

**Entwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen  
Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr  
2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
BR-Drs. 696/08**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer**

## **I. Entwicklung eines pauschalierten Vergütungssystems für Psychiatrie und Psychosomatik**

Die BPTK begrüßt die Entwicklung und schrittweise Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Dies eröffnet die Möglichkeit, die Versorgung psychisch kranker Menschen fortlaufend dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen und Anreize für sektorübergreifende Versorgung zu setzen. Die BPTK begrüßt, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen kein fallbezogenes Entgeltssystem (DRG) angestrebt wird.

### **Abbildung des therapeutischen und wissenschaftlichen Fortschritts**

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist derzeit die maßgebliche Kalkulationsgrundlage für die Ermittlung sachgerechter Pflegesätze. Sie ist ein statisches System und bildet daher nur den therapeutischen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu Beginn der 1990er Jahre ab. Insbesondere bei der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen konnte in den letzten Jahren z. B. die Wirksamkeit störungsspezifischer Behandlungsansätze, etwa zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (z. B. Bohus et al., 2004; Clarkin et al., 2007; Binks et al., 2006), empirisch gut belegt werden. Für die Behandlung schizophrener erkrankter Menschen existiert mittlerweile eine S3-Leitlinie (Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN). Die Leitlinie richtet sich an die mit der Behandlung der Schizophrenie befassten Berufsgruppen (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Soziotherapeuten etc.) und wurde in einer multiprofessionellen Projektgruppe entwickelt. In der Leitlinie werden u. a. differenzierte Empfehlungen zu psychotherapeutischen Maßnahmen, die mit hohen Evidenzgraden hinterlegt sind, gegeben.

Der statische Charakter der Psych-PV erschwerte jedoch nicht nur die Integration neuer Behandlungsansätze in die Krankenhausversorgung. Die Einführung der Heilberufe der „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 wurde in der Psych-PV noch nicht nachvollzogen. Sie bildet also auch den sich stetig verändernden Professionenmix und die damit verbundene Veränderung der Arbeitsteilung bzw. die Ge-

wichtung unterschiedlicher Behandlungsansätze nicht ab. Dies wird in besonderem Maße in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie deutlich, in der die bisher noch nicht berücksichtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zentrale Behandlungsaufgaben in der multimodalen Therapie übernehmen.

Ein pauschalierendes tagesbezogenes Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychotherapie kann Anreize setzen, den therapeutischen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand fortlaufend in den Versorgungsalltag zu integrieren. Voraussetzung ist, dass die Bewertungsrelationen den für die Versorgung unterschiedlicher Patientengruppen notwendigen Ressourceneinsatz adäquat abbilden und die geplanten Basis-tageswerte eine angemessene Höhe erreichen. Für beides stellt der Gesetzentwurf entscheidende Weichen.

### **Bildung kostenhomogener Patientengruppen**

Vorraussetzung für die Festlegung von Bewertungsrelationen ist die Bildung kostenhomogener Patientengruppen. Hierzu benötigt man geeignete Kriterien, die den unterschiedlichen Aufwand für die Behandlung unterschiedlicher Patienten adäquat abbilden. Dabei soll – so der Gesetzentwurf – die gemeinsame Selbstverwaltung neben Diagnosen und Prozeduren auch die Behandlungs- und Leistungsbereiche der Psych-PV einbeziehen. Die BPTK schließt sich dem Vorschlag des Gesetzentwurfes an zu prüfen, ob die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach Psych-PV zur Bildung kostenhomogener Gruppen führen kann oder inwieweit andere Kriterien herangezogen werden müssen. Voraussichtlich muss ein geeignetes Klassifikationssystem entwickelt bzw. für das deutsche Gesundheitssystem adaptiert werden. Dieses Klassifikationssystem muss dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, ausreichend trennscharfe und nachvollziehbare Abgrenzungskriterien beinhalten, praktikabel in der Umsetzung sein und auf Akzeptanz bei den in Psychiatrie und Psychosomatik tätigen Professionen stoßen.

### **Dokumentation der Leistungen**

Der Gesetzentwurf eröffnet die Möglichkeit, die Ermittlung der Bewertungsrelationen, z. B. auf der Basis der Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), vorzunehmen, indem er die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1

Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h KHEntgG zur Aufgabe der Krankenhäuser bzw. der Krankenhausabteilungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik macht und formuliert, dass diese Daten bei der Ermittlung der tagesbezogenen Entgelte zu verwenden sind.

Dies ist ohne grundlegende fachliche Weiterentwicklung des OPS nicht umsetzbar. In Kapitel 9 des OPS Version 2009 sind lediglich als ergänzende Maßnahmen – psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Prozeduren – verschlüsselt, die die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für das neue Entgeltsystem noch nicht ausreichend differenziert beschreiben. Zu prüfen ist, inwieweit der mit der Umsetzung des OPS verbundene Dokumentationsaufwand für die Kalkulationskrankenhäuser praktikabel ist und ausreichende Akzeptanz findet. Vor diesem Hintergrund sollten unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen Alternativen zur Weiterentwicklung des OPS geprüft werden.

### **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Der Gesetzentwurf beauftragt die gemeinsame Selbstverwaltung zu prüfen, inwieweit für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten als tagesbezogene Entgelte eingeführt werden können und inwieweit es möglich ist, die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V in das neue Entgeltsystem einzubeziehen.

Die BPTK begrüßt diese Prüfaufträge. Versorgungsansätze in Australien und in den skandinavischen Ländern legen nahe, dass eine präventiv orientierte, ambulant ausgerichtete, multiprofessionelle Behandlung schwer psychisch kranker Menschen unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten auch für Deutschland eine Entwicklungsoption sein könnte (Aderhold et al., 2003; Cullberg et al., 2003, 2006). Diese Ansätze sind jedoch derzeit nur in einzelnen Modellprojekten realisiert. Ein neues Vergütungssystem kann die Entwicklungsdynamik verstärken, wenn es für Krankenhäuser ökonomisch attraktiver wird, sich in den teilstationären und ambulanten Bereich hineinzuentwickeln. Das Entgeltsystem müsste zudem die – vor allem für chronisch psychisch kranke Menschen und zur Sicherung einer ausreichend präventiven Orientierung der Versorgung – dringend notwendige Kooperation zwischen Kranken-

haus und Niedergelassenen fördern. Der Ausbau integrierter Versorgungskonzepte, die eine solche Kooperation begünstigen, ist anzustreben.

### **Beteiligungsrechte bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems**

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Professionen an der Entwicklung des Entgeltsystems zu beteiligen. Er verweist in § 17d Abs. 3 KHG auf § 17b KHG, der die Beteiligung der Bundesärztekammer und der Vertreter der Pflegeberufe regelt. Der neue § 17d KHG sieht vor, in Bezug auf die Vereinbarung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Bundespsychotherapeutenkammer, „soweit psychotherapeutische Fragen betroffen sind“, zu beteiligen. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt dies grundsätzlich.

Für ein neues Entgeltsystem bedarf es der adäquaten Abbildung des Leistungsgeschehens in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Dies schließt entsprechend den Empfehlungen von multiprofessionell entwickelten Behandlungsleitlinien (z. B. S3-Leitlinie Schizophrenie, Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depressionen) stets die Behandlung mit Psychotherapie oder zumindest mit psychotherapeutischen Mitteln mit ein.

Grundsätzlich ist die Verfügbarkeit psychotherapeutischen Sachverstands auch für die Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems dringend erforderlich. Im somatischen Bereich sieht der Gesetzgeber bisher keine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer vor. Ein substantieller Anteil chronisch körperlich erkrankter Patienten leidet jedoch unter komorbiden psychischen Störungen. Studienergebnisse (Härter et al., 2006) belegen, dass zehn bis 20 Prozent der Patienten in der Kardiologie und Onkologie unter einer klinisch bedeutsamen Depressivität und Ängstlichkeit leiden. Die Prävalenzraten für aktuelle psychische Störungen betragen zwischen 16 Prozent in der Kardiologie und 25 Prozent in der Endokrinologie. Am häufigsten sind affektive, Angst- und somatoforme Störungen.

Das Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung der Ruhr-Universität Bochum hat mit Blick auf die psychoonkologische Versorgung die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zuarbeitenden Kalkulationskrankenhäuser befragt. Bei einem Rücklauf von 48 Prozent geben nur 37 Prozent der antwortenden

Kliniken an, dass sie Diagnostik und Leistungen im Bereich der psychosozialen Versorgung kodieren. Betrachtet man die Kliniken getrennt danach, ob sie über einen eigenständigen psychoonkologischen Dienst verfügen oder nicht, geben 59 Prozent der Kliniken mit einem psychoonkologischen Dienst an, psychosoziale OPS-Leistungen zu kodieren (IGV – Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung, Ruhr-Universität Bochum, 2008). Da davon auszugehen ist, dass Kliniken mit einem psychoonkologischen Dienst auch psychosoziale Leistungen erbringen, deuten die Zahlen darauf hin, dass die dem InEK übermittelten Daten den realen Aufwand und die Leistungen der Kliniken zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten nicht widerspiegeln. Dies ist ein Indiz dafür, dass der OPS weder die für die Erfassung psychischer Komorbidität bzw. psychischer Belastungen notwendigen diagnostischen Leistungen noch die gerade für diese Patienten unter Qualitätsgesichtspunkten dringend notwendigen Leistungen in einer Form wiedergibt, die es den Krankenhäusern ermöglicht, dieses Leistungsspektrum entsprechend seiner Relevanz für die Qualität der Versorgung von Onkologiepatienten zu erfassen und damit in letzter Konsequenz aufgrund mangelnder Refinanzierbarkeit über die DRG's zu erbringen.

Der OPS-Katalog bedarf dringend der Überarbeitung in somatischen Fächern wie z. B. Geriatrie und Neurologie (z. B. frührehabilitative Behandlung nach Schlaganfällen, Demenzbehandlung), Palliativmedizin (z. B. Krankheits- und Schmerzverarbeitung), Pädiatrie (z. B. Kinderonkologie) und Innere Medizin (z. B. Diabetesbehandlung). Aus diesem Grund ist es notwendig, den entsprechenden Sachverstand durch die Einbeziehung der BPtK sicherzustellen.

Die BPtK schlägt daher vor, im Entwurf zur Änderung von § 17b Abs. 2 KHG folgenden neuen Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe c einzufügen:

- c) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ die Wörter „und der Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.

Die bisherigen Buchstaben c bis e würden dann die Buchstaben d bis f.

Dadurch wird eine Beteiligung der BPtK auch bei der Weiterentwicklung der DRG's gewährleistet. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift sind die Bundesärztekammer und

die Bundespsychotherapeutenkammer dann zu beteiligen, wenn sie von den Fragen betroffen sind. Eine Beteiligung der BPTK würde sich daher auf Sitzungen beschränken, in denen solche Fragen Gegenstand sind. Durch den Verweis im neuen § 17d Abs. 3 Satz 4 KHG auf § 17b Abs. 2 KHG würde dann § 17d Abs. 3 Satz 5 KHG überflüssig und könnte im Entwurf gestrichen werden.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BPTK insgesamt den im § 17d KHG formulierten Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln und schrittweise umzusetzen. Inwieweit die vom Gesetzgeber formulierten Erwartungen durch ein solches Entgeltsystem erfüllt werden können, hängt davon ab, ob es der gemeinsamen Selbstverwaltung gelingt, eine unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sinnvolle Konkretisierung des Auftrages zu realisieren.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die Beteiligungsrechte analog zur Entwicklung von Behandlungsleitlinien multiprofessionell ausgestaltet werden, um den Professionenmix und das Leistungsgeschehen in der Psychiatrie und Psychosomatik adäquat abzubilden.

## II. Vergütung von Psychotherapeuten in Ausbildung

In der Regel erhalten Psychotherapeuten in Ausbildung keine angemessene Vergütung für ihre Tätigkeit, obwohl sie wie andere Gesundheitsberufe während der Ausbildung in der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind. Im Rahmen der Psychotherapieausbildung ist eine praktische Tätigkeit vorgeschrieben, die mindestens 1.200 Stunden in einer psychiatrischen und mindestens 600 Stunden in einer Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung umfassen muss (vgl. die Approbations- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, jeweils § 2 Abs. 2).

57 Prozent der Ausbildungsteilnehmer werden für ihre praktische Tätigkeit im Krankenhaus nicht vergütet. 13 Prozent erhalten eine Vergütung bis 1.000,00 Euro, 9,7 Prozent von 1.000,00 bis 1.500,00 Euro und nur 9,4 Prozent erhalten eine Vergütung über 1.500,00 Euro (Busche, 2006). Eine angemessene Vergütung wird mit dem Argument abgelehnt, die Kosten seien nicht pflegesatzfähig. Es fehlt also eine gesetzliche Regelung, die es Krankenhausträgern ermöglicht, die Beschäftigung von Psychotherapeuten in Ausbildung zu refinanzieren.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die mit der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten verbundenen Mehrbelastungen der Häuser (z. B. regelmäßige Supervision und fachliche Anleitung) refinanzierbar werden. Hier stellt sich für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten so wie bei Ärzten die Frage, wer diese Mehrkosten zu tragen hat. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass dies nicht die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung ist, sondern dass die Refinanzierung dieser Ausgaben Ländersache wäre.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, die Regelung des § 17a KHG auf die Mehrkosten der psychotherapeutischen Ausbildung zu erstrecken.



### **III. Ausreichende Finanzierung der Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen**

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die vorgeschlagenen Regelungen zur Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung, zur anteiligen Finanzierung der Tariflohnerhöhungen und die Entwicklung eines statistischen Indexes zur Kostenentwicklung im Krankenhaus als Orientierungswert für Budgetverhandlungen.

#### **Umsetzung Psychiatrie-Personalverordnung**

Voraussetzung für ein pauschaliertes Entgeltsystem, das unter qualitativen Gesichtspunkten keine negativen Anreize setzen soll, ist die Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV, wie die Begründung zu Artikel 4 Nummer 2 § 6 BPfIV richtigerweise feststellt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die derzeitige Unterversorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zum Soll definiert wird und daraus von Beginn an eine Unterfinanzierung des neuen Entgeltsystems resultiert. Es ist daher zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf eine Regelung zur Finanzierung der nach der Psych-PV erforderlichen Stellen enthält. Allerdings ist die Finanzierung der Stellenbesetzung bis zur Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV zu 100 Prozent notwendig – und nicht nur, wie vorgesehen, zu 90 Prozent. Die Einhaltung gesetzlicher Mindestvorgaben muss den Einrichtungen ermöglicht werden.

#### **Anteilige Berücksichtigung der Tariflohnerhöhungen**

Auch die Möglichkeit, Tariflohnerhöhungen in der Entwicklung der Krankenhausvergütungen besser abzubilden, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Diese Regelung soll für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zeitlich unbefristet gelten. Die Gefahr, dass Tariflohnerhöhungen über Personalabbau refinanziert werden, ist damit in einem besonders personalintensiven Bereich gemildert. Dies ist zwingend notwendig, da nicht nur kurzfristiger Personalabbau, sondern eine von Beginn an angelegte Unterfinanzierung im neuen Entgeltsystem die Folge wäre.

Allerdings löst die anteilige Berücksichtigung von Tariflohnerhöhungen noch nicht das Problem insgesamt steigender Kosten.

## Index für Kostenentwicklung im Krankenhaus

Die Grundlohnsummenanbindung nach § 71 SGB V soll ab 2011 durch die Orientierung an einem statistischen Index, der die Kostenentwicklung im Krankenhaus abbildet, ersetzt werden. Ein solcher Kostenindex ist grundsätzlich geeignet, die Berücksichtigung der tatsächlichen Kostenentwicklung sicherzustellen.

Ein mit Hilfe eines solchen Index ermittelter Orientierungswert könnte die Berücksichtigung der gesamten Kostenentwicklung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik langfristig besser gewährleisten als die vom Gesetzgeber geplante unbefristete anteilige Berücksichtigung von Tariflohnerhöhungen. Allerdings kann hier nicht derselbe Kostenindex maßgeblich sein wie bei somatischen Häusern und Abteilungen. Dies gilt nicht nur mit Blick auf die von der Bundesregierung im Entwurf herausgestellte besondere Personalintensität dieses Bereiches, sondern auch auf die völlig unterschiedliche Ausstattung.

Die BPtK schlägt daher vor, einen gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung zweier Kostenindizes zu erteilen. Im Rahmen der erforderlichen Gesetzesänderungen zur (endgültigen) Regelung des neuen Entgeltsystems könnte dann die derzeit vorgesehene Regelung in der Bundespflegesatzverordnung ersetzt werden. Konkret sollte der in Art. 2 Nr. 10e KHRG vorgesehene § 10 Abs. 6 Satz 1 KEntgG wie folgt formuliert werden:

*„Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen **und die Kostenentwicklung im Rahmen des Entgeltsystems nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz zu berücksichtigen**, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung ~~eines~~ **von Orientierungswerten** für Krankenhäuser, ~~der~~ **die** Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigen; **es ist jeweils ein Orientierungswert für Einrichtungen, die Entgelte nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz erhalten, und ein Orientierungswert für Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu entwickeln.**“*

Problematisch könnte die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung sein, dass das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung, ausgehend von diesem durch das Statistische Bundesamt entwickelten Preisindex, für Krankenhäuser den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes vorgeben wird, der dann maßgeblich für Budgetbegrenzungen sein soll.

### **Investitionskostenfinanzierung**

Für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sind die vom Gesetzgeber im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen, die alle auf eine verbesserte Refinanzierbarkeit der Entwicklungen im Personalbereich hinauslaufen, ein unverzichtbarer Beitrag zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Diese positive Entwicklung wird nachhaltig geschmälert dadurch, dass mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz keine Lösung für die Gewährleistung einer ausreichenden Investitionskostenfinanzierung gefunden wurde.

Die Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen wird sich voraussichtlich im Interesse einer patientenorientierten Versorgung noch stärker als in der Vergangenheit in den teilstationären und ambulanten Bereich hinein orientieren. Erhebliche Investitionen in die bauliche Infrastruktur sind dafür unabdingbar. Die Investitionsfinanzierung über die Länder ist jedoch – wie im somatischen Bereich – mehr als defizitär. Eine unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten angemessene Gestaltung der Investitionsfinanzierung kann nur so sinnvoll sein, wie die den Krankenhäusern darüber zur Verfügung gestellten Mittel ausreichen, die dringendsten Maßnahmen zu finanzieren. Ansonsten kommt es weiterhin mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu Quersubventionierungen, die unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht hinnehmbar sind.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene offene Formulierung des neuen § 10 KHG erlaubt es den Ländern, ihre derzeitigen Investitionen noch weiter abzusenken. Dies ist vor dem Hintergrund der kontinuierlich sinkenden Investitionen der Länder im Krankenhausbereich und den daraus resultierenden Mängeln nicht hinnehmbar. Da die im ursprünglichen Referentenentwurf vorgesehene Regelung der Investitionsfinanzierung am Widerstand der Länder gescheitert ist, sollte – wie ursprünglich diskutiert – eine gesetzliche Mindestinvestitionsverpflichtung vorgeschrieben werden, um ein weiteres Absinken der Investitionen zu verhindern.

## Literatur

- Aderhold, V. u. a. (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.
- Bohus M, Haaf B, Simms B et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. Behaviour research and therapy. Vol. 42(5) May 2004, 487-499.
- Busche, Wiebke; Moesko, Mike; Kliche, Thomas; Zander, Kerstin; Koch, Uwe. Die „Praktische Tätigkeit“ in der psychotherapeutischen Ausbildung. Eine Akteurs- und Betroffenenbefragung zur Struktur- und Prozessqualität und zur Lage der PiA in diesem Ausbildungsabschnitt. Report Psychologie. 31(9) 2006, 390 -401.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., and Kenberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. The American Journal of Psychiatry. Vol. 164, 6.
- Cullberg, J.; Levander, S.; Holmqvist, R. et al. (2003): One-year outcome in first episode patients in the Swedish Parachute Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, S. 276 - 285.
- Cullberg, J.; Mattson, M.; Levander, S. et al. (2006): Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish “Parachute Project” and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, S. 274 - 281.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, November 2005.
- Härter M, Hahn D, Baumeister H, Reuter K, Bengel, J. (2006) Psychische Komorbidität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine epidemiologische Studie in der stationären medizinischen Rehabilitation. In: Pawils S. und Koch U. Psychosoziale Versorgung in der Medizin.
- McGorry, P. D.; Edwards, J.; Mihalopoulos, C. u. a. (1996): EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. In: *Schizophrenia Bulletin*, 22, S. 305 - 326.
- Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Entwurfassung vom 3. Juli 2008), hrsg. von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Nordentoft, M.; Jeppesen, P.; Pertersen, L. u. a. (2004): The Opus trial: A randomised multi-center trial of integrated versus standard treatment for 547 first-episode patients. Davos.