



Stellungnahme

03.05.2019

BMG-Dialog: Handlungsbedarf in den Versorgungsbereichen ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf. Um diesen zu decken und den Betroffenen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, sind eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Angeboten in den Versorgungsbereichen ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung notwendig. In den letzten Jahrzehnten hat sich in Deutschland ein umfangreiches Versorgungs- und Hilfesystem gebildet, das eine Reihe von Berufsgruppen umfasst. Es ist aufgrund verschiedener sozialrechtlicher Grundlagen stark sektoriell gegliedert – mit jeweils unterschiedlichen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Aufgrund der stark gestiegenen Nachfrage nach Hilfeleistungen steht dieses System heute vor großen Herausforderungen. Dabei sind Kooperation und Vernetzung Schlüsselfaktoren, um auch in Zukunft noch eine patientenzentrierte, bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können.

Hintergrund: komplexer Bedarf, fragmentiertes Hilfesystem

Das hochdifferenzierte, aber auch hochfragmentierte Versorgungs- und Kostenträgersystem ist weder von den Menschen mit psychischen Erkrankungen noch von den dort professionell Tätigen zu überschauen. Häufig finden Menschen mit akuten Symptomen, in Krisen oder mit chronischen Verläufen ihrer Erkrankung nicht die für sie individuell passende Hilfe oder scheitern an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen ambulanten und stationären Angeboten, was zur Verzögerung und zu Abbrüchen einer sachgerechten Behandlung und Betreuung führt. Insbesondere für Patienten, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, ist die Navigation im System daher sehr problematisch – mit dem Resultat, dass insbesondere den Patienten mit größerem Bedarf weniger Hilfsangebote zur Verfügung stehen („inverse care law“).

Nach wie vor existiert in Deutschland kein flächendeckendes und refinanziertes intensiv-ambulanter Behandlungssystem, das von niedergelassenen Fachärzten oder Institutsambulanzen oder von beiden gemeinsam angeboten werden könnte. So könnte die Lücke zwischen hochintensiver (teil-)stationärer Behandlung auf der einen und niedrigintensiver ambulanter Behandlung auf der anderen Seite geschlossen und teure Hospitalisierungen mittelfristig reduziert werden. Stattdessen sind hohe direkte und indirekte Kosten durch stationäre Wiederaufnahmen und Rückfälle, lange

Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie viele Frühberentungen und nicht zuletzt großes Leid der Betroffenen und der Angehörigen zu registrieren.

Schon im Bericht der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde in Westdeutschland die fehlende, verbindliche und strukturierte Kooperation der Leistungserbringer als Defizit beschrieben. Auch das im Juli 2018 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Neben dem Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Kapazitäten wird dort die klare Verortung der Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefordert. Zur Umsetzung einer strukturierten sektorenübergreifenden Versorgung hat der Gesetzgeber schon seit längerem gesetzliche Grundlagen im Sozialgesetzbuch V geschaffen. Seit 2004 besteht die Möglichkeit, integrierte Versorgung (§ 140 SGB V), später benannt als „besondere Versorgung“, über verschiedene Leistungssektoren oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung zu sichern. Im Bereich der psychischen Erkrankungen sind nur wenige Verträge zustande gekommen. Eine Implementierung innovativer Versorgungsansätze in die Regelversorgung erfolgte nicht. Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V ermöglichen den Kliniken eine sektorenübergreifende Leistungserbringung einschließlich komplexer ambulanter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld. Aktuell werden circa 20 Modellvorhaben umgesetzt. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) – seit 01.01.2017 in Kraft – hat die Möglichkeit zur stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld (StäB) für die Kliniken geschaffen. Die Ermöglichung intensiver ambulanter Versorgung aus dem vertragsärztlichen Versorgungssystem steht noch aus. Hoffnung auf neue Impulse für eine verbindlich strukturierte und vernetzte Versorgung weckt der Innovationsfonds, der seit 2016 zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung eine Vielzahl von Modellprojekten finanziert.

Verbindliche Vernetzung ist die Zukunft

Es ist aktuell die drängendste Herausforderung, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter der Bedingung begrenzter ökonomischer Ressourcen und einer steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen am Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen auszurichten und evidenzbasiert umzusetzen. Nur ein **gestuftes Vorgehen innerhalb eines vernetzten Hilfesystems** kann diese Kriterien erfüllen. Das beinhaltet die Koordination und verbindliche Vernetzung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits. Gestufte und vernetzte Versorgungsmodelle gehen vom Bedarf des Patienten aus und bieten gezielte **Entscheidungsunterstützung durch Leitlinien und Versorgungspfade**, bei denen die verschiedenen Therapieangebote strukturiert und koordiniert durch eine **verbindliche und effektive Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer** definiert werden.

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat neben der Symptomreduktion auch die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von **Empowerment und Recovery-Konzepten** sowie die Ermöglichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen zum Ziel. Da psychische Erkrankungen in engem Zusammenhang mit der sozialen Umgebung und deren Bedingungen stehen, ist die Einbeziehung des Lebensumfeldes von wesentlicher Bedeutung. Diagnostik

und Therapien sollten niederschwellig ansetzen, möglichst ohne Wartezeiten verfügbar sein und eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten. Die Intensität der Behandlung muss im Verlauf der Erkrankung dem individuellen Bedarf der Patienten kontinuierlich angepasst werden. Aus diesem Grund ist ein **Netzwerk von multiprofessionellen Leistungserbringern** und eine **Betreuung am Wohnort** bzw. in der Gemeinde der Patienten anzustreben.

Intensität, Dauer und Umfang der jeweiligen Maßnahme müssen am Schweregrad und Verlauf der Erkrankungen ausgerichtet werden. Bei geringem Bedarf sollen Selbsthilfe- und Beratungsangebote zur Anwendung kommen und bei steigendem Bedarf werden zunehmend intensive und komplexe ambulante sowie auf der letzten Stufe stationäre medizinische und psychosoziale Interventionen eingesetzt.

Anreize für Koordinationsaufgaben schaffen

Leitmotiv einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung ist es, leichter erkrankten Patienten schnelle und niederschwellige, weniger intensive Angebote zu vermitteln, um eine Symptomeskalation bzw. Chronifizierung zu verhindern. Bei Verschlechterung der Erkrankung sollten die Angebote in Dauer, Umfang und Frequenz zügig angepasst und bei schwer erkrankten Patienten eine ausdifferenzierte, intensive Behandlung angeboten werden. Als Anreiz für Leistungserbringer, sich in einem solchen verbindlichen Netzwerkprozess einzubringen, sollten Alternativen zu den in allen Sektoren entstandenen Budgetbegrenzungen geschaffen werden, welche die Regelversorgung sowohl ambulant als auch stationär massiv einschränken und eine schnelle, qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung erschweren. Damit eine verbindliche integrierte Versorgung zu spürbaren Verbesserungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen führen kann, sollten auch **Vergütungsanreize für Koordinationsleistungen** geschaffen werden – eine Forderung, die derzeit auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vertritt.

Psychiatrische Behandlung braucht Personal

Eine wirksame, innovative und auf ethischen Grundsätzen beruhende Psychiatrie braucht hochqualifiziertes Personal. Vor diesem Hintergrund sind Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Nachwuchsgewinnung wichtige Voraussetzungen für eine optimale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies erfordert eine besondere Anstrengung angesichts einer notwendigen Personalaufstockung einerseits und einer zunehmenden Zahl offener Stellen im stationären und ambulanten Bereich andererseits. Damit die Psychiatrie für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv bleibt, müssen auch entsprechende Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in Kliniken und Praxen gegeben sein. Dies sollte eine für das Fach, die Selbstverwaltung und die Politik gleichermaßen prioritäre Aufgabe sein.

Spezifischer Handlungsbedarf I: ambulante, vertragsärztliche Versorgung

In der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung sehen wir folgenden Handlungsbedarf:

- **StäB-analoge Behandlungsformen** sollte auch dem vertragsärztlichen Sektor ermöglicht werden – der vertragsärztlich tätige Facharzt übernimmt dann die Verantwortung für die Behandlung des Patienten durch stationäre und ambulante Behandlungselemente.
- Eine **komplexe und intensivierete Behandlung** muss auch dem ambulanten Versorgungsbereich ermöglicht werden – dafür bedarf es der **Entwicklung von hybriden Vergütungssystemen** (s. SVR-Gutachten von 2018).
- Der **Zugang im ambulanten Versorgungsbereich zu psychosozialen Interventionen** (wie z. B. Psychoedukation, soziales Kompetenztraining, künstlerische Therapien und Sport- und Bewegungstherapie) muss erleichtert werden, indem die hohen Anforderungen an die Leistungserbringer geprüft und die damit verbundene Verhinderung der Bereitstellung im Arbeitsalltag beseitigt werden.
- Die vernetzte Versorgung von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern bedarfsgerecht und individuell für einen Patienten muss entstehen können – dafür bedarf es der Konzeptentwicklung und der **Vergütung der Vernetzungs- und Koordinationsleistung**, um diese Behandlungsform im bestehenden Versorgungssystem etablieren zu können. Als Vorlagen könnten die Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch die Stationsäquivalente Behandlung dienen.
- Im Rahmen der Novellierung der Bedarfsplanung wird es voraussichtlich ab 1.7.2019 wenige neue Niederlassungsmöglichkeiten für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie geben. Eine **ausgewogene Verteilung der Vertragsarztsitze von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzten für Neurologie** muss gewährleistet werden, da die Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte weiterhin sowohl Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Doppelfachärzte umfasst. Hierzu bedarf es der Sensibilisierung der Zulassungsausschüsse im Hinblick auf zu erwartende Sonderbedarfszulassungen. Aufgrund des unterschiedlichen Leistungsspektrums dieser Facharztgruppen wäre in einem nächsten Schritt die **Aufspaltung der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte** sachgemäß und wurde kürzlich vom Sachverständigenrat der Bundesregierung gefordert.
- Die **Vergütung der psychiatrischen Gesprächsleistungen** ist seit Jahren im Vergleich zu den „technischen Fächern“ zu gering bemessen. Zudem sind diese Leistungen des originär psychiatrischen Tuns, das sowohl die Diagnostik als auch die Therapie in einer einzigen, in 10-min-Schritten addierbaren Gesprächsleistung umfasst, streng zeitgebunden, nicht delegierbar, nicht beliebig ausweitbar und immer höchstpersönlich zu erbringen. Im Bereich der Richtlinienpsychotherapie haben diese Voraussetzungen zu einer festen Preispolitik für zeitgebundene Leistungen geführt. Dies ist den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie in mehreren Musterklagen stets verwehrt worden.

- Die **strukturelle Benachteiligung der zuwendungsintensiven „sprechenden Medizin“** der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (im Unterschied zum allgemein ärztlichen Gespräch) gegenüber dem somatisch-technisch-labormedizinischen Bereich sind zurückzunehmen. In den letzten Jahren waren die meisten medizinischen Innovationen durch neue Leistungen im technisch-labormedizinischen Bereich zu verzeichnen, die dann auch zu einem Honorarzuwachs führten. Die Innovationen in der psychiatrischen Behandlung, wie z. B. kurzpsychotherapeutische oder störungsspezifische Interventionen, folgten dieser Logik der besseren Vergütung neuer Leistungen nicht. Insofern blieb die Vergütung der Gesprächsleistungen gleich, während andere Fachgruppen mit ihren Leistungen zulegen konnten.

- Es wird künftig absehbar einen **Mangel an vertragsärztlich tätigen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie** geben, da 70 % älter als 50 Jahre sind und in den kommenden 20 Jahren in Ruhestand treten werden. Gleichzeitig ist eine weitere Steigerung der Nachfrage nach psychiatrischer Diagnostik und Therapie zu erwarten. Dies zeigen die hohen Nachfragen nach Terminen bei psychiatrischen Praxen über die Termin-Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS), hier nehmen die Fachärzte für Neurologie und die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie durchgängig Spitzenpositionen ein. Die neuen gesetzlichen Regelungen des TSVG mit Förderung von Akutsprechstunden werden den Behandlungsdruck auf die psychiatrischen Praxen ab dem 1.5.2019 noch erhöhen. Dies wird zu einer Benachteiligung der Versorgung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen führen, wenn nicht die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im vertragsärztlichen Bereich mittel- bis langfristig erhöht wird.

- Vertragsärztlich tätige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten laut Daten des Zentralinstituts der KBV durchschnittlich 51 Stunden pro Woche. Der oben beschriebene Versorgungsdruck wird dazu führen, dass die vertragsärztlichen tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der Plausibilitätsregelungen ihrer jeweiligen KVen auffällig werden (z. B. wenn sie an 3 Tagen der Woche mehr als 12 Stunden arbeiten) und Regressdrohungen befürchten müssen. Eine Arbeitszeit von 12 Stunden am Tag oder mehr wird von vielen Kollegen regelhaft an mehreren Tagen der Woche geleistet, insbesondere wenn eine Versorgung im Pflegeheim, die Durchführung von psychiatrischen Gruppen u. v. m. erfolgt. Es müssen deshalb **Schutzmaßnahmen vor Regressforderung bei Plausibilitätsprüfungen** für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ergriffen werden.

- Die **Vorhaltekosten der vertragsärztlichen Praxen** mit intensiv-ambulanter Versorgung müssen angemessen berechnet werden – hier sind sowohl Personal als auch Ausstattungskosten zu berücksichtigen. Auch die Vorhaltekosten während der im Bundesmantelvertrag festgelegten Sprechstundenzeiten sind zu berücksichtigen.

- Eine leitliniengerechte Behandlung erfordert eine entsprechende **personelle Ausstattung der Praxen**, bzw. eine **verbindliche Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen** in der Behandlung. Dies muss im Vergütungssystem abbildbar sein.

- Eine störungsspezifische, multimodale, **intensivierte ambulante Behandlung** sollte ermöglicht werden, um den kritischen Übergang von der ambulanten in die stationäre Behandlungsphase und umgekehrt erfolgreicher gestalten zu können.
- **Telemedizinische bzw. internetbasierte Behandlungsangebote** für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten entwickelt und ausgebaut sowie in das Gesamtbehandlungskonzept der Patienten integriert werden.
- **Neuropsychiatrische Kompetenzzentren** sollten etabliert werden, um multiprofessionelle Behandlung und intensiv-psychiatrische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich zu ermöglichen.
- Die **ambulante Weiterbildung im Bereich Psychiatrie** sollte analog der Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin gefördert werden.

Spezifischer Handlungsbedarf II: Krankenhausbereich

In der stationären und teilstationären Versorgung im Krankenhaus sehen wir folgenden Handlungsbedarf:

- Die **bauliche Ausstattung der Kliniken** sollte optimiert werden. Dazu gehören eine helle, freundliche Architektur, 1-2 Bettzimmern mit eigenem Bad, ein großzügiges Raumkonzept mit ausreichenden Rückzugsmöglichkeiten, ausreichende Räume für Einzel- und Gruppentherapien sowie komplementäre Therapieangebote, gut zugängliche Außenbereiche (Balkon, Garten) auch auf den Akutstationen und Raucherbereiche möglichst im Freien.
- Die **Personalressourcen für eine leitliniengerechte Behandlung** im stationären und teilstationären Bereich sollten verbessert werden. Hierfür ist ein **bedarfsorientiertes Personalbemessungssystem** unabdingbar. Gerade angesichts der deutlich gestiegenen administrativen Aufwände und zeitintensiven Therapieformen (bspw. im psychotherapeutischen Bereich, aber auch bei der nicht-invasiven Hirnstimulation) gewährleisten die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) keine leitliniengerechte Behandlung mehr. Dies gilt auch für qualifizierte psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen. Ein vielfältiges Angebot an evidenzbasierten psychosozialen Behandlungen (z. B. soziales Kompetenztraining, Psychoedukation, Interventionen im Bereich Arbeit) und Ko-Therapien (z. B. Sport- und Bewegungstherapie, Ergo- und Kunsttherapie) sollte sichergestellt werden, um die Chancen der Betroffenen, zu genesen und wieder in ihrer eigenen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.
- Es bedarf neuer bundesgesetzlicher Regelungen, um eine bedarfsgerechte Personalausstattung der Kliniken sicherzustellen. Der gesetzliche Auftrag zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (PsychVVG) wird absehbar vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht zeitgerecht erfüllt werden. Der Gesetzgeber wird deshalb aufgerufen, die **Gültigkeit der Psych-PV zu verlängern** und den **Auftrag an den G-BA zur Schaffung eines angemessenen, neuen Personalbemessungsinstrumentes** zu

konkretisieren. Für die dafür benötigte Übergangszeit muss die Psych-PV bereits zur Ermöglichung einer leitliniengerechten Behandlung aufgewertet werden.

- Die **Vorhaltekosten für die Pflichtversorgung** rund um die Uhr und eine zentrale Aufnahme müssen adäquat und aufwandsgerecht berücksichtigt werden.
- Die **Stationsäquivalente Behandlung** (StäB) sollte mit störungsspezifischen, kostendeckend finanzierten Konzepten weiter ausgebaut werden, wofür es neuer gesetzlicher Grundlagen bedarf.
- Darüber hinaus sollten aufsuchende Behandlungen zu Hause durch **mobile, multiprofessionelle Teams** (Gemeindepsychiatrische Teams, Home-Treatment, Assertive Community Treatment) sowie aufsuchende Krisenhilfe durch mobile multidisziplinäre Krisen- und Notfalldienste (24/7) gemäß der Empfehlungen der S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ ermöglicht werden.
- Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen als **Genesungsbegleiter** und Teil der Behandlungsteams sollte ausgebaut werden. Dafür ist eine adäquate Refinanzierung erforderlich, und diese muss *on top* zum Budget für Fachpersonal sein.
- Ein besonderer Fokus der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung sollte auf der **Behandlung von besonders vulnerablen Gruppen** liegen. Dazu gehören u. a. die Transitionspsychiatrie und -psychotherapie im **Übergang von Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Erwachsenenpsychiatrie** und die Versorgung von **Menschen mit psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter**. Letztere Gruppe wächst schnell und ist durch spezifische Charakteristika gekennzeichnet wie z. B. somatische Komorbidität und Polypharmazie (erhöhter somatischer Diagnostik- und Behandlungsbedarf), reduzierte Mobilität, kognitive Beeinträchtigung und erhöhter sozialdienstlicher Betreuungsaufwand. Auch für **Menschen mit Migrationshintergrund** und insbesondere für **geflüchtete Menschen** sollten kultur- und traumasensible Angebote weiterentwickelt werden und die Kommunikation mit ihnen sollte gesichert sein (Dolmetscherdienste).
- **Telemedizinische bzw. internetbasierte Behandlungsangebote** sollten als überbrückende und/oder ergänzende Elemente der Behandlung breit eingesetzt werden (blended care). Insbesondere für psychisch erkrankte Menschen in unterversorgten Regionen, schlechter Verkehrsanbindung oder mit krankheitsimmanenten oder anderen Hindernissen, sich aktuell in eine persönliche Behandlung zu begeben, sollten solche Angebote weiterentwickelt und ausgebaut werden.
- Die Versorgung der schwer und chronisch Kranken in den **Psychiatrischen Institutsambulanzen** sollte individuell und bedarfsorientiert in ihrer Intensität und Dichte flexibel und stufenlos variiert bzw. „dosiert“ werden können. Behandlungselemente in der Häuslichkeit (Home-Treatment/ACT) sollten verstärkt eingesetzt und auskömmlich finanziert werden. Die Politik muss dafür bundesweit adäquate Vergütungsmodelle schaffen, wie sie im „bayrischen PIA-Vergütungsmodell“ schon realisiert wurden. Insgesamt sollten die **Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses** von Institutsambulanz (PIA) über IntensivPIA,

Home-Treatment/StÄB, Tagesklinik, Nachtambulanz, vollstationäre Versorgung in ihrer vollen Breite nutz- und kombinierbar sein.

- Darüber hinaus sollten innerhalb der Institutsambulanzen **Spezialsprechstunden** für in der ambulanten Versorgung bisher unterversorgte Gruppen mit speziellen Diagnostik- und Behandlungskonzepten ausgebaut werden, um hier in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen eine optimale Betreuung der Patienten zu erreichen (z. B. Früherkennung von Psychosen, ADHS, Autismus, psychische Erkrankungen bei geistiger Behinderung, peripartale psychische Erkrankungen, Kinderwunsch bei psychischer Störung, u. a.). Hierfür braucht es grundsätzlich eine Erweiterung der Aufgaben bzw. der Zulassungen der Institutsambulanzen.
- Insgesamt sollte die **Finanzierung der Institutsambulanzen** so weiterentwickelt werden, dass die oben beschriebenen unterschiedlichen Aufgabenbereiche mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch abgebildet werden.
- Die Umsetzung von **Modellvorhaben nach 64b SGB V** mit einem populationsbezogenen Versorgungsansatz sollte erleichtert werden.

Korrespondenzadresse

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