsequent an evidenzbasierten Teilhabeansätzen ausgerichtet werden. Insbesondere sollen Supported Employment (IPS), Supported Education und Housing First flächendeckend ausgebaut und frühzeitig in die Behandlung integriert werden. Zudem sind wohnortnahe, flexible und aufsuchende Unterstützungsangebote sowie eine rechtskreisübergreifende Koordination erforderlich, um soziale Teilhabe, berufliche Integration und selbstbestimmtes Wohnen nachhaltig zu fördern.

2.4.8 Angebote, nicht vorrangig SGB-finanziert

Weitere Dienste, insbesondere SpDi, psychosoziale Dienste für besondere Personengruppen, wie beispielsweise Menschen im Strafvollzug, sowie mancherorts Krisendienste und die sogenannten Präventionsstellen, sind wichtige, aber unterschiedlich und nicht flächendeckend ausgebildete Ergänzungen der bestehenden Versorgungsstrukturen. Sie werden überwiegend aus kommunalen oder Landesmitteln finanziert, übernehmen spezifische Funktionen an Schnittstellen des Versorgungssystems und adressieren besondere Bedarfslagen sowie situative Versorgungserfordernisse.

2.4.8.1 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

SpDi existieren neben GKV-finanzierten Angeboten auf kommunaler Ebene. Sie sind Garanten der kommunalen Daseinsfürsorge, die sich auch auf den Bereich der psychischen Gesundheit erstreckt. Die Dienste arbeiten multiprofessionell und sozialraumbezogen und sollen als Kernaufgaben niedrigschwellige Beratung und Begleitung, Krisenintervention (ggf. in Kooperation mit oder ergänzt durch Krisendienste, s. Abschnitt 2.4.8.2), Planung von Hilfen im Einzelfall, Koordination und Netzwerkarbeit sowie Gemeinwesen- und Sozialraumarbeit abdecken [204].

Die Rahmenbedingungen der SpDi sind landesgesetzlich geregelt, und die rechtliche Verankerung ist heterogen: So sind SpDi in manchen Bundesländern als Teil des ÖGD in den jeweiligen Landesgesundheitsdienstgesetzen und zeitgleich in den PsychK(H)Gs verankert. In anderen Bundesländern sind sie nur in dem entsprechenden PsychK(H)G, aber mit organisatorischer Zuordnung zum ÖGD oder in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege verortet. Dies bedingt, dass sich die Strukturen und Aufgaben zum Teil deutlich unterscheiden. In einigen Bundesländern haben die SpDi auch hoheitliche Aufgaben im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung; in diesem Fall steht eine – neutrale – kommunale (fach)ärztliche Instanz mit dem Auftrag der Vermeidung von Unterbringungen bei gleichzeitiger Kompetenz zur Einschätzung der Voraussetzungen für die Unterbringung zur Verfügung. SpDi als kommunale Einrichtungen stehen jedoch auch vor großen Herausforderungen. Diese sind insbesondere durch den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Fachkräftemangel bedingt, einer zum Teil geringen Sichtbarkeit und – v.a. im Fall von ärztlichem Personal – einer relativ geringeren Entlohnung im Vergleich zu einer Tätigkeit im Krankenhaus oder in Praxen. Auch die Maßnahmen infolge des vom Bund aufgesetzten Paktes für den ÖGD haben hier nur sehr vereinzelt zu einer Verbesserung der Situation führen können. Maßgeblich für die Sicherstellung der Aufgaben der SpDi wird sein, sie perspektivisch als attraktivere Arbeitsorte mit einem sinnstiftenden Tätigkeitspektrum außerhalb der klassischen Krankenversorgung zu entwickeln.

Die DGPPN spricht sich dafür aus, dass SpDi in ganz Deutschland organisatorisch eng mit den anderen Angeboten der unteren Gesundheitsbehörden abgestimmt wirken. Dies könnte auch durch eine Normierung der SpDi in den entsprechenden Gesundheitsdienstgesetzen erfolgen. Darüber hinaus sollte aus Sicht der DGPPN den SpDi ermöglicht werden, im Rahmen der Subsidiarität in besonderen Einzelfällen ansonsten schwer erreichbare Menschen zu behandeln (z.B. marginalisierte Personengruppen, Menschen ohne Krankenversicherung, obdachlose Menschen). Dies sollte im Rahmen des GPV erfolgen und eng mit den ambulanten Versorgungsangeboten nach SGB V abgestimmt sein (s. Abschnitt 2.5.3).

Trotz der föderalismusbedingten heterogenen Trägerschaft und inhaltlichen Ausgestaltung sollten in jedem Bundesland Mindestvoraussetzungen erfüllt sein, damit SpDi als gemeindepsychiatrische Akteurinnen und Akteure in der Versorgungsregion wirksam sein können. Diese umfassen aus Sicht der DGPPN eine (fach)ärztliche psychiatrische Expertise im multiprofessionellen Team mit Fachkräften aus den Bereichen Pflege und Soziale Arbeit, eine enge Einbindung und Abstimmung mit den bestehenden Angeboten der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in einer Versorgungsregion sowie eine Ausrichtung des Angebotes an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie deren An- und Zugehörigen [58].

Um die wichtigen Aufgaben adäquat erfüllen zu können, bedarf es gemeinsamer Anstrengungen der Länder und Kommunen. Diese müssen entweder einen gesonderten Tarifvertrag für ärztliches Personal – angelehnt an den *Marburger Bund* – abschließen und/oder Arbeitsbedingungen schaffen, die geeignet sind, ärztlichen Nachwuchs in den ÖGD zu bringen und dort personell zu entwickeln. Ein wesentliches Element sieht die DGPPN hier in der Einführung einer Medizinstudienplatzquote für den ÖGD, wie sie bereits in vier Bundesländern praktiziert wird. Darüber hinaus sollte es in allen Gesundheitsämtern die Möglichkeit geben, ein Wahlpflicht-Tertial des Praktischen Jahres des Medizinstudiums im ÖGD zu absolvieren, wenn dieses auch einen Abschnitt im SpDi beinhaltet. Ferner sollten die qualifizierten Fachärztinnen und -ärzte der SpDi dahingehend unterstützt werden, Weiterbildungsermächtigungen für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu erwerben, um die SpDi für Nachwuchskräfte bekannter und attraktiver zu machen. Ein möglicher Ansatz könnte hier ggf. in Rotationsmodellen mit in der Niederlassung angestellten, in der Klinik oder der forensischen Psychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung liegen. Voraussetzung dafür ist, dass auch in den SpDi ausreichend Weiterbildungs(rotations)stellen zur Verfügung stehen. Schließlich könnte eine Möglichkeit der Behandlung in besonderen Einzelfällen, z. B. bei wohnungs- und obdachlosen Menschen, zur Attraktivität des Tätigkeitsfeldes beitragen.

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert, Sozialpsychiatrische Dienste bundesweit als verbindlichen Bestandteil regionaler gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen mit einheitlichen Mindeststandards zu etablieren und personell zu stärken. Hierfür sind eine bessere Finanzierung, attraktivere Arbeitsbedingungen sowie eine enge Vernetzung mit den Angeboten des SGB V und der Gemeindepsychiatrischen Verbünde erforderlich.

2.4.8.2 Krisendienste

Unabhängig vom Ausmaß der Erkrankungssymptome und funktionaler Einschränkungen können bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere bei zusätzlichen psychosozialen Belastungen, Zuspitzungen im Sinne psychosozialer Krisen mit fließendem Übergang zu psychiatrischen Notfällen auftreten. Diese sind häufig durch eine hohe Dynamik und einen unmittelbaren Handlungsbedarf gekennzeichnet und erfordern eine rasche Reaktion des Versorgungssystems. Zur Bewältigung solcher Krisensituationen sowie zur Unterstützung und Entlastung von Praxen und Notaufnahmen hat sich in manchen Regionen in Deutschland die **besondere Struktur der psychosozialen Krisendienste** entwickelt und etabliert. In diesen Regionen spielen die Krisendienste bereits eine wichtige Rolle in der Versorgung. Sie tragen dazu bei, akute Situationen einzuordnen, Versorgungsspitzen abzufangen, weitere Eskalationen zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Weiterleitung in geeignete Versorgungsangebote sicherzustellen. Aus dem Blickwinkel des bedarfsorientierten Versorgungsmodells übernehmen psychosoziale Krisendienste eine querschnittliche Funktion über alle Bedarfslagen hinweg.

Die bekanntesten Beispiele sind die Krisendienste in Berlin und im Land Bayern, es gibt aber darüber hinaus mehrere kleinere Dienste in Städten und umschriebenen Regionen verschiedener Bundesländer. Das Tätigkeitsspektrum, die Finanzierungsmodelle und der Umfang der zur Verfügung stehenden Mittel variieren erheblich. Alle Dienste bieten telefonische Beratungen („Krisentelefon“) an, während die meisten Dienste auch aufsuchende Hilfen und manche Dienste zusätzlich Beratungen vor Ort anbieten („Krisencafé“). Die Dienste werden teilweise 24/7, überwiegend aber beschränkt auf bestimmte Tageszeiten angeboten [205]. Eine wissenschaftlich belastbare Evidenz für die Wirksamkeit psychosozialer Krisendienste liegt zwar nicht vor, sie sind jedoch sehr breit akzeptiert und werden als überaus wertvolle Ergänzung der Angebote für Menschen mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen betrachtet [206].

Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung sind die flächendeckende Verfügbarkeit sowie die verbindliche Einbindung dieser Dienste in regionale Versorgungs- und Steuerungsstrukturen erforderlich. Dies umfasst eine enge Vernetzung mit ambulanten, klinischen und anderen kommunalen Angeboten sowie klar definierte Schnittstellen zu der ärztlichen Bereitschafts- und Notdienstversorgung sowie Übergänge in weiterführende Behandlungs- und Unterstützungsleistungen. Ein 24/7-Betrieb ist wünschenswert, nicht zuletzt auch, um die Notdienste und Notaufnahmen der Kliniken wirksam entlasten zu können. Ein modularer, schrittweiser Aufbau – vom Krisentelefon zu aufsuchender Krisenintervention und Krisencafé – könnte die Anpassung an lokale und regionale Bedarfe und Ressourcen erleichtern und eine breitere Implementierung befördern [205].

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert die flächendeckende Etablierung psychosozialer Krisendienste. Diese sollen möglichst rund um die Uhr erreichbar sein und verbindlich in regionale Versorgungs- und Notfallstrukturen eingebunden werden.

Ein modularer Ausbau von Krisentelefonen über aufsuchende Krisenintervention bis hin zu Krisencafés kann eine bedarfsgerechte Versorgung fördern und Kliniken entlasten.

2.4.8.3 Psychosoziale Behandlungszentren für geflüchtete Menschen

Deutschlandweit existieren aktuell 51 psychosoziale Zentren für geflüchtete Menschen und Folteropfer, die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen aus einer Hand anbieten. Sie stellen mit ihren hochspezialisierten integrierten Angeboten einen wichtigen Baustein für die bedarfsgerechte Versorgung einer umschriebenen, erheblich belasteten Gruppe geflüchteter Menschen mit komplexen Bedarfslagen und vorangegangenen schweren Traumatisierungen dar. Allerdings wird geschätzt, dass sie weniger als 5 % des Bedarfs abdecken können, d. h. die angenommene Versorgungslücke ist erheblich [207, 208]. Grundlage für den Betrieb der Zentren ist eine Mischfinanzierung aus verschiedenen Fördermitteln und Leistungen über das AsylBLG, die größtenteils keine Planungssicherheit bietet [209]. Eine stabile und zukunftsgerichtete Finanzierung sowie flächendeckende Skalierung der Angebote ist wichtig und wünschenswert und wäre auch eine Voraussetzung, damit diese überregional wirkenden Zentren eine gute und verbindliche Kooperations- und Vernetzungsstruktur mit dem regionalen Versorgungssystem aufrechterhalten können.

Kurz gesagt:

Psychosoziale Zentren für geflüchtete Menschen sollen bedarfsgerecht ausgebaut, dauerhaft finanziert und eng mit den regionalen Versorgungsstrukturen vernetzt werden, um die Versorgungslücke für traumatisierte Geflüchtete zu schließen und die interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems zu befördern.

2.4.8.4 Besondere Angebote zur Gewaltprävention

Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nicht per se gewalttätig oder gefährlich, jedoch weisen bestimmte psychische Erkrankungen ein statistisch erhöhtes Risiko für Gewalttaten auf. Dies ist insbesondere gesichert für Schizophrenien und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen (Missbrauch/Abhängigkeit von Drogen und Alkohol) und schwere Persönlichkeitsstörungen. Aber auch hier gilt: Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die an diesen risikobehafteten schweren psychischen Erkrankungen (SMI) leiden, ist nicht gewalttätig.

Die wirksamste Maßnahme der Gewaltprävention bei Menschen mit SMI ist eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und psychosoziale Unterstützung. Entsprechend sind niedrigschwellige Angebote und Versorgungsmodelle, die eine intensive und bei Bedarf aufsuchende ambulante Behandlung und Versorgung von Menschen mit SMI – insbesondere im Sinne von ACT-Ansätzen – fördern, auch gewaltpräventiv [57].

Darüber hinaus gibt es Möglichkeiten der Gewaltprävention in besonderen Versorgungsstrukturen. So haben sich in Bayern die sogenannte **Präventionsstellen** als komplementäre, spezialisierte psychosoziale Betreuungsangebote für gewaltrisikogefährdete Menschen mit SMI, die ein hohes Risiko für das Begehen schwerer Gewalttaten aufweisen, entwickelt. Die Präventionsstellen nutzen forensisch-psychiatrische Expertise, sind aber keine forensischen Einrichtungen, und ihre Nutzung ist für die Betroffenen freiwillig [210]. Die Finanzierung erfolgt durch Landesmittel. Durch die enge Verzahnung allgemeinpsychiatrischer Expertise mit forensischem Know-how wird eine adäquate Behandlung für diese Patientengruppe insbesondere im aufsuchenden Kontext sichergestellt. Neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung werden Module zur Gewaltreduktion implementiert, und das Gefährdungsrisiko wird kontinuierlich bewertet.

Ähnliche Entwicklungen im Sinne von Modellprojekten gibt es aktuell in Hamburg [211, 212], in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen. Eine bundesweite Etablierung vergleichbarer Präventionsstellen nach Bayerischem Modell wäre aus Sicht der DGPPN als Ergänzung der Versorgung für eine umschriebene Gruppe von Menschen mit SMI und hohem Gewaltrisiko wünschenswert. Damit würde auch die stetige Zunahme der Unterbringungen in Einrichtungen des MRV gebremst, so dass diese überwiegend überbelegten Institutionen entlastet würden (s. Abschnitt 2.4.9). Dementsprechend sollten diese Angebote auch nicht primär aus der Forensik heraus entwickelt werden, und sie sollten aus Gründen der Stigmatisierung auch nicht dort angesiedelt sein. Neben der Finanzierungsbasis durch Landes- bzw. kommunale Mittel erscheint aus Sicht der DGPPN auch eine Beteiligung der GKV/PKV (Private Krankenversicherung) und der Eingliederungshilfe gerechtfertigt.

Neben den Präventionstellen wäre auch eine Etablierung **forensisch-psychiatrischer Konsildienste** für pflichtversorgende Kliniken, ACT-Teams, Vertragsärztinnen und -ärzte und SpDi sinnvoll und wünschenswert. Hintergrund ist, dass die forensische Psychiatrie als Teilgebiet der Psychiatrie besondere Expertise bei der Bewertung von gewalttätigem Verhalten hat, das mit psychischen Erkrankungen assoziiert sein kann. Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Gewalttaten begangen haben, gehört zu den Kernkompetenzen dieses Teilgebietes (s. Abschnitt 2.4.9). Es ist daher sinnvoll, diese Kompetenz bereits für Konstellationen zu nutzen, die sich noch nicht im forensisch-psychiatrischen Setting abspielen.

Kurz gesagt:

Die beste Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lässt sich durch eine konsequente Behandlung erreichen. Daher hat der Ausbau niedrigschwelliger, bedarfsadaptierter und aufsuchender Hilfen hohe Priorität. Darüber hinaus sollen spezialisierte Präventionsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und hohem Gewaltrisiko bundesweit etabliert und durch forensisch-psychiatrische Konsildienste ergänzt werden. Ziel ist eine frühzeitige, aufsuchende und sektorenübergreifende Behandlung, um Gewalttaten und Unterbringungen im Maßregelvollzug zu vermeiden.

2.4.8.5 Gefängnispsychiatrie

Die Gefängnispsychiatrie ist ein fachärztlich geleitetes Versorgungsangebot innerhalb des Justizvollzugs. Inhaftierte Menschen leiden oft an psychischen Erkrankungen, die bereits vor dem Haftantritt bestanden oder sich im Laufe der Haft entwickelten. Hier sei beispielhaft die hohe Zahl von

Menschen erwähnt, die sich im Justizvollzug im Rahmen einer Ersatzfreiheitsstrafe infolge des Erschleichens von Leistungen durch Schwarzfahren befinden. Diese Menschen leben in der überwiegenden Anzahl in sozialer Marginalisierung, sind wohnungs- und mittellos, und sie weisen eine hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen auf. Da Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger arbeits-, mittel- und wohnungslos sind im Vergleich zu psychisch gesunden Menschen, besteht bei ihnen auch ein erhöhtes Risiko für Straffälligkeit und Inhaftierung. Hiervon sind besonders Menschen mit unbehandelten psychischen Erkrankungen und insbesondere mit Psychosen betroffen. Von den derzeit 65.000 Straf- und Untersuchungshaftgefangenen dürften nach aktuellen Schätzungen mindestens 2.500 Inhaftierte unter einer Psychose leiden [213]. Ebenso spielen Substanzkonsumstörungen eine Rolle, die zu Straftaten führen können (Beschaffungskriminalität).

Das gefängnispsychiatrische Angebot folgt grundsätzlich dem Äquivalenzprinzip, d.h. der Leistungsumfang der GKV soll situativ angepasst auch im Justizvollzug vorgehalten werden. Die Versorgung in Deutschland ist allerdings sehr heterogen. Neben konsiliarpsychiatrischen Angeboten durch pflichtversorgende oder forensisch-psychiatrische Kliniken gibt es wenige psychiatrische Dienste in den Justizvollzugsanstalten und sehr wenige psychiatrische Abteilungen in Justizvollzugskrankenhäusern. Verlässliche Daten zur Diagnostik und Behandlung von Gefangenen mit psychischen Erkrankungen in deutschen Justizvollzugsanstalten liegen für Deutschland nicht vor. Aktuelle Umfrageergebnisse der DGPPN lassen aber darauf schließen, dass die psychiatrische Versorgung von Inhaftierten nicht ausreichend ist [42].

Kurz gesagt:

Die psychiatrische Versorgung im Justizvollzug soll bundesweit entsprechend dem Äquivalenzprinzip ausgebaut und qualitativ vereinheitlicht werden, damit inhaftierte Menschen mit psychischen Erkrankungen eine leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung erhalten. Eine strukturierte Vernetzung mit dem regionalen Versorgungssystem ist notwendig.

2.4.9 Forensische Psychiatrie/Maßregelvollzug (MRV)

Die forensische Psychiatrie umfasst als Teilgebiet der Psychiatrie die Begutachtung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von straffälligen Menschen mit psychischer Erkrankung. Im Fokus stehen insbesondere die Menschen, die bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung Straftaten begangen haben. Das klinische Tätigkeitsfeld umfasst die Gefängnispsychiatrie (s. Abschnitt 2.4.8.5) und den MRV. Letzterer stellt einen eigenständigen Bereich innerhalb des Versorgungssystems dar, der durch die Verbindung von therapeutischem Auftrag und sicherheitsrechtlichen Anforderungen geprägt ist. Er umfasst insbesondere die Unterbringung und Behandlung von Personen nach §§ 63 und 64 StGB und adressiert eine Gruppe von Menschen mit hochkomplexen Bedarfslagen, die durch schwerwiegende psychische Erkrankungen, substanzbezogene Störungen sowie erhebliche funktionale Einschränkungen gekennzeichnet ist.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen wird deutlich, dass **der MRV als Indikator für strukturelle Defizite in vorgelagerten Versorgungsbereichen verstanden werden kann.** Insbesondere unzureichende ambulante Behandlungsangebote und unzureichende Teilhabe- und Unterstützungsstrukturen im SGB-V- und SGB-IX-Bereich können dazu beitragen, dass notwendige Hilfen bei Menschen mit SMI nicht rechtzeitig greifen und sich komplexe Krankheitsverläufe verfestigen; diese können letztlich auch zu Gewalt und schweren Straftaten und nachfolgend zu forensisch-psychiatrischen Unterbringungen führen.

Die Behandlung im MRV erfolgt in der Regel in spezialisierten stationären Einrichtungen und ist durch einen hohen Grad an Strukturierung, Multiprofessionalität und langfristiger Ausrichtung geprägt. Neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung stehen insbesondere Aspekte

der Deliktbearbeitung, Einschätzung des Risikos für weitere Straftaten sowie – in fortgeschrittenen Behandlungsphasen – der schrittweisen Wiedereingliederung in die Gesellschaft im Vordergrund. Die Verweildauer im MRV beträgt durchschnittlich mehrere Jahre, wobei der Aufenthalt zum Teil in hochgesicherten Einrichtungen und insbesondere im Behandlungsverlauf in weniger gesicherten bis offenen Formen erfolgt. Vor einer endgültigen Entlassung erfolgt eine Beurlaubung bei paralleler Begleitung und Betreuung in Forensischen Nachsorgeambulanzen. Somit sind die Schnittstellen zur allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie zu Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere im Kontext von Übergängen und Nachsorge essenziell.

Die forensische Psychiatrie sollte idealerweise eine temporäre (ausreichend lange, aber nicht länger als erforderliche) Phase in der Behandlung und Versorgung einer umschriebenen Gruppe von Menschen mit SMI sein. In der Realität sind die Unterbringungszeiten jedoch oftmals deutlich länger als notwendig, weil strukturelle Hemmnisse außerhalb des MRV einer frühzeitigeren Entlassung entgegenstehen. Dazu gehören u.a. Therapie- und Versorgungsmängel, der Mangel an geeignetem Wohnraum und außerklinischen Betreuungsformaten und die mit der Doppelstigmatisierung (psychische Erkrankung und Rechtsbrecher) einhergehenden Akzeptanzprobleme in den Gemeinden [25, 214].

Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des MRV ist daher eine **stärkere Verzahnung mit den weiteren Versorgungsstrukturen in der Region erforderlich.** Dies betrifft insbesondere die frühzeitige Planung und Gestaltung von Übergängen in nachsorgende Angebote, die Sicherstellung von Kontinuität in der Behandlung sowie die Einbindung in gemeindepsychiatrische und rehabilitative Strukturen. Übergangsmanagement und Nachsorge sind von zentraler Bedeutung, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und Rückfälle sowie erneute Unterbringungen zu reduzieren. Entsprechend sollten Einrichtungen des MRV Mitglied in den GPV (s. Abschnitt 2.5.3) sein oder zumindest eng und strukturiert mit diesen zusammenarbeiten. Darüber hinaus ist eine stärkere Orientierung an teilhabe- und recovery-orientierten Ansätzen und eine konsequente Beteiligung der Betroffenen an der Entlassplanung erforderlich, damit eine schrittweise Reintegration in die Gemeinde gefördert wird. Übergeordnetes Ziel muss sein, stationäre Unterbringungsdauern zu reduzieren, Behandlungsverläufe positiv zu beeinflussen und eine nachhaltige Stabilisierung, Reduktion bzw. Minimierung des Risikos für das Begehen weiterer schwerer Straftaten sowie gesellschaftliche Integration auch nach Beendigung der Unterbringung im MRV zu ermöglichen.

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert, den Maßregelvollzug stärker mit der gemeindepsychiatrischen Regelversorgung, der Eingliederungshilfe und mit rehabilitativen Angeboten zu verzahnen, um stationäre Unterbringungszeiten zu verkürzen, Rückfälle zu vermeiden und die nachhaltige Reintegration in die Gesellschaft zu fördern. Hierfür sind ein frühzeitiges Übergangsmanagement, eine verbindliche Nachsorge sowie eine stärkere Recovery- und Teilhabeorientierung erforderlich.

2.4.10 Die Leistungserbringenden: strategische Fachkräftesicherung und Professionalisierung für eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

In Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels, der sich insbesondere in den Gesundheits-, Pflege- und sozialen Berufen niederschlägt [215], stellt die Sicherstellung einer ausreichenden personellen Ausstattung der Gesundheitsdienste eine zentrale Herausforderung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. In der vertragsärztlichen Versorgung dominieren die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, während im Krankenhaus

zusätzlich auch Pflegefachpersonen, Sozialarbeitende, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten, Sport- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten sowie weitere therapeutische Berufsgruppen in multiprofessionellen Teams tätig sind. In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und in Beratungsstellen arbeiten insbesondere Fachkräfte der sozialen Arbeit, Heilerziehungspflege, Psychologie sowie weitere sozialpädagogische und therapeutische Berufsgruppen.

Neben der Bindung bestehender Fachkräfte ist in allen Sektoren und Bereichen auch die **Gewinnung zusätzlichen Personals** erforderlich, einschließlich gezielter Strategien zur **Fachkräftegewinnung aus dem Ausland**. Vor diesem Hintergrund bedarf es strategischer Ansätze zur Weiterentwicklung einer diversifizierten Fachkräftelandschaft, die unterschiedliche Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus umfasst und auf Multiprofessionalität sowie interprofessioneller Zusammenarbeit basiert. Hier ist auch die fachspezifische und berufsbegleitende Fortbildung und Weiterqualifizierung sowie berufsbegleitende Ertüchtigung der in den stationären und ambulanten Versorgungsbereichen tätigen Mitarbeitenden aller Berufsgruppen von Bedeutung (z. B. für Bewegungs- und Ernährungstherapeutinnen und -therapeuten, um evidenzbasierte Lebensstilinterventionen qualitätsgesichert und leitliniengerecht in die psychiatrische Versorgung integrieren zu können). Da die Wege in die Anstellung bei Fachkräften mit im Ausland erworbener Ausbildung häufig sehr langwierig und mit vielen Hürden versehen sind, bedarf es klarer Strukturen und gezielter Unterstützungsangebote für Bewerberinnen und Bewerber und für Arbeitgeber. Präventionsmaßnahmen und verlässliche Anlaufstellen gegen Diskriminierung am Arbeitsplatz sind für eine langfristige Personalbindung erforderlich [216, 217].

Ein zentrales Element dieser Entwicklung ist die Erweiterung und Differenzierung von Aufgabenprofilen innerhalb bestehender Berufsgruppen sowie die Integration neuer Rollen [218]. Hierzu zählt insbesondere der Pflegeberuf mit den generalistischen und den **im Psychiatriefach weitergebildeten Pflegefachpersonen** sowie der für Deutschland relativ neuen Entwicklung der akademisierten Pflegeberufe, wie ***Advanced Practice Nurses*** oder ***Community (Mental) Health Nurses*** (vgl. Abschnitt 1.3). Diese sollen perspektivisch erweiterte Kompetenzen erhalten und könnten künftig eine wichtige Rolle in aufsuchenden Versorgungsformen, der Koordination in der Versorgungsregion sowie Case Management und an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung spielen [219]. Entsprechende Modelle nach dem Vorbild anderer Länder sollten strukturell in Versorgungsregionen verankert, modellhaft erprobt und evaluiert werden [49, 220].

Ein weiteres Beispiel für eine fachspezifische Weiterqualifizierung von Fachkräften stellt das **Bundesärztekammer-Curriculum für Medizinische Fachangestellte „Psychiatrie und Psychotherapie"** [218]. Ebenso kann der verstärkte Einsatz von ***Physician Assistants*** zur Entlastung ärztlicher Tätigkeiten beitragen, insbesondere im stationären Bereich [221].

Darüber hinaus kommt **Genesungsbegleitenden** im Sinne von **Peer Support** eine zunehmende Bedeutung zu (vgl. Abschnitt 2.4.1). Im klinischen Bereich wird die Beschäftigung von Genesungsbegleitenden teilweise als Qualitätsmerkmal in der Krankenhausplanung aufgeführt [191]. Darüber hinaus werden sie in SPZ oder Krisendiensten im Kontext empowerment- und recovery-orientierter Ansätze eingesetzt [129, 130]. Trotz des erlebten Nutzens und der hohen Akzeptanz mangelt es aber nach wie vor an einer verbindlichen und flächendeckend gültigen Finanzierungsregelung für die verschiedenen Einsatzbereiche. So heißt es zwar in der PPP-RL, dass Genesungsbegleitende auf den Stationen eingesetzt werden „sollen", und es werden auch Kernaufgaben für sie beschrieben, sie gehören jedoch nicht zur Personalausstattung. Hier sieht die DGPPN die Notwendigkeit von bundesweit einheitlich definierten oder gesetzlich verankerten Finanzierungsregelungen für den Einsatz von Genesungsbegleitenden (Peer Support) in psychiatrischen Krankenhäusern wie auch in anderen Einrichtungen. Der Psychiatriedialog hat hierzu die Aufnahme der Genesungsbegleitung in die Bestimmungen zu den Qualitätsrichtlinien nach § 136a Abs. 2 SGB V erörtert und darüber hinaus konsentiert, dass das Berufsbild insbesondere hinsichtlich der Ausbildungsvoraussetzungen, der Anleitung und Supervision, der Aufgabenbeschreibung und der Vergütung zu konkretisieren ist [s. Handlungsfeld 5; 70].

Übergeordnetes Ziel muss der Aufbau einer nachhaltig tragfähigen, multiprofessionellen Versorgungslandschaft sein, die den steigenden Anforderungen und komplexer werdenden Bedarfslagen auf der Basis von differenzierten Qualifikationswegen, Rollenklarheit, Vergütungsstrukturen und rechtlichen Rahmenbedingungen gerecht wird. In einer gemeinsamen Erklärung des Runden Tischs *Interprofessionelle Zusammenarbeit* wurden bereits 2024 die Grundsätze für eine gelingende Zusammenarbeit aller Professionen, die in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung tätig sind, veröffentlicht [222].

Kurz gesagt:

Die psychiatrische Versorgung soll durch eine langfristige Strategie zur Fachkräftesicherung und Professionalisierung gestärkt werden. Hierzu gehören der Ausbau multiprofessioneller Teams, die Weiterentwicklung neuer Berufsrollen (z. B. Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses und Physician Assistants), die Förderung von Fort- und Weiterbildung sowie eine bundesweit verlässliche Finanzierung von Genesungsbegleitenden (Peer Support).

2.4.11 Dolmetscherleistungen, Sprachmittlung sowie kultursensible Versorgung als Querschnittsaufgabe bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten

Die deutsche Bevölkerung zeichnet sich durch eine große Diversität aus: 26,3 % der Bevölkerung haben eine Einwanderungsgeschichte. Auch wenn die Mehrzahl von Menschen den Erwerb der deutschen Sprache gut meistert [223], stellt gerade Sprache eine wichtige Voraussetzung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung dar. Die Deutschsprachkompetenzen der Patientinnen und Patienten können sich u. a. aufgrund der Aufenthaltsdauer in Deutschland und/oder dem Krankheitsbild zum Teil erheblich unterscheiden und je nach Fragestellung den Einsatz von Dolmetschenden und Sprachmittelnden erfordern [224, 225]. Trotz der Relevanz von Dolmetsch- und Sprachmittlungsleistungen bei Kommunikationsschwierigkeiten in der deutschen Sprache sind diese – anders als bei Hör- und Sprachbehinderungen – für die oben genannten Angebote innerhalb und außerhalb des SGB V nicht strukturiert geregelt und finanziert. Dies führt unter Umständen zu hohen zusätzlichen, nicht refinanzierbaren Kosten, die die Leistungserbringenden zu tragen haben, und potenziell zu einer verminderten kurz- und langfristigen Versorgungsqualität mit höheren Folgekosten [226, 227]. Im Sinne einer bedarfsorientierten personenzentrierten Versorgung muss daher gewährleistet sein, dass Sprachmittlung im SGB V und darüber hinaus systemisch etabliert und finanziert wird. Entsprechende Anregungen, wie z. B. durch das *Bundesweite Bündnis zur Sprachmittlung im Gesundheitswesen* werden unterstützt [228, 229]. Impulse und Orientierung kann hier auch z. B. die Initiative des Landes Brandenburg für eine flächendeckende Video- und Telefondolmetscherdienstleistung im Gesundheits-, Sozial-, Familien- und Jugendbereich geben [230]. Die Etablierung derartiger Programme sollte dabei zwingend durch entsprechende gesundheitsökonomische Analysen begleitet werden.

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert, Dolmetsch- und Sprachmittlungsleistungen als regelhafte, qualitätsgesicherte und finanzierte Querschnittsleistung im Gesundheits- und Sozialwesen zu etablieren. Ziel ist es, die Versorgungsqualität unabhängig von den Deutschkenntnissen der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

2.5 Steuerung und Koordination

Eine zentrale Voraussetzung für eine effektive und bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Ausgestaltung der Einsteuerung in das Versorgungssystem (d.h. der strukturierte Zugang) sowie die weitere Steuerung und Koordination der Versorgung insbesondere bei komplexen Hilfebedarfen. Ziel ist es, Betroffene frühzeitig in geeignete Versorgungsangebote zu führen, Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie Versorgungsbrüche zu vermeiden und idealerweise eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Begleitung über unterschiedliche Leistungsbereiche hinweg sicherzustellen. Eine informierte gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Betroffenen ist dabei grundlegend.

2.5.1 Zugang zum regionalen Versorgungssystem (Einsteuerung)

Die niedrigschwelligen Angebote der Beratungsstellen und der SpDi sind grundsätzlich offen zugänglich und sollten es auch künftig sein. Ihre Nutzung setzt allerdings eine flächendeckende Verfügbarkeit und Kenntnisse über diese Angebote voraus. Die offene Zugänglichkeit gilt aktuell auch (noch) für die haus- und fachärztliche, bzw. psychotherapeutische Versorgung. Limitierende Faktoren sind hier die begrenzten Ressourcen und oftmals langen Wartezeiten. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten in diesem ungesteuerten System häufig weniger Leistungen, obwohl sie einen höheren Hilfebedarf haben. Folglich ist eine Steuerung des Zugangs zu medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen im Sinne einer *Initial Care Navigation* [231] sinnvoll. Entsprechend ist die **Einführung eines Primärversorgungsmodells**, wie es aktuell politisch angestrebt wird, folgerichtig [232].

Es erscheint auch sinnvoll, bereits im Vorfeld eines ersten ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Kontakts eine strukturierte Ersteinschätzung unter Zuhilfenahme geeigneter Tools zu etablieren, um den Zugang in diesen Teil des Versorgungssystems oder in alternative Hilfsangebote gezielt zu unterstützen. Eine **strukturierte Ersteinschätzung** hat unabhängig von der Art der Durchführung **(telefonisch, per Video oder digital)** das Potential, eine effiziente Steuerung der Patientinnen und Patienten in geeignete Versorgungsangebote zu unterstützen. Die digitale Ausführung ist am stärksten ressourcenschonend und wird wahrscheinlich entsprechend priorisiert werden.

Im Zuge des Primärversorgungssystems werden digitale Systeme eine wichtige Rolle spielen, wie auch im Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) [233] deutlich wird. Seit 2020 ist bereits die *Strukturierte medizinische Ersteinschätzung* (SmED) als Ersteinschätzungstool im Regelbetrieb; sie liegt bereits der 116 117 zugrunde. SmED wurde vom *Zentralärztlichen Institut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung* auf Basis des *Swiss Medical Assessment Systems* mitentwickelt, mit dem Ziel der Unterstützung der Ersteinschätzung der Dringlichkeit akuter Beschwerden und der Vermittlung an die angemessene Versorgungsebene. Es ist anzunehmen, dass Tools wie SmED im Zuge des Primärversorgungssystems weiterentwickelt und für Steuerungsaufgaben über die Akut- und Notfallversorgung hinaus etabliert werden.

Folgende Aspekte sind bei dieser Entwicklung zu berücksichtigen:

Das (digitale) Ersteinschätzungstool soll eine Unterstützung sein, es darf aber keine Barriere im Zugang zum Hilfe- und Unterstützungssystem werden: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weisen oft digitale Teilhabeeinschränkungen auf [140, 143]. Diese können von der Verfügbarkeit digitaler Hilfsmittel und Zugänge, z.B. aufgrund von Armut bzw. Ängsten bei deren Nutzung in Bezug auf Inhalte und Sicherheit, bis hin zu kognitiven Einschränkungen in der Bedienung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Demenzen, Abhängigkeitserkrankungen etc. reichen. Folglich **müssen neben einem digitalen Ersteinschätzungstool auch andere Möglichkeiten bestehen, das Hilfesystem zu kontaktieren, ohne dass die Informationen nachrangig zum digitalen Tool behandelt werden**. Bei der notwendigen Weiterentwicklung des SmED unter Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Beschwerden könnten die Prinzipien der

111-Nummer des britischen *National Health Service* Orientierung geben. Dieses Angebot umfasst neben einer für psychische Beschwerden differenzierten Fragesystematik in einer Online-Anwendung auch (Video-)Telefonkontakte und ist eng mit der dortigen Notfallversorgung verzahnt.

Ferner muss ein Ersteinschätzungstool, das psychische Beschwerden und Erkrankungen (mit)erfassen soll, neben somatischen Symptomen/Beschwerden auch gezielt und früh im Entscheidungsbaum nach psychischen Symptomen fragen und in der Lage sein, diese im Gesamtbild – auch unter Berücksichtigung möglicher somatischer Symptome – zu bewerten. Auch hierfür kann bei der Weiterentwicklung des SmED der Entscheidungsbaum der 111-Nummer [234] als Beispiel dienen. Neben einer ausreichend differenzierten Einschätzung, ob und mit welcher Intensität psychische Beschwerden und damit ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegt, muss das Ersteinschätzungstool zwischen akuten psychiatrischen Notfällen wie z. B. akuter Suizidalität, Delirien oder Intoxikationen und weniger kritischen Situationen unterscheiden und differenzierte Empfehlungen für die Einsteuerung der betroffenen Menschen in das Unterstützungs- bzw. Versorgungssystem geben können: Kontaktaufnahme mit dem System der Notfallversorgung (Notruf 112, Rettungsdienst, Notfallzentren); oder für weniger kritische Zustände mit dem vertragsärztlichen Bereich; oder für Beschwerden und Probleme, die als unterhalb einer Behandlungsnotwendigkeit eingeschätzt werden, Informationen zu Hilfe und Unterstützung jenseits des SGB V (u. a. Selbsthilfe-Apps, digitale und analoge Beratungsstellen).

Schließlich darf nicht aus dem Blick geraten, dass Gesundheitsdaten besonders schützenswerte Daten sind, und dies gilt umso mehr für Daten, die die psychische Gesundheit betreffen. Es ist daher essenziell, dass ein digitales Ersteinschätzungstool die **Kriterien für hohe Cybersicherheit und Resilienz** – gerade angesichts steigender Angriffe auf digitale Gesundheitsprozesse – erfüllt, so dass es für die Hilfesuchenden vertrauenswürdig erscheint und genutzt wird [235]. Dies umso mehr, als nach den Plänen der Bundesregierung im Rahmen des GeDIG die elektronische Patientenakte (ePA) der zentrale digitale Einstieg in das Gesundheitssystem werden soll. Demnach soll eine digitale Ersteinschätzung auf Basis der in der ePA hinterlegten Daten erfolgen und nach Feststellung eines Behandlungsbedarfs auch ein Arzttermin buchbar sein [236].

In der Zusammenschau werden die **geplante Einführung eines Primärversorgungssystems und die Einbeziehung digitaler Ersteinschätzungstools grundsätzlich positiv bewertet**. Dabei ist **jedoch sicherzustellen, dass die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen angemessen berücksichtigt werden**, eine qualitätsgesicherte, fachlich fundierte Steuerung gewährleistet bleibt und zugleich keine zusätzlichen Zugangshürden aufgebaut werden. Für Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen ist es aus Sicht der DGPPN wesentlich, dass neben der künftigen digitalen Ersteinschätzung und einer hausärztlichen Steuerung weiterhin **die Möglichkeit eines Direktzugangs zu einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung erhalten bleibt**. Eine enge Kooperation und eine niedrigschwellige Zusammenarbeit der hausärztlichen und der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsebene sollte gefördert und verbessert werden, ggf. unter Nutzung digitaler Kommunikationstools. Eine obligatorische elektronische Ersteinschätzung als Voraussetzung für die Einsteuerung in medizinische Versorgungsangebote sollte vermieden werden [237, 238].

Darüber hinaus **sollen auch die vorhandenen Beratungsangebote und -strukturen einschließlich integrierter Beratungsstrukturen aufrechterhalten und ausgebaut werden** (s. Abschnitt 2.4.2). Auch diese können mit ihrem fachlich qualifizierten Personal die Betroffenen beraten, bei der Suche nach geeigneten Hilfs- und Behandlungsangeboten qualifiziert unterstützen und Zugänge bahnen, ohne die Patientinnen und Patienten zwingend formal im Sinne einer Buchung zeitnaher Arzttermine ins medizinische System einzusteuern. Eine gute Kenntnis des regionalen Versorgungssystems und eine strukturierte Vernetzung mit den Akteurinnen und Akteuren aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich ist dabei essenziell. Dadurch können die Zugänge in die Angebote der Versorgungsregion sinnvoll unterstützt und gleichzeitig eine qualitätsgesicherte Steuerung ermöglicht werden.

Kurz gesagt:

Eine strukturierte Einsteuerung, die sich nach den individuellen Bedarfen richtet, ist essenziell für ein funktionierendes Versorgungssystem.

Der Einsatz strukturierter, digitaler Ersteinschätzungssysteme im Rahmen eines Primärversorgungssystems, das den Direktzugang zu einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung beibehält, ist unterstützenswert. Allerdings müssen Ersteinschätzungssysteme die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen und barrierearm ausgestaltet sein. Sie dürfen den Zugang zur Versorgung nicht erschweren.

Gleichzeitig sollen regionale Beratungs- und Unterstützungsangebote gestärkt und mit dem Versorgungssystem vernetzt werden. Sie sind wichtige, niedrigschwellige Kontaktpunkte und können ggf. eine Einsteuerung anbahnen.

2.5.2 Koordination der Versorgung bei leichten bis moderaten Funktionseinschränkungen

Bei geringen bis mittelgradigen Bedarfslagen steht die Behandlung der psychischen Erkrankung und damit einhergehend die Vermeidung von weiteren Funktionseinschränkungen im Vordergrund. Es kann dennoch bisweilen für eine begrenzte Zeit eine Anregung und Koordinierung weiterer Hilfen wie z. B. Sozialberatung, Ergotherapie oder Psychotherapie notwendig sein. Die Menschen mit leichten bis moderaten und/oder passageren Funktionseinschränkungen machen den quantitativ größten Anteil an zu versorgenden Patientinnen und Patienten aus. **Die Steuerungs- und Koordinierungskompetenz obliegt hier je nach Fallkonstellation den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder den Hausärztinnen und Hausärzten.**

2.5.3 Steuerung und Koordination der Versorgung bei hohen und komplexen Funktionseinschränkungen

Von der oben beschriebenen Einsteuerung in das Versorgungssystem und einer zeitlich begrenzt erforderlichen Koordination von Hilfen bei geringen bis mittleren Bedarfslagen ist die längerfristige koordinierende Steuerung von Versorgungsleistungen im Sinne von *Long-Term Care Navigation* bzw. *Intensive Case Management* abzugrenzen [239, 240]. Diese ist insbesondere für Menschen erforderlich, die bei höherem Schweregrad der Erkrankung längerfristig multiple Bedarfe und einen komplexen Unterstützungsbedarf mit Leistungen über das SGB V hinaus aufweisen [241]. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal einer solchen Versorgung ist neben der Verbindlichkeit aufeinander abgestimmter Angebote in einer Versorgungsregion insbesondere die bedarfsorientierte Koordination und Steuerung der Leistungen über die Rechtskreise hinweg. Dies umfasst die Bereitstellung und ggf. Anpassung von entsprechenden Kapazitäten durch die einzelnen Funktionsbereiche, so dass die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen und die Versorgungskontinuität gesichert werden.

Die koordinierende Steuerung muss sich in zwei Ebenen abspielen, die stets miteinander interagieren:

1. Die individuumsbezogene Ebene: Koordination und Steuerung der Leistungen im Versorgungssystem basierend auf einer rechtskreisübergreifenden individuellen Bedarfsermittlung und Hilfeplanung. Dabei ist auch der systematische Einbezug von An- und Zugehörigen, bzw. – so existent – Familien wichtig (s. Abschnitt 2.4.1), da diese oft überwiegend informelle Sorgearbeit leisten, gleichzeitig aber zum Teil selbst erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind.
2. Die strukturelle Ebene: Sicherstellung/Qualitätssicherung/Evaluation der erforderlichen Kooperation der Akteurinnen und Akteure sowie gemeinsame Weiterentwicklung abgestimmter Angebote in einer Versorgungsregion.

Gerade für Menschen mit hohen bzw. komplexen Bedarfen ist eine abgestimmte individuelle funktionsorientierte Hilfebedarfsplanung notwendig. Auf dieser Basis erfolgt die individuelle Steuerung im Versorgungssystem. Die Hilfebedarfe werden über die verschiedenen Funktionsdimensionen erfasst. Der Psychiatriedialog hat darüber hinaus konsentiert, dass Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen einen Anspruch auf einen abgestimmten, schriftlichen, individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan erhalten sollten; als Regelungsort wurde das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V erörtert [s. Handlungsfeld 6; 70]. Die DGPPN unterstützt diese Perspektive, weil die einvernehmliche Planung nicht nur der Steuerung dient, sondern darüber hinaus die Selbstbestimmung der Betroffenen stärkt.

Während die medizinische Letztverantwortung und die Entscheidung über die Grundausrichtung der Hilfen den jeweils verantwortlichen Fachärztinnen und -ärzten obliegt, kann die Koordination und Steuerung der psychosozialen und funktionsorientierten Leistungen auch durch qualifizierte Pflegefachpersonen oder durch Fachkräfte aus dem Bereich der sozialen Arbeit wahrgenommen werden. Je nach regionalen Gegebenheiten kommen hierfür aktuell vertragsärztliche Leistungserbringende, insbesondere Arztnetzwerke, die nach der KSVPsych-RL tätig sind, sowie die PIAs von pflichtversorgenden Kliniken infrage, bei einer wünschenswerten Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Bereichs künftig auch Praxen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt (s. Abschnitt 2.4.4). Schließlich kommt in ausgewählten Fällen ggf. auch der subsidiär behandelnde SpDi in Betracht.

Die Abstimmung und Koordination der Leistungen ist ressourcenintensiv und setzt eine gute Kommunikation und verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Akteurinnen und Akteure voraus. Dafür ist eine **strukturelle Verankerung in Verbünden sinnvoll**. In vielen Regionen existieren bereits Strukturen im Rahmen von **Gemeindepsychiatrischen Verbünden (GPV)**, die **als Plattform** für die Koordination und Abstimmung der Versorgung im Sinne der individuellen Steuerung dienen können und aus Sicht der DGPPN dafür auch geeignet sind. Diese sind allerdings sowohl in der Verbreitung, der Zusammensetzung wie auch in der Arbeitsweise aktuell **in Deutschland noch sehr heterogen;** so beschränken sie sich teilweise auf einen Austausch zu den in der Region vorhandenen Angeboten und den Möglichkeiten einer Weiterentwicklung. Dabei **sollte das Potenzial solcher Strukturen aus Sicht der DGPPN genutzt werden**, damit sie sich flächendeckend zu Steuerungs- und Koordinierungsverbünden für Menschen mit hohen und komplexen Funktionseinschränkungen entwickeln können.

Dazu bedarf es zunächst der Etablierung von GPV in allen Versorgungsregionen und mit möglichst deutschlandweit gültigen Standards. Diese sollten sich aus Sicht der DGPPN an den Standards der *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde* orientieren [242]. Eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Steuerung/Koordinierung ist, dass alle relevanten Akteurinnen und Akteure verbindlich vertraglich eingebunden sind und die Verpflichtung für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer Versorgungsregion wahrnehmen. Dies erweitert das **Konzept der „solidarischen gemeindepsychiatrischen Verantwortungsgemeinschaft"** dahingehend, dass dadurch eindeutig rechtskreisübergreifende Versorgungszuständigkeiten über eine Absichtserklärung hinaus gewährleistet werden. Da die kommunalen Gebietskörperschaften eine zentrale Rolle in der Daseinsvorsorge wahrnehmen, wird **eine Versorgungsregion, die jeweils den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten entspricht, orientierend als sinnvoll angesehen**. Basierend auf den Erfahrungen mit der Abstimmung der individuellen Versorgung sollen die GPV auch Impulse für eine strukturelle Anpassung bzw. Weiterentwicklung der regionalen sektorenübergreifenden Versorgung setzen und dabei als lernendes System fungieren (s. Abbildung 16).

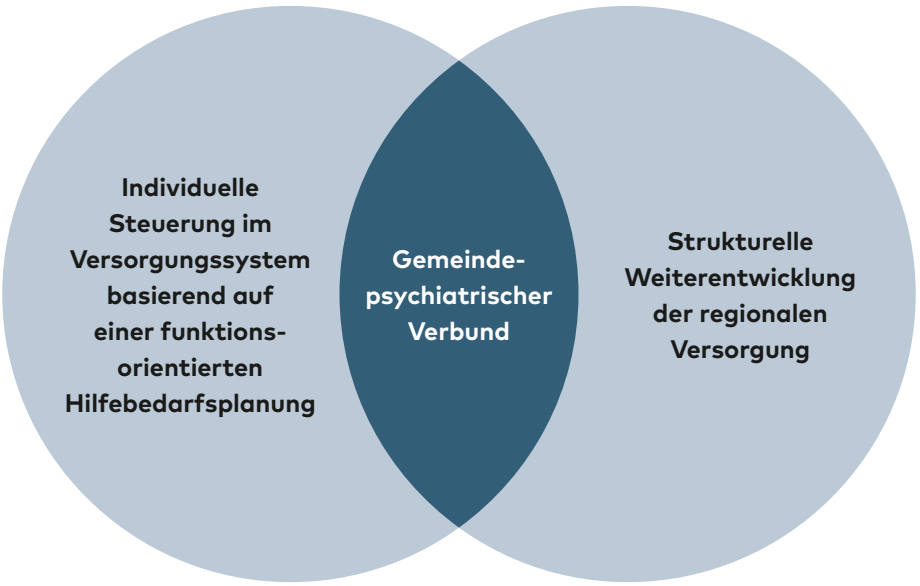


Abbildung 16. Individuumsbezogene Steuerung und strukturelle, regionsbezogene Sicherstellung und Weiterentwicklung der Angebote für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen

Zu den Akteurinnen und Akteuren der existierenden GPV gehören in der Regel aktuell die pflichtversorgende Klinik, die Leistungserbringenden der Eingliederungshilfe (Leistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Alltagsunterstützung), der SpDi und die sozialpsychiatrischen Kontakt- und Beratungsstellen der Region. Perspektivisch müsste aus Sicht der DGPPN zwingend auch die vertragsärztliche Versorgung im Sinne von Vertretungen von Arztnetzen nach der KSVPsych-RL und idealerweise auch mit den zu etablierenden künftigen sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen im GPV vertreten sein. Ebenfalls sollten die Einrichtungen des MRV mit den forensischen Nachsorgeambulanzen vertreten sein, wenn sie Patientinnen und Patienten in der entsprechenden Region versorgen. Schließlich wäre auch der Einbezug der hausärztlichen Versorgungsebene sinnvoll und sehr wünschenswert.

Für alle Beteiligten bedarf es entsprechender Ressourcen, um auch die Netzwerk- und Abstimmungsarbeit nachhaltig und auskömmlich zu ermöglichen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Mitglieder der GPV lösungs- und konsensorientiert sowie weitgehend bürokratiearm arbeiten. Dies muss durch eine klare organisatorische Leitungsstruktur des Verbundes unterstützt werden. In bestehenden GPV wird diese häufig durch die regionale Psychiatriekoordination übernommen.

Neben den Mitgliedern des GPV setzt eine bedarfsgerechte koordinierende Steuerung auch eine Zusammenarbeit mit weiteren relevanten Akteurinnen und Akteure voraus. Hierzu zählen insbesondere gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie kommunale Dienste und Unterstützungsangebote wie Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Angebote der Sozial- und Arbeitsverwaltung sowie weitere niedrigschwellige Beratungseinrichtungen. Ebenso ist eine enge Abstimmung mit weiteren medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen erforderlich, einschließlich Hausärztinnen und Hausärzten, stationären Pflegeeinrichtungen sowie Leistungen der Pflege nach SGB XI. Eine strukturelle Integration der Angebote für Betroffene im höheren Lebensalter kann z. B. in Form eines gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundes erfolgen. Derartige Netzwerke sind vereinzelt bereits etabliert und wurden positiv evaluiert [243]. Die Etablierung dieser ergänzenden Netzwerkformen, die auch als Teil des GPV entwickelt werden können, werden gerade in Zeiten des demografischen Wandels zunehmend wichtig.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass spezialisierte Behandlungsangebote für bestimmte Indikationen nicht in jeder Versorgungsregion vollständig vorgehalten werden können. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu einer dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden Behandlung erhalten. In solchen Fällen muss eine zeitlich begrenzte Inanspruchnahme überregionaler spezialisierter Angebote ermöglicht werden, beispielsweise im Bereich von Neuromodulationsverfahren oder spezifischen psychotherapeutischen Programmen (s. Abschnitt 2.4.6). Voraussetzung ist hierbei eine verbindliche Rückübernahme in die regionale Versorgung sowie eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Leistungserbringenden.

Kurz gesagt:

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Unterstützungsbedarf benötigen eine verbindliche, rechtskreisübergreifende Koordination ihrer Versorgung.

Dazu bedarf es, neben einer individuellen fachärztlichen Steuerung auf Grundlage einer funktionsorientierten Hilfebedarfsplanung, aufeinander abgestimmter regionaler Versorgungsangebote.

Um dies zu gewährleisten, fordert die DGPPN die flächendeckende Etablierung verbindlich organisierter Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV) mit einheitlichen Standards, deren Umsetzung durch geeignete Instrumente der Qualitätssicherung überprüfbar sein sollte.

Gleichzeitig müssen ausreichende Ressourcen für die Koordinationsarbeit sowie der Zugang zu spezialisierten überregionalen Angeboten bei gesicherter Rückanbindung an die regionale Versorgung gewährleistet werden.

3 Empfehlungen zur Implementierung

3.1 Finanzierung

Das derzeitige Versorgungssystem ist maßgeblich durch eine starke Orientierung an Settings und Sektoren geprägt. Diese Struktur resultiert aus einer historisch gewachsenen, strikt getrennten Finanzierung mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen, die von Vergütungen durch GKV und PKV, anderen SGB (hier insbesondere SGB IX, XI und XII) bis hin zu weiteren staatlich finanzierten Investitionen und Leistungen reichen, etwa im Rahmen von Zuwendungen oder des ÖGD. Selbst innerhalb der GKV besteht eine strikte Trennung bei der Finanzierung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, von der bislang nur in Modellvorhaben abgewichen wird. Diese Trennung führt zu Fehlanreizen und erschwert die Entwicklung flexibler, bedarfsorientierter Versorgungsangebote.

Ein Versorgungsmodell, das die **Individuumszentrierung** als leitendes Prinzip verfolgt und die Überwindung von Setting- und Sektorengrenzen innerhalb und außerhalb der SGB anstrebt, **erfordert grundlegende Reformen der Finanzierungsstrukturen**. Die weiterhin notwendige Mischfinanzierung sollte so weiterentwickelt werden, dass Finanzierungsanteile stärker gebündelt werden, um eine flexiblere und bedarfsorientierte Gestaltung von Leistungsangeboten zu ermöglichen. Im Fokus stehen hierbei insbesondere die Leistungen nach SGB V und SGB IX. Perspektivisch ist es denkbar und grundsätzlich wünschenswert, dass auch angrenzende Bereiche wie Leistungen nach dem SGB XI und Finanzierungen im Kontext von Krisendiensten, Präventionsangeboten und des MRV, die derzeit unterschiedlichen Logiken folgen und nur unzureichend aufeinander abgestimmt sind, mit einbezogen werden.

Vor dem Hintergrund eines **bevölkerungsbezogenen Versorgungsansatzes** ist eine in allen Bundesländern **klar definierte, flächendeckende regionale Versorgungsverpflichtung mit bedarfsgerechten Behandlungsangeboten in allen Sektoren** erforderlich. Die **Operationalisierung dieser Versorgungsverpflichtung** sollte weiterentwickelt und systematisch bei der Ressourcenallokation berücksichtigt werden, um eine bedarfsgerechte und ausgewogene Verteilung von Versorgungsressourcen sicherzustellen. So müssen sich sowohl das Versorgungsmodell als auch die Finanzierung an dem Prinzip der **Verteilungsgerechtigkeit** orientieren [244]. Dies bedeutet, dass die vorhandenen finanziellen Ressourcen anders alloziert werden müssen, um Anreize für Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren und mittel- und langfristig eine bessere Prävention und Versorgung zu erreichen. Die begründete Hypothese ist, dass durch die verbesserte Verteilungsgerechtigkeit keine höheren Kosten im Vergleich zum Status quo entstehen, jedoch eine verbesserte langfristige Versorgungsqualität der Bevölkerung und Funktionalität bei psychischen Erkrankungen. Dies hat auch das Potenzial, im weiteren Verlauf als Sekundäreffekt gesamtgesellschaftlich Kosten zu senken.

Die Weiterentwicklung der Finanzierungsstrukturen kann indes nur stufenweise erfolgen.

Im Sinne eines **stufenweisen pragmatischen Vorgehens** ist es sinnvoll, flexiblere, am individuellen Bedarf ausgerichtete Versorgungsangebote innerhalb der bestehenden Regelversorgung zu ermöglichen und die settingübergreifende Versorgung im Krankenhausbereich innerhalb des SGB V zu stärken. Hierzu kann insbesondere eine **bundesweite Etablierung des bayerischen Modells der Einzelleistungsvergütung bei PIAs** beitragen, welches eine stärkere Gewichtung ambulanter Leistungen ermöglicht. Ebenfalls sollen die **starren Vorgaben der StäB gelockert** werden, so dass diese Form des *Home Treatment* (HT) individuell bedarfsadaptiert intensiviert oder ausgeschlichen werden kann und Überversorgung vermieden wird. Ein gemeindepsychiatrischer Versorgungsansatz und eine intensiv-ambulante Behandlung – ggf. auch mit Integration digitaler Versorgung – können kostenintensive Krankenhausbehandlungen verhindern oder verkürzen, die Heilungschancen erhöhen und Folgekosten aufgrund seltener Rückfälle senken [113, 245].

Als weitergehende und konsequente Entwicklungsperspektive wird das **Etablieren von Globalbudgets für flexibler zu erbringende Krankenhausleistungen** empfohlen. Solche Globalbudgets werden bereits in mehreren Modellvorhaben nach § 64b SGB V bundesweit erfolgreich umgesetzt [246], und sie müssen aus Sicht der DGPPN **durch Anpassungen der Bundespflegesatzverordnung als Option in die Regelversorgung** übernommen werden. Kliniken mit Globalbudgets konnten signifikant geringere medizinische Kosten nachweisen [247]. Die Globalbudgets sollen bevölkerungsbezogen ausgestaltet werden und gemeinsam mit der weiterzuentwickelnden Bedarfsplanungsrichtlinie für den vertragsärztlichen Bereich eine verbindliche Grundlage für die regionale Versorgung darstellen.

In einem zweiten Schritt erscheint es denkbar und wünschenswert, zumindest in ausgewählten Regionen **auch vertragsärztliche Leistungen in regionale Budgetstrukturen zu integrieren**. Entsprechende Ansätze wurden bereits auch von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagen [76], sie bedürfen jedoch einer weiteren fachlichen Klärung hinsichtlich ihrer konkreten Ausgestaltung und Umsetzbarkeit. Infrage kommen zunächst vor allem vertragsärztliche Arztnetze, die auf Grundlage der KVSPsych-RL tätig sind, und künftig ggf. auch Praxen, die auf Grundlage einer noch zu etablierenden Sozialpsychiatrievereinbarung für Erwachsene arbeiten.

Intensiv ambulante und aufsuchende Versorgungsformen in Form von ACT-ähnlichen Modellen können je nach Gegebenheiten der Versorgungsregion sektorenunabhängig und durch verschiedene Leistungserbringende mit verbindlichen Qualitätsstandards erbracht werden. D. h. ein Zugang sollte sowohl aus dem vertragsärztlichen als auch aus dem stationären Versorgungssektor möglich sein. Die Leistungen werden vorrangig durch die GKV (und PKV) finanziert. Für Personen ohne Krankenversicherungsschutz ist eine vollständige Finanzierung aus staatlichen Mitteln erforderlich. Ziel sollte jedoch grundsätzlich sein, auch diese Personen in die GKV zu integrieren.

Eine strukturelle Entsprechung findet sich **im Bereich der Eingliederungshilfe** in Form von **regional ausgerichteten Trägerbudgets**. Diese umfassen Leistungen zur sozialen Teilhabe, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Alltagsunterstützung [248]. Perspektivisch könnten diese Budgets um weitere, bislang getrennt finanzierte Angebote ergänzt werden, vornehmlich um kommunal oder landesseitig finanzierte Leistungen wie SpDi, Krisendienste, Präventionsangebote sowie weitere niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote. Ziel wäre eine stärkere Integration medizinischer, psychosozialer und teilhabebezogener Leistungen auf regionaler Ebene.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Versorgungsstrukturen, in erster Linie SpDi und Krisendienste, Teil der kommunalen Daseinsvorsorge sind. Deren Finanzierung erfolgt daher primär aus kommunalen bzw. Landesmitteln. Eine effektive Versorgung setzt voraus, dass diese Angebote nicht nur in der Versorgungsregion eng abgestimmt und vernetzt arbeiten, sondern auch hinsichtlich ihrer Funktionalität und Qualitätssicherung definierten Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien unterliegen, wie sie z. B. durch das bundesweite Netzwerk der SpDi formuliert sind [249]. Diese sollten zumindest innerhalb der Bundesländer – und idealerweise auch bundesländerübergreifend – homogen sein.

Die für eine individuumszentrierte Versorgung erforderliche **Netzwerkarbeit** ist bislang weder strukturell noch finanziell ausreichend abgebildet, sowohl für Leistungserbringende im Rahmen der SGB (insbesondere SGB V, SGB IX und SGB XII), als auch für zuwendungsfinanzierte Angebote und Strukturen des ÖGD. Entsprechende Anpassungen sind daher notwendig. Beispielsweise wurde im Psychiatriedialog ein Kooperationsgebot bei der Leistungserbringung erörtert, verbunden mit einer Regelung, wonach die Krankenkassen die Bildung regionaler GPV fördern, indem der Kooperationsaufwand bei qualitätssichernden und finanziellen Regelungen berücksichtigt wird [s. Handlungsfeld 11; 70]. Die Aufwände sollten auch für den strukturierten Einbezug von Betroffenen- sowie An- und Zugehörigenvertretenden in die verschiedenen Bereiche der Versorgung und die Weiterentwicklung der Versorgung berücksichtigt werden.

Perspektivisch erscheint es sinnvoll zu prüfen, inwieweit Teilbudgets aus verschiedenen SGB, insbesondere aus SGB V und SGB IX sowie ggf. auch SGB XI, in übergreifende **Gesamtbudgets für eine Versorgungsregion (Regionalbudgets)** überführt werden können [250, 251]. Eine solche Entwicklung könnte die Verzahnung der Angebote weiter verbessern, die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure stärken und insgesamt zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen.

Die Umstellungen in den Finanzierungslogiken müssten dabei von Beginn an konsequent und standardisiert unter gesundheitsökonomischen Aspekten evaluiert werden. Diese sollen auch ein differenziertes Spektrum an indirekten Krankheitskosten und Effekten jenseits des Gesundheitssektors erfassen (z. B. Sozialleistungen oder Justizkosten [252]) und die Einbindung von *Quality Adjusted Life Years* als wichtigen Outcome-Parameter [253] sowie *Social-Return-on-Investment*-Analysen umfassen [254]. Das von der EU geförderte Projekt *PECUNIA*, das standardisierte Referenzeinheiten für Gesundheits- und Sozialleistungen zum Gegenstand hat, kann hier ergänzend als Orientierung dienen [255, 256].

Kurz gesagt:

Die Weiterentwicklung der Finanzierungsstrukturen kann nur stufenweise erfolgen.

Kurzfristig gilt es, mehr Flexibilität für Krankenhausleistungen durch neue Instrumente und/oder die Anpassung bestehender Instrumente innerhalb der Regelversorgung zu schaffen. Dies soll idealerweise durch Globalbudgets für Krankenhausleistungen als Option der Regelversorgung etabliert werden.

Übergangsweise soll eine Lockerung der starren Vorgaben der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) erfolgen, und das bayerische Modell der Finanzierung von Einzelleistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll bundesweit eingerichtet werden.

Parallel dazu soll im vertragsärztlichen Bereich die Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen verfolgt werden. Diese Anpassungen werden förderlich sein für eine stärkere Gewichtung bedarfsgerechter ambulanter und aufsuchender Angebote.

Mittelfristig sollen – auf dem Weg zu bevölkerungsbezogenen Regionalbudgets – auch vertragsärztliche Leistungen des SGB V zusätzlich in die Globalbudgets einbezogen werden.

Langfristig ist eine sektorenübergreifende Integration der Finanzierung anzustreben, etwa durch die Zusammenführung von Mitteln aus SGB V, SGB IX und weiteren SGB-Bereichen sowie durch die Einbindung kommunaler Leistungen. Damit kann perspektivisch eine umfassend integrierte und bedarfsorientierte Versorgung erreicht werden.

3.2 Personalbemessung und Bedarfsplanung

Im Rahmen des vorliegenden Versorgungsmodells muss der Fachkräftebedarf systematisch aus den bedarfsorientierten, funktionalen Angeboten abgeleitet werden, und darauf aufbauend muss eine integrierte Fachkräftestrategie entwickelt werden. Internationale Beispiele für entsprechende Ansätze sind bislang begrenzt und die Untersuchungen nur eingeschränkt vergleichbar, etwa in Finnland [257] und China [258].

3.2.1 Vertragsärztlicher Bereich

Die **Bedarfsplanungsrichtlinie** stellt die Bemessungsgrundlage für den vertragsärztlichen Bereich dar. Aktuell werden die Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie immer noch in der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte geführt. Zudem basiert die Bedarfsplanung für die ambulante Psychotherapie im Kern immer noch auf Verhältniszahlen aus den 1990er-Jahren, die zwar seitdem angepasst und weiterentwickelt werden, aber dennoch den tatsächlichen Bedarf nur unzureichend abbilden. Darüber hinaus werden die Entwicklungen in der fachärztlichen Qualifikation und das damit einhergehende veränderte Aufgabenspektrum nicht berücksichtigt.

Ein erster Schritt zur differenzierten Darstellung der Versorgung in diesem Bereich war die Überarbeitung der Bedarfsrichtlinie von 2018 mit Einführung von Quotierungsregelungen im Bereich der Nervenheilkunde. Sie berücksichtigte die Weiterentwicklung der Fächer Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie und legte Stellenkontingente dieser Fachgebiete in einer Bedarfsplanungsregion fest. Dabei ging sie rechnerisch von der Annahme aus, dass die Inanspruchnahme neurologischer Versorgung der der psychiatrischen Versorgung entspricht. In der Versorgungsrealität sehen wir allerdings eine Zunahme der Nachfrage nach Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier konnte auch der enorme Aufwuchs an psychotherapeutischer Versorgung nicht zu einem Rückgang von Wartezeiten führen – wir erleben eher eine Zunahme in diesem Bereich (s. Abschnitt 1.2).

Um eine bedarfsbezogene Versorgung zu sichern, ist aus Sicht der DGPPN eine grundlegende Überprüfung und Anpassung der Bedarfsplanungsrichtline im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie im Sinne einer Differenzierung und Skalierung notwendig. Ein wichtiger Aspekt wäre hier die adäquate Abbildung der Doppelqualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Konkret schlägt die DGPPN vor, dass die Ausweisung der Kassensitze getrennt für Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde erfolgt.

Sinnvoll wird in diesem Zusammenhang ein Bezug der Bedarfsplanung auf die Bevölkerungszahl und -struktur in der jeweiligen Versorgungsregion sein, d. h. auch hier soll ein bevölkerungsbezogener Ansatz verfolgt werden. Darüber hinaus können die Anfragen bei den TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen (telefonisch unter 116 117) eine Orientierung geben – hier zählen die Nachfragen nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung zu den häufigsten. So entfiel im Jahr 2024 ein Drittel aller Terminbuchungen und Vermittlungswünsche bei den TSS auf die Fachgruppen Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie [259]. Sowohl das wachsende Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung als auch die Koordinations- und Steuerungsaufgaben der Fachärztinnen und -ärzte bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen müssten berücksichtigt werden. Auf dieser Grundlage könnten auch Vorgaben hinsichtlich einer Mindestzahl versorgter Patientinnen und Patienten pro Kassensitz entwickelt werden.

Als Zwischenschritt bis zur Realisierung einer neuen Bedarfsplanung wird vorgeschlagen, die Etablierung einer Sozialpsychiatrievereinbarung im Sinne sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen voranzutreiben und für diese Praxen zusätzliche Kassensitze zu bewilligen; dies verbunden mit der Verpflichtung, eine Mindestzahl von Patientinnen und Patienten zu versorgen, aber auch versehen mit einem zusätzlichen Honorarvolumen.

Kurz gesagt:

Eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich ist nötig, die dem tatsächlichen Versorgungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen entspricht und die Doppelqualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie adäquat abbildet. Dabei muss ein bevölkerungsbezogener Ansatz verfolgt werden.

Eine weitere Maßnahme ist die Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen mit zusätzlichen Kassensitzen und entsprechender Finanzierung.

3.2.2 Krankenhausbereich

Die Strukturqualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den Kliniken wird maßgeblich durch die Personalausstattung in den verschiedenen Berufsgruppen bestimmt.

Anders als ein Personalbemessungsinstrument macht die derzeit geltende **PPP-RL** Vorgaben für Mindestpersonalgrenzen zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Die PPP-RL weist erhebliche strukturelle Defizite auf: Sie ging aus der über 40 Jahre alten Psychiatrie-Personalverordnung hervor, passte und erhöhte die Personalminuten über alle Berufsgruppen etwa gleichmäßig an und definierte die resultierenden Minutenwerte als Mindestgrenzen. Es ist aber grundsätzlich nicht sachgerecht, Mindestvorgaben als über alle Berufsgruppen starren prozentualen Anteil einer leitlinienorientierten Personalbemessung zu definieren. Aus Sicht der DGPPN müssen Mindestvorgaben vielmehr normativ festgelegt werden, wobei insbesondere die Erfüllung von Pflichtversorgungsaufgaben zu berücksichtigen ist. Darüber hinaus muss es für die Krankenhäuser möglich sein, Personal über die Mindestpersonalgrenzen der PPP-RL hinaus zu verhandeln und die entsprechende Finanzierung zu erhalten, um eine qualitativ anspruchsvolle leitliniengerechte Behandlung anbieten zu können – vorausgesetzt, sie können das Personal auf dem Arbeitsmarkt akquirieren. In der Realität werden allerdings die Mindestpersonalgrenzen seitens der Kostenträger bei den Budgetverhandlungen zugleich als Maximalgrenzen betrachtet. Damit kann es allein schon aufgrund von temporären Schwankungen im Personalbestand leicht zu Unterschreitungen der Mindestpersonalgrenzen kommen. Schließlich unterstützt die PPP-RL auch aufgrund ihrer Systematik und Kleinteiligkeit keine moderne, leitlinienorientierte Behandlung. Aus Sicht der DGPPN ist die PPP-RL weder als Definition von Mindestpersonalgrenzen noch als Personalbemessungsinstrument geeignet.

Folglich empfiehlt die DGPPN die **Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments** für die klinische stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, das sich an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen orientiert und Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Behandlung schafft. Dabei soll auch die Peer-Arbeit im Personalmix systematisch einbezogen werden. Ein möglicher Ansatz für die Personalbemessung ist das Plattform-Modell [260], das sich nach den Ergebnissen der EPPIK-Studie [261] grundsätzlich als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken eignet und weiterentwickelt werden könnte. Im Sinne der Qualitätssicherung ist dabei eine vollständige Finanzierung der Personalkosten erforderlich.

Ferner empfiehlt die DGPPN eine **Anpassung, Vereinfachung und weitere Flexibilisierung der PPP-RL** sowie eine **Streichung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestpersonalgrenzen**. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass Mittel, die nicht zweckgebunden verwendet wurden, vollständig zurückgeführt werden. Darüber hinausgehende wirtschaftliche Sanktionen sind aus Sicht der DGPPN in Zeiten des Fachkräftemangels nicht angemessen und gefährden die Versorgung. Anstelle von Sanktionen sind im Dialog mit den Kostenträgern geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die bei

Nichterfüllung von Mindestanforderungen greifen. Als **strukturelles Qualitätskriterium** sollen alle Kliniken verpflichtet werden, die Personalbesetzung differenziert nach Berufsgruppen auszuweisen und diese Informationen transparent zugänglich zu machen.

Kurz gesagt:

Die DGPPN fordert die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments für psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken, das sich an tatsächlichen Versorgungsbedarfen orientiert und eine leitliniengerechte Behandlung ermöglicht. Dabei muss eine vollständige Finanzierung der Personalkosten gewährleistet werden.

Die PPP-RL eignet sich nicht als Personalbemessungsinstrument, gleichwohl muss die PPP-RL angepasst und flexibilisiert werden: Eine Streichung der Sanktionen ist erforderlich, um eine Reduktion des Versorgungsangebotes zu verhindern. Mittel, die nicht zweckgebunden verwendet wurden, sollen zurückgeführt werden.

3.2.3 Eingliederungshilfe

Die stufenweise Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ab 2017 ff. und die damit verbundene konsequente Personenzentrierung führte zu der Notwendigkeit von Anpassungen hinsichtlich der Quantität und des Qualifikationsmix der beteiligten Berufsgruppen. Diese sind in den jeweiligen Landesrahmenverträgen zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringenden gemäß § 131 SGB IX festgelegt. Grundsätzlich ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein möglichst flexibles Personalmodell zu fordern, das unter Umständen schnell auf dynamisch wechselnde Bedarfe reagieren kann. Eine Lösung bieten hier beispielhaft Leistungsgruppen in der Eingliederungshilfe an, die unterschiedliche Unterstützungskorridore definieren und mit einem entsprechenden Personalschlüssel hinterlegt sind, der aber in dem jeweiligen Korridor flexibel einsetzbar ist.

3.2.4 Weitere Dienste

Für die SpDi steht mit den Kenngrößen des SpDi-Netzwerks eine Handreichung zur Personalbemessung zur Verfügung [249], während für Beratungsstellen und Krisendienste passende Instrumente, die einen bundesweiten Rahmen definieren, von Ausnahmen in einzelnen Bundesländern abgesehen, erst entwickelt werden müssen. Eine bevölkerungsbezogene Berechnung unter Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren erscheint dabei zielführend.

3.3 Finanzierung von Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Wissenschaft

Eine qualitativ hochwertige Aus-, Weiter- und Fortbildung der nächsten Generation von Ärztinnen und Ärzten, (Psychologischen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten und weiteren Fachkräften stellt gemeinsam mit der klinischen und der Versorgungsforschung eine zentrale Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung und Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Diese Aspekte müssen daher integraler Bestandteil der Strategie für eine zukunftsfähige Versorgung sein.

Derzeit bestehen insbesondere **in der Finanzierung der Weiterbildung strukturelle Defizite**. Im ärztlichen Bereich werden die mit der Weiterbildung verbundenen zeitlichen und finanziellen Aufwände

häufig von den Klinikträgern und zumindest anteilig überwiegend auch von den Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten selbst getragen. Weder im Klinik- noch im vertragsärztlichen Bereich findet die Facharztweiterbildung budgetär einen Niederschlag bzw. sie wird nicht gefördert.

Im Bereich der psychotherapeutischen Weiterbildung hat die **Reform des Psychotherapeutengesetzes** im Jahr 2019 neue strukturelle Voraussetzungen geschaffen, indem die Weiterbildung als sozialversicherungspflichtige, hauptberufliche Tätigkeit ausgestaltet wurde. In der praktischen Umsetzung besteht jedoch weiterhin ein erheblicher Mangel an Weiterbildungsstellen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung. Die Umsetzung wird dadurch erschwert, dass bestehende Stellen teilweise noch über längere Zeiträume mit Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besetzt sind und sein werden. Unabhängig davon ist für eine Sicherstellung von Weiterbildungskapazitäten eine verlässliche Finanzierung der für die Weiterbildung erforderlichen Strukturkosten notwendig. Diese ist aktuell nicht absehbar. Zu den Strukturkosten zählen insbesondere Personalkosten für Weiterbildungsbefugte, einschließlich zusätzlicher Kapazitäten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, Kosten für Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision sowie die notwendige Freistellung von Arbeitszeit für Weiterbildungsinhalte. Diese beträgt etwa 25 % der Arbeitszeit und muss entsprechend in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

Ferner muss aus Sicht sowohl des ärztlichen Nachwuchses als auch der Klinikleitungen auf eine **Gleichstellung der Finanzierung der ärztlichen und der psychotherapeutischen Weiterbildung** geachtet werden. Eine Finanzierung der Strukturkosten der Weiterbildungen über die Kostenträger erscheint folgerichtig.

Schließlich müssen dringend auch Lösungen für den Bereich der wichtigen **Weiterqualifizierung von Angehörigen anderer Berufsgruppen** gefunden werden. Insbesondere betrifft dies die Finanzierung der **Fachpflegeweiterbildung Psychiatrie** sowie auch der zukunftsträchtigen **akademischen Pflegequalifizierung** in Form von Bachelor- und Masterstudiengängen mit Vertiefung der Psychiatrischen Pflege sowie von Advanced-Practice-Qualifizierungen (APN/Advanced Practice Mental Health Nurses).

Neben der Aus-, Fort- und Weiterbildung kommt der **klinischen Forschung** und der partizipativ gestalteten **Versorgungs- und Implementierungsforschung** eine zentrale Bedeutung für die Weiterentwicklung der Versorgung zu. Insbesondere im universitätsmedizinischen Kontext bestehen hierfür spezifische strukturelle Voraussetzungen. Mit den **Hochschulambulanzen** wurde ein eigener ambulanter Versorgungsbereich geschaffen, dessen gesetzlicher Auftrag gemäß § 117 SGB V darin besteht, Patientinnen und Patienten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu behandeln. Dieser Auftrag wurde im Zuge gesetzlicher Anpassungen erweitert, sodass auch Menschen mit komplexen und schwerwiegenden Erkrankungen Zugang zu diesen spezialisierten ambulanten Leistungen erhalten können. Dies umfasst auch Ambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten.

Vor dem Hintergrund eines steigenden Bedarfs an spezialisierten diagnostischen und therapeutischen Leistungen soll geprüft werden, inwieweit die in § 117 SGB V definierten Versorgungsaufträge im Rahmen von Globalbudgets auch sektorenübergreifend ausgestaltet werden können. Dies betrifft insbesondere die Einbeziehung aufsuchender, teilstationärer und vollstationärer Behandlungsformen. Entsprechende Ansätze bestehen bereits in Modellvorhaben nach § 64b SGB V, etwa im Adoleszentenzentrum des *Zentralinstituts für Seelische Gesundheit* (ZI) Mannheim [262].

Die besonderen strukturellen Anforderungen im universitären Bereich, insbesondere im Bereich der hochspezialisierten Versorgung in Kombination mit Forschung und Lehre, sollen auch in der Psychiatrie und Psychotherapie adäquat vergütet werden. Eine Orientierung an den Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Finanzierung von Einrichtungen der Maximalversorgung im Sinne von Level-III*U*-Strukturen erscheint dabei sinnvoll [263].

Darüber hinaus soll geprüft werden, inwieweit entsprechende Finanzierungsmodelle auch auf außeruniversitäre Einrichtungen ausgeweitet werden können, sofern diese vergleichbare Aufgaben in Forschung, Lehre und spezialisierter Versorgung übernehmen. Voraussetzung hierfür wäre der Nachweis entsprechender Strukturkriterien, etwa in Form wissenschaftlicher Aktivität, Publikationstätigkeit oder institutioneller Kooperationen mit universitären Einrichtungen. Die DGPPN befürwortet diese Ausweitung.

Kurz gesagt:

Die Weiterbildung muss vollständig und gleichwertig finanziert, Strukturkosten für die Weiterqualifizierung aller Berufsgruppen müssen verbindlich berücksichtigt und Forschung sowie spezialisierte Versorgung gestärkt werden. Die DGPPN fordert eine regelhafte Refinanzierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung, die verbindliche Abbildung aller Strukturkosten in Finanzierung und Personalbemessung sowie eine adäquate Vergütung und sektorenübergreifende Einbindung universitärer und vergleichbarer Versorgungsstrukturen.

3.4 Erfordernisse für Anpassungen von Gesetzen und Richtlinien

Damit die hier vorgeschlagenen Reformschritte implementiert werden können, bedarf es ggf. rechtlicher Anpassungen bzw. einer Harmonisierung von Gesetzen, die sowohl das Bundes- als auch das Landesrecht betreffen.

Diese betreffen auf Bundesebene u. a.:

- SGB V (Flexibilisierung klinischer Angebote, Global- und Regionalbudgets, Sprachmittlung und Übernahme der Kosten für Dolmetschende, Netzwerkarbeit, Aufnahme von Frühintervention)
- Bundespflegesatzverordnung – BPflV
- SGB IX (Netzwerkarbeit, Budgets)
- SGB XI (ambulante Pflegeleistungen jenseits der ambulanten psychiatrischen Pflege nach SGB V)
- SGB XII (Netzwerkarbeit)
- AsylBLG (Verbesserung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung)
- Präventionsgesetz (Verankerung und Finanzierung des Prinzips der psychischen Gesundheit in allen Politikfeldern)
- Bedarfsplanungsrichtlinie (GBA)
- BMV-Ä: Regelungen zur Sozialpsychiatrievereinbarung für Erwachsene (zur Etablierung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen)
- Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL; GBA)
- Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PPP-RL; GBA)

Ausformulierte Entwürfe gesetzesbezogener Handlungsempfehlungen zu mehreren der genannten Normen — u.a. §§ 11, 37a, 40, 92 Abs. 6b, 135a, 136a und 136b SGB V — liegen aus dem Psychiatriedialog vor. Sie wurden dort als geprüfte Handlungsoptionen dokumentiert und können als Grundlage für weitere Diskussionen zu bundesgesetzlichen Regelungen dienen [s. Anhang 3; 70].

Auf Landesebene sind u.a. betroffen:

- Ausführungsgesetze zum SGB IX
- PsychK(H)G

Die PsychK(H)G der Bundesländer haben sich in den letzten 10 bis 15 Jahren von Gesetzen der reinen Gefahrenabwehr zu Regelwerken entwickelt, die – soweit landesrechtlich regelbar – neben der öffentlich-rechtlichen Unterbringung auch Aspekte von Vor- und Nachsorge, Krisenintervention und Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassen. Dazu gehört auch der wichtige Vernetzungsaspekt zwischen verschiedenen Hilfe- und Unterstützungssystemen, beispielsweise in Form von GPV. Diese sind aktuell in 4 der 16 PsychK(H)G explizit verankert, und in weiteren PsychK(H)G finden sie Erwähnung als Verbundstrukturen, während andere Bundesländer, wie z.B. Hamburg, GPV über den dortigen Landespsychiatrieplan etablieren. Entsprechend sind die Organisationsstrukturen der existierenden GPV heterogen [264]. Eine Struktur mit gesetzlich oder vertraglich klar geregelten und bindenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die zu versorgenden Personen in der Region erscheint erforderlich, damit die GPV ihre Aufgaben gut erfüllen können (s. Abschnitt 2.5.3). Aus Sicht der DGPPN wäre es sehr sinnvoll, wenn diese Struktur möglichst bundeseinheitlich homogen wäre. Weitere Ausführungen zu notwendigen Anpassungen der PsychK(H)G sind den Umsetzungsempfehlungen auf Basis des DGPPN-Positionspapiers *Prävention von Gewalttaten* zu entnehmen [57].

Kurz gesagt:

Die Umsetzung der Versorgungsempfehlungen erfordert eine abgestimmte Weiterentwicklung von Bundes- und Landesgesetzen sowie zentralen Richtlinien.

Die DGPPN fordert insbesondere, rechtliche Voraussetzungen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit, flexible Versorgungsformen und sozialpsychiatrische Netzwerke zu schaffen sowie Gemeindepsychiatrische Verbünde mit verbindlichen Aufgaben und möglichst bundesweit einheitlichen Standards gesetzlich zu verankern.

3.5 Qualitätssicherung

Die hier vorgeschlagenen Reformen haben das Ziel, die Versorgungsqualität und damit einhergehend die Lebensqualität für alle betroffenen Menschen nachhaltig zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist, dass die Reformen sich systematisch an geeigneten Qualitätsparametern ausrichten. Dazu bedarf es der Erhebung bzw. des kontinuierlichen und für die Öffentlichkeit transparenten Monitorings entsprechender Indikatoren bzw. Merkmale. Diese sollen sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch auf Ebene der einzelnen Versorgungsregionen und Einrichtungen etabliert werden.

Eine zentrale Rolle kommt dabei patientenbezogenen Ergebnis- und Erfahrungsmaßen zu. Insbesondere ***Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs)** und ***Patient-Reported Experience Measures* (PREMs)** sollen systematisch erhoben und für die Steuerung der Versorgung genutzt werden, wie dies in anderen Gesundheitssystemen bereits etabliert ist [265, 266]. Die Qualitätssicherung darf sich grundsätzlich nicht auf das Leistungssystem des SGB V beschränken, sondern sie sollte möglichst alle **funktionalen Versorgungsbereiche** umfassen. Hierzu gehört

beispielsweise auch der Einsatz geeigneter **Fidelity-Instrumente**, um die Erfüllung von Standards in der intensiv-ambulanten Akutbehandlung oder in der gemeindepsychiatrischen Versorgung erfassen zu können [267, 268].

Grundsätzlich ist aufgrund bestehender Erfahrungen mit aufwändigen Qualitätssicherungsverfahren darauf zu achten, dass die Qualitätssicherung nicht zu einer unverhältnismäßigen bürokratischen Belastung der Leistungserbringenden führt. Perspektivisch erscheint daher neben den PROMs und PREMs die **Entwicklung eines Indikatorensets auf Basis von Routinedaten** sinnvoll, das möglichst sektorenübergreifend genutzt werden kann.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, ein solches, **SGB-übergreifendes Indikatorenset** zu entwickeln, das auch Bestandteil einer weiterentwickelten Psychiatrieberichterstattung sein kann.

In dieses Indikatorenset gehören auch die Aspekte der Vermeidung von Zwang und des Erhalts der Selbstbestimmung. Zwangsmaßnahmen sollen nach Grund, Art und Dauer dokumentiert werden; die Dokumentation soll auch die Maßnahmen zu ihrer Vermeidung beschreiben, und es ist für Transparenz und bundesweite Vergleichbarkeit Sorge zu tragen [s. Handlungsfeld 7; 70].

Das Qualitätsindikatorenset sollte auf bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen, unter anderem den Arbeiten der OECD [269]. Die Entwicklung kann sinnvollerweise durch eine Arbeitsgruppe erfolgen, an der Vertretungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Selbstverwaltung nach SGB V, VI und VII und der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände*, aber auch Betroffene und An- und Zugehörige beteiligt sein sollten. Beispiele für mögliche Qualitätsmerkmale auf der Ebene von klinischen Einrichtungen finden sich im DGPPN-Papier *Versorgung weitergedacht: Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus* [1]. Die Ergebnisse sollen kontinuierlich in den Gremien der verschiedenen Ebenen reflektiert, bewertet und als Grundlage für Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität genutzt werden.

Ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung ist die **Transparenz**. Im Sinne der Transparenz schlägt die DGPPN eine **Veröffentlichung der Personalausstattung** bei den verschiedenen Berufsgruppen als Indikator für Strukturqualität vor. Im Bereich der stationären Krankenhausversorgung wäre dies beispielsweise über die Erfüllung der Anforderungen der PPP-RL darstellbar. In Analogie dazu sollte die Personalausstattung in allen relevanten Versorgungsbereichen des SGB V, des SGB IX und des ÖGD abgebildet und veröffentlicht werden.

Schließlich soll auch der Bereich der forensischen Psychiatrie bei der Qualitätssicherung Berücksichtigung finden. Daten aus dem MRV sind ein wichtiger Baustein für ein umfassendes Verständnis der psychiatrischen Versorgungslandschaft und sollen entsprechend einbezogen werden. Derzeit werden Routinedaten aus Einrichtungen des MRV zwar in einem Kerndatensatz erhoben, dieser ist jedoch bislang nicht öffentlich zugänglich [25].

Kurz gesagt:

Die DGPPN plädiert für ein sektoren- und rechtskreisübergreifendes Qualitätssicherungssystem mit transparenten Qualitätsindikatoren auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene. Dabei sollen insbesondere patientenberichtete Ergebnis- und Erfahrungsmaße (PROMs/PREMs), Routinedaten sowie transparente Angaben zur Personalausstattung genutzt werden. Auch Daten aus dem Maßregelvollzug sollen in die Qualitätssicherung einbezogen werden.

4 Ausblick in die Zukunft

Die Psychiatrie und Psychotherapie als klinisches Fach, das biomedizinische, psychologische und soziokulturelle Perspektiven sowie die Perspektiven der betroffenen Menschen integriert, unterliegt einem stetigen Wandel. Psychische Erkrankungen stehen in Wechselwirkung mit vielfältigen Einflussfaktoren, die die aktuellen Entwicklungen und Dynamiken unserer Gesellschaft widerspiegeln. Diese lassen sich unter dem Begriff der Megatrends zusammenfassen. **Technologische Fortschritte** – insbesondere die rasanten Entwicklungen im Bereich der **Künstlichen Intelligenz** und der **Digitalisierung** – gehen dabei Hand in Hand mit sozialen Veränderungen, etwa **neuen Arbeits- und Freizeitmodellen** sowie **veränderten Formen der Wissensaneignung und sozialen Interaktionen**. Darüber hinaus sind die Themen **Migration und Globalisierung** ebenso relevant wie die Auswirkungen des **demografischen Wandels und des Klimawandels**.

Diese Entwicklungen stehen in **komplexen, sich gegenseitig beeinflussenden Wechselbeziehungen** und können **sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die Versorgung** haben. So können beispielsweise KI-gestützte Anwendungen den Zugang zur Versorgung erleichtern, zugleich aber bei fehlender digitaler Teilhabe auch neue Barrieren schaffen. Transformationsprozesse können soziale Ungleichheiten reduzieren, aber auch verstärken. Hinzu kommen multiple, gleichzeitig auftretende krisenhafte Entwicklungen, die unter dem Begriff der **Polykrise** beschrieben werden und erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, das Gemeinwesen sowie gesellschaftliche und demokratische Prozesse haben können.

Die hier beschriebenen Empfehlungen für eine zukunftsweisende, bedarfsgerechte Versorgung folgen einem funktionalen und lebensweltbezogenen Ansatz und sind deutlich umfassender als die Modelle aus den Jahren 2018 und 2024. Sie sind jedoch nicht als ein statisches Versorgungsmodell zu verstehen, sondern unterliegen einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess innerhalb eines sich fortlaufend weiterentwickelnden klinisch-wissenschaftlichen Rahmens. Die Empfehlungen müssen kontinuierlich und kritisch überprüft und an neue fachliche Erkenntnisse sowie an sich verändernde gesellschaftliche und rechtliche Bedingungen angepasst werden.

In diesem Sinne sind die **Empfehlungen als dynamisch und funktional im Sinne eines „lernenden Systems"** [270] zu verstehen, das offen für Anpassungen und Weiterentwicklungen ist.

Darüber hinaus wird mit den hier beschriebenen Empfehlungen nicht der Anspruch erhoben, sämtliche Aspekte eines vernetzten, lebensweltbezogenen, lebensphasen- und SGB-übergreifenden Hilfe- und Versorgungsökosystems vollständig abzubilden. Dies gilt beispielsweise für den Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der in den vorliegenden Empfehlungen bislang nur marginal einbezogen werden konnte und eine eigenständige, differenzierte Betrachtung gemeinsam mit dem Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfordern würde. Ebenso betrifft dies die Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Versorgung im Erwachsenenalter im Sinne von Transitionsprozessen.

Eine weitergehende Betrachtung erfordert zudem die Integration der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Insbesondere bei somatischen Komorbiditäten ist eine enge Verzahnung psychiatrischer und somatischer Versorgungsstrukturen erforderlich, um eine patientenzentrierte, integrierte Versorgung entlang der gesamten Behandlungskette zu gewährleisten. Durch die Berücksichtigung dieser und weiterer Aspekte, wie beispielsweise vertiefende Betrachtungen der Versorgung marginalisierter Gruppen, älterer Menschen und Menschen mit körperlichen Behinderungen, können und sollen die vorliegenden Empfehlungen künftig im Rahmen von geplanten, regelmäßig stattfindenden Aktualisierungen und in Fokuspapieren weiterentwickelt werden.

In diesem Sinne ist das vorliegende Dokument als **Living Document** zu verstehen und zu lesen.

5 Literatur

1. DGPPN (2024) Versorgung weitergedacht. Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/5e4a4c12fa547441b1be3adbad82b57dac17a9d9/20241107_DGPPN_Versorgungsmodell.pdf (Zugegriffen: 18.02.2026)

2. DGPPN (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

3. Schneider F, Falkai P, Maier W (2012) Psychiatrie 2020 plus. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-28221-8

4. Santomauro DF, Miller PA, Shadid J et al. (2026) Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 407:2040–2064. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00519-2

5. Hay SI, Ong KL, Santomauro DF et al. (2025) Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 406:1873–1922. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01637-X

6. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77–87. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y

7. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). Nervenarzt 87:88–90. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7

8. Robert Koch-Institut (2025) Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). https://gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0 (Zugegriffen: 01.07.2026)

9. Junker S, Damerow S, Walther L et al. (2024) Hochfrequente Mental Health Surveillance. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.14261164

10. Gühne U, Riedel-Heller SG (2015) Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Expertise im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin und der DGPPN. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (Zugegriffen: 22.04.2026)

11. Destatis (2026) Krankheitskosten, Krankheitskosten je Einwohner: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10). https://genesis.destatis.de/datenbank/online/url/3354d0dc (Zugegriffen: 03.09.2026)

12. Borbé R, Graef-Calliess I, Längle G (2025) Der Stellenwert der Eingliederungshilfe bei der Versorgung schwer psychisch Kranker. Nervenarzt 96:564–569. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01897-5

13. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2026) Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit. https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit.html (Zugegriffen: 03.09.2026)

14. Bundesministerium für Gesundheit (2022) Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen 2020. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/AU_nach_Alter_und_Diagnose_2020_bf.pdf (Zugegriffen: 21.03.2026)

15. Deutsche Rentenversicherung (2025) Rentenversicherung in Zeitreihen. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html (Zugegriffen: 03.09.2026)

16. Bramesfeld A (2023) Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 66:363–370. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03671-x

17. Bundesärztekammer (2006–2025) Ärztestatistik (je Jahr). https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2025 (Zugegriffen: 19.06.2026)

18. Bundespsychotherapeutenkammer (2026) Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten. https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=697&p_archiv_id=10158553&p_sprache=D&p_action=A (Zugegriffen: 18.06.2026)

19. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026) Behandlungsfälle je Arzt/PT, alle Ärzte/Psychotherapeuten. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/behandlungsfaelle-leistungsbedarf (Zugegriffen: 18.06.2026)

20. Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T et al. (2026) Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/zi-trendreport-2025-q2.pdf (Zugegriffen: 18.06.2026)

21. Destatis (2025) Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2024. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611247005.html (Zugegriffen: 18.06.2026)

22. Destatis (2008–2016, 2022–2024) Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (je Jahr). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html#_xiqkeayn0 (Zugegriffen: 09.10.2026)

23. Destatis (2015) Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00002494 (Zugegriffen: 23.04.2026)

24. Deutsche Bundesregierung (2023) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Clara Bünger, Nicole Gohlke, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 20/7038 – Umgang mit Überlastung der Maßregelvollzugsanstalten. https://dserver.bundestag.de/btd/20/072/2007264.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

25. Lesting W, Lindemann M (2025) Der geheimnisvolle Kerndatensatz zum Maßregelvollzug. R&P 43:205–213. https://doi.org/10.1486/rp-04-2025_01

26. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2025) Statistischer Bericht (A IV 2 – j / 24): Krankenhäuser im Land Berlin 2024, Teil 1: Grunddaten. https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/0c8e593e02222e3b/ab037c6d31e5/SB_A04-02-00_2024j01_BE.pdf (Zugegriffen: 01.07.2026)

27. Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (2024) Antwort der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auf die Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Catherina Pieroth-Manelli und Vasili Franco (GRÜNE). – Drucksache 20/7038 – Aktuelle Situation im Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) – Was folgt aus dem Masterplan 2040? https://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/19/SchrAnfr/S19-18942.pdf (Zugegriffen: 01.07.2026)

28. Senatsverwaltung für Inneres und Sport (2025) Neuer Standort für KMV und Polizei am Kirchhainer Damm in Betrieb genommen. https://www.berlin.de/sen/inneres/presse/pressemitteilungen/2025/pressemitteilung.1626993.php (Zugegriffen: 01.07.2026)

29. Destatis (2025) Kreislauferkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen verursachen zusammen 26 % der Krankheitskosten im Jahr 2023. Pressemitteilung Nr. 293. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_293_236.html (Zugegriffen: 18.02.2026)

30. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) (2025) BAGüS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2025 (Berichtsjahr 2023). https://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2025_consens_BAGS-Kennzahlenvergleich_Eingliederungshilfe_Berichtsjahr_2023.pdf (Zugegriffen: 08.10.2026)

31. Wiegand HF, Saam J, Marschall U et al. (2020) Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Dtsch Ärztebl 117:472–479. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0472

32. Bundespsychotherapeutenkammer (2021) BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. https://www.bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/ (Zugegriffen: 23.04.2026)

33. Deutscher Bundestag/Wissenschaftliche Dienste (2022) Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. Dokumentation: WD 9 - 3000 - 059/22. https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

34. GKV-Spitzenverband (2025) Positionen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. Juni 2025. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20250625_PoPa_Psychotherapie_barrierefrei.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

35. DGPPN (2026) Pressestatement: Honorarkürzungen setzen falsches Signal für die psychische Gesundheit. https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2026/honorarkuerzungen-setzen-falsches-signal-fuer-die-psychische-gesundheit.html (Zugegriffen: 23.04.2026)

36. Neubert O (2025) Explodierende Kosten in der Krankenhauspsychiatrie – Garant für eine bessere Versorgung? https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/42/autorenbeitrag/42_autorenbeitrag_psychiatrie/42_autorenbeitrag_psychiatrie.html (Zugegriffen: 18.02.2026)

37. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

38. Knörle U, Gutwinski S, Willich SN et al. (2022) Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 65:677–687. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03536-9

39. Müller JL, Koller M (2025) Brennpunkt: psychiatrischer Maßregelvollzug und Lösungsansätze. Nervenarzt 96:570–573. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01854-2

40. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M et al. (2017) Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Dtsch Ärztebl 114:665–672. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665

41. Statista (2026) Anzahl der Strafgefangenen mit Ersatzfreiheitsstrafe in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland von 2014 bis 2024. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1480195/umfrage/gefaengnisinsassen-mit-ersatzfreiheitsstrafe-in-deutschland/ (Zugegriffen: 23.06.2026)

42. Thilo N, Dahmen N, Fuß J et al. (2026) Die psychiatrische Versorgungssituation psychisch kranker Straftäter in Haft – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN. Nervenarzt. https://doi.org/10.1007/s00115-026-01949-4

43. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2025) Mehr als eine Million wohnungslose Menschen in Deutschland. https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_25_BAG_W_Hochrechnung_2025_Pressemappe.pdf (Zugegriffen: 23.06.2026)

44. Jenderny S, Claus S, Falkai P et al. (2024) Entlassen, aber wohin? Zur aktuellen Situation der „Langlieger" in deutschen psychiatrischen Kliniken. Psychiatr Prax 51:361–366. https://doi.org/10.1055/a-2307-5236

45. Bramesfeld A, Konrad C, Renner S et al. (2022) Die gestrandeten Kranken: Langzeitpatientinnen und -patienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen. Psychiatr Prax 49:213–216. https://doi.org/10.1055/a-1726-8726

46. Stengler K, Gühne U, Jäckel D et al. (2025) Rehabilitation und Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Bestehendes weiterentwickeln und Neues integrieren. Nervenarzt 96:610–618. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01908-5

47. Gühne U, Riedel-Heller SG (2026) Schwere psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Zehn Jahre nach der DGPPN-Expertise – Fortschritt, Stillstand und notwendige Kurskorrekturen. Psychiatr Prax 53:167–170. https://doi.org/10.1055/a-2822-1558

48. Stengler K (2026) Reform der Notfallversorgung: auch für psychisch erkrankte Menschen?! Psychiatr Prax 53:113–115. https://doi.org/10.1055/a-2795-1427

49. Scheydt S, Hegedüs A (2024) Profile und Merkmale psychiatrischer Pflegefachpersonen in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Integratives Review und thematische Framework Analyse. Psychiatr Prax 51:351–360. https://doi.org/10.1055/a-2349-4764

50. FinanzKommission Gesundheit/Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit (2026) Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. https://www.bundesgesundheitsministerium.de//fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf (Zugegriffen: 24.04.2026)

51. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A et al. (2025) Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. Lancet Reg Health Eur 52:101281. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101281

52. WHO (2025) Mental health and NCDs: A shared but differentiated agenda for the 2025 UN High-level meeting. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-and-ncds--a-shared-but-differentiated-agenda-for-the-2025-un-high-level-meeting (Zugegriffen: 23.04.2026)

53. DGPPN (2026) Prävention psychischer Störungen: Evidenz nutzen – Zukunft gestalten. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a468b4da59c5a339edf9247c3efe08ec1f13b87c/2026_DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20psychischer%20St%C3%B6rungen_WEB.pdf (Zugegriffen: 03.07.2026)

54. Koschig M, Riedel-Heller SG (2024) Die Förderung psychischer Gesundheit und Primärprävention psychischer Störungen – ein Zukunftsthema. Psychiatr Prax 51:407–409. https://doi.org/10.1055/a-2407-6298

55. Reininghaus U, Schomerus G, Hölling H et al. (2022) „Shifting the Curve": Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Bereich der Public Mental Health. Psychiatr Prax 50:160–164. https://doi.org/10.1055/a-1823-5191

56. Riedel-Heller SG, Reininghaus U, Schomerus G (2023) Public Mental Health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 66:356–362. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03670-y

57. DGPPN (2025) Prävention von Gewalttaten. Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen? https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4a43e25e5cbbd478eabca991860146cdb4c501e5/DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten_05022026_web.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

58. DGPPN (2026) Versorgung stärken, Gewalt verhindern. Umsetzungsempfehlungen der DGPPN auf der Basis des Positionspapiers Prävention von Gewalttaten. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/97e5e3008bce25eb443c45886be64ab437e828ed/2026-03-04_DGPPN%20Empfehlungen%20Versorgung%20st%C3%A4rken-Gewalt%20verhindern.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

59. Lawrence MG, Williams S, Nanz P et al. (2022) Characteristics, potentials, and challenges of transdisciplinary research. One Earth 5:44–61. https://doi.org/10.1016/j.oneear.2021.12.010

60. Editorial Nature Medicine (2026) Show us the evidence for the value of medical AI. Nat Med 32:1163. https://doi.org/10.1038/s41591-026-04389-4

61. Constant A, Koksal CE, Palaniyappan L (2026) Setting digital psychiatry in motion: towards dynamic digital markers for digital phenotyping. NPP Digit Psychiatry Neurosci 4:6. https://doi.org/10.1038/s44277-026-00059-y

62. Cuijpers P, Harrer M, Furukawa TA (2026) Innovations to improve outcomes and uptake of psychotherapies for mental disorders: a state-of-the-art review. World Psychiatry 25:4–33. https://doi.org/10.1002/wps.70002

63. Coyle JT, Paul SM (2026) Novel drug treatments for schizophrenia. Nat Rev Drug Discov 25:310–330. https://doi.org/10.1038/s41573-025-01335-w

64. Reiman EM (2023) Drug trial for Alzheimer's disease is a game changer. Nature 615:42–43. https://doi.org/10.1038/d41586-023-00393-7

65. Sertkaya A, Beleche T, Jessup A et al. (2024) Costs of Drug Development and Research and Development Intensity in the US, 2000–2018. JAMA Netw Open 7:e2415445. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15445

66. Naci H, Murphy P, Woods B et al. (2025) Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000–20: a retrospective analysis. Lancet 405:50–60. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02352-3

67. Devi S (2024) Rising costs of cancer medicines. Lancet Oncology 25:1262. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00516-3

68. Taylor DG (2020) The political economics of cancer drug discovery and pricing. Drug Discovery Today 25:2149–2160. https://doi.org/10.1016/j.drudis.2020.09.007

69. DGPPN (2026) Lecanemab: DGPPN fordert Erstattungsfähigkeit der Antikörper-Therapie bei früher Alzheimer-Demenz. https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/lecanemab-dgppn-fordert-erstattungsfaehigkeit.html (Zugegriffen: 27.04.2026)

70. Aktion Psychisch Kranke e.V. (2022) Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen – auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen (Projektbericht). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf (Zugegriffen: 26.08.2026)

71. Karow A, Brettschneider C, König H et al. (2020) Better care for less money: cost-effectiveness of integrated care in multi-episode patients with severe psychosis. Acta Psychiatr Scand 141:221–230. https://doi.org/10.1111/acps.13139

72. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F et al. (2015) Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 58:408–419. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2123-8

73. Lambert M, Kraft V, Rohenkohl A et al. (2019) Innovative Versorgungsmodelle für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 62:163–172. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2868-y

74. Schöttle D, Schimmelmann BG, Ruppelt F et al. (2018) Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. PLoS One 13:e0192929. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929

75. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG et al. (2019) Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. Front Psychiatry 10:736. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00736

76. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023) Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer"): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de//fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf (Zugegriffen: 23.04.2026)

77. OECD (2025) Mental Health Promotion and Prevention. Best Practices in Public Health. https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-promotion-and-prevention_88bbe914-en.html (Zugegriffen: 27.04.2026)

78. Sampaio F, Gonçalves P, Sequeira C (2022) Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. Int J Environ Res Public Health 19:7030. https://doi.org/10.3390/ijerph19127030

79. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I et al. (2024) The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry 23:58–90. https://doi.org/10.1002/wps.21160

80. WHO Regional Office for Europe (2025) Outcome statement of the regional high-level conference on mental health in all policies: address challenges and design shared solutions: 16–17 June 2025 Paris, France. https://www.who.int/europe/publications/i/item/the-regional-high--level-conference-on-mental-health-in-all-policies-paris-outcome-statement (Zugegriffen: 22.04.2026)

81. Barzilay R, Jeste DV (2026) Exposome and mental health across the lifespan: research and clinical perspectives. Neuropsychopharmacology. https://doi.org/10.1038/s41386-026-02333-1

82. McGorry PD, Mei C, Dalal N et al. (2024) The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry 11:731–774. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9

83. Rugulies R, Aust B, Greiner BA et al. (2023) Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. Lancet 402:1368–1381. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00869-3

84. Walsh S, Wallace L, Kuhn I et al. (2024) Population-level interventions for the primary prevention of dementia: a complex evidence review. eClinicalMedicine 70:102538. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102538

85. Frisoni GB, Altomare D, Ribaldi F et al. (2023) Dementia prevention in memory clinics: recommendations from the European task force for brain health services. Lancet Reg Health Eur 26:100576. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100576

86. Hampel H, Au R, Mattke S et al. (2022) Designing the next-generation clinical care pathway for Alzheimer's disease. Nat Aging 2:692–703. https://doi.org/10.1038/s43587-022-00269-x

87. Hausner L, Frölich L, von Arnim CAF et al. (2021) Gedächtnisambulanzen in Deutschland – strukturell-organisatorische Voraussetzungen und Aufgabenfelder. Nervenarzt 92:708–715. https://doi.org/10.1007/s00115-020-01007-7

88. DGPPN (2025) S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen". https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2025-12.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

89. Teasdale SB, Machaczek KK, Marx W et al. (2025) Implementing lifestyle interventions in mental health care: third report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission. Lancet Psychiatry 12:700–722. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(25)00170-1

90. Tengland P-A (2020) Health and capabilities: a conceptual clarification. Med Health Care Philos 23:25–33. https://doi.org/10.1007/s11019-019-09902-w

91. DGPPN (2026) S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2036-06..pdf (Zugegriffen: 01.07.2026)

92. DGBS, DGPPN (2020) S3-Leitlinie „zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen". https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ef9214009e20d260d4f5a6e6932f3fb7f914efbb/S3_Leitlinie_Bipolar_V2.1_Update_20200504.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

93. DGPPN (2025) S3-Leitlinie „Schizophrenie" – Living Guideline. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009m_S3_Schizophrenie_2026-07.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

94. DGPPN (2025) S3-Leitlinie „Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung" (LL-KoPsS). https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-027 (Zugegriffen: 27.04.2026)

95. DGPPN (2025) S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen" (BipolarLiving). https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019 (Zugegriffen: 27.04.2026)

96. Slade M, Amering M, Farkas M et al. (2014) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry 13:12–20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

97. Schouler-Ocak M (2015) Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Nervenarzt 86:1320–1325. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4333-6

98. Savas ST, Knipper M, Duclos D et al. (2024) Migrant-sensitive healthcare in Europe: advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust. Lancet Reg Health Eur 41:100805. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805

99. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA et al. (2022) The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. Lancet 400:1438–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2

100. WHO (2025) Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12307-52079-79927 (Zugegriffen: 19.06.2026)

101. Gühne U, Daszkowski J, Desch M et al. (2025) Einbindung von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen in Leitlinienprozesse. Nervenarzt 96:66–73. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01760-z

102. Mac Gabhann L, Dunne S (2021) Trialogue Meetings: Engaging Citizens and Fostering Communities of Wellbeing Through Collective Dialogue. Front Psychol 12:744681. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744681

103. Meinlschmidt G (2023) Räumliche Sozialindizes als Teil des gesundheitspolitischen Planungsprozesses – am Beispiel Berlin: Grundlagen, Steuerungsstrukturen, Probleme, Anwendungsbeispiele. Gesundheits- und Sozialpolitik 77:37–42. https://doi.org/10.5771/1611-5821-2023-1-37

104. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2022) Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022. https://www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur-1367182.php (Zugegriffen: 19.06.2026)

105. Anselmi L, Everton A, Shaw R et al. (2020) Estimating local need for mental healthcare to inform fair resource allocation in the NHS in England: cross-sectional analysis of national administrative data linked at person level. Br J Psychiatry 216:338–344. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.185

106. Glover G, Arts G, Wooff D (2004) A needs index for mental health care in England based on updatable data. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39:730–738. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0779-8

107. Thornicroft G (1991) Social Deprivation and Rates of Treated Mental Disorder. Br J Psychiatry 158:475–484. https://doi.org/10.1192/bjp.158.4.475

108. Roemer JE (1998) Theories of Distributive Justice. Harvard University Press.

109. Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196:129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

110. WHO (2026) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases (Zugegriffen: 10.08.2026)

111. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg) (2005) ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Stand: Oktober 2005). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html (Zugegriffen: 08.10.2026)

112. Reutlinger C, Deinet U (2022) Sozialraum. https://www.socialnet.de/lexikon/Sozialraum (Zugegriffen: 27.04.2026)

113. Zimmermann A, Kreis L, Janßen C et al. (2026) Costs and cost-effectiveness of stepped, evidence-based and integrated care for common and persistent severe mental illness: Results of the RECOVER trial. Psychiatry Res 360:117021. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2026.117021

114. Breilmann J, Allgöwer A, Kilian R et al. (2026) Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 97:74–81. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01835-5

115. Gühne U, Becker T, Salize H-J et al. (2015) Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Psychiatr Prax 42:415–423. https://doi.org/10.1055/s-0035-1552715

116. Nakos (2026) Wegweiser Selbsthilfe. https://www.nakos.de/themen/seelische-gesundheit/wegweiser-selbsthilfe/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

117. Haaf R, Vock P, Wächtershäuser N et al. (2024) Wirksamkeit in Deutschland verfügbarer internetbasierter Interventionen für Depressionen – ein systematisches Review mit Metaanalyse. Nervenarzt 95:206–215. https://doi.org/10.1007/s00115-023-01587-0

118. Lewis C, Pearce J, Bisson JI (2012) Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. Br J Psychiatry 200:15–21. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084756

119. Richter D, Breilmann J, Becker T et al. (2025) Selbsthilfeangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung – wer nutzt welches Format? Nervenarzt 96:57–65. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01749-8

120. Annac K, Knirsch E, Yilmaz-Aslan Y et al. (2026) Diversitätssensible Selbsthilfe ermöglichen. Pflegezeitschrift 79:52–54. https://doi.org/10.1007/s41906-026-3061-9

121. Hansen NH, Bjerrekær L, Pallesen KJ et al. (2022) The effect of mental health interventions on psychological distress for informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry 13:117021. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.949066

122. Bremmers LGM, Fabbricotti IN, Gräler ES et al. (2022) Assessing the impact of caregiving on informal caregivers of adults with a mental disorder in OECD countries: A systematic literature review of concepts and their respective questionnaires. PLoS One 17:e0270278. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270278

123. Sweet D, Byng R, Webber M et al. (2018) Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study. Br J Psychiatry 212:308–317. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.203950

124. Heslinga M, Luttik ML, Sportel BE et al. (2026) Healthcare Interventions to Support Informal Caregivers of People With Severe Mental Illnesses: A Scoping Review. Int J Ment Health Nurs 35:e70236. https://doi.org/10.1111/inm.70236

125. Mosse D, Pocobello R, Saunders R et al. (2023) Introduction: Open Dialogue around the world – implementation, outcomes, experiences and perspectives. Front Psychol 13:1093351. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093351

126. Freeman AM, Tribe RH, Scott JCH et al. (2019) Open Dialogue: A Review of the Evidence. Psychiatr Serv 70:46–59. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236

127. Kinane C, Osborne J, Ishaq Y et al. (2022) Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. BMC Psychiatry 22:138. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7

128. Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. (2026) EX-IN Genesungsbegleiter*innen in der Gesundheitsversorgung bei FOKUS. Qualifizierung. https://ex-in.info/qualifizierung/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

129. Gühne U, Richter D, Breilmann J et al. (2021) Genesungsbegleitung: Inanspruchnahme und Nutzenbewertung aus Betroffenenperspektive – Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Psychother Psychosom Med Psychol 71:499–507. https://doi.org/10.1055/a-1667-9966

130. Groß SE, Zielasek J, Kitzig F et al. (2021) Selbst- und Fremdwahrnehmung von Genesungsbegleitenden im klinisch-psychiatrischen Alltag. Psychiatr Prax 48:44–48. https://doi.org/10.1055/a-1181-4353

131. Bechdolf A, Hanser S, Baumgardt J et al. (2024) soulspace: Integrated youth mental health care in Berlin, Germany – An introduction to the program and a description of its users. Early Interv Psychiatry 18:571–577. https://doi.org/10.1111/eip.13522

132. AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020) Abschlussbericht. Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern". https://ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf (Zugegriffen: 15.06.2026)

133. LVR-Klinik Langenfeld (2026) Gerontopsychiatrie & Neurologie. https://klinik-langenfeld.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete___behandlungsangebote/gerontopsychiatrieneurologie/Inhaltsseite_KV.html (Zugegriffen: 27.04.2026)

134. Hirsch RD, Gutzmann H, Schwandt S (2020) Übersicht über die Gerontopsychiatrischen Zentren und Tageskliniken in Deutschland. Psychiatr Prax 47:399–405. https://doi.org/10.1055/a-1258-6678

135. Brandenburg H, Lörsch M, Bauer J et al. (2021) Organisationskultur und Quartiersöffnung in der stationären Altenhilfe. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32338-7

136. Kim M-S (2025) Teilhabe, ältere Migrant*innen und Rassismuserfahrungen. In: Migala S, Hagen C, Berner F (Hrsg) Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.neunter-altersbericht.de/fileadmin/Redaktion/Expertisen_zum_Neunten_AB/Expertise_Kim_Teilhabe_Migration_Rassismuserfahrung_barrierefrei.pdf (Zugegriffen: 08.10.2026)

137. Thomsen J (2018) Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen. https://psychosoziale-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/Evaluationsbericht-Friedl%C3%A4nder-Modell-in-Niedersachsen.pdf (Zugegriffen: 04.06.2026)

138. DGPPN (2016) Positionspapier: Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcdb0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale%20Versorgung%20Fl%C3%BCchtlinge.pdf (Zugegriffen: 22.06.2026)

139. Zhai S, Chu F, Tan M et al. (2023) Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. Digit Health 9. https://doi.org/10.1177/20552076231171967

140. Litchfield I, Shukla D, Greenfield S (2026) Understanding digital inclusion through the transformation of services and users: a narrative review and novel framework. BMJ Digital Health AI 2:e000051. https://doi.org/10.1136/bmjdh-2026-000051

141. Spanakis P, Mathers A, Walker L et al. (2025) The digital divide in people with severe mental illness: lessons learned and challenges lying ahead. Br J Psychiatry 227:827–829. https://doi.org/10.1192/bjp.2025.47

142. Spanakis P, Wadman R, Walker L et al. (2024) Measuring the digital divide among people with severe mental ill health using the essential digital skills framework. Perspect Public Health 144:21–30. https://doi.org/10.1177/17579139221106399

143. Wong CTW, Tsui HKH, Li HLJ et al. (2025) A Global meta-analysis of digital divide in psychiatric population from 2004 to 2023. NPJ Digit Med 9:26. https://doi.org/10.1038/s41746-025-02203-y

144. Alon N, Perret S, Torous J (2023) Working towards a ready to implement digital literacy program. mHealth 9:32. https://doi.org/10.21037/mhealth-23-13

145. Heissel A, Pietrek A, Schwefel M et al. (2020) STEP.De study – a multicentre cluster-randomised effectiveness trial of exercise therapy for patients with depressive symptoms in healthcare services: study protocol. BMJ Open 10:e036287. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036287

146. Wolf S, Seiffer B, Zeibig J-M et al. (2024) A transdiagnostic group exercise intervention for mental health outpatients in Germany (ImPuls): results of a pragmatic, multisite, block-randomised, phase 3 controlled trial. Lancet Psychiatry 11:417–430. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00069-5

147. Hiltensperger R, Buck M, Kersting X et al. (2024) Gesundheitsförderung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ernährung & Medizin 39:21–26. https://doi.org/10.1055/a-2264-2508

148. Ferenchick EK, Green LA, Dowrick C et al. (2026) Family physicians as key agents in integrating mental health services into primary care. Lancet Prim Care 2:100113. https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2026.100113

149. Hewer W, Jacobi F, Schneider F (2025) Somatische Gesundheit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 96:203–213. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01802-0

150. Stahmeyer JT, Märtens C, Eidt-Koch D et al. (2022) The state of care for persons with a diagnosis of depression. Dtsch Arztebl Int 119:458–465. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0204

151. von Gottberg C, Checchia C, Hausen A (2020) Depressionsbehandlung aus hausärztlicher Sicht. Z Allg Med 96:12–17. https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0012-00170

152. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, AWMF (2022) Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

153. Bohlken J, Kostev K, Riedel-Heller S et al. (2021) Effect of the COVID-19 pandemic on stress, anxiety, and depressive disorders in German primary care: A cross-sectional study. J Psychiatr Res 143:43–49. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.016

154. Jackson JL, Kuriyama A, Whittle J et al. (2026) The Prevalence and Characteristics of Difficult Patient Encounters: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med 179:382–393. https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-01882

155. Lemogne C, Cathébras P (2026) "Difficult Patients", Persistent Symptoms, and the Biopsychosocial Model. Ann Intern Med 179:449–450. https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-05280

156. Gensichen J, Härter M, Berger M (Hrsg) (2023) Psychologische Kurzinterventionen: Für die Hausarztpraxis und die Psychosomatische Grundversorgung. Elsevier.

157. Junghanss JE (2021) Interkulturelle Öffnung und Interkulturelle Kompetenz bei niedergelassenen Psychiater*innen und Hausärzt*innen in Berlin und Dresden. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/30213/dissertation_j.junghanss.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Zugegriffen: 26.08.2026)

158. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M et al. (2024) Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 23:267–275. https://doi.org/10.1002/wps.21203

159. Schramm E, Rapee R, Furukawa TA (2021) Time for a paradigm shift for psychotherapies? Evid Based Ment Health 24:1. https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300239

160. Schramm E, Elsaesser M, Jenkner C et al. (2024) Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. World Psychiatry 23:257–266. https://doi.org/10.1002/wps.21204

161. Seitz KI, Herpertz SC (2026) Modulare Psychotherapie – auf dem Weg zu einer personalisierten Psychotherapie. Nervenarzt. https://doi.org/10.1007/s00115-026-02009-7

162. Behrens SC, Giel KE, Schroeder PA et al. (2025) Wie Extended-Reality-Anwendungen die Psychotherapie verändern. Nervenarzt. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01924-5

163. Gaines AN, Goldfried MR, Constantino MJ (2020) Revived call for consensus in the future of psychotherapy. Evid Based Ment Health 24:2–4. https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300208

164. Rief W, Asmundson GJG, Bryant RA et al. (2024) The future of psychological treatments: The Marburg Declaration. Clin Psychol Rev 110:102417. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102417

165. Niemeyer H, Knaevelsrud C (2023) Socioeconomic status and access to psychotherapy. J Clin Psychol 79:937–953. https://doi.org/10.1002/jclp.23449

166. Schlier B, Lincoln TM (2016) Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Verhaltenstherapie 26:279–290. https://doi.org/10.1159/000450694

167. Dumke L, Neuner F (2023) Othering refugees: Psychotherapists' attitudes toward patients with and without a refugee background. Psychother Res 33:654–668. https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2150097

168. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2022) Psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung Anfang Oktober gestartet. https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn221109-2 (Zugegriffen: 27.04.2026)

169. GBA (2024) Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV): Rückmeldungserstattung über die Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbünden gemäß der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5658/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_Zwischenbericht-Evaluation.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

170. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026) Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung). https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_11_sozialpsychiatrie.jsp (Zugegriffen: 27.04.2026)

171. GBA (2025) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3999/HKP-RL_2025-10-16_iK-2025-12-12.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

172. Hans Böckler Stiftung (2023) Working Paper Forschungsförderung: Branchenanalyse ambulante Psychiatrie. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008630/p_fofoe_WP_291_2023.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

173. GKV-Spitzenverband (2020) Soziotherapie. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/soziotherapie/soziotherapie.jsp (Zugegriffen: 27.04.2026)

174. Bühring P (2019) Ambulante Soziotherapie II: „Viele haben aufgegeben". https://www.aerzteblatt.de/archiv/ambulante-soziotherapie-ii-viele-haben-aufgegeben-f7cd051e-825b-46f7-86e8-bba801f4e502 (Zugegriffen: 08.10.2026)

175. BED e.V. (2018) Anzahl Ergotherapiepraxen. https://www.bed-ev.de/downloads/artikeldateien/3100/Statistikbuch-Ergotherapie-BED.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

176. GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2026) GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V, Januar bis März 2026. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2026_01/Bundesbericht-HIS_202601.pdf (Zugegriffen: 26.08.2026)

177. Verbändedialog Psychiatrische Pflege (2024) Pflegetätigkeiten in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0e8695cdd7687a3bb3fdb1b8569571ee85e57a5b/2024-03-08_STN_Verbaendedialog_Pflegetaetigkeiten.pdf (Zugegriffen: 02.07.2026)

178. Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Nikolaidis K et al. (2022) Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. Nervenarzt 93:488–498. https://doi.org/10.1007/s00115-021-01143-8

179. Bechdolf A, Weinmann S, Heinze M et al. (2020) Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV). Nervenheilkunde 39:739–745. https://doi.org/10.1055/a-1213-8999

180. Bechdolf A, Nikolaidis K, von Peter S et al. (2024) Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Netw Open 7:e2445042. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45042

181. Waldmann T, Bechdolf A, Nikolaidis K et al. (2025) Cost Utility of Intensive Home Treatment Compared With Acute Psychiatric Inpatient Admission. JAMA Netw Open 8:e2512465. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.12465

182. U.S. Department of Health and Human Services (2008) Assertive Community Treatment: The Evidence. https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma08-4344-theevidence.pdf (Zugegriffen: 18.02.2026)

183. Lamberti JS, Weisman RL (2025) Forensic assertive community treatment: an emerging best practice. CNS Spectrums 30:e34. https://doi.org/10.1017/S1092852925000069

184. Jaffe ME, Möller J, Rabenschlag F et al. (2025) Pilot study results from the assertive community treatment transitional intervention program in Switzerland. Sci Rep 15:8945. https://doi.org/10.1038/s41598-025-93470-y

185. Rother K, Möller J, Rabenschlag F et al. (2025) Aufsuchende Behandlung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel: Vorstellung der Pilotprojekte Re-ACT und ACTTIV und Ergebnisse einer qualitativen Zuweisendenbefragung. Fortschr Neurol Psychiatr. https://doi.org/10.1055/a-2587-7093

186. Zentrum Evidenzbasierter Gesundheitsversorgung (2026) EVA_Pfalz – Evaluation zur Beurteilung der Wirksamkeit des Modellvorhabens (§ 64b SGB V) am Pfalzklinikum. https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/projektbeschreibung/eva-pfalz (Zugegriffen: 18.02.2026)

187. Mueller-Stierlin AS, Becker T, Greve N et al. (2025) Results from a randomized controlled trial investigating effectiveness of a community-based intervention on empowerment of people with severe mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 60:2135–2147. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02879-3

188. Neumann A, Schmitt J, Seifert M et al. (2024) Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta-analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies. BMC Psychiatry 24:74. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05500-0

189. Destatis (2022) Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2021. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301217015.html (Zugegriffen: 24.08.2026)

190. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2021) Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin. https://www.vdek.com/content/vdeksite/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Krankenhaeuser/Krankenhausplanung/_jcr_content/par/download/file.res/krankenhauplan_2020.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

191. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013) Krankenhausplan NRW 2015. https://e-pflicht.ulb.hhu.de/content/titleinfo/116412 (Zugegriffen: 08.10.2026)

192. Stengler K, Bechdolf A, Becker T et al. (2021) Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Nervenarzt 92:955–962. https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0

193. Jäckel D, Bechdolf A (2021) Erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung durch Individual Placement and Support (IPS). DGUV Forum 11/2021. Schwerpunkt Psychische Gesundheit. https://www.bempsy.de/fileadmin/webredaktion/documents/Literatur_Allgemein/Jaeckel_Bechdolf_2021_Erfolgreiche_Eingliederung_durch_Individual_Placement_and_Support.pdf (Zugegriffen: 18.02.2026)

194. de Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J et al. (2022) Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci 31:e50. https://doi.org/10.1017/S2045796022000300

195. Jäckel D, Bechdolf A, Burkhardt E et al. (2025) Efficacy of Individual Placement and Support (IPS) on Employment, Education, and Training in Young Adults With Early Psychosis – A Randomized Controlled Trial. Brain Behav 15:e70469. https://doi.org/10.1002/brb3.70469

196. Jäckel D (2026) Supported Education: Ein neuer Weg zur Bildungs- und Erwerbsteilhabe junger Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychiatr Prax 53:5–7. https://doi.org/10.1055/a-2740-4288

197. Hofstra J, van der Velde J, Farkas M et al. (2023) Supported education for students with psychiatric disabilities: A systematic review of effectiveness studies from 2009 to 2021. Psychiatr Rehabil J 46:173–184. https://doi.org/10.1037/prj0000528

198. BAG RPK e. V. (2026) Typisch RPK: individuell-regional-komplex. https://www.bagrpk.de/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

199. Hölscher ID, Witzmann M, Koller GC et al. (2026) Medizinische und berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wirkung auf Resilienz, Selbststigma und Lebensqualität. Ein Scoping Review. Psychiatr Prax 53:8–15. https://doi.org/10.1055/a-2737-6041

200. Dalton-Locke C, Marston L, McPherson P et al. (2020) The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis. Front Psychiatry 11:607933. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607933

201. Konrad M, Gühne U (2023) Die Mobile psychiatrische Rehabilitation als zentraler Baustein in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Psychiatr Prax 50:287–289. https://doi.org/10.1055/a-2131-2391

202. Richter D, Hoffmann H (2017a) Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. Acta Psychiatr Scand 136:269–279. https://doi.org/10.1111/acps.12765

203. Richter D, Hoffmann H (2017b) Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Adm Policy Ment Health 44:817–823. https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4

204. Petzold K, Gagel D (2025) Sozialraumarbeit – die 5. Kernaufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste. https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0045-1801894 (Zugegriffen: 27.04.2026)

205. Zielasek J, Orschler TL, Pott M et al. (2025) Psychosoziale Krisendienste – ein Spezialfall der transsektoralen Versorgung. Nervenarzt 96:551–556. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01863-1

206. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H et al. (2022) A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. Nord J Psychiatry 76:565–574. https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2029941

207. Bundesverband Psychosozialer Zentren (2025) Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2025. https://psychosoziale-zentren.org/wp-content/uploads/2026/06/BAfF_VB2025.pdf (Zugegriffen: 08.10.2026)

208. Dumke L, Schmidt T, Wittmann J et al. (2024) Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany – A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. Appl Psychol Health Well Being 16:1141–1158. https://doi.org/10.1111/aphw.12523

209. Bundesverband Psychosozialer Zentren (2026) Über den Bundesverband. https://psychosoziale-zentren.org/ueber-uns/ (Zugegriffen: 08.10.2026)

210. Zentrum Bayern Familie und Soziales (2026) Die Präventionsstellen. https://www.praeventionsstellen.bayern.de/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

211. Zimmermann AC (2026) Preventive Assertive Community Treatment: Integrierte Versorgung „Hamburger Modell" und das Projekt SAFE (Vortrag). DGPPN-Hauptstadtsymposium 2026 „Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen". https://www.dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposien/hauptstadtsymposium-2026.html (Zugegriffen: 30.06.2026)

212. Lambert M, Kraft V (2018) Integrierte Versorgung für Psychosen inkl. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell. https://christophlohfert-stiftung.de/site/assets/files/5737/54_5578_manual_tact_recover.pdf (Zugegriffen: 29.06.2026)

213. Fuß J, Marquardt I, Briken P et al. (2021) Zwangsmedikation psychisch erkrankter Menschen im Justizvollzug: Situation in Deutschland und Empfehlungen für die Praxis. Nervenarzt 92:27–35. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00957-2

214. Krebs J (2026) Psychopharmakotherapie bei schizophrenen Patient:innen im Maßregelvollzug – evidenzbasierte Psychopharmakotherapie zwischen Leitlinien, klinischer Realität und forensischen Spezifika. Forensische Psychiatr Psychol Kriminol 20:172–184. https://doi.org/10.1007/s11757-026-00938-2

215. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023) Höhere Mindestlöhne in der Altenpflege. https://bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2023/empfehlung-anhebung-der-mindestloehne-altenpflege.html (Zugegriffen: 27.04.2026)

216. Nassal T, Tezcan-Güntekin H (2025) Critical Self-reflection on Racism by Hospital Physicians in Large German Cities. A Qualitative Reconstructive Study Using Episodic Interviews. J Racial Ethn Health Disparities 12:2594–2606. https://doi.org/10.1007/s40615-024-02073-2

217. Can E, Konrad CM, Khan-Gökkaya S et al. (2022) Foreign Healthcare Professionals in Germany: A Questionnaire Survey Evaluating Discrimination Experiences and Equal Treatment at Two Large University Hospitals. Healthcare 10:2339. https://doi.org/10.3390/healthcare10122339

218. Bundesärztekammer (2025) Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Psychiatrie und Psychotherapie". https://bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/MFC-MFA_Psychiatrie_u._Psychotherapie_2025.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

219. Heise J, Krüger K, Rohleder K et al. (2024) Der erste Tag als Advanced Practice Nurse. Pflegezeitschrift 77:17–20. https://doi.org/10.1007/s41906-024-2610-3

220. Scheydt S (2025) Psychosoziale Versorgungsanforderungen und mögliche Implikationen auf die Rolle der Psychiatrischen Pflege – Entwicklung eines exemplarischen Zukunftsszenarios. Psychiatr Prax 52:48–55. https://doi.org/10.1055/a-2288-6856

221. Bundesärztekammer (2025) Physician Assistants als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung. https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/physician-assistants-als-integraler-bestandteil-der-gesundheitsversorgung (Zugegriffen: 27.04.2026)

222. Runder Tisch Interprofessionelle Zusammenarbeit (2024) Gemeinsame Erklärung des Runden Tischs. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/15368bab6fa3a8402c7f298bcfc1a0e957f7a2e7/2024-09-18_DGPPN_Erkl%C3%A4rung_Interprofessionelle_Zusammenarbeit.pdf (Zugegriffen: 07.09.2026)

223. Destatis (2024) Mehr als drei Viertel der Menschen mit Einwanderungsgeschichte sprechen zu Hause Deutsch. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_N008_12.html (Zugegriffen: 22.06.2026)

224. Bauer AM, Alegría M (2010) Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. Psychiatr Serv 61:765–773. https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.765

225. Bamford J, Abraham S, Alachkar M et al. (2024) Falling on deaf ears: interpreters as cultural brokers in mental healthcare. BJPsych Bulletin 48:73–77. https://doi.org/10.1192/bjb.2023.90

226. Société Santé en français (2015) The impact of language barriers on patient safety and quality of care. https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/2018/11/SSF-Bowen-S.-Language-Barriers-Study-1.pdf (Zugegriffen: 22.06.2026)

227. Vange SS, Nielsen MR, Michaëlis C et al. (2024) Interpreter services for immigrants in European healthcare systems: a systematic review of access barriers and facilitators. Scand J Public Health 52:893–906. https://doi.org/10.1177/14034948231179279

228. Bündnis Sprachmittlung im Gesundheitswesen (2024) Sprachmittlung im Gesundheitswesen: Gesetzentwurf muss die Qualität für Sprachmittlung im Blick haben und darf diese nicht gefährden. https://transver-berlin.de/wp-content/uploads/2024/09/20240830_Pressemitteilung-Buendnis-Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen_final_03092024.pdf (Zugegriffen: 22.06.2026)

229. Bühring P, Gießelmann K (2019) Geflüchtete und Asylbewerber: Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht. https://www.aerzteblatt.de/archiv/gefluechtete-und-asylbewerber-ohne-sprachmittler-funktioniert-die-versorgung-nicht-9f71cdf2-19b9-4515-99bb-79012d1534d0 (Zugegriffen: 09.10.2026)

230. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt (2023) Programm „Telefon- und Videodolmetschen in Brandenburg" startet. https://masgz.brandenburg.de/masgz/de/presse/pressemitteilungen/detail/~30-06-2023-programm-telefon-und-videodolmetschen# (Zugegriffen: 22.06.2026)

231. Carter N, Valaitis RK, Lam A et al. (2018) Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. BMC Health Serv Res 18:96. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0

232. DGPPN (2026) Digitale Ersteinschätzungstools im Primärversorgungssystem. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4543b33ad649f1564b48e34fa1aaf17ecef48d60/2026-02-01_DGPPN_Empfehlungen%20Digitale%20Ersteinscha%CC%88tzungstools.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

233. Bundesministerium für Gesundheit (2026) Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de//fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GeDIG_RefE.pdf (Zugegriffen: 01.07.2026)

234. NHS England (2026) 111 online – Get help for your symptoms. https://111.nhs.uk/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

235. Freyer O, Rajput K, Ostermann M et al. (2026) Are we heading towards a cybersecurity crisis in health care and are actions needed? Lancet Digit Health 8:100946. https://doi.org/10.1016/j.landig.2025.100946

236. Leisegang D (2026) Gesetzentwurf: So will Gesundheitsministerin Warken ihre Digitalstrategie umsetzen. https://netzpolitik.org/2026/gesetzentwurf-so-will-gesundheitsministerin-warken-ihre-digitalstrategie-umsetzen/ (Zugegriffen: 27.04.2026)

237. DGPPN (2025) Stellungnahme Primärarztsystem: Psychische Erkrankungen erfordern flexible Regelungen. https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/primaerarztsystem.html (Zugegriffen: 22.04.2026)

238. DGPPN (2026) Positionierung: Digitale Ersteinschätzungstools im Primärversorgungssystem. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4543b33ad649f1564b48e34fa1aaf17ecef48d60/2026-02-01_DGPPN_Empfehlungen%20Digitale%20Ersteinscha%CC%88tzungstools.pdf (Zugegriffen: 22.04.2026)

239. Holt JD (2017) Navigating Long-Term Care. Gerontol Geriatr Med 3. https://doi.org/10.1177/2333721417700368

240. Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. (2017) Intensive Case Management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3

241. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR et al. (2005) Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. Psychiatr Serv 56:1061–1069. https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1061

242. Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (2023) Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbünde in der BAG GPV. https://bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Qualitaetsstandards_BAG_GPV_2023-11-24.pdf (Zugegriffen: 27.04.2026)

243. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (Hrsg) (2026) Gerontopsychiatrisch-Geriatrische Verbünde Berlin. https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/landespflegeplan/steckbriefe/gerontopsychiatrisch-geriatrische-verbuende-berlin-1576372.php (Zugegriffen: 22.06.2026)

244. Anand S (2026) Health justice. Lancet 407:1112–1118. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)02163-4

245. Lambert M, König H, Karow A et al. (2024) Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Res 339:116007. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116007

246. Zentrum Evidenzbasierter Gesundheitsversorgung (2026) Evaluation von Modellvorhaben in der Psychiatrie nach § 64b SGB V. https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/projektbeschreibung/eva64 (Zugegriffen: 27.04.2026)

247. Pfennig A, Soltmann B, Neumann A et al. (2025) Flexible, integrated, and person-centered psychiatric care through global treatment budgets: results of the multi-perspective study PsychCare. Nervenarzt 96:542–550. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01896-6

248. Stadtportal Hamburg (2026) Das Trägerbudget in der Eingliederungshilfe. https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/behinderung/traegerbudget-in-der-eingliederungshilfe-1148550 (Zugegriffen: 27.04.2026)

249. Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2026) Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/wp-content/uploads/Fachliche-Empfehlungen-2.pdf (Zugegriffen: 26.08.2026)

250. Bomke P (2025) Regionale Governance als Grundlage guter Versorgung. Nervenheilkunde 44:380–384. https://doi.org/10.1055/a-2542-3054

251. Claus S, Wagner H, Lauer M et al. (2026) Zuhause-Behandlung von Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen. Sozialpsychiatrische Informationen 56:21–24. https://doi.org/10.1486/si-02-2026_06

252. Mendoza-Jiménez MJ, van Exel J, Brouwer W (2024) On spillovers in economic evaluations: definition, mapping review and research agenda. Eur J Health Econ 25:1239–1260. https://doi.org/10.1007/s10198-023-01658-8

253. Stant AD, Buskens E, Jenner JA et al. (2007) Cost-effectiveness Analysis in Severe Mental Illness: Outcome Measures Selection. J Ment Health Policy Econ 10:101–108.

254. Kadel R, Stielke A, Ashton K et al. (2022) Social Return on Investment (SROI) of mental health related interventions – A scoping review. Front Public Health 10:965148. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.965148

255. Mayer S, Berger M, Perić N et al. (2024) The Development of a New Approach for the Harmonized Multi-Sectoral and Multi-Country Cost Valuation of Services: The PECUNIA Reference Unit Cost (RUC) Templates. Appl Health Econ Health Policy 22:783–796. https://doi.org/10.1007/s40258-024-00905-0

256. Mayer S, Berger M, Konnopka A et al. (2022) In Search for Comparability: The PECUNIA Reference Unit Costs for Health and Social Care Services in Europe. Int J Environ Res Public Health 19:3500. https://doi.org/10.3390/ijerph19063500

257. Diaz-Milanes D, Almeda N, Gutierrez-Colosia MR et al. (2023) Impact of the workforce allocation on the technical performance of mental health services: the collective case of Helsinki-Uusimaa (Finland). Health Res Policy Syst 21:108. https://doi.org/10.1186/s12961-023-01061-y

258. Sun M, Zhou H, Li Y et al. (2024) Professional characteristics, numbers, distribution and training of China's mental health workforce from 2000 to 2020: a scoping review. Lancet Reg Health West Pac 45:100992. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100992

259. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025) Tätigkeiten der Terminservicestellen – Evaluationsbericht 2024 gem. § 75 Abs. 1a S. 19 SGB V. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/Bericht-116117-Terminservicestellen-2024.pdf (Zugegriffen: 01.07.2026)

260. Brückner-Bozetti P, Deister A, Hauth I et al. (Hrsg) (2021) Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Das Plattform-Modell. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

261. Innovationsausschuss beim GBA (2025) EPPIK – Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells" als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410 (Zugegriffen: 24.06.2026)

262. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2018) Psychisch kranke Jugendliche besser versorgt. https://www.zi-mannheim.de/institut/news-detail/psychisch-kranke-jugendliche-besser-versorgt.html (Zugegriffen: 24.06.2026)

263. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022) Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de//fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (Zugegriffen: 30.06.2026)

264. Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (2026) BAG GPV Startseite. https://bag-gpv.de/startseite/ (Zugegriffen: 27.02.2026)

265. Fontaine G, Ramos J, Mooney M et al. (2026) Implementation strategies for embedding patient-reported outcome and experience measures (PROMs/PREMs) in routine care: secondary analysis of an umbrella review. J Patient Rep Outcomes 10:17. https://doi.org/10.1186/s41687-026-01006-3

266. Zappa A, Scanlan JN, Honey A et al. (2026) Using recovery-focused PROMs in mental health care: what helps and what gets in the way? A scoping review. J Ment Health 35:127–139. https://doi.org/10.1080/09638237.2025.2607985

267. Reuter S (2025) Die Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung der Manualtreue und der Behandlungsqualität eines Modellprojektes zur gemeindepsychiatrischen Basisversorgung unter Einbezug der Betroffenenperspektive – Ein Mixed-Methods-Ansatz. https://oparu.uni-ulm.de/items/3d264aff-99cc-4ff0-8ca8-35f23d8d45d1 (Zugegriffen: 03.09.2026)

268. Lambert M, Karow A, Gallinat J (2023) RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/407/2023-04-05_RECOVER_Ergebnisbericht.pdf (Zugegriffen: 03.09.2026)

269. OECD (2021) A New Benchmark for Mental Health Systems. Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. https://www.oecd.org/en/publications/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en/full-report.html (Zugegriffen: 27.04.2026)

270. Brown A, Reid RJ (2025) The surprising politics of learning health systems. Learn Health Syst 9:e70008. https://doi.org/10.1002/lrh2.70008

271. DGPPN, DGN (2026) S3-Leitlinie „Demenzen" – Living Guideline. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013 (Zugegriffen: 26.10.2026)

272. DGGPP, DGG (2025) S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter – Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zu Delir-Prävention, -Diagnostik und -Therapie beim alten Menschen". https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/109-001 (Zugegriffen: 26.10.2026)

Mitzeichnende Verbände

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)
- Aspies e.V.
- Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)
- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
- Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz
- Deutsche Angst-Hilfe e.V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V. (DATPPP)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP)
- EX-IN Deutschland e.V.
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs)
- Pandora Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Stand: 27.10.2026

DGPPN
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e. V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de