

KONZEPT

DER DIAKO NORDFRIESLAND gGmbH



FACHKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

ABTEILUNG FÜR
ALLGEMEINPSYCHIATRIE

DIAKO 

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung.

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Christoph Mai, Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Lars Petersen, Pflegedienstleitung

Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Stand:

1.1.2020, nächste Revision: 2023

Kontakt und weitere Informationen:

DIAKO Nordfriesland gGmbH

Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik

- Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum, OT Riddorf

Telefon: 04671 408 0

Email: info.nf@diako.de

Internet: www.diako-nf.de

Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

(dies gilt für die Standorte Breklum, Bredstedt, Schleswig (Suchthilfezentrum) und Kiel (Fachambulanz Kiel))

Fotonachweis: Luftbild: www.luftbild.nf.de, sonstige Fotos: Anke Bauer © DIAKO Nordfriesland

Gender-Hinweis:

Wir sind uns bewusst, dass viele der in diesem Text benutzten Begriffe wie Patient, Mitarbeiter, Therapeut etc. grammatikalisch gesehen maskulin (männlich) sind. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen („Patientinnen und Patienten“) nicht durchgängig verwendet. In einigen Fällen verwenden wir sie als neutrale Begriffe, die eine Funktion und nicht eine Person meinen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Die Komplizierung und Bürokratisierung des Lesens bzw. Schreibens durch Formulierungen wie „Leiter_in“ oder „MitarbeiterIn“ wollen wir den Leserinnen und Lesern (und uns selbst) ersparen.

Therapeutisches Konzept der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie

der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Breklum - stationäre Behandlung

DIAKO Nordfriesland gGmbH

Inhaltsverzeichnis

1. Wir stellen uns vor	4
2. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - Abteilung für Allgemeinpsychiatrie	5
3. Unser Krankheitsmodell	5
4. Schwerpunkte.....	6
5. Therapieziele.....	6
6. Therapeutisches Angebot.....	6
7. Dauer der Therapie	9
8. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie.....	9
8.1. Umgang mit Patienten mit Demenz.....	10
10. Behandlungsteam.....	11
11. Ausstattung	11
11. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation.....	11
12. Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!.....	12
13. Referenzen.....	13



1. Wir stellen uns vor

Die DIAKO Nordfriesland gGmbH ist ein konfessionelles Haus mit Angeboten für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Beeinträchtigungen aus den Bereichen der seelischen Gesundheit:

- Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie
- Suchtmedizin
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einem Unternehmen vereint: Zur DIAKO Nordfriesland gehören die Fachklinik für Rehabilitation sowie die Breklumer Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, die Flensburger Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Flensburg - Villa Paletti, sowie Tageskliniken, Ambulanzen und Nachsorgeeinrichtungen an verschiedenen Standorten im nördlichen Schleswig-Holstein.

Das Angebot der DIAKO Nordfriesland umfasst

- Diagnostik, Behandlung und Therapie
- Rehabilitation und Adaption
- Eingliederungshilfe und Nachsorge
- Suchthilfezentren, Beratung, Betreuung, Prävention und mehr.

Wir verstehen uns als einen modernen Gesundheitsdienstleister – Computer- und Medienabhängigkeit oder Posttraumatische Belastungsstörungen werden bei uns ebenso fachkundig behandelt wie depressive Störungen und Schizophrenie. **Unsere innere Vernetzung** erlaubt umfassende und individuell abgestimmte Angebote.

Unsere Partner sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, das DIAKO Krankenhaus und weitere Krankenhäuser der Region, das Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Beratungsstellen, soziale und kirchliche Einrichtungen, Nachsorgeeinrich-

tungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände.

Unsere Gesellschafter sind die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, der Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V., das Zentrum für Mission und Ökumene, der Ev.-Luth. Kirchenkreis Nordfriesland und der Verein Brücke e.V..

2. Die Breklumer Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - Abteilung für Allgemeinpsychiatrie

Ambulanzen und Tageskliniken versorgen an den Standorten Husum, Niebüll und Breklum. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik der DIAKO Nordfriesland versorgt außerdem mit 99 stationären Behandlungsplätzen in Breklum. Unser stationäres Angebot umfasst folgende stationäre Abteilungen:

- Allgemeinpsychiatrie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Abhängigkeitserkrankungen

Die **Abteilung für Allgemeinpsychiatrie** ist in der modernen und freundlichen Klinik in Breklum untergebracht. Es stehen 42 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, mit der Möglichkeit einer voll- und teilstationären Behandlung. Der geschützte Flügel hat einen Zugang zu eigenen Grünanlagen. Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht. Großzügige und helle Zimmer und Therapieräume in freundlichen Farben unterstützen hier den Erfolg der Behandlung.

Unsere moderne Multifunktionssporthalle ist fast 300 m² groß. Die Angebote der Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie können Sie in unserem Multifunktionsgebäude nutzen. Im Außenbereich gibt es umfangreiche Freizeit- und Grünanlagen sowie Spazierwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Die Abteilung hat den Versorgungsauftrag für die psychiatrisch erkrankten Menschen des Kreises Nordfriesland. Die Einweisung zur Aufnahme erfolgt durch niedergelassene Ärzte oder unsere Institutsambulanzen.

3. Unser Krankheitsmodell

Allgemeinpsychiatrische Erkrankungen sind ein hochkomplexes multifaktorielles Geschehen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich, das sich auf alle Belange der Lebensgestaltung auswirkt (1-10, 18).

Zur Behandlung und Therapie von Menschen mit allgemeinspsychiatrischen Störungen liegt unserem therapeutischen Konzept daher ein bio-psycho-soziales Modell der Erkrankungen zugrunde, denn Risikofaktoren für die Entwicklung von allgemeinspsychiatrischen Störungen sind aus den Bereichen der Neurobiologie und Genetik (Bio-), der individuellen seelischen Entwicklung (Psycho-) und aus der sozialen Entwicklung bzw. dem sozialen Umfeld der Betroffenen bekannt (Sozial-) (12, 14, 18, 25, 29, 24, 35).

Allgemeinspsychiatrische Störungen treten häufig komorbid mit anderen Erkrankungen auf, die ebenfalls in der Therapie berücksichtigt werden müssen, wie bspw. Abhängigkeitserkrankungen oder Traumafolgestörungen (1-10, 36). Aus diesem Grund ist unser therapeutisches Angebot multimodal und umfasst allgemeinmedizinische und psychiatrische Maßnahmen einschließlich psychotherapeutischer, psychoedukativer und sozialtherapeutischer Verfahren, außerdem weitere spezifische Angebote (zur Evidenz siehe AWMF-Leitlinien: 1-10).

4. Schwerpunkte

Wir behandeln Menschen mit

- Depressionen
- bipolaren, schizoaffektiven und schizophrenen Störungen
- Angst- und Zwangserkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen und
- gerontopsychiatrischen und weiteren allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen.

5. Therapieziele

Die Behandlung soll helfen,
die Ressourcen zu erkennen und ein realistisches Selbstkonzept zu entwickeln
einen guten Umgang mit sich selbst und seiner Umgebung zu finden
Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern
Gesundheit zu fördern sowie
geeignete Nachsorge und Unterstützungsmaßnahmen zu finden.

6. Therapeutisches Angebot

Die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei psychiatrischen Erkrankungen ist in vielen Studien nachgewiesen worden. Diese sind in wissenschaftlich begründeten Leitlinien zusammengefasst (1-10,37, vgl. Tab 1-3: S 7-9) und in vielen Studien untersucht worden (11-16, 25-33).

Das therapeutische Angebot der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie ist breit gefächert und umfasst:

- Medizinisch-psychiatrische Diagnostik und Therapie
- Bezugspflege
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Pharmakotherapie
- Physio- und Bewegungstherapie
- Psychoedukation
- Ergotherapie
- soziale Beratung
- Hippotherapie (tiergestützte Therapie)
- Musiktherapie
- Angehörigenarbeit
- Information und Prävention.

Tabelle 1: Einordnung von therapeutischen Maßnahmen in der evidenzbasierten Medizin

"Evidenz"grad	Kriterien	Empfehlungsgrad
Ia: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von Metaanalysen von mind. drei randomisierten, kontrollierten Studien (RCT)	A= Soll / starke Empfehlung
Ib: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCT	A= Soll / starke Empfehlung
Ila: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung	B= Sollte / Empfehlung
Ilb: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie	B= Sollte / Empfehlung
III: Wahrscheinlich wirksam	"Evidenz" aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Beobachtungsstudien (vorher-nachher), Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)	O= Kann / Empfehlung offen
IV: Möglicherweise wirksam	"Evidenz" aufgrund von Berichten von Expertengruppen, Expertenkonsens und –aussagen bzw. klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten	O= Kann / Empfehlung offen
KKP	Sofern die Evidenzlage keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zulässt, werden Empfehlungen im Expertenkonsens formuliert und als solche ausgewiesen. In solchen Fällen wird die Empfehlung als „ Klinischer Konsenspunkt “ (KKP) gekennzeichnet.	KKP= Empfehlung als Gute Klinische Praxis

Quelle: Leitlinien-Manual der AWMF und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ), siehe auch <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Tabelle 2: Prävalenzen, Therapiemodule und evidenzbasierte Empfehlungsgrade* des Einsatzes bei allgemeinpsychiatrischen Störungsbildern (Evidenzbasierung gilt bei mittelschweren oder schweren Ausprägungen, hier störungsspezifisch)**

Therapie:	Depressionen	Bipolare Störungen	Schizoaffektive und schizophrene Störungen	Angststörungen	Zwangsstörungen
12- Monats-Prävalenz in der deutschen Bevölkerung	10,7 %	3 % (Lebenszeitprävalenz)	0,5% (Lebenszeitprävalenz)	15,3 %	0,7 % bis 3,8 %
Prävalenz der Komorbidität mit >=1 weiteren psychischen Störung	61 %	50 %	50-80 %	58 bis 93 %	38 bis 76 %
Psychotherapie (PT)	A	0 - A Manie: 0 Depression: A Phasenproph.: B (nur KVT)	s. KVT	A	s. KVT
Pharmakotherapie =substanzabhängige sehr differenzierte Empfehlungen: s. Leitlinien	A	B - A Manie: B Depression: A Phasenproph.: A	A - eingebettet in ein Ges.Behandlungskonzept	A	A - nur in Kombination mit KVT
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	A	0 - A Manie: 0 Depression: A Phasenproph.: B	A	A	A
Psychodynamische Therapie (PDT)	B	k.A.	A	B	KKP
Psychoedukation	B	KKP	A	B	KKP
Einbezug der Angehörigen	A	KKP	A	KKP	KKP
Bewegungstherapie / Physiotherapie	KKP	KKP	B	KKP	KKP
Ergo- /Arbeitstherapie	KKP	KKP	B gilt für: Kunsttherapie	k.A.	KKP
Musiktherapie	KKP	KKP	B	k.A.	KKP
Selbsthilfegruppen	A	KKP	KKP	KKP	k.A.
Metakognitives Training	k.A.	k.A.	B	k.A.	k.A.

*: A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, 0= Kann / Empfehlung offen, KKP= Klinischer Konsenspunkt = "Gute klinische Praxis", k.A.: keine Angabe

**: Quellen: siehe Referenzen (1-10): Störungsspezifische AWMF-Leitlinien; weitere aktuelle Forschungsergebnisse: Quellen 11 ff.

Table 3: Evidenzbasierte Empfehlungsgrade* für psychosoziale oder adjuvante Therapien bei schweren Ausprägungen psychischer Störungen allgemein (störungsunspezifisch)**

Psychosoziale oder adjuvante Therapien	Empfehlungsgrad	Training sozialer Fertigkeiten	Empfehlungsgrad
Therapeutische Beziehung	KKP	Training sozialer Fertigkeiten allgemein	A
Milieutherapie	KKP	Case Management	B
Arbeitstherapie	B	Selbsthilfegruppen	A-KKP
Soziotherapie, Sozialarbeit	KKP	Künstlerische Therapien	B
Psychoedukation	A-KKP	Ergotherapie	B
Psychoedukation für Angehörige	A	Sport- und Bewegungstherapie	B

*: A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, 0= Kann / Empfehlung offen, KKP= Klinischer Konsenspunkt = "Gute klinische Praxis".

**: Quelle: siehe Referenz (4): AWMF-S3-Leitlinie 038/020 (2012)

7. Dauer der Therapie

Die Behandlungsdauer gestaltet sich individuell. Sie kann einige Tage, Wochen oder in Ausnahmefällen mehrere Monate betragen.

8. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Im Notfall sind auch Sofortaufnahmen möglich.

Die Therapie gliedert sich in folgende Schritte:

1. Diagnostische Maßnahmen vor Einleitung der Therapie
 - Somatodiagnostik
 - Psychodiagnostik
 - Soziodiagnostik
 - Sonstige Diagnostik (z.B. zu komorbiden Störungen)
2. Erstellung eines Therapieplanes und Definition der Therapieziele
3. Einsatz spezifischer Therapieangebote

4. Überprüfung des Erfolgs der Therapie und falls erforderlich Modifizierung des Therapieplanes oder der therapeutischen Maßnahmen
5. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

8.1. Umgang mit Patienten mit Demenz

Patienten mit Demenz im Krankenhaus erfordern besondere Umsicht bei dem Eingangsmanagement, der Aufnahme, Unterbringung, Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Begleitung und Entlassmanagement. In der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik der DIAKO Nordfriesland werden die Patienten in die Abteilung für Allgemeinpsychiatrie aufgenommen, die auch für gerontopsychiatrische Patienten zuständig ist.

Wir halten für demenzerkrankte Patienten folgende Angebote vor:

- Generell: Inklusion von demenzkranken Patienten
- Eingangsmanagement: Sorgfältige Vorbereitung der Aufnahme mit Überleitung relevanter Informationen zum Funktionsstatus, Pflegestatus, medizinischem Status und Struktur-Beeinträchtigungen durch Aufnahmemanagement, gelenkte Information über KIS
- Demenz-adäquate Begleitung ist im Bezugspflegesystem fest verankert, dadurch gibt es einen konstanten Ansprechpartner in der Fachklinik (analog eines „Demenzbeauftragten“)
- Demenz-adaptiertes Milieu u.a. durch Krümmung des Baukörpers, Zuschnitt des Stationsbereiches, Signalfarbgebung und Signal-Symbole
- Demenz-Basisdiagnostik im Hause, erweiterte Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie, Prof. Stolze, DIAKO Krankenhaus Flensburg.
- Inklusive Demenzbehandlung im Hause unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie 38-013 „Demenzen“ (Stand 2016)
- Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Alzheimergesellschaft „Patienten mit Demenz im Krankenhaus“ (7. Auflage, 2019)
- Vernetzung mit komplementären Leistungserbringern in der Region sowie den Angehörigen / Betreuern. Netzwerkpflege fortlaufend durch die Stationsleitung Pflege Allgemeinpsychiatrie, unterstützt durch Oberärzte, Sozialdienst und Krankenhausleitung.
- Angepasstes Entlassmanagement mit Überleitung analog Eingangsmanagement durch ärztlichen Dienst, Pflegedienst und Sozialdienst.

10. Behandlungsteam

Fachärzte, Ärzte, Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozial-, Ergo- und Bewegungstherapeuten sowie Musiktherapeuten engagieren sich gemeinsam für die Gesundheit des Patienten. Ernährungsfachkräfte ergänzen das Team.

11. Ausstattung

Für die Patienten stehen Zweibettzimmer mit eigenem Bad in einem modernen und freundlichen Neubau zur Verfügung. Es bestehen weiterhin großzügige Räumlichkeiten für Therapie- und Gruppenveranstaltungen, Entspannungstherapie, Ergotherapie, Physio- und Bewegungstherapie sowie Aufenthaltsräume, Multifunktionsräume und Teeküchen. Weiterhin gibt es eine Lehrküche, Kiosk und Cafeteria. Es gibt Patienten-Telefone und einen Patienten-PC. Die Ausstattung ist barrierefrei.

Für die Bewegungs- und Physiotherapie stehen eine große Multifunktionshalle und Fitnessgeräte zur Verfügung. Im Außenbereich gibt es Freizeitanlagen bspw. für Bogenschießen und Beach-Volleyball sowie einen Rasenspielfeldplatz und Spazier- und Laufwege. Zusätzlich werden nah gelegene Schwimmbäder genutzt. Bredstedt und Breklum sind touristisch erschlossene Orte in Nordseenähe mit entsprechenden Möglichkeiten für Bewegung und Erholung.

In unserem "Raum der Stille" können die Patienten entspannen, nachdenken, meditieren, beten oder einfach nur zur Ruhe kommen.

11. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Es erfolgt die regelmäßige Teilnahme an dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001:2015.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle therapielevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Zusätzlich werden an der DIAKO Nordfriesland Erhebungen zur Patientenzufriedenheit gemacht und quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten wie von Mitarbeitenden genutzt werden kann.

12. Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch.

Unsere Vernetzung sichert eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung.

Die Klinik arbeitet außerdem eng mit den psychiatrischen Einrichtungen des Kreises, dem Klinikum Nordfriesland, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem DIAKO Krankenhaus Flensburg, der Husumer Insel, der Brücke, der AWO und weiteren Institutionen zusammen.

Innerhalb der DIAKO Nordfriesland gibt es

- betreute Wohnangebote
- nachsorgende Behandlungsmöglichkeiten in psychiatrischen Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Eingliederung in Tagesstätten und Beschäftigungsmöglichkeiten in der Husumer Insel.

Eine aktuelle Übersicht und Informationen über unsere Einrichtungen und Angebote gibt es auf unserer Webseite:

www.diako-nf.de

13. Referenzen

1. AWMF 038/009: Schizophrenie, AWMF-Leitlinien-Register (2019).
2. AWMF 038/017: S3-Leitlinie: Zwangsstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2013).
3. AWMF 038/019: S3-Leitlinie Bipolare Störungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
4. AWMF 038/020: S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. AWMF-Leitlinien-Register (2018).
5. AWMF 051/001: S3-Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
6. AWMF 051/010: S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
7. AWMF 051/015: Borderline-Persönlichkeitsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (z.Z. in Überprüfung) (2000).
8. AWMF 051/026: S3- Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
9. AWMF 051/028: S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2014).
10. AWMF nvl-005: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depressionen. AWMF-Leitlinien-Register (2015).
11. AMERIO AO, MARCHESI C, GHAEMI SN: Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 166: 258–263 (2014).
12. BEKHBAT M, NEIGH GN: Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. *Brain, behavior, and immunity*, 67: 1–12 (2018).
13. BRIEGER P. Komorbidität bei bipolar affektiven Störungen. *Nervenheilkunde*, Heft 5/2011: 309-312 (2011).
14. COOPER KG, JAMES D, WALKER I, LAMBE S, SALKOVSKIS PM: Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45, 2: 110–123 (2017).
15. DIRMAIER J, KRATTENMACHER T, WATZKE B, KOCH, SCHULZ H, BARGHAAN D. Evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation von Patienten mit Depression - Eine Literaturübersicht. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60, 3-4: 83-97 (2010).
16. DRUBACH D: Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 21, 3:783–788 (2015).
17. FÖRSTL H, HAUTZINGER M, ROTH G (eds.). *Neurobiologie psychischer Störungen*. Springer Medizin Verlag Heidelberg: 298ff (2006).
18. FRIBOES RM, ZAUDIG M, NOSPER M: *Therapie bei psychischen Störungen*. Urban und Fischer München (2005).
19. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 21: Angststörungen (Hrsg. RKI) (2004).
20. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): *Gesundheit in Deutschland: Seelische Gesundheit: S. 29ff* (Hrsg. RKI) (2006).
21. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 50: Schizophrenie (Hrsg. RKI) (2010).
22. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 51: Depressionen (Hrsg. RKI) (2010).
23. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): GBE kompakt 7/2011: Depressionen (Hrsg. RKI) (2011).
24. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): GBE kompakt 2/2013: Diagnose Depressionen, Unterschiede bei Frauen und Männern (Hrsg. RKI) (2013).

25. HARRISON PJ, GEDDES JR, TUNBRIDGE EM: The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder. Trends in neurosciences online: [http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236\(17\)30212-6](http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236(17)30212-6), DOI 10.1016/j.tins.2017.10.006 (2017).
26. HEISE S, STEINBERG H, HIMMERICH H: Die Diskussion um die Anwendung und die Wirksamkeit von Musik bei depressiven Störungen in Geschichte und Gegenwart. Fortschr Neurol Psychiatr, 81, 8: 426-436 (2013).
27. HIRSCHTRITT ME, BLOCH MH, MATHEWS CA: Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017, 317, 13:1358–1367 (2017).
28. KAMIOKA H, TSUTANI K, YAMADA M, et al: Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. Patient Prefer Adherence, 8: 727-754 (2014).
29. KIM YK, CHOI J, PARK SC: A Novel Bio-Psychosocial-Behavioral Treatment Model in Schizophrenia. International journal of molecular sciences, 18, Issue 4 (2017).
30. KUPFERBERG A, BICKS L, HASLER G: Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience and biobehavioral reviews, 69: 313–332 (2016).
31. MALCHOW B, SCHMITT A, FALKAI P: Wirksam bei Schizophrenie, Depression, Demenz und Angststörungen. Sport tut auch der Psyche gut! MMW Fortschritte der Medizin, 156, 1: 41–43 (2014).
32. OTTE C, GOLD SM, PENNINX B et al: Major depressive disorder. Nature reviews. Disease primers, Volume 2: Art-Nr: 16065, DOIs <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>. Online: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder\(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446\).html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446).html) (2016).
33. OWEN MJ, SAWA A, MORTENSEN PB: Schizophrenia. Lancet, 388, Issue 10039: 86–97 (2016).
34. VILLANUEVA, R. Neurobiology of major depressive disorder. Neural plasticity, Band 2013: 873278 (2013).
35. WIEDLOCHA M, MARCINOWICZ P, KRUPA R et al: Effect of antidepressant treatment on peripheral inflammation markers - A meta-analysis. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 80, Issue Pt C: 217–226 (2018).
36. WITTCHEN HU, JACOBI F, HOYER J. Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Forschungsvorhaben: Förderkennzeichen: BMBF 01 EB 9405/6 und 01 EB 9901/6. Vortrag 29.09.2003 (2003).
37. AWMF 38/013: S3-Leitlinie: Demenzen (Stand 2016)
38. DEUTSCHE ALZHEIMERGESELLSCHAFT e.V.: Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus, 7. Auflage, Berlin (2019).