BPtK
Bundes Psychotherapeuten Kammer

BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen

Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten

---

2014

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I. Die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen 4

Steigende Patientenzahlen 4

Stationäre Behandlungsdauer seit 2004 fast unverändert 6

Stationäre Behandlungsdauer abhängig von der Diagnose 7

Personalausstattung gesunken 8

Qualität der stationären Versorgung intransparent 9

Sektorenverbindende Versorgung notwendig 9

II. Psychotherapeuten im Krankenhaus 11

Fast 6.000 Psychotherapeuten in der stationären Versorgung 11

Psychotherapeuten und Ärzte übernehmen vergleichbare Aufgaben 12

Psychotherapeuten entscheiden eigenständig über Behandlungen 13

Qualifikation von Psychotherapeuten im Arbeitsvertrag in der Regel nicht berücksichtigt 17

Psychotherapeuten in Leitungs- und Führungspositionen 18

Einkommen von Psychotherapeuten schlechter als das von Fachärzten 19

Handlungsbedarf 22

Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten 22

Angemessene tarifliche Eingruppierung 22

Verankerung der Psychotherapeuten im Personalportfolio 23

III. Qualität der Krankenhausbehandlung 24

Patienten mit Schizophrenie 24

Patienten mit unipolarer Depression 32

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung 37
Patienten mit hyperkinetischer Störung 40

Handlungsbedarf 47
Psychotherapeutische Versorgung sicherstellen 47
Neue Standards zur Strukturqualität notwendig 47
Standards zur Strukturqualität verbindlich machen 48
Standards zur Strukturqualität termingerecht verabschieden und refinanzieren 48
Versorgungsdefizite in psychiatrischen Institutsambulanzen beheben 49

IV. Methoden 50

V. Literatur 52

I. Die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen

Steigende Patientenzahlen

In den vergangenen zehn Jahren wurden immer mehr Menschen stationär behandelt. Die Zahl der Betten und insbesondere der Aufnahmen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ist deutlich gestiegen (Abbildungen 1, 2 und 3). Dagegen hat sich weder die Häufigkeit noch die Schwere psychischer Erkrankungen in den vergangenen zehn Jahren verändert.

Die meisten Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden, werden in Einrichtungen der Psychiatrie versorgt. Die Zahl der in der Psychiatrie behandelten Fälle stieg von 2004 bis 2012 um knapp 120.000 auf rund 830.000. Das ist eine Steigerung um 16,5 Prozent. Die Zahl der Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen in die Psychiatrie stieg noch stärker um knapp 16.000 auf rund 53.000. Das bedeutet eine Steigerung um rund 43 Prozent.

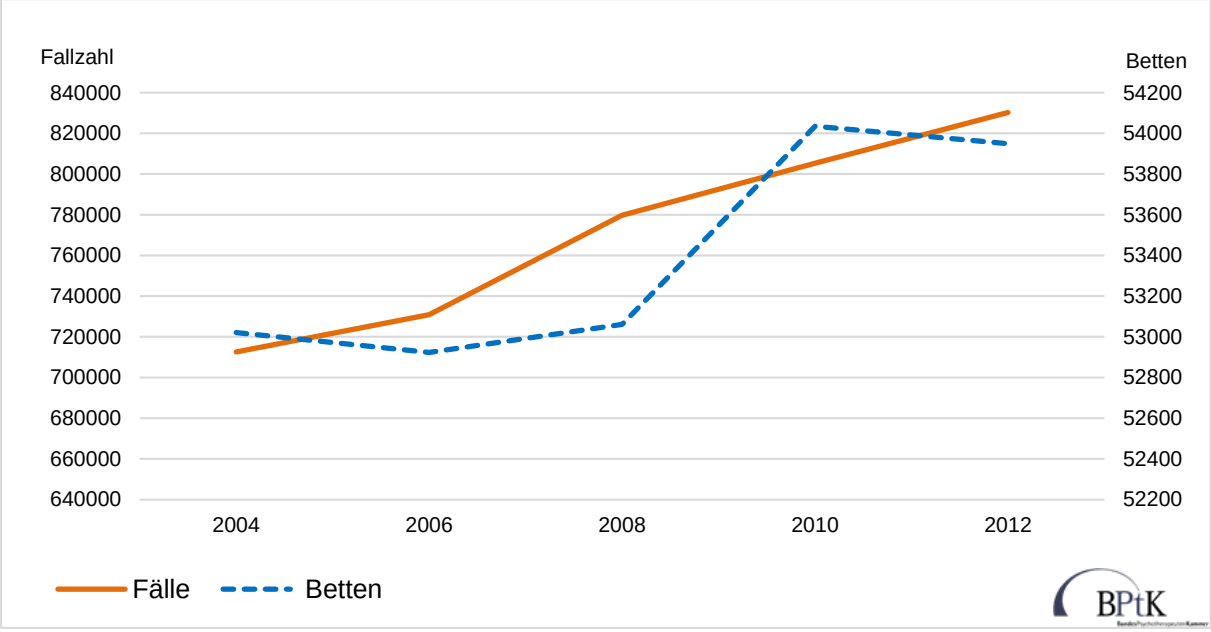
In Einrichtungen für Psychosomatik werden deutlich weniger Patienten behandelt, doch die Zahl der Aufnahmen wuchs überdurchschnittlich und hat sich von 2004 bis 2012 fast verdoppelt – nämlich um 38.000 auf rund 74.000.[1]

Der Ausbau der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen nimmt weiter zu. So plant Nordrhein-Westfalen mit seinem aktuellen Krankenhausplan bis zum Jahr 2015 den Aufbau von 2.300 zusätzlichen Betten in Psychiatrie und Psychosomatik. Das entspricht einer Zunahme von knapp 15 Prozent im Vergleich zum Jahr 2010.[2]

Im Jahr 2012 gab es in Deutschland insgesamt 410 Fachabteilungen und Krankenhäuser für Psychiatrie, 143 Fachabteilungen und Krankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 207 Fachabteilungen und Krankenhäuser für psychosomatische Medizin.[3]

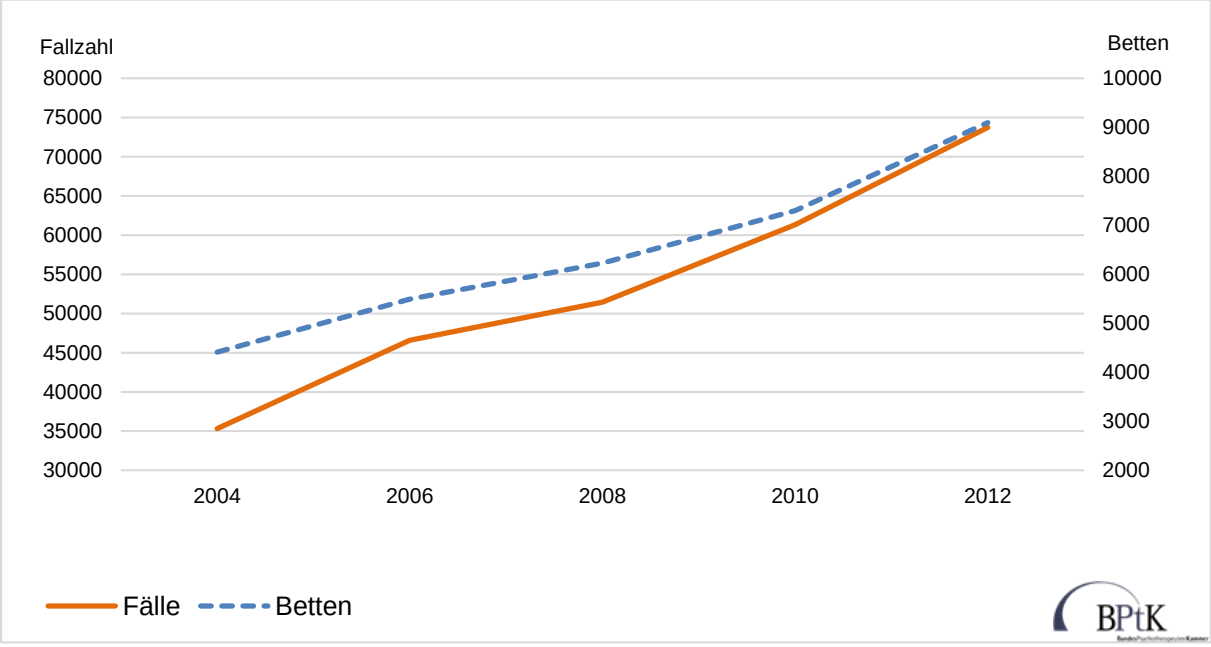
[1] Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Grunddaten-Krankenhaeuser.html, Zugriff am 2. April 2014
[2] Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2013/pm20130723a/index.php, Zugriff am 1. Mai 2014
[3] ohne Rehabilitationskliniken und -einrichtungen

Abbildung 1: Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychiatrie (Erwachsene) 2004 - 2012



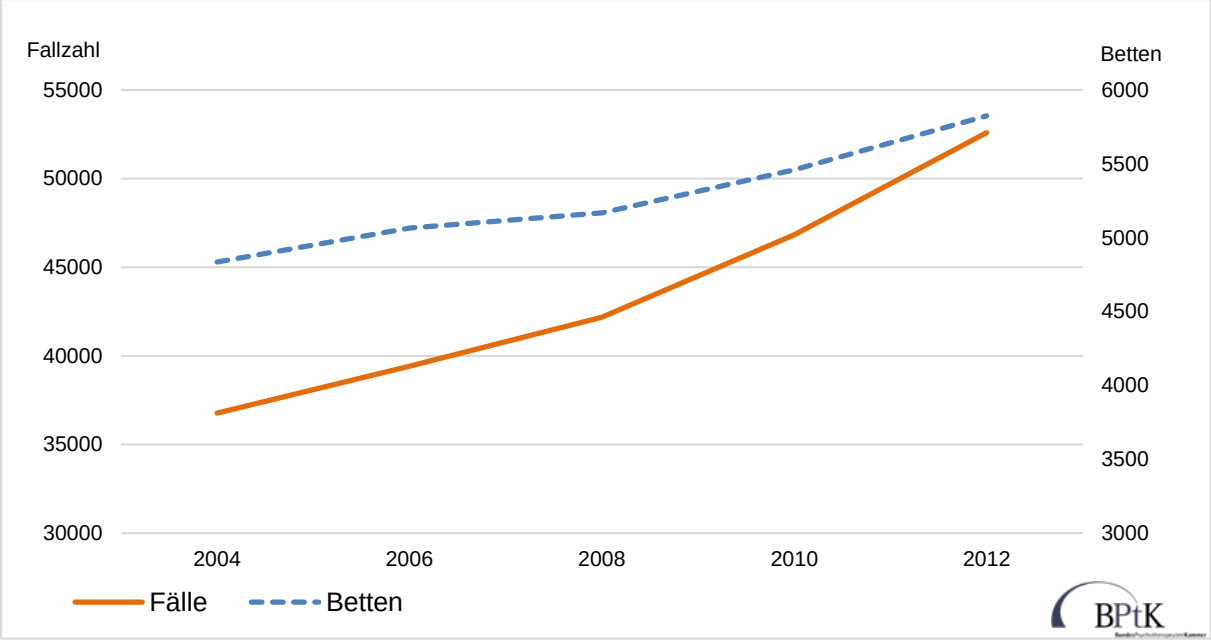
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2004 - 2012, eigene Darstellung

Abbildung 2: Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychosomatik 2004 - 2012



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2004 - 2012, eigene Darstellung

Abbildung 3: Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychiatrie (Kinder und Jugendliche) 2004 - 2012

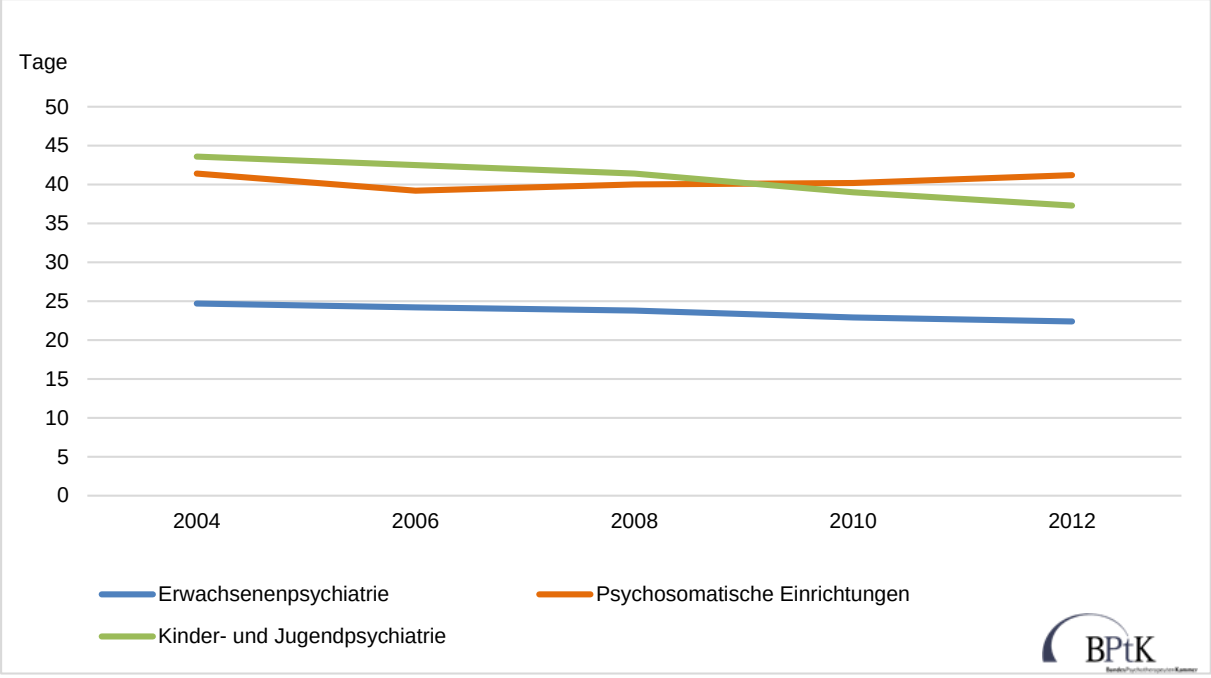


Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2004 - 2012, eigene Darstellung

Stationäre Behandlungsdauer seit 2004 fast unverändert

Von 1991 bis 2004 sank die Zahl der Tage, die ein psychisch kranker Erwachsener in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurde, von 65 auf 24. Bei Kindern und Jugendlichen verringerte sich die Zahl der Behandlungstage sogar von 125 auf 44. Die Behandlungsdauer hat sich damit seit der Psychiatrie-Enquête mehr als halbiert. Ein Erwachsener ist aktuell durchschnittlich dreieinhalb Wochen, ein Kind oder Jugendlicher durchschnittlich gut sechs Wochen in stationärer Behandlung. Seit 2004 bleibt die durchschnittliche Behandlungsdauer weitgehend stabil, nur bei Kindern und Jugendlichen hat sie weiter abgenommen (um 16 Prozent, Abbildung 4).

Abbildung 4: Behandlungsdauer in Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik 2004 - 2012



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2004 - 2012, eigene Darstellung

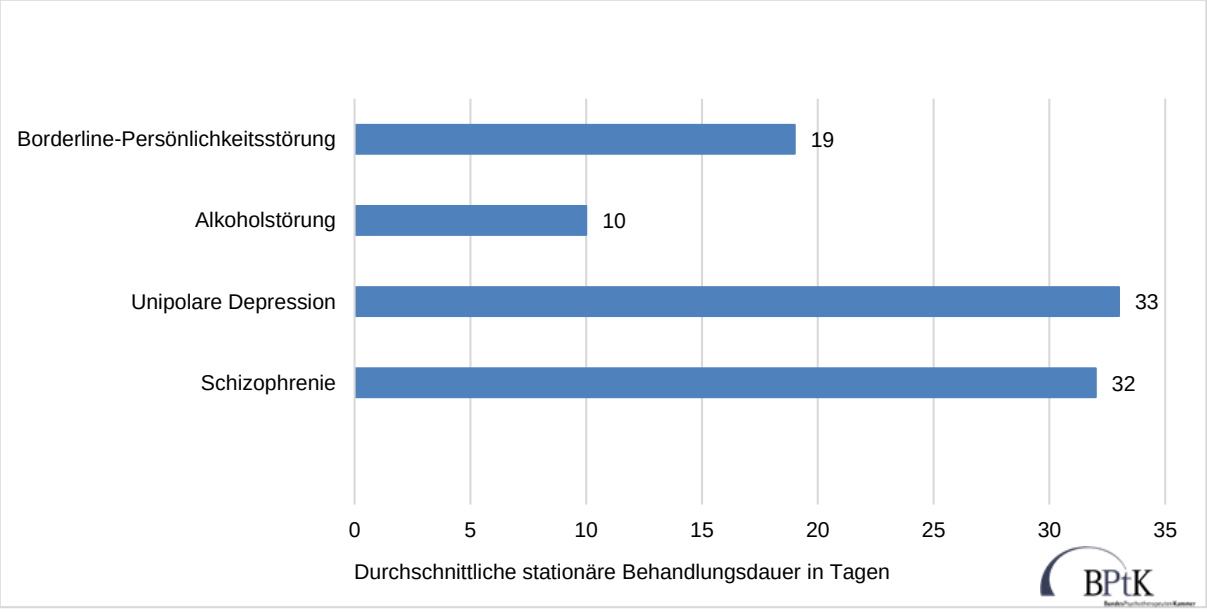
Stationäre Behandlungsdauer abhängig von der Diagnose

Die durchschnittliche Verweildauer schwankt in Abhängigkeit von der Diagnose erheblich. Während ein Patient mit einer Alkoholstörung im Durchschnitt zehn Tage in stationärer Behandlung ist, liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer von Patienten mit Schizophrenie mehr als dreimal so hoch, also bei 32 Tagen (Abbildung 5). Die Behandlungsdauer ist entscheidend für die Möglichkeit, psychotherapeutische Behandlungen zu realisieren.

Die kurze durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit Alkoholerkrankungen kommt dadurch zustande, dass die Patienten in der Regel nur zur Entgiftung stationär aufgenommen und bei ausreichender Motivation anschließend in eine Entwöhnungsbehandlung überwiesen werden, zu der in aller Regel ein psychotherapeutisches Angebot gehört. Während einer zehntägigen stationären Entgiftungsbehandlung kann das psychotherapeutische Angebot im Wesentlichen nur aus Kriseninterventionen und motivierenden Gesprächen bestehen.

Bei der stationären Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung reichen durchschnittlich 19 Tage nicht aus, um störungsspezifische Psychotherapieprogramme durchzuführen. Eine durchschnittliche Behandlungsdauer von fünf Wochen bietet bei unipolarer Depression und Schizophrenie hingegen durchaus Raum für spezifische psychotherapeutisch orientierte Behandlungen, die im Regelfall dann ambulant weitergeführt werden sollten.

Abbildung 5: Durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie bei ausgewählten Diagnosen



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2012, eigene Darstellung

Personalausstattung gesunken

Trotz gestiegener Patientenzahlen ist die Personalausstattung, insbesondere im Pflegebereich, aufgrund der jährlichen Unterfinanzierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gesunken. Dies hat zu einer immer größeren Arbeitsverdichtung und -belastung vor allem in den Krankenhäusern für Psychiatrie geführt.

Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser kompensieren außerdem Defizite in der ambulanten Versorgung. Aufgrund der Unterversorgung im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, vor allem in strukturschwachen

und ländlichen Regionen, aber auch im Ruhrgebiet kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ häufig nicht befolgt werden.

Qualität der stationären Versorgung intransparent

Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser stehen also unter einem enormen Druck, immer mehr Patienten zu versorgen. Gleichzeitig sollen sie eine qualitätsorientierte Versorgung mit einer oftmals unzureichenden Personalausstattung gewährleisten. Darüber, wie gut das gleichwohl gelingt, ist aktuell wenig bekannt. Das Versorgungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ist weitgehend intransparent. Dies gilt insbesondere auch für die psychotherapeutischen Leistungen. So ist wenig darüber bekannt, in welchem Umfang und bei welchen Patienten Psychotherapie angeboten wird beziehungsweise vor dem Hintergrund der reduzierten Personalausstattung und teilweise relativ kurzen Verweildauern, überhaupt angeboten werden kann.

Sektorenverbindende Versorgung notwendig

Bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen besteht in besonderer Weise die Notwendigkeit, die Versorgung sektorenübergreifend auszurichten. Nur so kann eine ausreichend intensive und kontinuierliche Konstanz der therapeutischen Beziehungen gewährleistet werden. Die Forschung zeigt, dass dies notwendig ist; internationale Erfahrungen (zum Beispiel mit dem „Need-adapted Treatment“ in Skandinavien) zeigen, dass dies möglich ist.

Gerade schwer und chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf benötigen Versorgungsnetze, in denen multiprofessionelle Behandlungsteams ambulant und stationär zeitnah eine angemessene Behandlung sicherstellen. Eine solche ambulant orientierte Versorgung bis in das Zuhause des Patienten hinein (Home Treatment) ist auch bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen möglich. Entsprechende Netze sollten – analog zur spezialfachärztlichen Versorgung – für psychisch kranke Menschen flächendeckend geschaffen werden. Bei der Gestaltung dieser Versorgungsangebote kann auf die Erfahrungen aus diversen Modellprojekten,

Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie aus den psychiatrischen Institutsambulanzen zurückgegriffen werden.

II. Psychotherapeuten im Krankenhaus

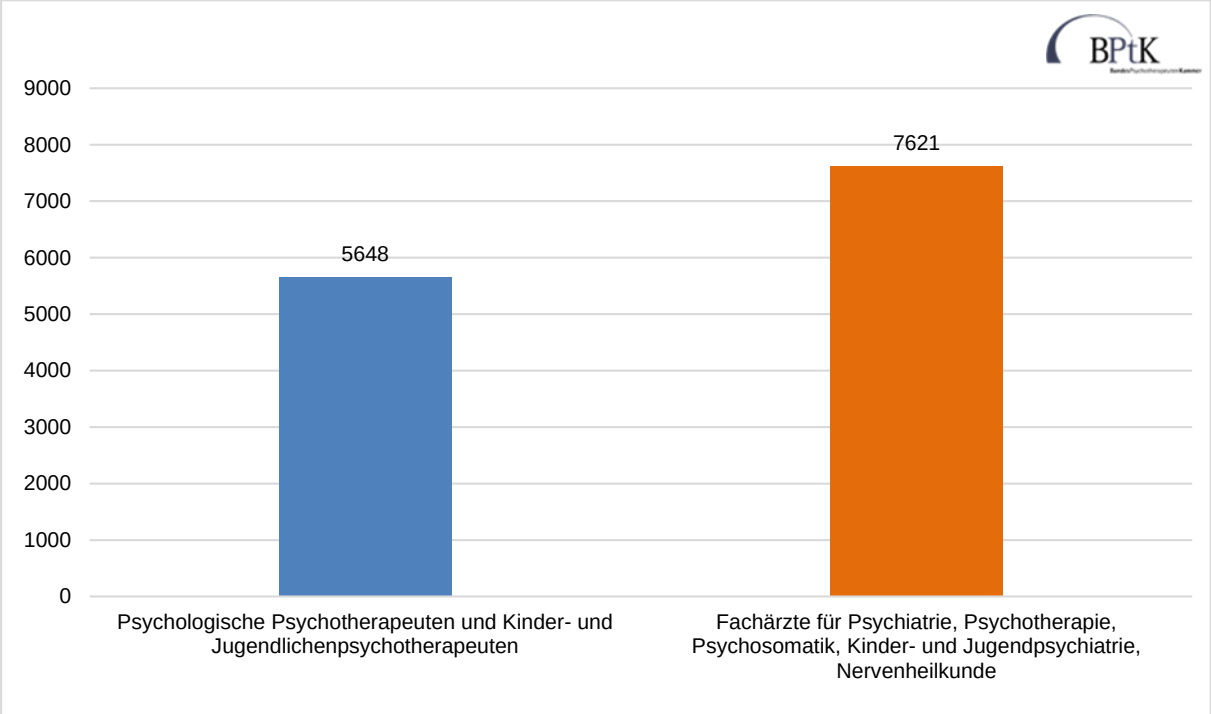
Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat im Jahr 2013 eine Befragung von über 1.500[4] angestellten und beamteten Psychotherapeuten in Krankenhäusern durchgeführt. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Befragung zur Personalausstattung und der Qualität der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen dargestellt.

Fast 6.000 Psychotherapeuten in der stationären Versorgung

In der stationären Versorgung sind fast 6.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig.[5] Damit arbeiten in Psychiatrie und Psychosomatik annähernd so viele Psychotherapeuten wie Fachärzte (Abbildung 6). Die weit überwiegende Mehrheit der Psychotherapeuten (88 Prozent, Abbildung 7) arbeitet in Krankenhäusern oder Abteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik. Die übrigen zwölf Prozent arbeiten in somatischen Fachabteilungen, zum Beispiel in der Onkologie.

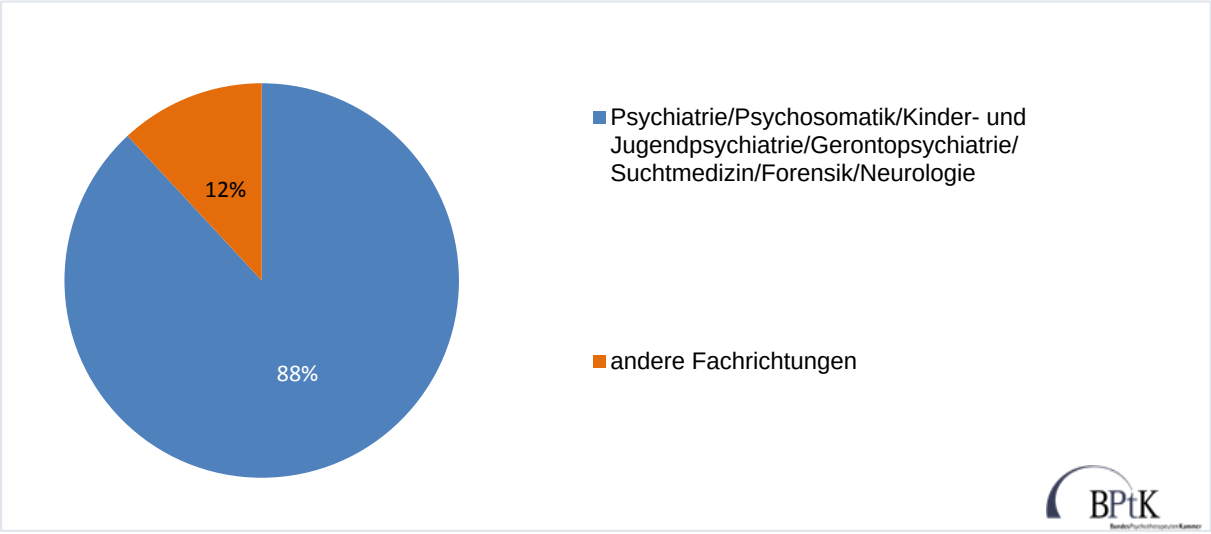
[4] Es liegen Angaben von N=1528 Psychotherapeuten vor. Die folgenden Auswertungen beziehen sich immer auf diese Grundgesamtheit bzw. Teile dieser Grundgesamtheit.
[5] ohne Rehabilitationseinrichtungen

Abbildung 6: In Krankenhäusern angestellte Psychotherapeuten und Fachärzte



Quelle: Bundesärztestatistik, Bundespsychotherapeutenstatistik, Stand 31. Dezember 2012

Abbildung 7: Psychotherapeuten arbeiten in Krankenhäusern für …



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Psychotherapeuten und Ärzte übernehmen vergleichbare Aufgaben

Aufgrund des erheblichen Mangels an Fachärzten in den Kliniken werden unbesetzte Arztstellen häufig mit Diplom-Psychologen oder Psychotherapeuten besetzt (Ta-

belle 1). Das ist möglich, weil zumindest Psychotherapeuten in vielen Fällen vergleichbare Aufgaben übernehmen können wie Fachärzte mit Ausnahme etwa der medikamentösen Behandlung oder bestimmter Dienste.

Tabelle 1: Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahr 2010

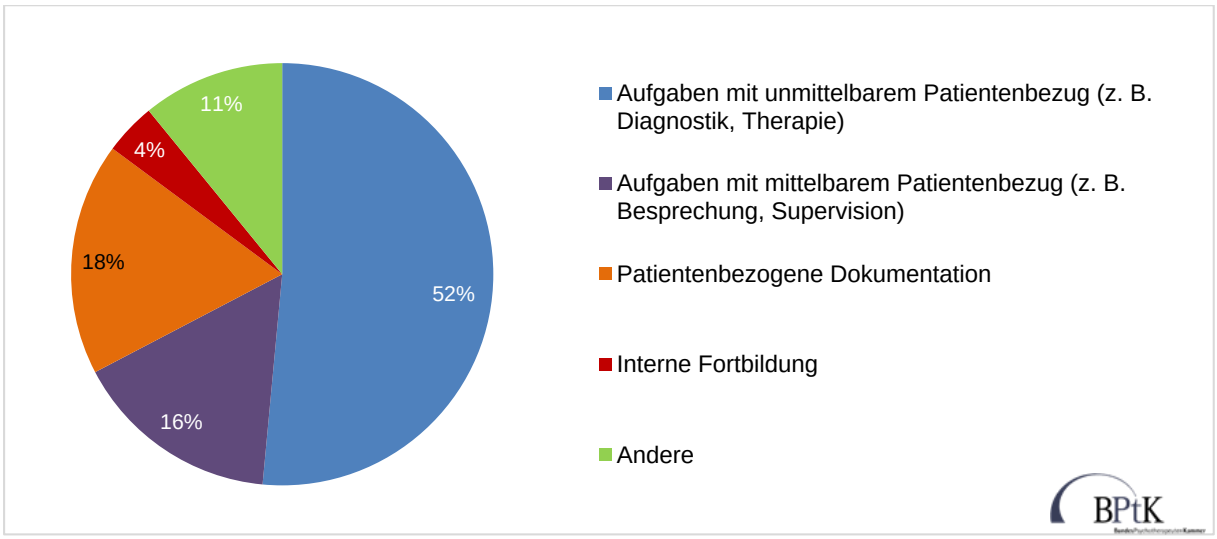
	Planbedarf nach Psych-PV 2010 100% in VK	Vereinbarte Anzahl 2010 VK in % des Planbedarfs (Mittelwerte)	Ist-Anzahl 2010 VK in % des Planbedarfs (Mittelwerte)	Ist-Anzahl 2010 VK in % der vereinbarten Anzahl (Mittelwerte)
Ärzte im Regeldienst	100%	100,7%	95,8%	95,6%
Pflegekräfte im Regeldienst	100%	99,0%	93,9%	95,0%
Leitende Ärzte	100%	96,2%	91,8%	95,9%
Leitende Krankenpflegekräfte	100%	95,1%	93,2%	101,6%
Diplom-Psychologen	100%	104,8%	140,6%	136,7%
Sozialarbeiter/ -pädagogen	100%	95,6%	84,0%	88,7%
Ergotherapeuten	100%	96,2%	93,3%	98,1%
Bewegungstherapeuten/ Krankengymnasten	100%	98,7%	105,1%	107,6%

Quelle: DKI Psychiatrie Barometer 2011, gezählt wurden die tatsächlich besetzten und finanzierten Vollkraftstellen (VK), Psychotherapeuten bilden in der Psych-PV keine eigene Berufsgruppe und werden zu den Diplom-Psychologen gezählt

Psychotherapeuten entscheiden eigenständig über Behandlungen

Psychotherapeuten sind während ihrer Arbeitszeit fast ausschließlich – mittelbar oder unmittelbar – mit der Behandlung von Patienten beschäftigt (86 Prozent ihrer Arbeitszeit, Abbildung 8). Dabei sind sie in die wesentlichen patienten- und behandlungsbezogenen Entscheidungen einbezogen.

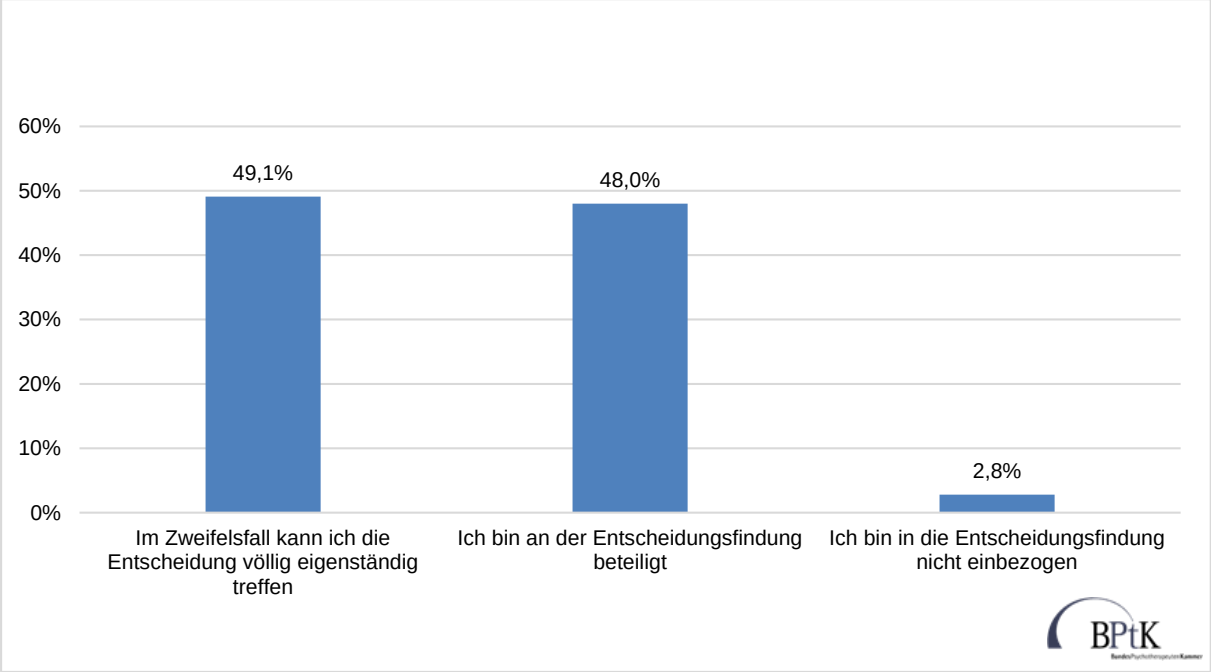
Abbildung 8: Anteilige Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Aufgaben



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

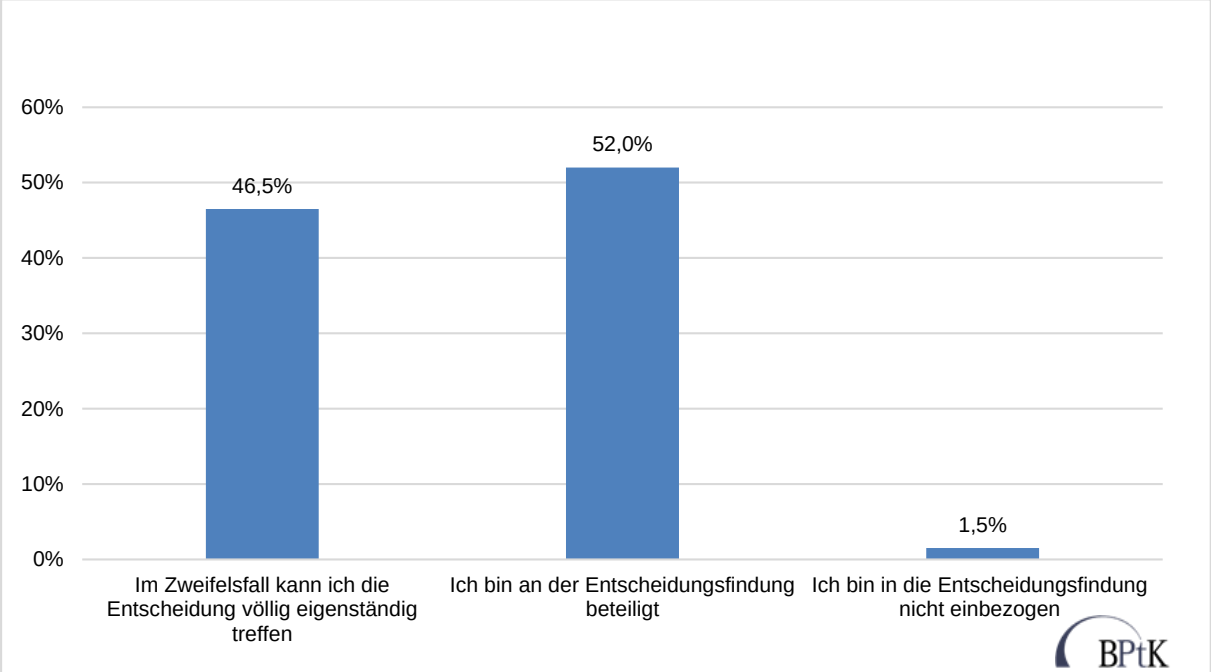
Etwa die Hälfte der Psychotherapeuten gibt an, dass sie über die wesentlichen behandlungsrelevanten Sachverhalte eigenständig entscheidet. Dazu gehören zum Beispiel die Indikation zur Psychotherapie, die Beurteilung des Behandlungsfortschritts und gegebenenfalls die Änderung des Behandlungsplans. Auch über Entlassungen oder Verlängerungen der Behandlung entscheidet fast ein Drittel selbstständig (Abbildungen 9, 10 und 11).

Abbildung 9: Entscheidung über die Indikation zur Psychotherapie beziehungsweise über die Modalitäten der psychotherapeutischen Behandlung



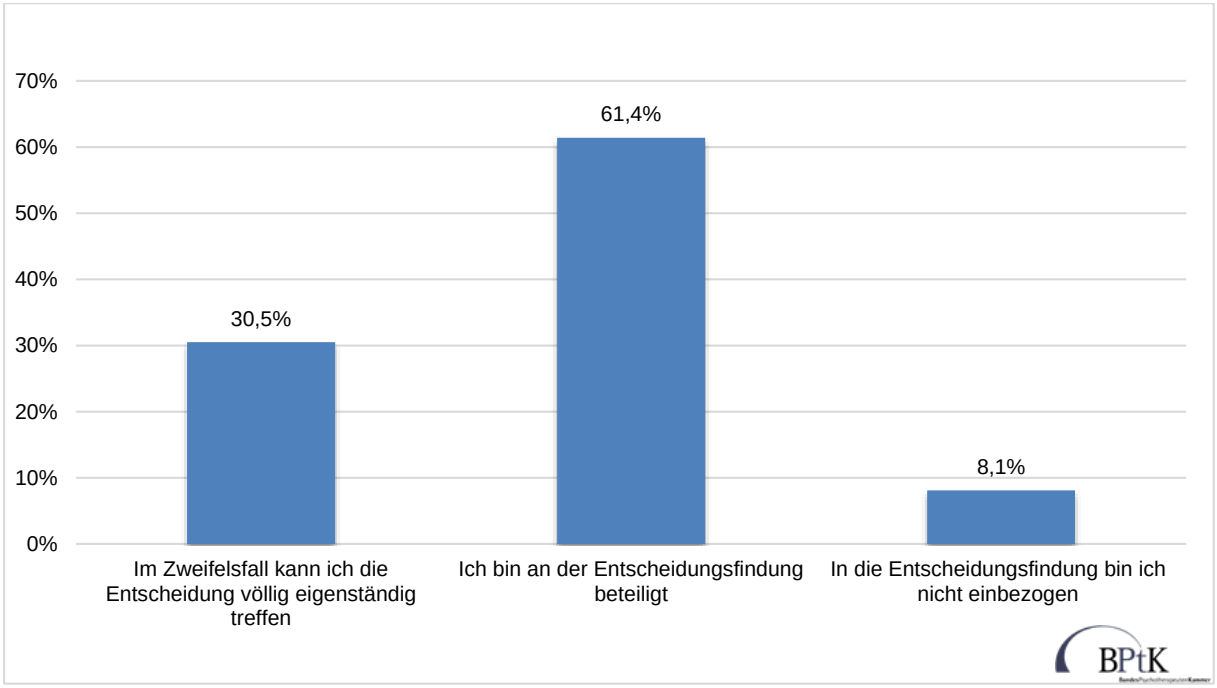
Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Abbildung 10: Beurteilung des Behandlungsfortschritts und gegebenenfalls Veranlassung von Änderungen des Behandlungsplans



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

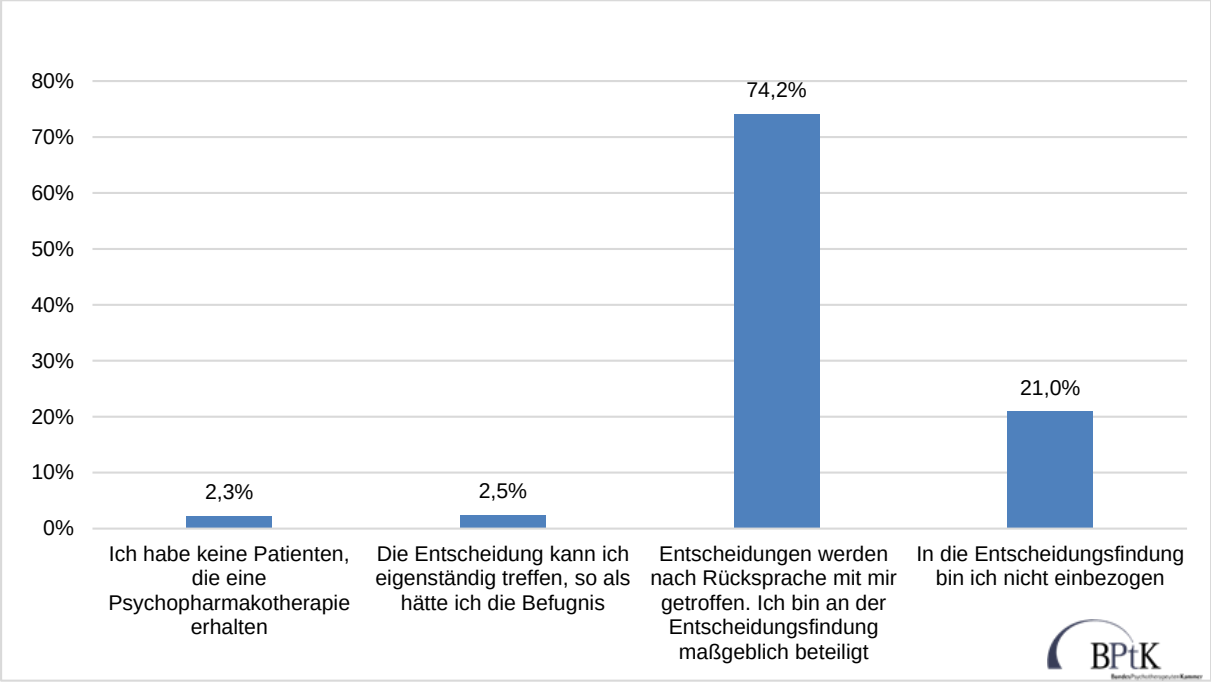
Abbildung 11: Entscheidung über Behandlungsdauer und Behandlungssetting



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Drei von vier Psychotherapeuten sind außerdem an den Entscheidungen zur Psychopharmakotherapie beteiligt (Abbildung 12) – trotz der bestehenden rechtlichen Beschränkungen.

Abbildung 12: Entscheidung über Psychopharmakotherapie



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

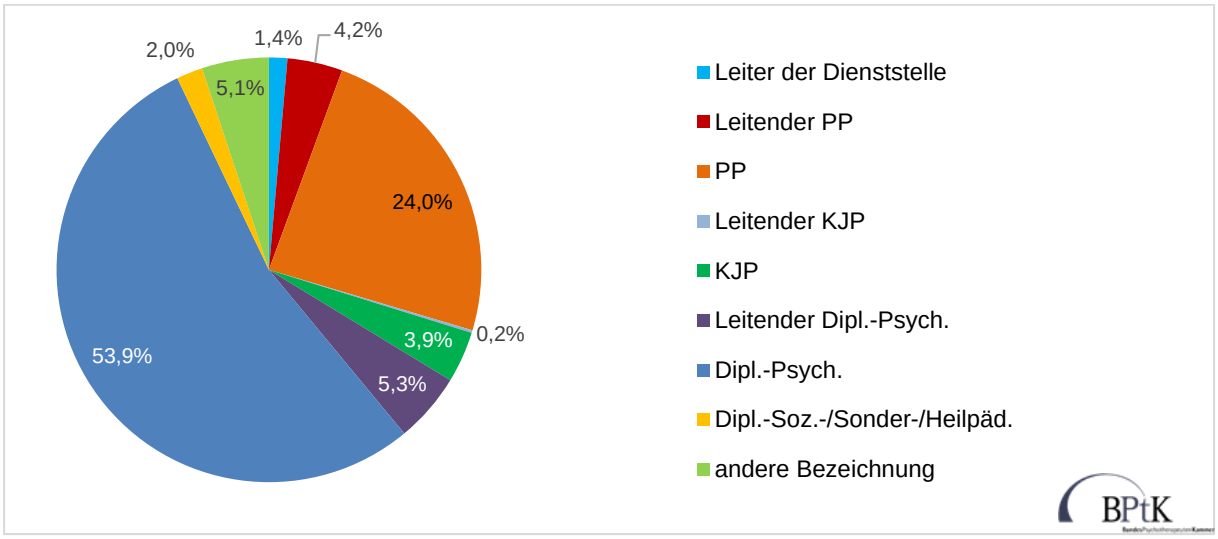
Qualifikation von Psychotherapeuten im Arbeitsvertrag in der Regel nicht berücksichtigt

Psychotherapeuten werden mehrheitlich (56 Prozent) als Diplom-Psychologen oder Diplom-(Sozial-)Pädagogen eingestellt (Abbildung 13). Ihre besondere, mit der Approbation erworbene Qualifikation und ihre Kompetenzen in der Behandlung psychischer Erkrankungen werden damit in den Arbeitsverträgen nicht angemessen berücksichtigt. Nur bei knapp einem Drittel der Psychotherapeuten wird die Approbation im Arbeitsvertrag genannt. Durch diese Eingruppierung der Psychotherapeuten in die Berufsgruppe der Psychologen ist für Patienten häufig nicht transparent, ob ein Krankenhaus über die Personalausstattung verfügt, die für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung notwendig ist.

Grundlage für die personelle Ausstattung psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken ist die Psych-PV. Als die Psych-PV entwickelt wurde, gab es die Heilberufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut noch nicht; sie wurde in den 15 Jahren seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetztes (PsychThG) auch nicht entsprechend angepasst. Die Psych-PV hat einen wichtigen

Beitrag zum Wandel der „Verwahrpsychiatrie“ in eine „Behandlungspsychiatrie“ geleistet. Sie bildet allerdings die wissenschaftlichen Behandlungsstandards von vor 30 Jahren ab. Eine Anpassung an relevante Weiterentwicklungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen ist nicht erfolgt. Damals war noch nicht bekannt, dass Psychotherapie ein wirksames Behandlungsverfahren bei fast allen psychischen Erkrankungen ist, zum Beispiel auch bei akuten Episoden einer Schizophrenie. Psychotherapie ist in der Psych-PV daher nicht in der erforderlichen Intensität vorgesehen. Die Psych-PV ist kein „lernendes System“, sie lässt auch keinen Spielraum für Innovationen. Deshalb sind aktuelle und verbindliche Mindestanforderungen zur Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal, erarbeitet durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zwingend erforderlich.

Abbildung 13: Berufsbezeichnung im Arbeitsvertrag

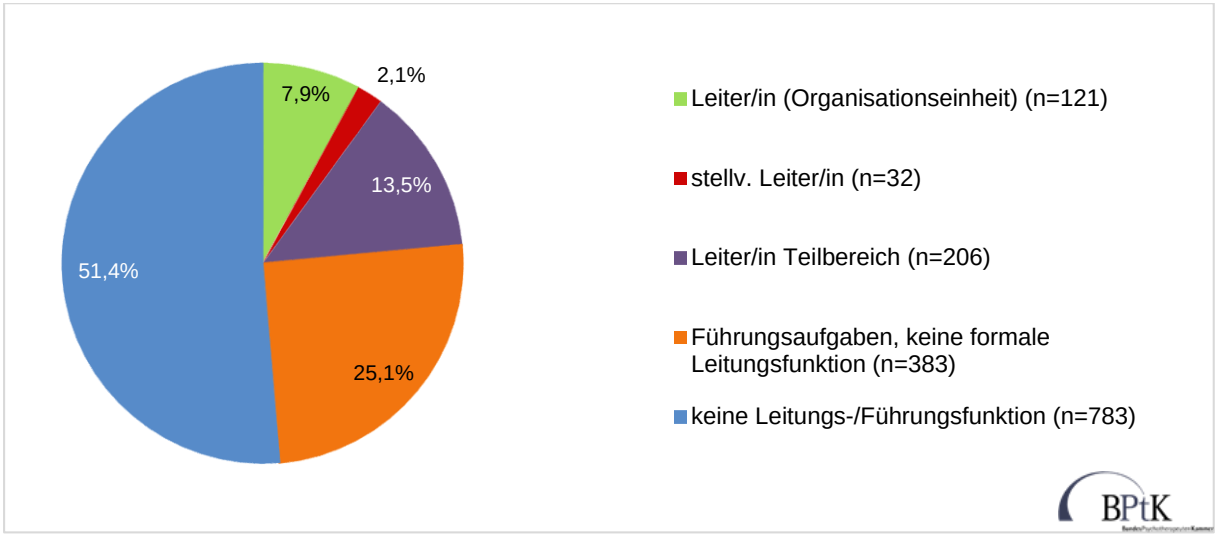


Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Psychotherapeuten in Leitungs- und Führungspositionen

Knapp die Hälfte (48,6 Prozent) der befragten Psychotherapeuten übernimmt faktisch Leitungs- und Führungsaufgaben im Krankenhaus. Davon wird aber wiederum der Hälfte keine formale Leitungsfunktion (25,1 Prozent) zugestanden. Psychotherapeuten mit informeller Leitungsfunktion übernehmen in der Regel die gleichen Aufgaben wie Psychotherapeuten mit „offizieller“ Leitungsfunktion (Abbildung 14).

Abbildung 14: Berufliche Position von Psychotherapeuten im Krankenhaus



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Nach § 107 SGB V muss ein Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Mit Verweis auf diese Regelung wird Psychotherapeuten häufig die Leitung von Stationen und Abteilungen verwehrt. Darüber hinaus verbietet die Muster-Berufsordnung der Ärzte, Weisungen von Nichtärzten entgegenzunehmen.

Diese berufsgruppenspezifische Begründung für Leitungsfunktionen ist allein historisch begründet. Sie ist nicht sachgerecht. Für die fachlich-medizinische Leitung eines Krankenhauses ist eine ausreichende Qualifikation und Fachkunde notwendig. Nach §§ 95 und 95c SGB V verfügen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über einen dem Facharztstandard entsprechenden Fachkundenachweis.

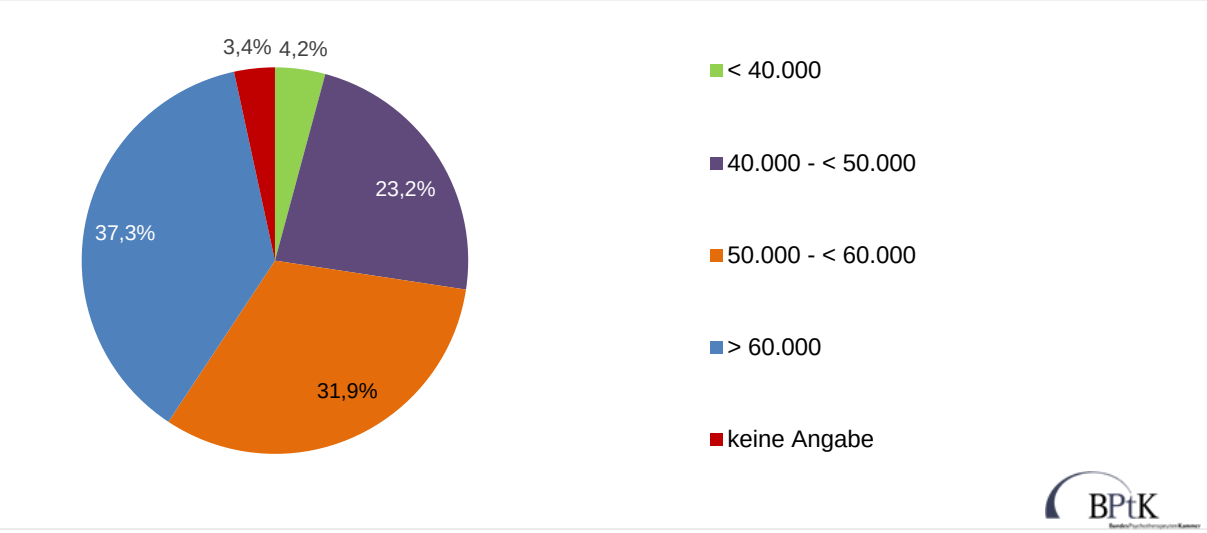
Im stationären Bereich fehlen also noch wesentliche sozial- sowie berufsrechtliche Justierungen, die mit der Einführung der Heilberufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Jahr 1999 notwendig wurden.

Einkommen von Psychotherapeuten schlechter als das von Fachärzten

Das Einkommen von in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten (Abbildung 15) ist nach Auskunft der Befragten fast immer geringer als das Einkommen von Fachärzten, deren jährliches Einkommen mindestens 62.000 Euro und mehr beträgt. Dabei

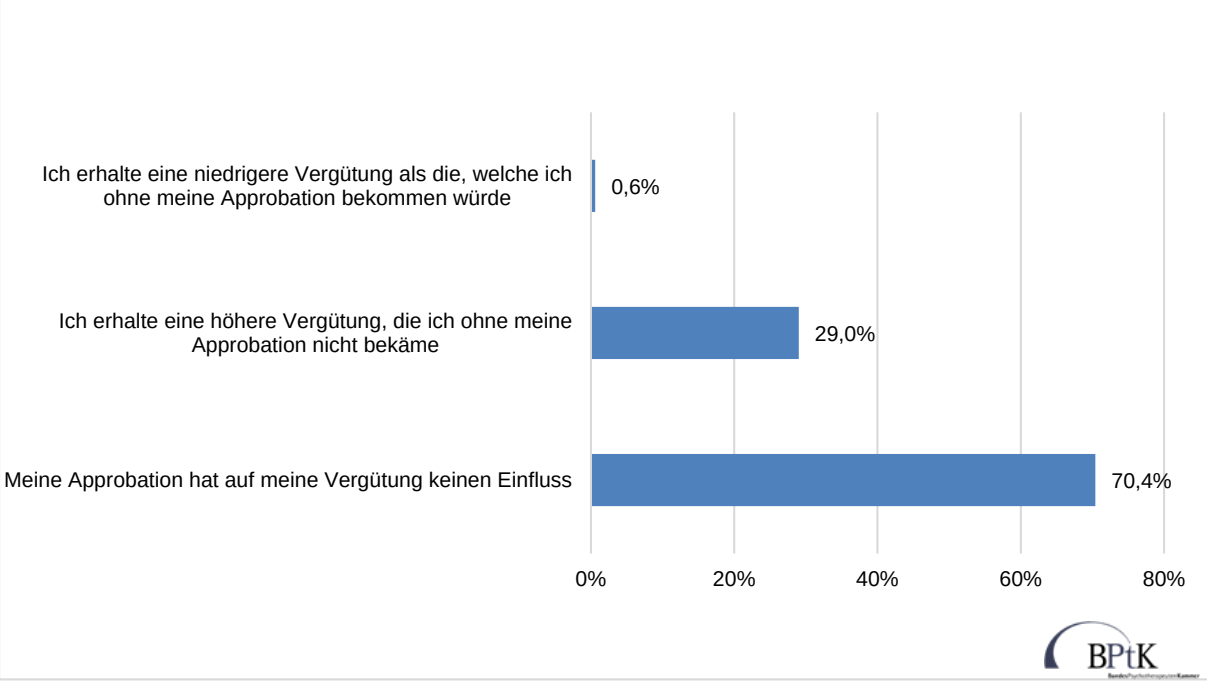
hat die Approbation mehrheitlich keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Psychotherapeuten (Abbildung 16).

Abbildung 15: Bruttoeinkommen bezogen auf Vollzeittätigkeit (in Euro)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Abbildung 16: Einfluss der Approbation auf die Vergütung



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten genauso vergütet wie die Leistungen von psychotherapeutisch tätigen Ärzten. In der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen haben Psychotherapeuten und Fachärzte jedoch unterschiedliche Tarifverträge.

In öffentlichen Krankenhäusern werden Psychotherapeuten nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) und in anderen Krankenhäusern, zum Beispiel in kirchlichen, in Anlehnung an den TVöD vergütet. Der TVöD orientiert sich bei der Eingruppierung in die verschiedenen Entgeltstufen an Berufsabschlüssen. Die Eingruppierung in die höchsten Entgeltstufen (Stufen 13 bis 15) setzt einen Hochschulabschluss oder Masterabschluss voraus, die Approbation spielt für die Eingruppierung keine Rolle. Psychotherapeuten werden deshalb nach ihrem Grundberuf eingeordnet. Psychologische Psychotherapeuten werden als Diplom-Psychologen mindestens der Entgeltstufe 13 zugeordnet, was – je nach Berufserfahrung – einem Monatsgehalt von 3.300 bis 4.900 Euro entspricht. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann – entsprechend des grundständigen Berufsabschlusses als Diplom-(Sozial-)Pädagoge – sogar eine Eingruppierung in eine niedrigere Entgeltgruppe erfolgen.

Im Vergleich dazu erhalten Ärzte nach dem vom Marburger Bund (MB) ausgehandelten Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte/VKA) zwischen gut 4.000 bis knapp 5.200 Euro pro Monat, Fachärzte ohne Oberarztstatus beziehen ein Gehalt zwischen 5.300 und 6.800 Euro pro Monat. Ärzte, die nicht nach dem Tarifvertrag des MB vergütet werden, erhalten nach dem TVöD/Ärzte zwischen knapp 4.000 und 4.800 Euro. Für Fachärzte liegt das Gehalt zwischen 5.000 und 6.500 Euro pro Monat. Das heißt, selbst wenn Psychotherapeuten in die höchste Entgeltgruppe für Hochschulabsolventen ohne Leitungsfunktion – Entgeltgruppe 14 – nach TVöD eingestuft werden sollten, liegt ihr Gehalt mit 3.600 bis maximal 5.400 Euro pro Monat immer noch deutlich unter dem eines Facharztes. Auch Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die theoretisch außertarifliche Regelungen vereinbaren könnten, berücksichtigen die Approbation bei der Höhe der Vergütung nicht.

Handlungsbedarf

Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten

Psychotherapeuten müssen im Krankenhaus entsprechend ihrem Qualifikationsprofil und ihren Aufgaben in der Organisationsstruktur verankert und vergütet werden. Einrichtungen, die überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen, sollten auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen können, da diese gemäß §§ 95 und 95c SGB V über einen dem Facharztstandard entsprechenden Fachkundenachweis verfügen. Die Definition der Einrichtung Krankenhaus (und auch von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) durch das Kriterium „ärztliche Leitung“ ist historisch zu erklären und sachlich nicht mehr zu begründen. Die sachliche Rechtfertigung für eine Einschränkung des leitungsberechtigten Personenkreises kann deshalb nicht in der Berufsgruppenzugehörigkeit liegen, sondern allein in der fachlich-medizinischen Kompetenz. Auch können sozialrechtlich zulässige Tätigkeiten nicht berufsrechtswidrig sein, da insoweit Bundesrecht Landesrecht derogiert (Artikel 31 GG).

Angemessene tarifliche Eingruppierung

Die tarifliche Eingruppierung von Psychotherapeuten muss auf Facharztniveau erfolgen. Bei den laufenden Verhandlungen zur Eingruppierung der Psychotherapeuten gemäß TVöD muss die Approbation von den Tarifpartnern ausdrücklich berücksichtigt werden. Die tarifliche Eingruppierung von Psychotherapeuten gemäß ihren grundständigen Ausbildungen als Diplom-Psychologe oder – bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – als Diplom-(Sozial-)Pädagoge ist nicht sachgerecht. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen entsprechend ihrer Qualifikation auf Facharztniveau deshalb mindestens gemäß dem Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern beziehungsweise gemäß dem TVöD-Ärzte vergütet werden.

Verankerung der Psychotherapeuten im Personalportfolio

In der Psych-PV sind die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weder hinsichtlich der Qualifikation noch der Kompetenzen adäquat abgebildet. Außerdem berücksichtigt die Psych-PV die Weiterentwicklung der Psychotherapie der letzten 30 Jahre nicht, sodass der Personalbedarf in diesem Bereich durch die Psych-PV deutlich unterschätzt wird. Beide Mängel müssen bei neuen Empfehlungen zu den Personalstandards der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik behoben werden. Mit der Erarbeitung neuer Empfehlungen zur Strukturqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist der G-BA beauftragt. Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte und transparente stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen ist, dass die Empfehlungen des G-BA verbindlich für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gelten.

III. Qualität der Krankenhausbehandlung

In der BPtK-Studie wurden die in Psychiatrie und Psychosomatik tätigen Psychotherapeuten gebeten, die psychischen Erkrankungen anzugeben, die von ihnen behandelt werden, und im Weiteren vertiefte Fragen zu den beiden von ihnen am häufigsten behandelten Krankheitsbildern zu beantworten. Damit liegen Aussagen einer für die stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen zentralen Berufsgruppe zur Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik im Vorfeld der Einführung des neuen Entgeltsystems vor. Auch wenn diese Bestandsaufnahme aus der spezifischen Perspektive der Psychotherapeuten erfolgt und teilweise nur auf den Aussagen einer begrenzten Anzahl von Psychotherapeuten beruht, liefert sie wertvolle Hinweise für eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung und ermöglicht einen Vorher-Nachher-Vergleich der psychotherapeutischen Versorgungsqualität.

Die Patientengruppen, zu denen die meisten Befragten vertiefte Angaben gemacht haben, weisen die Diagnosen Schizophrenie, unipolare Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie bei Kindern und Jugendlichen hyperkinetische Störung auf. Damit wurden Aussagen zu den in Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Patientengruppen getroffen.

Patienten mit Schizophrenie

Schizophrenie ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen, die stationär behandelt werden. Im Jahr 2012 wurden in psychiatrischen Krankenhäusern fast 130.000 Fälle mit Schizophrenie versorgt. Das entspricht 18 Prozent aller Fälle. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt knapp fünf Wochen und liegt damit über der durchschnittlichen Behandlungsdauer aller Diagnosegruppen von drei Wochen.[6]

Gemäß den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien (zum Beispiel NICE-Leitlinie 2014) soll Patienten mit Schizophrenie neben einer medikamentösen Behandlung in allen Phasen der Erkrankung – auch in der Akutphase – eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden. Auch die sich derzeit in Überarbeitung befindliche S3-

[6] Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdaten 2012, eigene Auswertungen

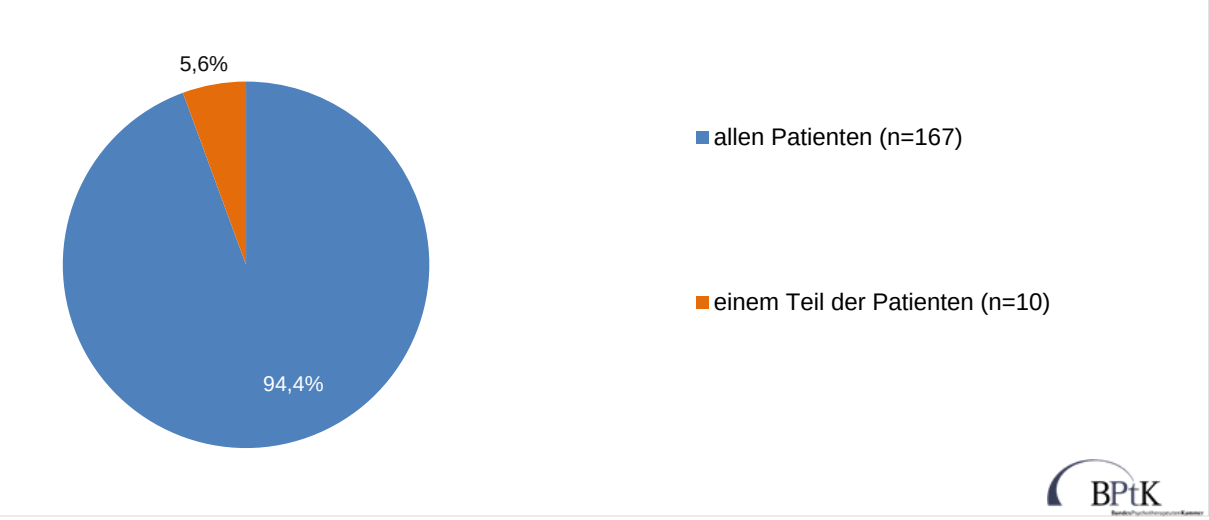
Leitlinie „Schizophrenie“ aus dem Jahr 2005 empfiehlt kognitive Verhaltenstherapie ausdrücklich in der Anfangsphase und zur Rückfallprophylaxe. In der Akutphase wird Psychotherapie als Option genannt. Es ist damit zu rechnen, dass in der überabeiteten S3-Leitlinie „Schizophrenie“, deren Fertigstellung für 2016 geplant ist, eine Anpassung an die NICE-Leitlinie erfolgt.

Nur 57 Prozent der Patienten erhält Psychotherapie

In nahezu allen Kliniken (94 Prozent) werden alle Patienten mit der Diagnose Schizophrenie mit Psychopharmaka behandelt (Abbildung 17). Aber nur in 46 Prozent der Einrichtungen wird allen Patienten auch eine Psychotherapie angeboten. In weiteren 42 Prozent wird immerhin einem Teil der Patienten Psychotherapie angeboten und in elf Prozent der Häuser fehlt Psychotherapie vollständig im Behandlungsangebot (Abbildung 18).

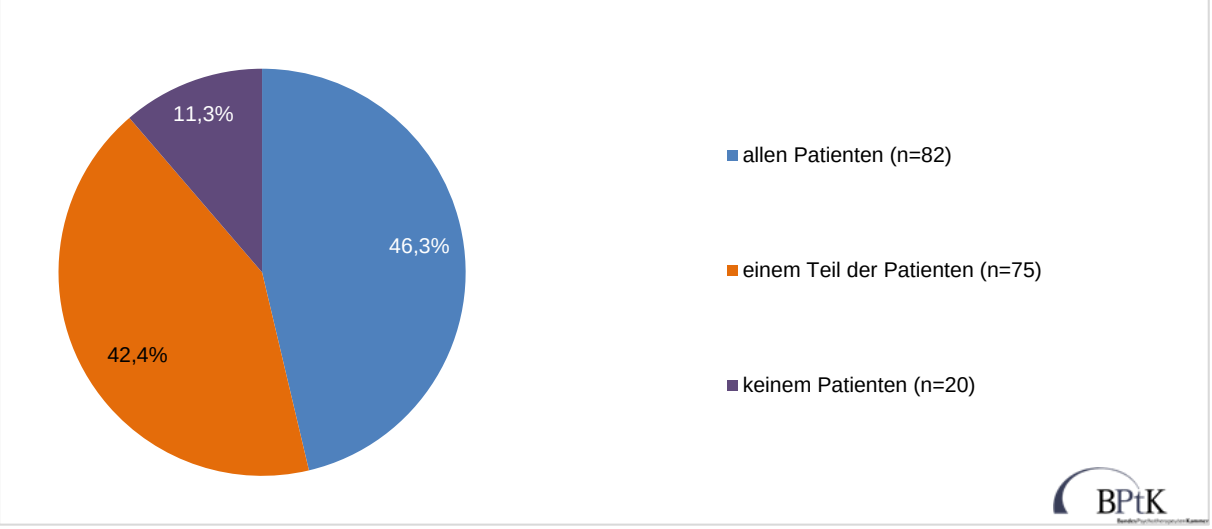
Rechnet man die Angaben auf die von den Befragten angegebene Anzahl der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie hoch, die in ihrer Abteilung behandelt werden, dann ergibt sich, dass nur für etwas mehr als die Hälfte der Patienten (57 Prozent) eine psychotherapeutische Behandlung zugänglich ist. Ob den übrigen Patienten keine Psychotherapie angeboten wird, weil sie klinisch nicht indiziert ist oder der Patient sie ablehnt, darüber ist nichts bekannt. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass die stationäre Behandlung von Patienten, die schizophren erkrankt sind – in Bezug auf Psychotherapie – häufig nicht leitliniengerecht ist.

Abbildung 17: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie Psychopharmakotherapie angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Abbildung 18: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie Psychotherapie angeboten wird

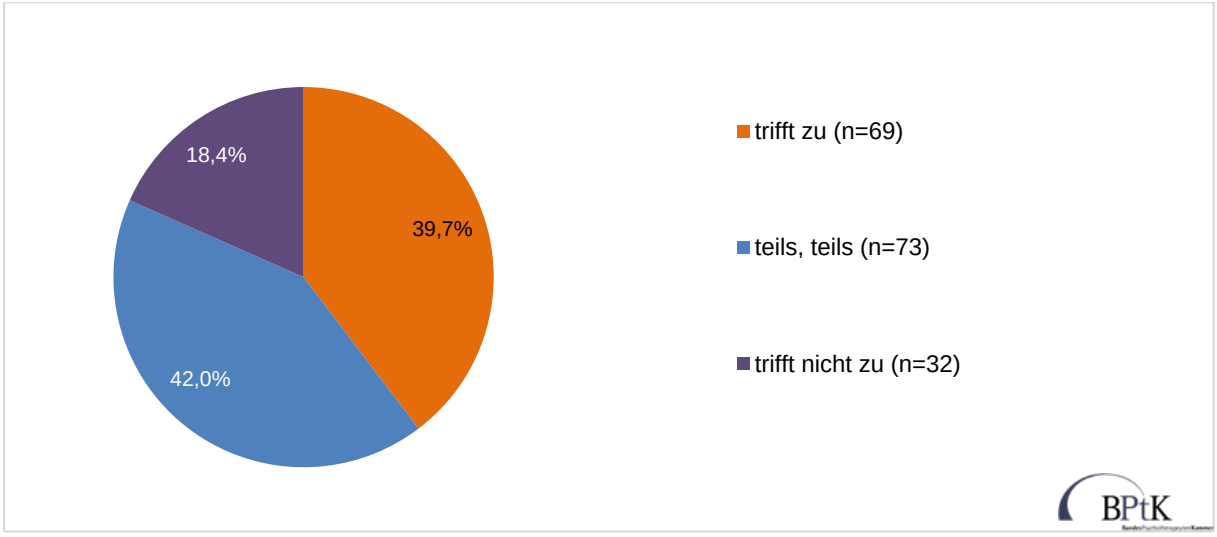


Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Intensität des psychotherapeutischen Angebots unzureichend

Nicht einmal die Hälfte der befragten Psychotherapeuten hält die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung ihrer schizophrenen Patienten für angemessen (Abbildung 19).

Abbildung 19: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie ist diesem Störungsbild angemessen.“



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Diese Einschätzung der Psychotherapeuten wird von den Kalkulationsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterstützt. Nach dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2014 wurden für nur knapp 20 Prozent der Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung intensive psychotherapeutische Leistungen dokumentiert, das heißt psychotherapeutische Leistungen im Umfang von mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche.

Allgemeinkrankenhäuser bieten besonders selten Psychotherapie an

Ob und in welcher Intensität Patienten mit der Diagnose Schizophrenie ein psychotherapeutisches Angebot erhalten, ist auch davon abhängig, ob Patienten in der psychiatrischen Einrichtung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Universitätsklinik behandelt werden.

Bei der Bewertung des psychotherapeutischen Angebots weisen die Befragten aus Allgemeinkrankenhäusern auf die größten Defizite hin: Ein Viertel antwortet auf die Frage, ob alle Patienten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot erhalten, mit „Trifft nicht zu“; in Universitätskliniken waren es nur sieben Prozent der Befragten

(Tabelle 2). Dabei werden die Budgets aller Krankenhäuser grundsätzlich auf der gleichen Basis, nämlich der Psych-PV, verhandelt. Theoretisch hat damit jedes Krankenhaus die Möglichkeit, ausreichend Personal zu finanzieren und einzusetzen.

Tabelle 2: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erhalten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot."

Art des Krankenhauses		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
Universitätsklinik	14	7	50,0	6	42,9	1	7,1
Allgemeinkrankenhaus	31	13	41,9	10	32,3	8	25,8
Fachkrankenhaus/ Erwachsene	104	37	35,6	49	47,1	18	17,3
Sonstige	26	11	42,3	14	53,8	1	3,8

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Psychotherapie in psychiatrischen Institutsambulanzen

Die befragten Psychotherapeuten berichten, dass psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) im Vergleich zu voll- und teilstationären Einrichtungen noch seltener allen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie eine Psychotherapie anbieten (Tabelle 3). Das erstaunt, da die Krankenhausambulanzen insbesondere Patienten, die in der vertragsärztlichen Versorgung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten nur schlecht erreicht werden, behandeln sollen. Dabei ist davon auszugehen, dass Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung, die in einer Ambulanz behandelt werden, nicht mehr akut psychotisch sind. Spätestens dann ist eine psychotherapeutische Behandlung – auch zur Rückfallprophylaxe – zwingend indiziert. Der Anteil der schizophrenen Patienten, die in einer PIA Psychotherapie erhalten müsste deshalb deutlich höher sein, als im stationären Bereich.

Auch wenn der Leistungsschwerpunkt der psychiatrischen Institutsambulanzen auf der multiprofessionellen Komplexbehandlung und nicht auf der Richtlinienpsychotherapie

liegt, sollte Psychotherapie bei Kriseninterventionen, Erhaltungstherapie und Psychoedukation eingesetzt und hierfür das entsprechende Personalportfolio bereitgehalten werden. Aus Gründen des begrenzten Budgets ist dies allerdings nicht immer möglich.

Tabelle 3: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erhalten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot."

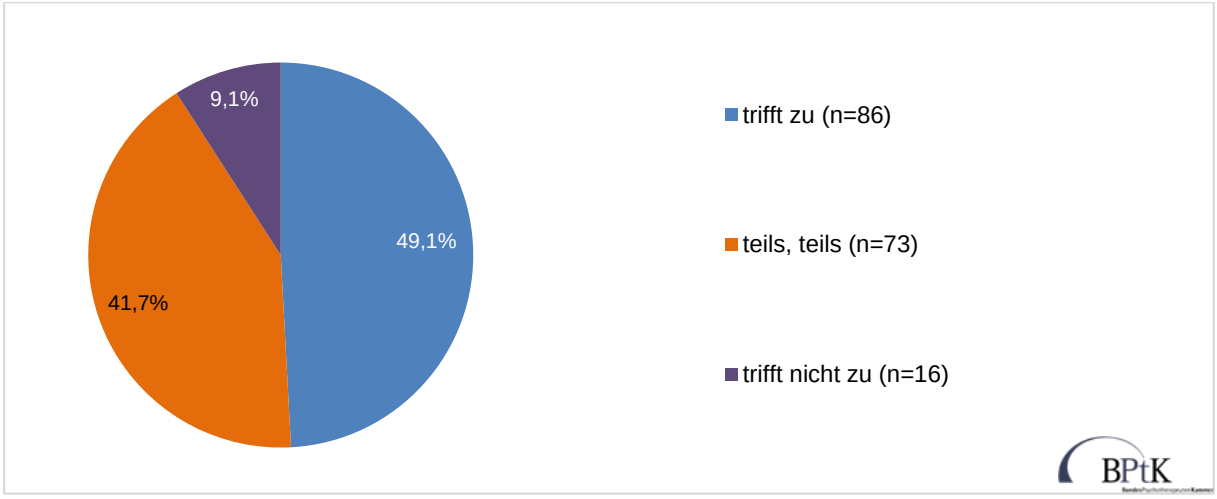
Organisationseinheit (OE)		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	116	45	38,8	52	44,8	19	16,4
teilstationäre OE	33	16	48,5	12	36,4	5	15,2
übergreifende OE/ Funktionsdienste	4	2	50,0	2	50,0	0	0,0
psychiatrische Institutsambulanzen	22	5	22,7	13	59,1	4	18,2

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Psychotherapie häufig nicht durch qualifiziertes Personal

Selbst wenn Patienten mit schizophrener Erkrankung Psychotherapie angeboten bekommen, erfolgt diese – so berichten die Befragten – nur bei der Hälfte durch ausreichend qualifiziertes Personal (Abbildung 20). Ausreichend qualifiziertes Personal sind ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Psychotherapeuten in fortgeschrittener Ausbildung (das heißt nicht während der Praktischen Tätigkeit) oder Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung unter Supervision.

Abbildung 20: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal."



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern übernehmen Psychotherapeuten, die noch ganz am Anfang ihrer Ausbildung stehen (sogenannte Psychotherapeuten im Praktikum – PiP), einen maßgeblichen Teil der psychotherapeutischen Versorgung. An der Studie teilnehmende PiP berichten, dass sie regelmäßig wie ausgebildete Psychotherapeuten eingesetzt werden. Tendenziell berichten auch bei dieser Frage die Psychotherapeuten aus Allgemein- und Fachkrankenhäusern sowie aus den PIA die größeren Versorgungsdefizite (Tabellen 4 und 5).

Tabelle 4: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal."

Art des Krankenhaus		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
Universitätsklinik	14	10	71,4	4	28,6	0	0,0
Allgemeinkrankenhaus	31	11	35,5	15	48,4	5	16,1
Fachkrankenhaus/ Erwachsene	104	52	50,0	44	42,3	8	7,7
sonstiges Krankenhaus	26	13	50,0	10	38,5	3	11,5

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Tabelle 5: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal.“

Organisationseinheit (OE)		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	116	44	37,9	51	44,0	21	18,1
teilstationäre OE	32	17	53,1	11	34,4	4	12,5
übergreifende OE/ Funktionsdienste	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0
psychiatrische Institutsambulanzen	22	5	22,7	10	45,5	7	31,8

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Fazit

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Patienten mit Schizophrenie in der stationären Versorgung derzeit nicht regelhaft eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung erhalten. Zwar werden nahezu alle Patienten mit Psychopharmaka behandelt, aber nicht alle Patienten erhalten regelhaft auch Psychotherapie – nämlich nur 57 Prozent.

Die Einschätzung der eingeschränkten psychotherapeutischen Versorgungsqualität von Patienten mit Schizophrenie in der BPtK-Studie stimmt mit Expertenmeinungen überein. Danach handelt es sich bei den zu geringen psychotherapeutischen Behandlungsraten dieser Patienten nicht um ein Evidenz-, sondern in erster Linie um ein Implementierungsproblem. Einer Studie zufolge erhielten im stationären Bereich nur 21 Prozent der Patienten mit schizophrenen Störungen und nur zwei Prozent der Angehörigen Psychoedukation. Aus Sicht der Experten liegt die Ursache hierfür im Wesentlichen in einer unzureichenden Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen im Krankenhaus. So sieht zum Beispiel die Psych-PV kaum psychotherapeutische Kapazitäten für Patienten mit Schizophrenie im Bereich der Regelbehandlung vor.

Patienten mit unipolarer Depression

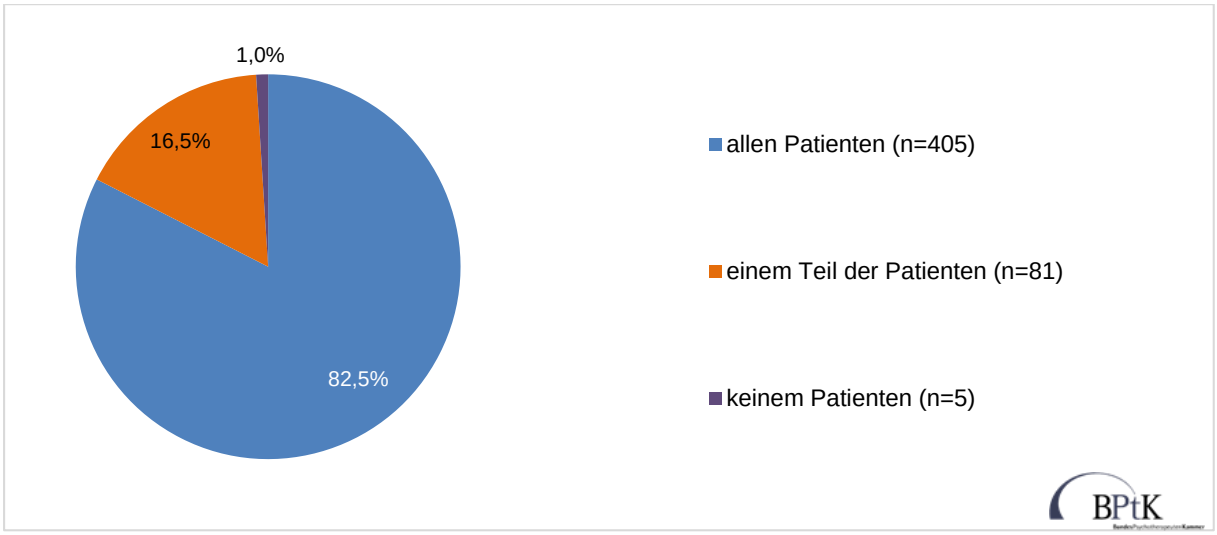
Unipolare Depressionen sind nach den Suchterkrankungen die am häufigsten stationär behandelten psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2012 wurden knapp 200.000-mal Patienten mit einer Depression stationär in psychiatrischen Einrichtungen aufgenommen. Das entspricht 27 Prozent aller Patientenaufnahmen in der Psychiatrie im Jahr 2012. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug knapp fünf Wochen und ist damit länger als die durchschnittliche Behandlungsdauer über alle Diagnosegruppen (drei Wochen).[7]

Nach den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ ist Psychotherapie bei schweren depressiven Erkrankungen oder chronischen Depressionen in Kombination mit einer Pharmakotherapie die wirksamste Therapie. Bei mittelgradigen depressiven Episoden soll entweder eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse Behandlung erfolgen. Entscheidend ist hier die Patientenpräferenz. In der Regel wird es sich bei den stationär behandelten Depressionen um schwere depressive Episoden oder chronische Depressionen handeln.

Die Mehrzahl der Patienten erhält eine psychotherapeutische Behandlung. Knapp 83 Prozent der befragten Psychotherapeuten geben an, dass in ihrer Einrichtung allen Patienten mit unipolarer Depression eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird (Abbildung 21).

[7] Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdaten 2012, eigene Auswertungen

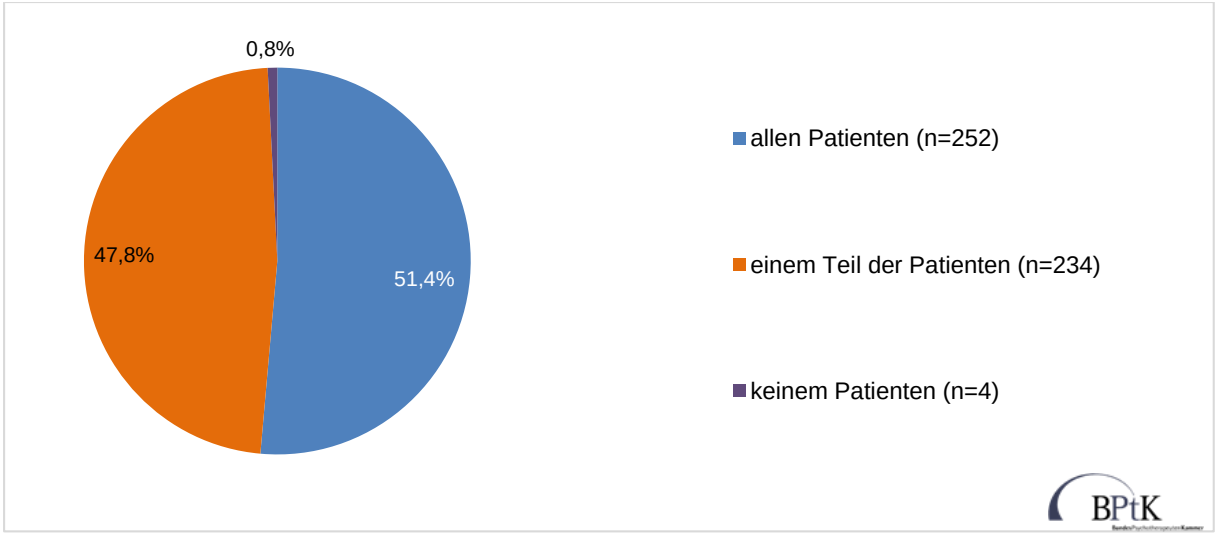
Abbildung 21: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose unipolare Depression eine Psychotherapie angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Rechnet man die Angaben auf die von den Befragten angegebene Anzahl der Patienten mit der Diagnose unipolare Depression hoch, die in ihrer Abteilung behandelt werden, dann ergibt sich, dass insgesamt 81 Prozent der Patienten in den Einrichtungen der befragten Psychotherapeuten eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird. Fast genauso viele Patienten (80 Prozent) bekommen in den Einrichtungen der Befragten auch eine Psychopharmakotherapie angeboten.

Abbildung 22: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose unipolare Depression eine Psychopharmakotherapie angeboten wird

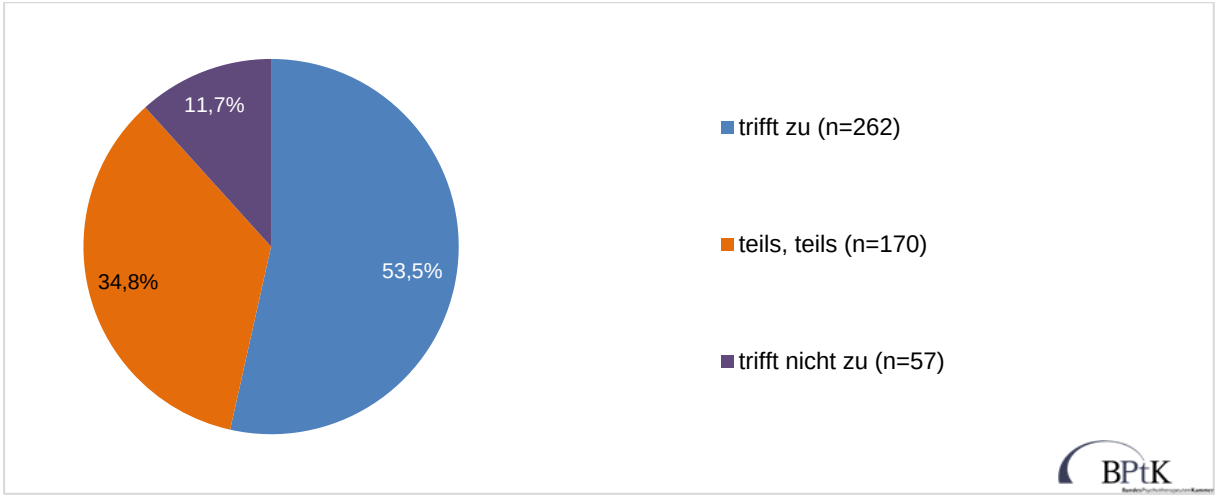


Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Intensität der psychotherapeutischen Behandlung könnte höher sein

Nur gut die Hälfte der Befragten schätzt allerdings die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von depressiven Patienten als „insgesamt angemessen ein“ (Abbildung 23).

Abbildung 23: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose unipolare Depression ist diesem Störungsbild angemessen.“



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Im Durchschnitt erhalten die Patienten nach Aussage der Befragten 1,5 Stunden Einzeltherapie und zwei bis drei Stunden Gruppenpsychotherapie in der Woche. Diese Einschätzung scheint mit Blick auf die Kalkulationsdaten des InEK sogar relativ hoch. Nach dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des PEPP für das Jahr 2014 erhalten nur zehn Prozent der Patienten mit einer affektiven Störung in stationärer und teilstationärer Behandlung mehr als 2,5 Stunden Psychotherapie bei „Psychologen“ oder Ärzten. Ein Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte sein, dass Psychotherapeuten häufiger in den sogenannten „Psychotherapiebereichen“ der Krankenhäuser eingesetzt werden.

Kritischer noch wird von den Befragten die psychotherapeutische Behandlung in den PIA eingeschätzt. Hier hält fast drei Viertel der Befragten die Intensität für nicht oder nur teilweise (40 Prozent) angemessen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose unipolare Depression ist diesem Störungsbild angemessen."

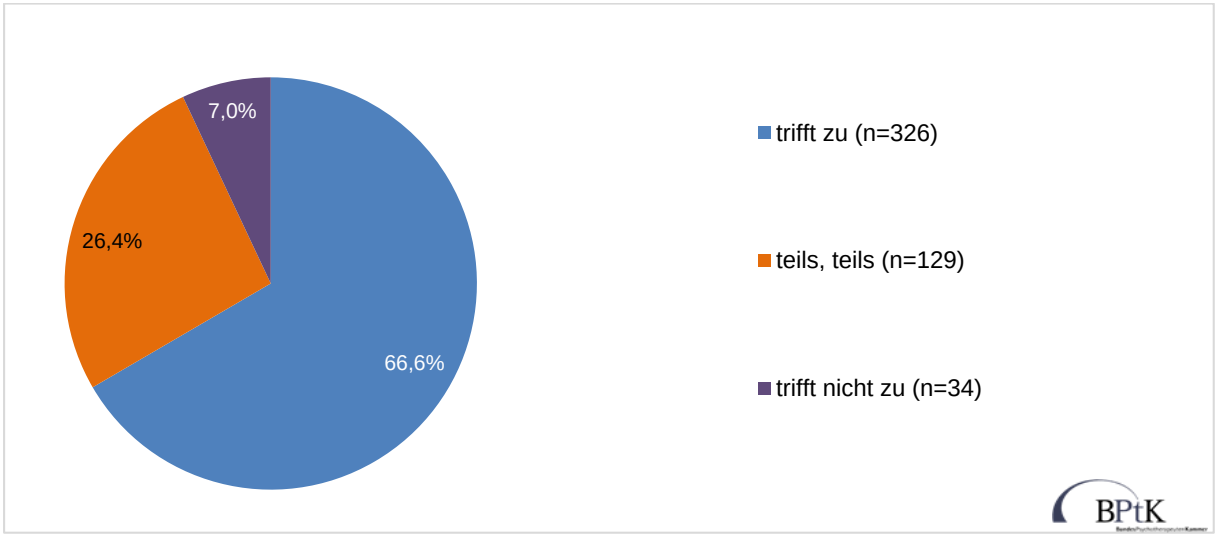
Organisationseinheit (OE)		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	299	160	53,5	104	34,8	35	11,7
teilstationäre OE	146	89	61,0	47	32,2	10	6,8
übergreifende OE/ Funktionsdienste	5	2	40,0	3	60,0	0	0,0
psychiatrische Institutsambulanzen	39	11	28,2	16	41,0	12	30,8

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Ausreichend qualifiziertes Personal fehlt

Zwei Drittel der Befragten in der Erwachsenenpsychiatrie bestätigen, dass die psychotherapeutische Behandlung normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal erfolgt, das heißt durch Psychotherapeuten oder Psychotherapeuten in fortgeschrittener Aus- oder Weiterbildung (Abbildung 24). Nur sieben Prozent verneinen diese Frage.

Abbildung 24: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose unipolare Depression erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal."



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Kritisiert werden in den Freitextangaben allerdings zu geringe personelle Kapazitäten, insbesondere für Einzelbehandlungen und zu wenige voll ausgebildete Psychotherapeuten.

Bei der „Qualifikationsfrage“ berichten die Befragten, die primär Kinder und Jugendliche versorgen, von deutlich größeren Problemen als ihre Kollegen in der Erwachsenenversorgung: Nur etwa 55 Prozent stimmen zu, dass die Behandlung durch ausreichend qualifiziertes Personal erfolgt, gegenüber 68 Prozent mit einem Erwachsenenklientel (Tabelle 7).

Tabelle 7: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „ Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose unipolare Depression erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal.“

Patientenklientel		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
Erwachsene	438	298	68,0	110	25,1	30	6,8
Kinder/Jugendliche	51	28	54,9	19	37,3	4	7,8

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Fazit

Im Unterschied zur stationären psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie wird die Versorgungsqualität von Patienten mit unipolarer Depression durch die Befragten deutlich positiver eingeschätzt. Kritik bezieht sich vor allem auf die ungenügende Ausstattung der Abteilungen mit ausreichend qualifiziertem Personal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Während in der Erwachsenenpsychiatrie wenig Kritik an der Personalausstattung geübt wird, bemängeln die befragten Psychotherapeuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass für die Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen nicht genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehe. Ein Mangel an psychotherapeutisch qualifiziertem Personal ist besonders problematisch für minderjährige Patienten, da

eine Behandlung mit Antidepressiva oder anderen Psychopharmaka aufgrund der unklaren Langzeitwirkungen auf die Entwicklung nur unter sorgfältiger Nutzen-Schaden Abwägung indiziert bzw. oftmals nur als Off-Label-Use möglich ist.

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

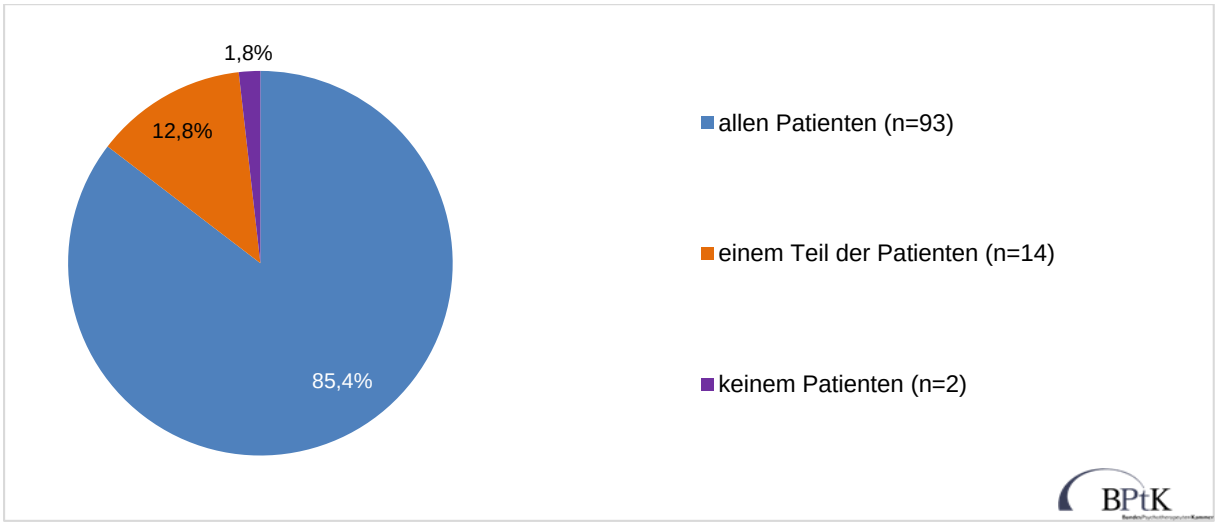
An einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden nur drei Prozent der Patienten (23.000 Fälle im Jahr 2012), die in Einrichtungen der Psychiatrie stationär behandelt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Jahr 2012 etwa drei Wochen und entspricht dem Durchschnitt aller Diagnosegruppen.

Für die Behandlung einer BPS gibt es verschiedene störungsspezifische Psychotherapiemethoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt ist. So haben sich die übertragungsfokussierte und mentalisierungsbasierte Psychotherapie als tiefenpsychologische Methoden und die dialektisch-behaviorale Therapie als verhaltenstherapeutische Methode gut bewährt. Alle Methoden sind intensive Psychotherapieprogramme mit einer hohen Anzahl an Einzel- und insbesondere Gruppensitzungen. Die Behandlung erstreckt sich in der Regel über mindestens zwölf Wochen. Bei einer durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von drei Wochen ist daher in der Regel eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich, die demselben psychotherapeutischen Konzept folgt.

Fast alle Patienten mit der Diagnose einer BPS erhalten Psychotherapie

In fast allen Einrichtungen der Befragten (85,4 Prozent) ist allen Borderline-Patienten eine Psychotherapie zugänglich (Abbildung 25). Insgesamt bekommen in den Einrichtungen, in denen die Befragten tätig sind, 94,1 Prozent der Patienten eine Psychotherapie angeboten.

Abbildung 25: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose BPS eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird

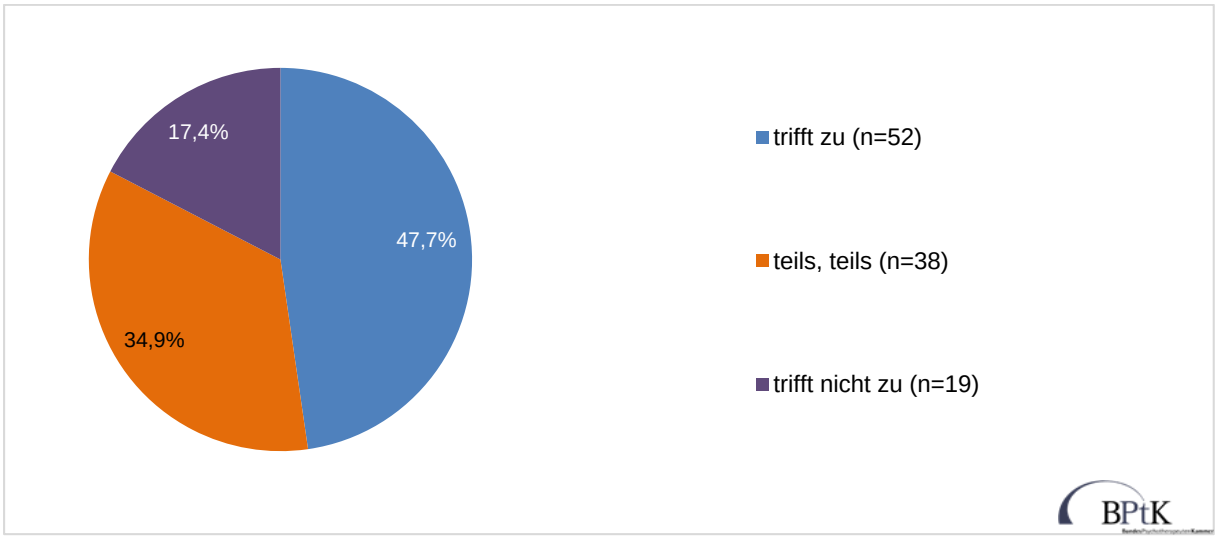


Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Die Intensität des psychotherapeutischen Angebots ist nicht angemessen

Im Durchschnitt erhalten die Patienten nach den Aussagen der Befragten 1,3 Stunden Einzeltherapie und 4,3 Stunden Gruppenpsychotherapie pro Woche. Gut die Hälfte der befragten Psychotherapeuten (52,3 Prozent) hält die Behandlungsintensität nicht oder nur zum Teil für angemessen (Abbildung 26).

Abbildung 26: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose BPS ist diesem Störungsbild angemessen."

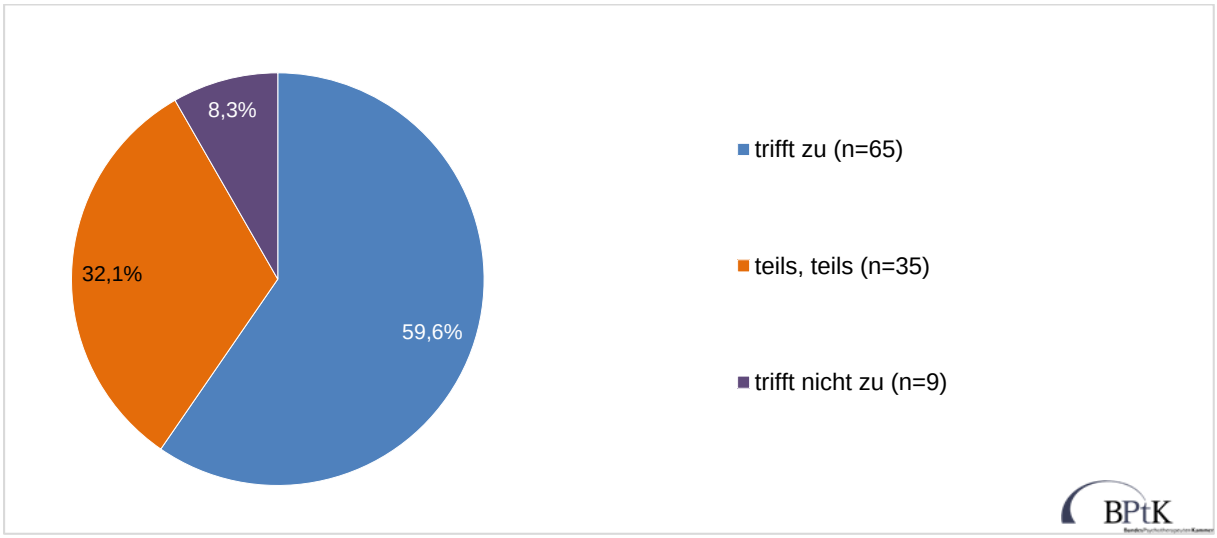


Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Ausreichend qualifiziertes Personal fehlt

Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (59,6 Prozent) stimmt der Aussage zu, dass die Behandlung normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal, das heißt Psychotherapeuten oder Psychotherapeuten in fortgeschrittener Aus- oder Weiterbildung, erfolgt (Abbildung 27).

Abbildung 27: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „ Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose BPS erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal.“



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Fazit

Bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen bleibt die Implementierung störungsspezifischer und evidenzbasierter Behandlungsansätze in manchen Einrichtungen der Psychiatrie hinter dem aus Sicht der Befragten erforderlichen Maß zurück. Zwar erfolgt die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten nahezu überall mit Psychotherapie. Aus Sicht der befragten Psychotherapeuten ist diese jedoch oftmals nicht intensiv und störungsspezifisch genug. Stationäre Behandlungsdauern von durchschnittlich drei Wochen reichen zur Durchführung der evidenzbasierten störungsspezifischen Psychotherapieprogramme in der Regel nicht aus. Notwendig ist daher die Sicherstellung einer qualifizierten ambulanten Weiterbehandlung mit den gleichen Therapiemethoden. Dafür ist die Realisierung sektorenverbindender Kooperation eine notwendige Voraussetzung.

Für den stationären Bereich wird es entscheidend sein, dass diese Programme mit ihren besonderen Anfordernissen – zum Beispiel an die Strukturqualität – zukünftig auch im PEPP adäquat abgebildet werden. Derzeit fehlen noch ausreichende Kodiermöglichkeiten im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), insbesondere in Bezug auf die besonderen personellen Anforderungen. Eine entsprechende Weiterentwicklung des OPS wäre wünschenswert.

Patienten mit hyperkinetischer Störung

Etwa zehn Prozent der Patienten (5.100 Fälle), die stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, litten 2012 an einer hyperkinetischen Störung (ADHS).[8] Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug über sechs Wochen.

Die englische NICE-Leitlinie empfiehlt als „First-line Treatment“ bei solchen hyperkinetischen Störungen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen führen, eine medikamentöse Behandlung, die von Elterntrainings begleitet werden soll. In Deutschland existieren keine gültigen S3-Leitlinien zur Behandlung von hyperkinetischen Störungen. Klinischer Konsens ist eine möglichst multimodale Behandlung unter Einbezug der Eltern. Allerdings existiert eine Arzneimittelvorschrift vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für den Wirkstoff „Methylphenidat“ (zum Beispiel Ritalin). Die Behandlung mit Methylphenidat setzt demnach zum einen die gesicherte, kriterienorientierte Diagnostik einer ADHS und eine entsprechende Schwere und Dauer der Erkrankung voraus. Zum anderen müssen Behandlungsversuche mit anderen Therapieverfahren, wie zum Beispiel Psychotherapie, unternommen worden sein, ohne dass sich unter diesen Behandlungen allein ein Therapieerfolg eingestellt hat.

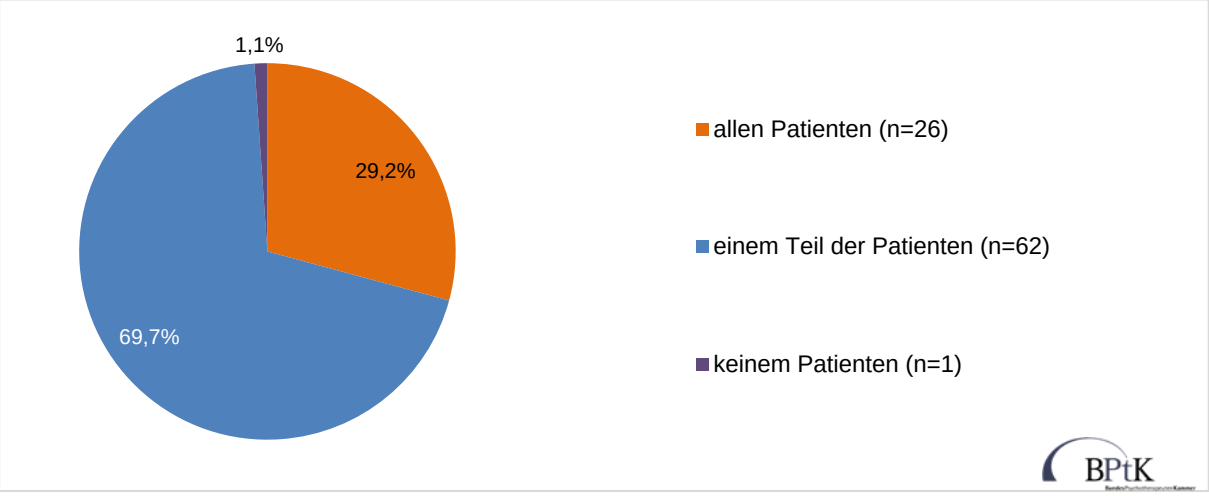
ADHS ist mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische Störungen verbunden. Vier von fünf betroffenen Kindern und Jugendlichen leiden zum Beispiel auch unter Angststörungen, depressiven Störungen, oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens. Eine psychotherapeutische (Mit-)Behandlung ist deshalb fast immer indiziert.

[8] Statistisches Bundesamt, Krankenhausdaten 2012

Nicht regelhaft medikamentös behandelt

Knapp ein Drittel der Befragten (29,2 Prozent) gibt an, dass allen Patienten in ihrer Einrichtung eine medikamentöse Therapie angeboten wird, bei knapp 70 Prozent der Befragten wird nur einem Teil der Patienten eine medikamentöse Therapie angeboten (Abbildung 28). Insgesamt erhalten 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen der Befragten eine medikamentöse Behandlung.

Abbildung 28: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung eine Behandlung mit Psychopharmaka angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Befragte aus vollstationären Einrichtungen geben zu einem höheren Anteil (48 Prozent) an, dass „alle Patienten“ medikamentös behandelt werden, als Befragte aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen (15,6 Prozent; Tabelle 8).

Tabelle 8: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung eine Behandlung mit Psychopharmaka angeboten wird

Organisationseinheit (OE)		Allen Patienten		Einem Teil		Keinem Patienten	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	27	13	48,1	14	51,9	0	0,0
teilstationäre OE	30	8	26,7	21	70,0	1	3,3
kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen	32	5	15,6	27	84,4	0	0,0

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Unterschiede gibt es auch zwischen den Krankenhaustypen. Befragte aus Fachkrankenhäusern für Kinder und Jugendliche geben zu einem deutlich niedrigeren Prozentsatz (19 Prozent) an, dass „allen Patienten“ eine Pharmakotherapie angeboten wird (Tabelle 9).

Tabelle 9: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung eine Behandlung mit Psychopharmaka angeboten wird

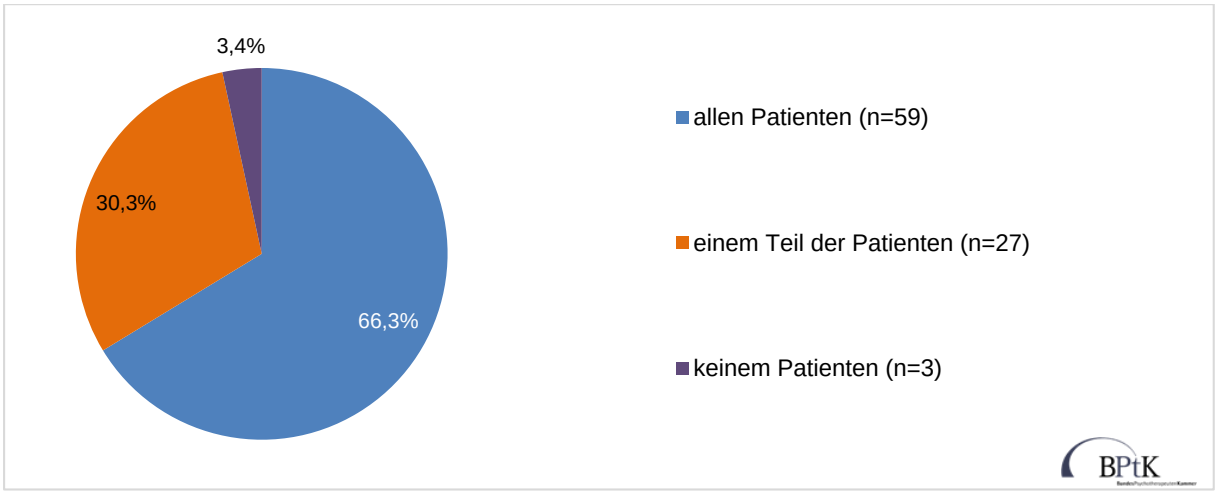
Art des Krankenhaus		Allen Patienten		Einem Teil		Keinem Patienten	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
Universitätsklinik	3	1	33,3	2	66,7	0	0,0
Allgemeinkrankenhaus	24	8	33,3	16	66,7	0	0,0
Fachkrankenhaus/ Erwachsene	13	7	53,8	5	38,5	1	7,7
Fachkrankenhaus/ Kinder/Jugendliche	48	9	18,8	39	81,3	0	0,0
sonstiges Krankenhaus	1	1	100	0	0,0	0	0,0

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Mehr als die Hälfte der Patienten erhält Psychotherapie

Zwei Drittel der befragten Psychotherapeuten geben an, dass in ihren Einrichtungen „allen Patienten“ mit einer hyperkinetischen Störung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird, weitere 30 Prozent antworteten „einem Teil der Patienten“ (Abbildung 29).

Abbildung 29: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung eine Behandlung mit Psychotherapie angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Führt man diese Angaben mit den Patientenzahlen, die in den Abteilungen der Befragten behandelt werden, zusammen, dann errechnet sich ein Anteil von 59 Prozent der Patienten, der ein Psychotherapieangebot erhält.

Zwischen den verschiedenen Krankenhaustypen ergeben sich keine Unterschiede wohl aber in Abhängigkeit von einer stationären oder ambulanten Leistungserbringung des Krankenhauses. In voll- und teilstationären Einrichtungen wird häufiger ein regelhaftes Psychotherapieangebot unterbreitet als in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen. Während in 85 Prozent der stationären Einrichtungen allen Patienten auch Psychotherapie angeboten wird, ist dies in den Ambulanzen nur in 25 Prozent der Fall (Tabelle 10). Ein Grund hierfür könnte in den teilweise niedrigen Pauschalen der PIA liegen, mit denen Psychotherapie nicht in ausreichendem Umfang finanzierbar ist.

Tabelle 10: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung eine Behandlung mit Psychotherapie angeboten wird

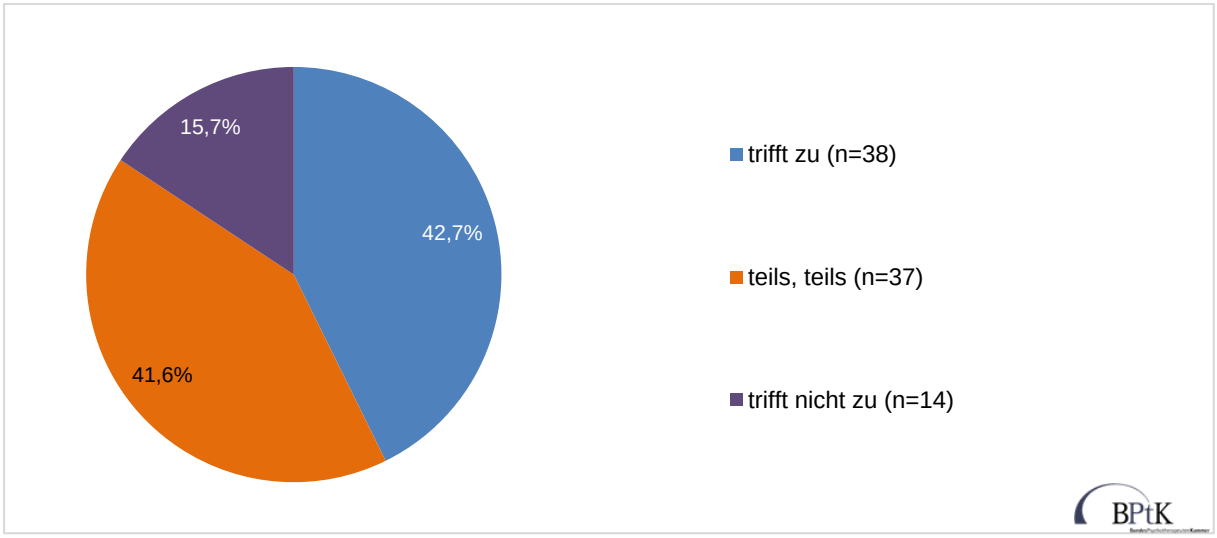
Organisationseinheit (OE)		Allen Patienten		Einem Teil		Keinem Patienten	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	27	23	85,2	4	14,8	0	0,0
teilstationäre OE	30	28	93,3	2	6,7	0	0,0
kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen	32	8	25,0	21	65,6	3	9,4

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Intensität der psychotherapeutischen Behandlung nicht angemessen

Nur 43 Prozent der Befragten halten die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung in ihrer Einrichtung (Anzahl der Sitzungen, Anteil Einzel-/Gruppentherapie) für angemessen (Abbildung 30). Insbesondere fällt das Urteil der Befragten aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen kritisch aus (Tabelle 11).

Abbildung 30: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung ist diesem Störungsbild angemessen.“



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

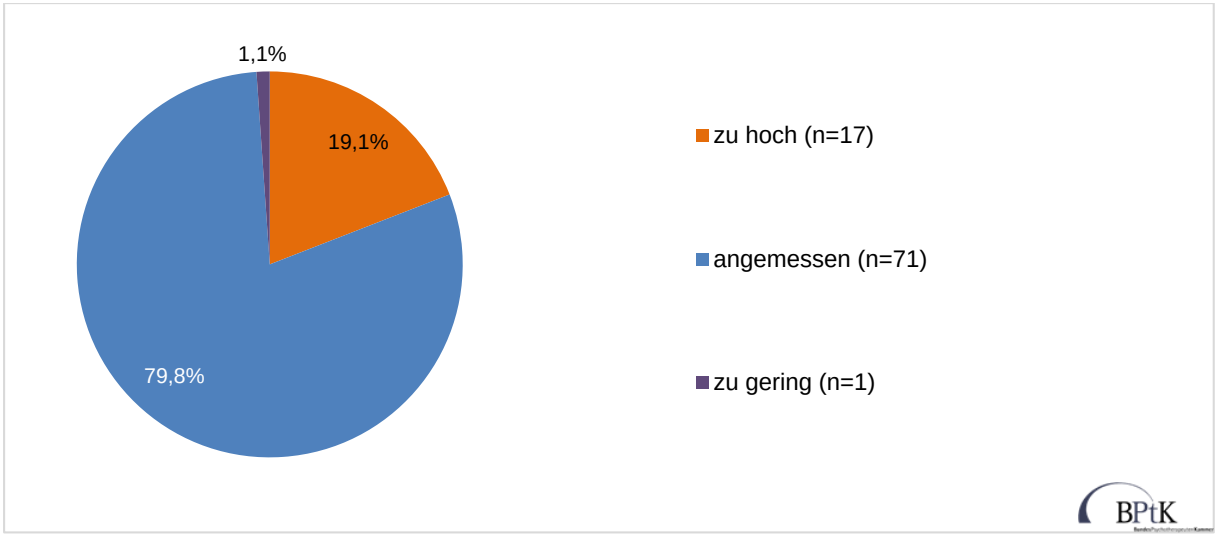
Tabelle 11: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung ist diesem Störungsbild angemessen.“

Organisationseinheit (OE)		Trifft zu		Teils, teils		Trifft nicht zu	
	n ges.	n	%	n	%	n	%
vollstationäre OE	27	14	51,9	10	37,0	3	11,1
teilstationäre OE	30	17	56,7	13	43,3	0	0,0
kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen	32	7	21,9	14	43,8	11	34,4

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Der Stellenwert der medikamentösen Therapie wird hingegen mehrheitlich als angemessen beurteilt, fast 80 Prozent der Befragten sind dieser Meinung (Abbildung 31).

Abbildung 31: Einschätzung des Stellenwerts der Behandlung von Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung mit Psychopharmaka in der Organisationseinheit der Befragten



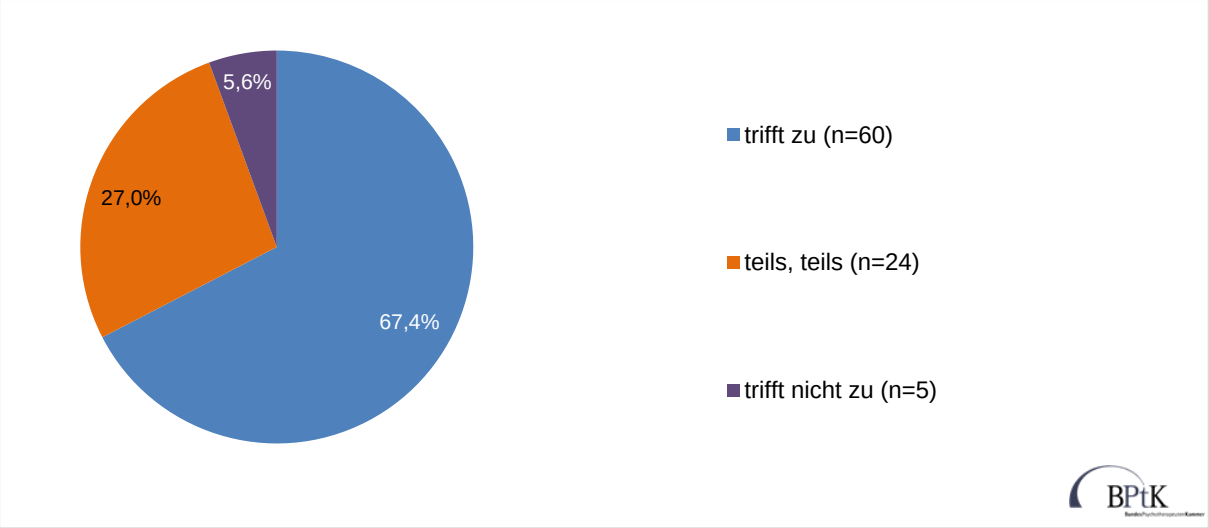
Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Ausreichend qualifiziertes Personal

Die Qualifikation des Personals, welches mit dieser Patientengruppe Psychotherapien durchführt, beurteilt gut zwei Drittel der Befragten in ihren Einrichtungen als ausrei-

chend (Abbildung 32). Bei der Einschätzung gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhaustypen oder einer stationären beziehungsweise ambulanten Leistungserbringung.

Abbildung 32: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose hyperkinetische Störung erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal."



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Fazit

Angesichts der hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Erkrankungen – 80 Prozent der Kinder- und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen leidet unter einer oder mehreren weiteren psychischen Erkrankungen – ist eine psychotherapeutische (Mit-)Behandlungsrate von 59 Prozent zu gering. Für die Behandlung hyperkinetischer Störungen ist die Fertigstellung einer deutschen S3-Leitlinie zu ADHS geplant. Es ist zu hoffen, dass dies den Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden weiter befördert. Aber auch hier gilt, dass letztlich ausreichend psychotherapeutische Behandlungskapazitäten in den Einrichtungen erforderlich sind auch um die psychotherapeutische Mitbehandlung komorbider psychischer Störungen gewährleisten zu können.

Handlungsbedarf

Psychotherapeutische Versorgung sicherstellen

Grundsätzlich besteht für alle Patienten, die in Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik stationär behandelt werden, der Bedarf einer psychotherapeutisch ausgerichteten Versorgung. Wie für die ausgewählten Diagnosegruppen dargestellt, bestehen dabei unterschiedliche Versorgungsdefizite und entsprechend unterschiedlicher Entwicklungsbedarf. Nach Einschätzung der Psychotherapeuten in den Krankenhäusern müsste vor allem die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung indikationsabhängig höher sein und die Behandlung regelhaft durch ausreichend qualifiziertes Personal erfolgen. Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutisch ausgerichtete stationäre Versorgung ist eine hierfür ausreichende und geeignete Personalausstattung.

Neue Standards zur Strukturqualität notwendig

Aktuell ist die Psych-PV das Instrument zur Sicherung der Strukturqualität im Bereich der Psychiatrie. Durch die Verlängerung der Einführungsphase des PEPP um zwei Jahre behält die Psych-PV zwei weitere Jahre ihre Gültigkeit. Dabei wird der veraltete Versorgungs- und Personalbedarfsstand, der in der Psych-PV abgebildet ist, noch länger fortgesetzt.

In der Psych-PV ist vor allem Psychotherapie nicht in der erforderlichen Intensität vorgesehen. Die Psych-PV lässt zudem keinen Spielraum für Innovationen. Neue Behandlungsformen wie das Home Treatment oder die Eltern-Kind-Behandlung sind nicht berücksichtigt. Darüber hinaus dient die Psych-PV in erster Linie der Budgetermittlung und ist kein Instrument zur verbindlichen Sicherung von Strukturqualität. Die Psych-PV wurde daher in den letzten Jahren ausgehöhlt, indem die Budgetentwicklung der Krankenhäuser unterhalb der tariflichen Lohnsteigerungen gedeckelt wurde. Gewinninteressen der Klinikbetreiber und Quersubventionierung anderer Krankenhausbereiche haben mancherorts zur Verschlechterung der personellen Ausstattung beigetragen. Dies hat einer psychopharmakolastigen Behandlung in den psychiatrischen Krankenhäusern Vorschub geleistet. Personalintensive, (psycho-)therapeutische Angebote wurden nicht umgesetzt beziehungsweise abgebaut. Die Psych-PV ist

schon lange kein Garant mehr für die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität. Deshalb besteht dringender Bedarf, Alternativen zu entwickeln.

Standards zur Strukturqualität verbindlich machen

Die Versorgungsqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Für das neue PEPP erarbeitet der G-BA Empfehlungen für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal. Damit allein lässt sich die Strukturqualität in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nicht ausreichend sichern. Notwendig ist eine gesetzliche Klarstellung in § 137 Absatz 1c SGB V, dass die Empfehlungen des G-BA zur Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal verbindliche Standards darstellen, deren Umsetzung die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten ausweisen müssen. Außerdem sollte das geplante Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen verpflichtet werden, regelmäßig die Qualitätsberichte der Krankenhäuser hinsichtlich dieser Daten auszuwerten und die Ergebnisse einrichtungsbezogen, vergleichend und in verständlicher Form zu publizieren.

Standards zur Strukturqualität termingerecht verabschieden und refinanzieren

Unabhängig davon muss sichergestellt werden, dass ausreichende finanzielle Mittel zur Gewährleistung einer qualitätsorientierten und an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten stationären Versorgung zur Verfügung stehen. Dazu ist es notwendig, die vom G-BA verabschiedeten Standards zur Personalausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu finanzieren. Das heißt, den Krankenhäusern müssen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die Standards erfüllen zu können. Die geforderte hundertprozentige Finanzierung der Psych-PV wird dafür aller Voraussicht nach nicht ausreichen. Von zentraler Bedeutung ist daher, dass der G-BA seine Empfehlungen termingerecht Ende 2016 verabschiedet. Dann kann die budgetneutrale Phase von den Krankenhäusern genutzt werden, um

ihr Personalportfolio an die vom G-BA verabschiedeten Personalstandards anzupassen und der finanzielle Mehrbedarf kann rechtzeitig vor dem flächendeckenden Umstieg auf das PEPP ermittelt werden.

Versorgungsdefizite in psychiatrischen Institutsambulanzen beheben

Aus Sicht der befragten Psychotherapeuten bestehen erhebliche Versorgungsdefizite in den psychiatrischen Institutsambulanzen. Unabhängig vom Erkrankungsbild wird die psychotherapeutische Versorgung durch die PIA als unzureichend bewertet. Diese Einschätzung bestätigt, dass es dringend erforderlich ist, die Behandlungsleistungen der PIA transparenter zu machen. Ein erster Schritt ist bereits durch die Vereinbarung zur PIA-Dokumentation durch die Selbstverwaltungspartner erfolgt. Der Umfang der Leistungsdokumentation ist aber vermutlich nicht ausreichend. Zur Beurteilung der Versorgungsqualität in den PIA müssen weitere Schritte, auch wegen des mittelfristig angestrebten Einbezugs der PIA in das neue Entgeltsystem, folgen.

Dabei kann es nicht darum gehen, dass durch die PIA Lücken in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geschlossen werden. Der gesetzliche Auftrag der PIA besteht ausdrücklich in der multiprofessionellen Komplexbehandlung besonderer Patientengruppen, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung dieses besondere „krankenhausnahe“ Versorgungsangebot benötigen. Eine Einbindung der PIA in sektorenverbindende Versorgungskonzepte sollte mittelfristig angestrebt werden.

IV. Methoden

Stichprobe

Die Daten, auf der die dargestellten Ergebnisse beruhen, stammen aus einer Befragung der angestellten Psychotherapeuten, die die BPtK im Frühjahr 2013 zusammen mit dem IGES Institut durchgeführt hat.

Über die Landespsychotherapeutenkammern wurden alle Psychotherapeuten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (circa 15.000), angeschrieben und darum gebeten, an der Online-Befragung teilzunehmen.

Die Gesamtzahl aller abgeschlossenen Fragebögen belief sich auf 4.229. Ausgewertet werden konnten die Daten von 3.874 Fragebögen. 355 Fragebögen mussten von der Auswertung, zum Beispiel aufgrund von Inkonsistenzen (N=14) oder aufgrund von Berentung der Befragten (N=122), ausgeschlossen werden.

Den vertieften Fragebogen zum Krankenhaus haben insgesamt 1.528 Personen beantwortet. Diese Daten sind die Grundlage für die Auswertungen und Ergebnisse im zweiten Teil dieser BPtK-Studie. Aussagen zur Versorgungsqualität bei einzelnen psychischen Erkrankungen haben 1.232 der Befragten getroffen. Diese werden im dritten Teil der BPtK-Studie dargestellt.

Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut und mit Beratung durch Gremien der BPtK sowie Experten entwickelt. Im Vorfeld wurden zwei konzeptionelle Workshops durchgeführt und eine gesonderte Arbeitsgruppe eingerichtet, an denen neben Mitarbeitern der BPtK und des IGES Instituts auch Vertreter des Länderrats sowie Vertreter der Ausschüsse „Psychotherapie in Institutionen“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ teilnahmen.

Die Formulierungen der einzelnen Fragebogenmodule wurden in mehreren Feedbackschleifen zwischen dem IGES Institut und einem Review-Board der BPtK abgestimmt

und in der finalen Version auf der Online-Befragungsplattform des IGES Instituts implementiert. Vor Beginn der Feldphase wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen, an welchem sich insgesamt elf angestellte Psychotherapeuten aus unterschiedlichen beruflichen Tätigkeitsfeldern beteiligten. Ziele der Vorabbefragung waren insbesondere die Prüfung der Funktionalität der Online-Version des Fragebogens, die Ermittlung der Gesamtbearbeitungsdauer sowie die Identifikation möglicher Optimierungspotenziale hinsichtlich der Verständlichkeit und Eindeutigkeit der einzelnen Fragen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer wurden mithilfe eines teilstandardisierten Kurzfragebogens erfasst.

V. Literatur

Bechdolf A., Klingberg S. (2014). Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen – Kein Evidenz- sondern ein Implementierungsproblem. Psychiatrische Praxis, 41, 8-10.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J, Wittchen, H.U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85, 77-87.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2013). Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults Issued: September 2008, last modified: March 2013, NICE clinical guideline 72 (guidance.nice.org.uk/cg72).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management, NICE clinical guideline 178. (guidance.nice.org.uk/cg178).