

Psychiatrie Barometer

Umfrage 2013

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



PSYCHIATRIE BAROMETER 2013

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, November 2014



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	NEUES ENTGELTSYSTEM.....	4
2.1	ANWENDUNG DES OPTIONSMODELLS.....	4
2.2	ERMITTLUNG DES DAY-MIX-INDEX (DMI)	5
2.3	HÖHE DES DAY-MIX-INDEX.....	7
2.4	GEWINNER UND VERLIERER IM PEPP.....	8
2.5	ZUSÄTZLICHE STELLEN UND MITARBEITER	10
2.6	UNTERNEHMENSBERATUNG FÜR PEPP	12
3	WIRTSCHAFTLICHE LAGE	15
3.1	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	15
3.2	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN.....	17
4	BERATER IM KRANKENHAUS.....	20
4.1	INANSPRUCHNAHME.....	20
4.2	VORSCHLAG FÜR BEAUFTRAGUNG	22
4.3	GRÜNDE FÜR BEAUFTRAGUNG.....	23
4.4	KRITERIEN FÜR DIE AUSWAHL DER UNTERNEHMENSBERATUNG	25
4.5	BERATERLEISTUNGEN	27
4.6	ZUFRIEDENHEIT MIT DEN LEISTUNGEN DER UNTERNEHMENSBERATUNGEN.....	29
5	BEHANDLUNG VON VOLL- ODER TEILSTATIONÄREN PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE, SCHIZOTYPEN UND / ODER WAHNHAFTEN STÖRUNGEN (ICD-10 F20-F29)	34
5.1	GRÜNDE FÜR DIE KRANKENHAUSEINWEISUNG.....	36
5.2	EINGESETZTE DIAGNOSEVERFAHREN	37
5.3	GENUTZTE MEDIKAMENTÖSE UND SOMATISCH-PHYSIOLOGISCHE ANGEBOTE.....	39
5.4	ANGEWANDTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN.....	42
5.5	EINGESETZTE VERFAHREN UND INTERVENTIONEN	44
5.6	BEGLEITENDE BEHANDLUNGSANGEBOTE	48
5.7	SCHULUNG DES PERSONALS.....	50
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	52



1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2013 die Ergebnisse des PSYCHIatrie Barometers vor, einem Informations- und Analysetool für die psychiatrische Versorgung in Deutschland.

Beim PSYCHIatrie Barometer handelt es sich um eine jährliche Repräsentativbefragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich.

Das PSYCHIatrie Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VIK). Die jährlichen Ausgaben des PSYCHIatrie Barometers sind als Download auf der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des PSYCHIatrie Barometers 2013 beruhen auf einer Vollerhebung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von November 2013 bis Februar 2014 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 140 Einrichtungen.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

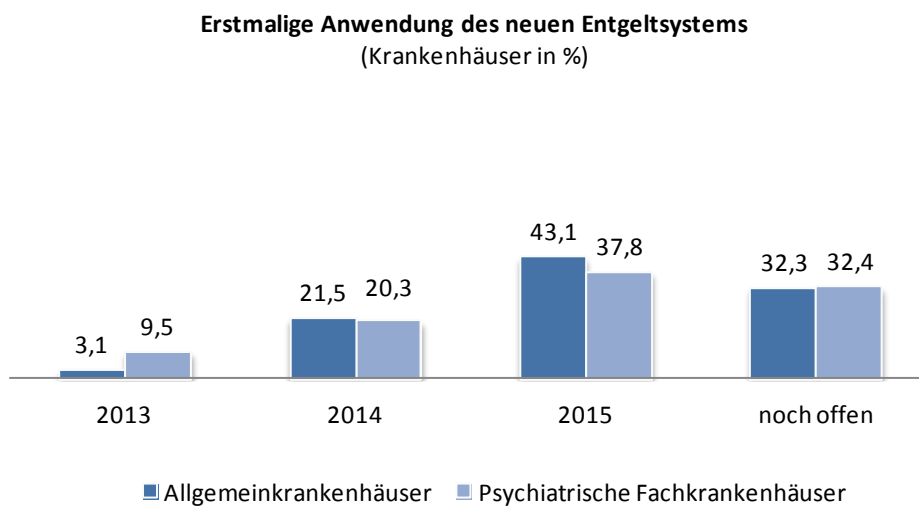
Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten oder mit ausschließlich psychosomatischen Betten sowie Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten oder psychosomatischen Betten werden nachfolgend als „*psychiatrische Fachkrankenhäuser*“ oder „*Einrichtungspychiatrien*“ bezeichnet. Ihnen werden die „*Allgemeinkrankenhäuser*“ gegenüber gestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch: „*Abteilungspychiatrien*“). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2 Neues Entgeltsystem

2.1 Anwendung des Optionsmodells

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz wurde, analog zu den somatischen Krankenhäusern, ein pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beschlossen. Danach sollte das neue Entgeltsystem für alle entsprechenden Einrichtungen ab dem Jahr 2015 verbindlich angewendet werden. Für die Jahre 2013 und 2014 (Optionsjahre) sollte die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses möglich sein.

Eine Verlängerung der Optionsphase ist jedoch bereits nach der Bundestagswahl 2013 diskutiert und zwischenzeitlich auch von den Koalitionspartnern vereinbart worden; die geplante Verlängerung der Optionsphase war allerdings zum Erscheinungsdatum des aktuellen PSYCHIATRIE BAROMETERS weder verabschiedet noch rechtskräftig. Unabhängig davon dürfte auch den Befragungsteilnehmern zum Erhebungsstand zur Jahreswende 2013/2014 die Diskussion hierzu überwiegend bekannt gewesen sein. Dies kann die Ergebnisse bzw. die Bereitschaft zu optieren oder nicht beeinflusst haben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Erstmalige Anwendung des neuen Entgeltsystems



Im PSYCHIatrie Barometer sollten die Krankenhäuser angeben, wann sie das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden würden. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

Danach gaben 7% der Stichprobenkrankenhäuser insgesamt an, das neue Entgeltsystem bereits im Jahr 2013 eingeführt zu haben, darunter 3% der Abteilungspsychiatrien und knapp 10% der Einrichtungspsychiatrien.

Im letztjährigen PSYCHIatrie Barometer 2012 führten noch 11% der Einrichtungspsychiatrien und 21% der Abteilungspsychiatrien an, bereits 2013 optieren zu wollen. Vorbehaltlich von Stichprobeneffekten, ist die Bereitschaft zu optieren also seither deutlich rückläufig.

Im aktuellen PSYCHIatrie Barometer gaben gut 20% der Krankenhäuser an, 2014 auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik umzusteigen. In dieser Hinsicht gibt es faktisch kaum Unterschiede zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien. Es muss offen bleiben, inwieweit diese Bereitschaft bei einer etwaigen Verlängerung der Optionsphase weiter abnehmen wird.

Bei abermals geringen Unterschieden zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien hatte sich zum Erhebungsstand zur Jahreswende 2013/2014 rund ein Drittel der Krankenhäuser noch nicht auf die erstmalige Anwendung des PEPP festgelegt.

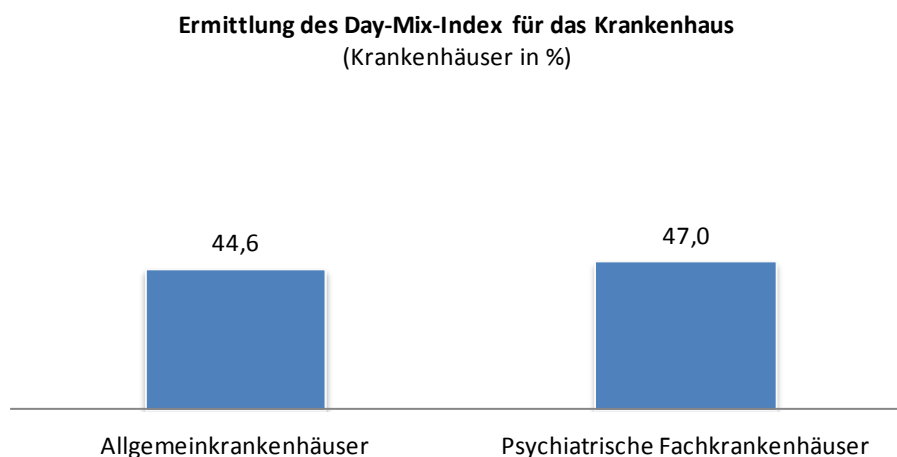
2.2 Ermittlung des Day-Mix-Index (DMI)

Ähnlich wie im DRG-System werden auch im PEPP die Preisstrukturen für psychiatrische bzw. psychosomatische Leistungen mittels Bewertungsrelationen (Relativgewichten) festgelegt. Analog zum Case-Mix bzw. Case-Mix-Index im somatischen Bereich lässt sich – auf Grund der tagesbezogenen Leistungserfassung – hier ein Day-Mix als Summe der (effektiven) Relativgewichte bzw. ein Day-Mix-Index für den durchschnittlichen ökonomischen Aufwand je Behandlungstag ermitteln. Aus der Multiplikation von Day-Mix und Landesba-

sisentgeltwert resultiert das (kalkulatorische) Erlösbudget für mit dem PEPP vergütete psychiatrische und psychosomatische Leistungen.

Zwar ist der Umstieg auf das neue Entgeltsystem einstweilen optional und budgetneutral. Gleichwohl ist der Day-Mix bzw. der Day-Mix-Index eine maßgebliche Kenngröße, um die Auswirkungen des PEPP auf die wirtschaftliche Lage der eigenen Einrichtung einschätzen oder prognostizieren zu können. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser im PSYCHIatrie Barometer angeben, ob sie auf der Grundlage des PEPP-Entgeltkataloges 2013 den Day-Mix-Index für ihr Krankenhaus ermittelt haben.

Dies ist bislang in weniger als der Hälfte aller psychiatrischen Einrichtungen der Fall. Diesbezüglich gibt es bislang auch nur geringfügige Unterschiede zwischen Allgemein- und Fachkrankenhäusern (Abb. 2).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Ermittlung des Day-Mix-Index

Abb. 3 zeigt die Ermittlung des Day-Mix-Index in Abhängigkeit von der erstmaligen Anwendung oder dem Umsetzungsstand des PEPP. Demzufolge haben nicht alle Krankenhäuser, die bereits 2013 optiert haben, ihren Day-Mix-Index

ermittelt (78%).¹ Bei den Einrichtungen, die den Umstieg für 2014 planten, waren es 55% und bei den Erstanwendern im Jahr 2015 die Hälfte der psychiatrischen Einrichtungen. Bei den Krankenhäusern, die sich zum Erhebungszeitpunkt 2013 noch nicht auf einen Umstieg festgelegt hatten, hat erst gut ein Viertel seinen DMI berechnet.

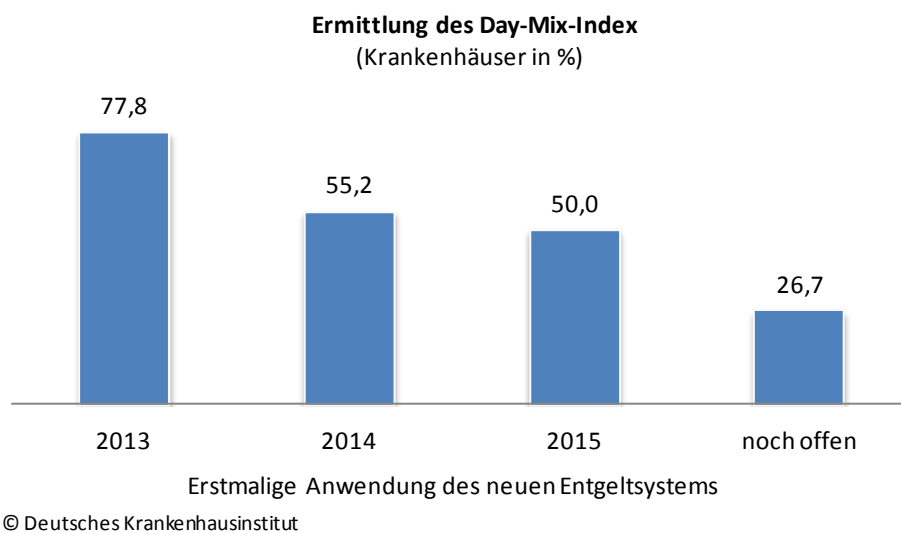


Abb. 3: Ermittlung des Day-Mix-Index nach erstmaliger Anwendung PEPP

Insgesamt dokumentieren auch die Ergebnisse zur Ermittlung des Day-Mix-Index im Rahmen von PEPP die bislang eher zurückhaltende oder abwartende Umsetzung des neuen Entgeltsystems durch die psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland.

2.3 Höhe des Day-Mix-Index

Die Krankenhäuser, die ihren Day-Mix-Index bereits ermittelt haben, sollten die Höhe des DMI für ihr Krankenhaus auf der Grundlage des PEPP-Entgeltkatalogs 2013 angeben. Die entsprechenden statistischen Kennwerte

¹ Allerdings sind hier die absoluten Teilnehmerzahlen in Rechnung zu stellen, insofern nur 9 Stichprobenkrankenhäuser optiert haben und davon zwei Häuser vorgaben, ihren DMI noch nicht ermittelt zu haben. Ggf. ist hier nicht auszuschließen, dass die betreffenden Häuser erst unterjährig optiert haben.

können, differenziert nach dem Krankenhaustyp, der Tab. 1 entnommen werden.

Tab. 1: Höhe des Day-Mix-Index

	Krankenhäuser gesamt	Allgemein- krankenhäuser	Psychiatrische Fachkranken- häuser
Mittelwert	0,9724	0,9747	0,9693
Median	0,9515	0,9540	0,9500
Unterer Quartilswert	0,9213	0,9300	0,9045
Oberer Quartilswert	0,9948	0,9950	0,9890
Maximum	1,4790	1,3400	1,4790
Minimum	0,7850	0,7900	0,7850
Standardabweichung	0,1090	0,0900	0,1318

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) lag der Day-Mix-Index über alle psychiatrischen Einrichtungen bei 0,9724. Der mittlere Wert der Verteilung (Median) lag mit 0,9515 nur geringfügig darunter. Die Hälfte aller DMI-Werte lag zwischen 0,9213 (unterer Quartilswert) und 0,9948 (oberer Quartilswert). Der kleinste Wert (Minimum) betrug 0,7850, der größte Wert (Maximum) 1,4790.

Mit Blick auf den Day-Mix-Index gab es faktisch keine Unterschiede zwischen den Krankenhaustypen, die einzelnen Kennwerte sind in hohem Maße vergleichbar.

Auch die Unterschiede zwischen den Optionskrankenhäusern (DMI = 0,9843), die 2013 umgestiegen sind oder 2014 optieren wollten, und den Nicht-Optionshäusern (DMI = 0,9644) waren im Durchschnitt gering.

2.4 Gewinner und Verlierer im PEPP

Angesichts ihrer aktuellen Kostenstrukturen und ihres Day-Mix bzw. Day-Mix-Index sollten die Krankenhäuser schließlich angeben, ob sie sich als „Gewinner“ oder „Verlierer“ im Rahmen des PEPP ansehen. Die Antworten waren jeweils nach verschiedenen Strukturkategorien bzw. Leistungsbereichen des

PEPP-Kataloges zu differenzieren. Abb. 4 zeigt die Ergebnisse für die Einrichtungen, welche ihren Day-Mix-Index bereits ermittelt haben und die entsprechenden Leistungsbereiche vorhalten. Die Vorhaltung der jeweiligen Leistungsbereiche wurde im Fragebogen explizit erhoben.

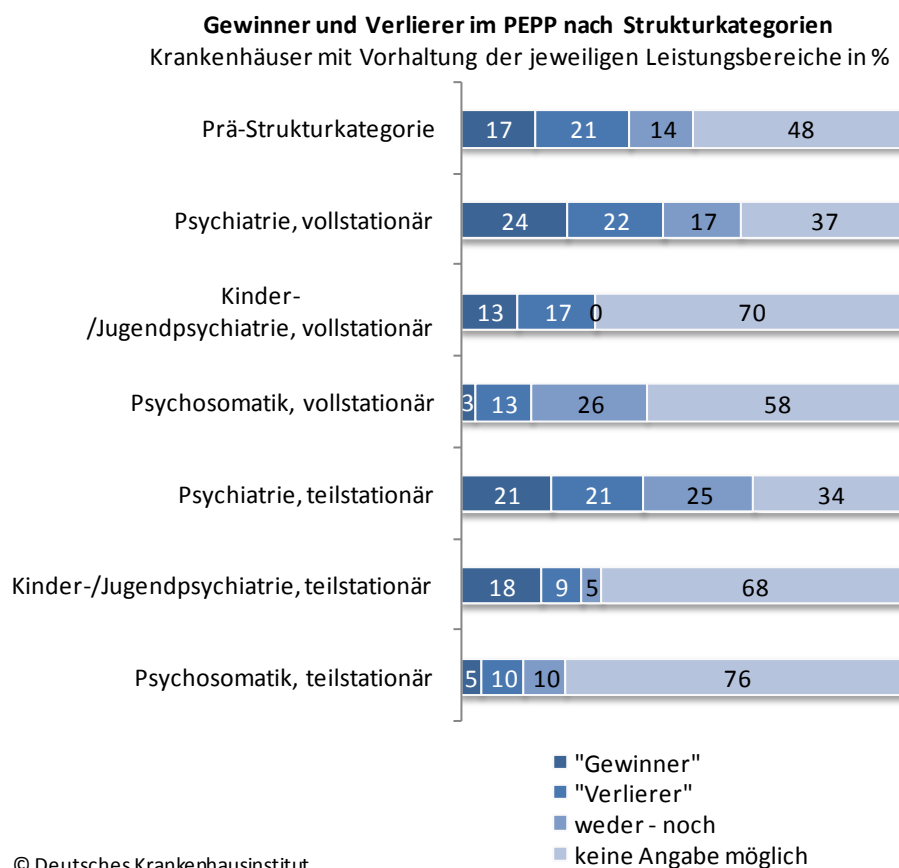


Abb. 4: „Gewinner“ und „Verlierer“ im PEPP

Auffallend ist zunächst, dass relevante Anteile der Teilnehmerkrankenhäuser zum jetzigen Zeitpunkt hierzu noch keine Angaben machen konnten oder wollten. Dementsprechend gibt es auch keine eindeutigen Gewinner oder Verlierer, insofern die Einstufungen vergleichsweise ausgewogen ausfallen:

24% der psychiatrischen Einrichtungen sahen sich in der Strukturkategorie *Psychiatrie, vollstationär* als Gewinner und 22% als Verlierer, 17% weder als das eine noch als das andere.



In der Strukturkategorie *Psychiatrie, teilstationär*, stuften sich jeweils rund 21% als Gewinner oder Verlierer ein, 26% gaben keine Tendenz an.

Bei insgesamt allerdings kleinen Teilnehmerzahlen gab es in Prä-Strukturkategorie, der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der voll- und teilstationären Psychosomatik mehr Verlierer als Gewinner, in der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Gewinner als Verlierer.

Vor allem in der teil- und vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten jeweils rund 70% der Befragten keine einschlägigen Angaben machen. In der Psychosomatik waren es 76% (teilstationär) bzw. 58% (vollstationär). Einzig in der voll- und teilstationären Psychiatrie sah sich jeweils nur ein Drittel der Einrichtungen nicht in der Lage, sich vorderhand als Gewinner oder Verlierer des PEPP einzustufen.

Wegen zu kleiner Teilnehmerzahlen wird bei dieser Fragestellung auf eine Differenzierung nach Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien sowie nach Optionshäusern und sonstigen Krankenhäusern verzichtet.

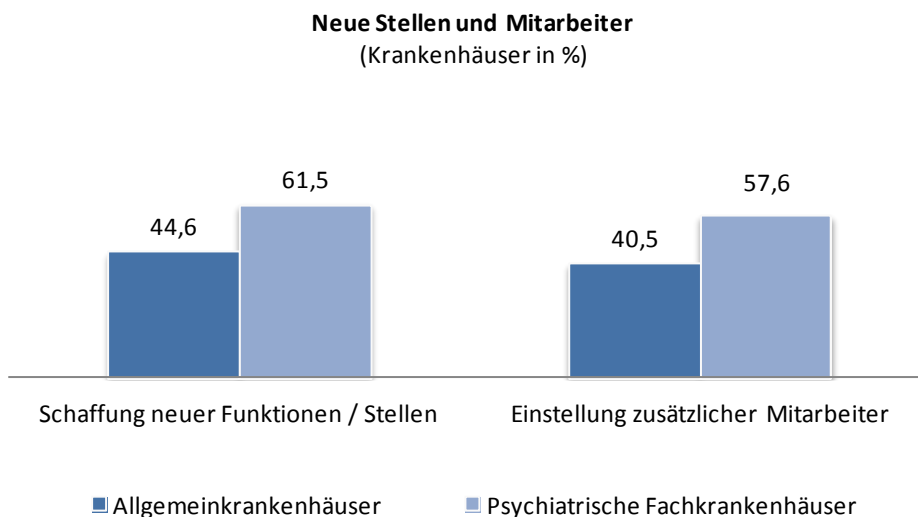
2.5 Zusätzliche Stellen und Mitarbeiter

Die Einführung des neuen Entgeltsystems bzw. die Vorbereitung hierauf erfordert auch die Bereitstellung entsprechender personeller Kapazitäten. Dies erfolgt auf der einen Seite beim vorhandenen Personal zusätzlich zu ihren normalen Tätigkeiten und Kernaufgaben. Auf der anderen Seite kann aber speziell für das neue Entgeltsystem zusätzliches Personal eingestellt werden.

Im PSYCHIatrie Barometer sollten die psychiatrischen Einrichtungen daher angeben, ob sie seit dem 01.01.2012 bis zur Jahreswende 2013/2014 speziell für die Umsetzung des PEPP neue Stellen bzw. Funktionen geschaffen oder zusätzliche Mitarbeiter eingestellt haben.

Jeweils rund die Hälfte der Teilnehmerkrankenhäuser bejahte diese Frage. Allerdings fielen die entsprechenden Anteilswerte in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern merklich höher aus als in den Allgemeinkrankenhäusern mit

psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Während hier jeweils rund 40% der Einrichtungen neue Funktionen geschaffen bzw. zusätzliche Mitarbeiter eingestellt haben, waren es in den Einrichtungspsychiatrien jeweils rund 60% (Abb. 5).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Neue Stellen und Mitarbeiter

Gefragt nach der Art der neu geschaffenen Funktionen wurden insbesondere Medizincontroller, Kodierkräfte bzw. Dokumentationsassistenten sowie Case Manager angeführt.

Auch hier resultierten wieder merkliche Unterschiede zwischen den Krankenhaustypen. In den Allgemeinkrankenhäusern wurden insbesondere neue Funktionen oder Stellen für Kodierkräfte bzw. Dokumentationsassistenten geschaffen. In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern wurde darüber hinaus vor allem das Medizincontrolling auf- oder ausgebaut.

Zwischen Optionskrankenhäusern und den übrigen Einrichtungen gab es dagegen kaum Unterschiede.

Eigens für das neue Entgeltsystem wurden in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Mittel fast zwei Mitarbeiter zusätzlich eingestellt; in den Allge-



meinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen waren es im Mittel 1,3 Mitarbeiter.

2.6 Unternehmensberatung für PEPP

Der zusätzliche Aufwand bzw. der Informations- und Beratungsbedarf, der vom neuen Entgeltsystem hervorgerufen wird, zeigt sich ggf. auch in der Inanspruchnahme externer Unterstützung. Im PSYCHIatrie Barometer sollten die Befragungsteilnehmer daher konkret angeben, ob sie speziell zur Vorbereitung auf das PEPP Unternehmensberatungen in Anspruch genommen haben.

Dies war bei 15% der Allgemeinkrankenhäuser und bei 21% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser der Fall.

Die Krankenhäuser, welche Unternehmensberatungen in Vorbereitung auf das PEPP in Anspruch genommen haben, sollten die Aufgaben benennen, für die sie Unternehmensberatungen beauftragt haben. Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen haben demzufolge Unternehmensberatungen in erster Linie für Fragen von Leistungserfassung und Kodierung beauftragt, seltener hingegen für Fragen der Abrechnung, Prozessoptimierung oder Strategieentwicklung. Bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern gibt es hingegen weniger eindeutige Beratungsschwerpunkte (Abb. 6).

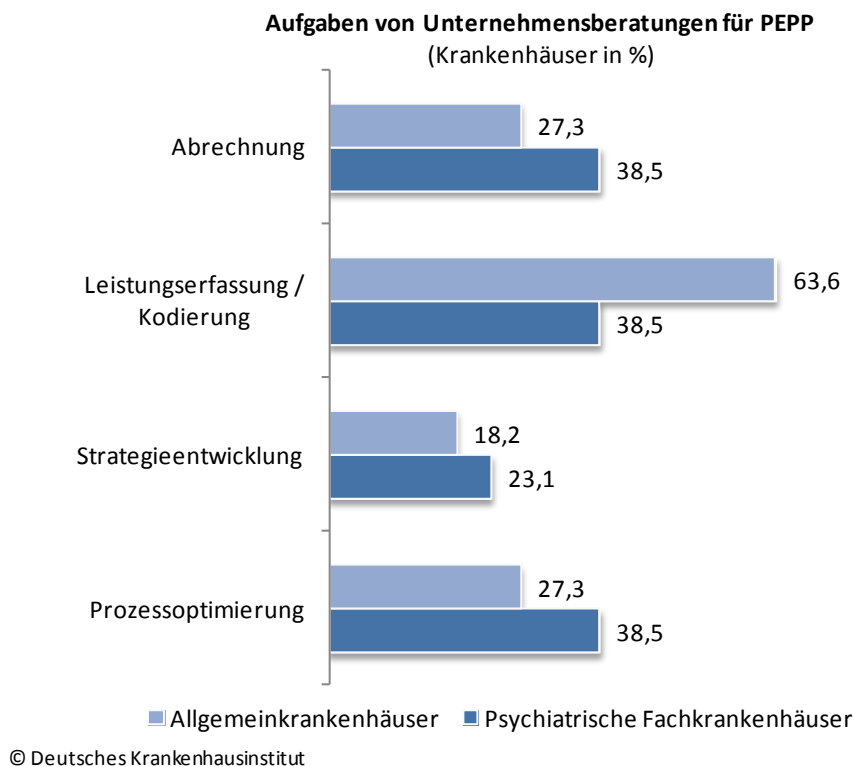


Abb. 6: Aufgaben von Unternehmensberatungen für PEPP

Im Rahmen einer offenen Frage wurden darüber hinaus noch vor allem die Kostenrechnung, die IT und das Benchmarking als Beratungsschwerpunkte angeführt.

Die Kosten für Unternehmensberatungen speziell für die Einführung des PEPP lagen im Jahr 2013 bei den Abteilungspsychiatrien im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) bei 10.160 EUR und bei den Einrichtungspychiatrien bei 9.746 EUR. Die übrigen statistischen Kennwerte können im Einzelnen der Tab. 2 entnommen werden.



Tab. 2: Kosten von Unternehmensberatungen für PEPP

	Allgemein- krankenhäuser	Psychiatrische Fach- krankenhäuser
Mittelwert	10.160	9.746
Median	8.000	5.000
Unterer Quartilswert	3.900	2.875
Oberer Quartilswert	9.750	21.000
Maximum	40.000	25.000
Minimum	1.000	1.653
Standardabweichung	1.1587	9.393

3 Wirtschaftliche Lage

3.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Mit Blick auf das 1. Optionsjahr des neuen Entgeltsystems sollten die psychiatrischen Einrichtungen ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2013/2014 beurteilen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern sollten sich die Angaben ausdrücklich nur auf die psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen beziehen, bei den psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkrankenhäusern auf das Haus als Ganzes. Abb. 7 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankenhaustypen.

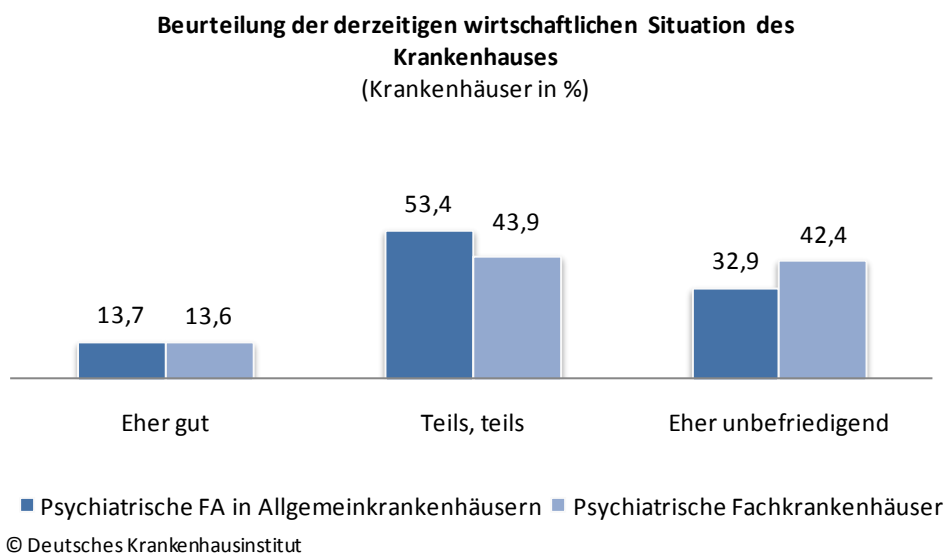
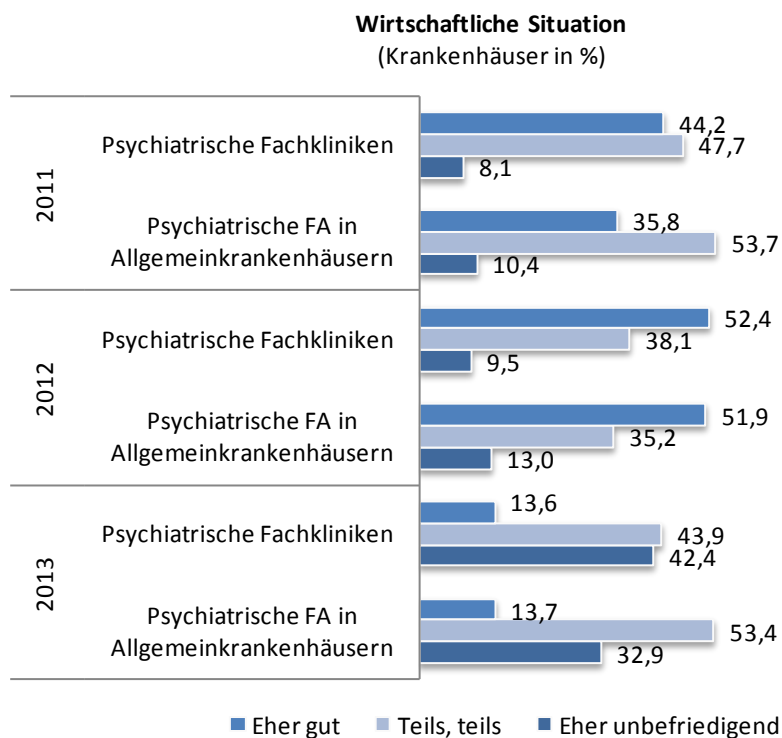


Abb. 7: Wirtschaftliche Situation 2013/2014

Die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage fällt bei den psychiatrischen Fachkrankenhäusern tendenziell schlechter aus als bei den Abteilungspsychiatrien in den Allgemeinkrankenhäusern. So schätzen 42% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein, während es unter den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen 33% sind. Nur jeweils 14% in den beiden Krankhaustypen bewerteten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut. Die übrigen sind in dieser Hinsicht unentschieden.

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit merklich verschlechtert. So bezeichnete 2012 noch jeweils mehr als die Hälfte der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien in Allgemeinkrankenhäusern ihre wirtschaftliche Lage als gut. Sowohl 2012 als auch 2011 stufen jeweils nur rund 10% der psychiatrischen Einrichtungen ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein (Abb. 8).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Wirtschaftliche Situation der psychiatrischen Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäuser 2011-2013

Abb. 9 zeigt die Beurteilung der wirtschaftlichen Situation in Abhängigkeit vom Umsetzungsstand des PEPP. Konkret wird hier zwischen Optionshäusern, die 2013 optiert haben oder 2014 optieren wollten, und den übrigen psychiatrischen Einrichtungen unterschieden.

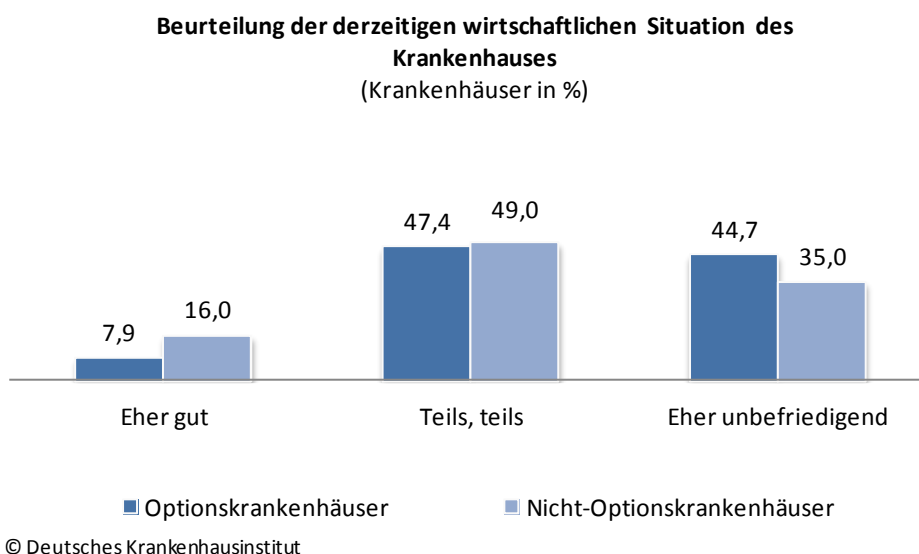


Abb. 9: Wirtschaftliche Situation nach Optierung für PEPP

Tendenziell schätzen die Optionskrankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation etwas schlechter ein als die übrigen psychiatrischen Einrichtungen. Beispielsweise stuften 45% der Optionskrankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während es in den (bislang) nicht optierenden Einrichtungen 35% waren.

Umgekehrt fällt der Anteil der Einrichtungen, die ihre wirtschaftliche Lage als gut beurteilten, hier in etwa doppelt so hoch aus wie in den Optionskrankenhäusern.

3.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Schließlich sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2014 äußern (Abb. 10). Die Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen (63%) und der psychiatrischen Fachkrankenhäuser (55%) erwarten keine Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage für dieses Jahr. 25% (Abteilungspsychiatrien) bzw. 32% (Einrichtungspychiatrien) gehen von einer Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation in 2014 aus. Nur eine Minderheit von jeweils rund 13% der

psychiatrischen Einrichtungen erwartet eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation.

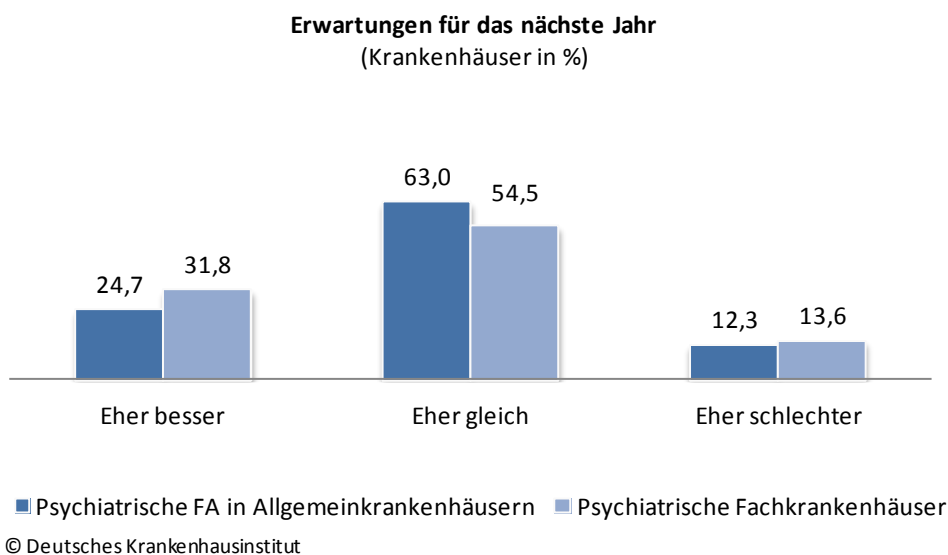
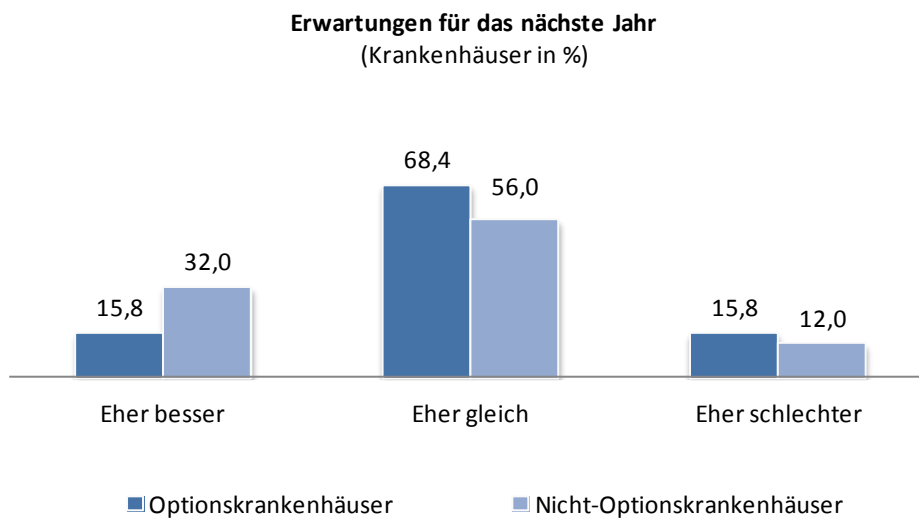


Abb. 10: Wirtschaftliche Erwartungen für 2014

Abb. 11 zeigt die wirtschaftlichen Erwartungen für 2014 in Abhängigkeit vom Umstieg auf das neue Entgeltsystem. Demnach stufen die Optionskrankenhäuser, also die psychiatrischen Einrichtungen welche 2013 optiert haben oder 2014 optieren wollten, ihre wirtschaftlichen Erwartungen tendenziell schlechter ein als die übrigen Häuser. So erwarten lediglich 16% der Optionskrankenhäuser eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation. Bei den Nicht-Optionshäusern sind es mit 32% doppelt so viele.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Wirtschaftliche Erwartungen für 2014 nach Optierung für PEPP

Es muss in diesem Zusammenhang offen bleiben, inwieweit eher Krankenhäuser mit einer schlechten wirtschaftlichen Lage optiert haben oder der Umstieg auf das PEPP entsprechende Erwartungs- bzw. Sensibilisierungseffekte ausgelöst hat.

4 Berater im Krankenhaus

Krankenhäuser setzen in den letzten Jahren verstärkt Beratungsunternehmen ein, um sich bei Veränderungsmaßnahmen unterstützen zu lassen. Unternehmensberater werden aus den unterschiedlichsten Gründen, z.B. fehlende Kapazitäten im eigenen Krankenhaus, beauftragt. Sie übernehmen verschiedene Aufgaben, wie z.B. die Erarbeitung von Personalentwicklungs- und -qualifizierungsmaßnahmen. Da bisher wenig über den Einsatz von Unternehmensberatungen sowie deren Leistungsspektrum aus Sicht der Krankenhäuser bekannt war, wurden erstmals im *Krankenhaus Barometer* 2013 die Allgemeinkrankenhäuser ausführlich zu diesem Thema befragt.

Da ebenfalls keine Informationen hinsichtlich des Einsatzes von Beratern in psychiatrischen / psychosomatischen Fachkrankenhäusern bzw. bei Allgemeinkrankenhäusern speziell in deren psychiatrischen / psychosomatischen Fachabteilungen vorhanden sind, wurden im PSYCHIATRIE Barometer 2013 diese Einrichtungen ebenfalls nach ihrer Inanspruchnahme von Beratungsunternehmen gefragt.

4.1 Inanspruchnahme

Der Einsatz von Unternehmensberatungen ist in den psychiatrischen Einrichtungen noch nicht so weit verbreitet wie in den somatischen Krankenhäusern. 29% der psychiatrischen Einrichtungen respektive 38 Kliniken haben in den letzten fünf Jahren unabhängig von Auftragsberatung für PEPP die Leistungen einer Unternehmensberatung in Anspruch genommen. Unter diesen befinden sich 10% psychiatrische / psychosomatische Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und 19% psychiatrische / psychosomatische Fachkrankenhäuser (Abb. 12). Im Gegensatz dazu hatten laut *Krankenhaus Barometer* 2013 drei Viertel (75%) aller befragten Allgemeinkrankenhäuser in den letzten fünf Jahren eine Unternehmensberatung in Anspruch genommen (Blum et al., 2013).

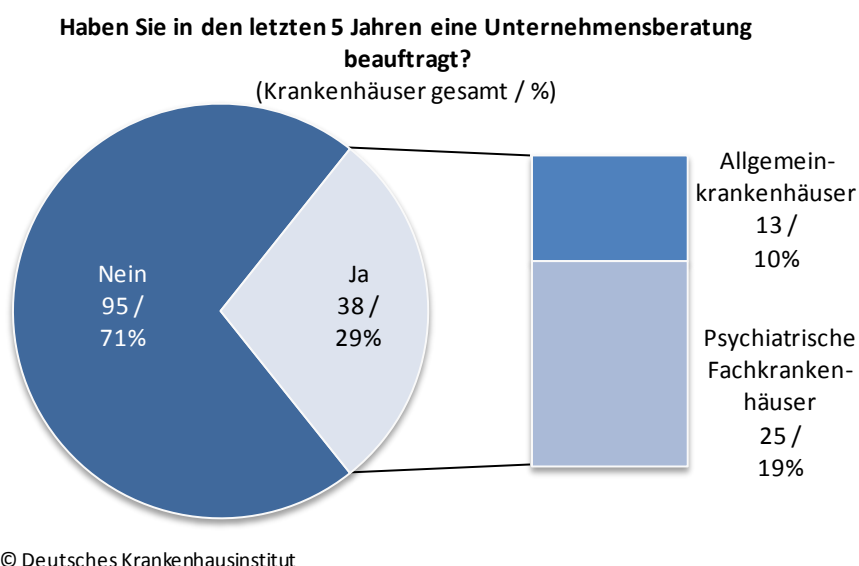
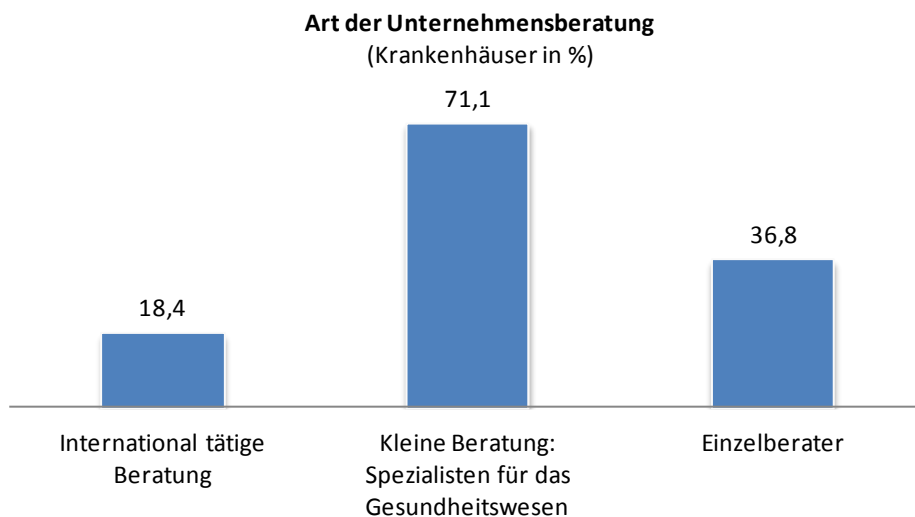


Abb. 12: Inanspruchnahme von Leistungen einer Unternehmensberatung in den letzten fünf Jahren

Die weiteren Ergebnisse beziehen sich nur auf die 29% der psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtungen, die in den letzten fünf Jahren die Leistungen einer Unternehmensberatung in Anspruch genommen haben. Aufgrund der geringen Fallzahl der Krankenhäuser mit Beauftragung einer Unternehmensberatung wird im Folgenden keine Differenzierung der Ergebnisse zwischen psychiatrischen / psychosomatischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen / psychosomatischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Des Weiteren sollten die folgenden Ergebnisse unter dem Blickpunkt der geringen Fallzahl interpretiert werden.

Die psychiatrischen Einrichtungen haben überwiegend kleine Beratungsfirmen engagiert, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert haben. In 71% aller Fachkrankenhäuser bzw. psychiatrischen / psychosomatischen Fachabteilungen, die Unternehmensberatungen einsetzten, ist in den letzten fünf Jahren eine entsprechende Unternehmensberatung beauftragt worden. 37% der Einrichtungen haben Einzelberater mit den Beratungsleistungen betraut, 18% haben international tätige Berater beauftragt (Abb. 13). Damit haben die psychiatrischen Krankenhäuser in ähnlicher Weise Unternehmensberatungen in Anspruch genommen wie die Allgemeinkrankenhäuser (Blum et al., 2013).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Art der vom Krankenhaus beauftragten Unternehmensberatung

4.2 Vorschlag für Beauftragung

Den Anstoß für die Beauftragung der Unternehmensberatung gab erwartungsgemäß in der Regel die Geschäftsführung der jeweiligen Einrichtung. In 84% der psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhäuser war dies der Fall. Alle weiteren erfragten Ebenen waren vergleichsweise selten dafür verantwortlich, dass eine Beratungsfirma im Krankenhaus eingesetzt wurde. Am zweithäufigsten gaben in knapp einem Viertel aller Einrichtungen die Ärztlichen Direktoren den Anstoß, eine Unternehmensberatung zu beauftragen. In jeweils 11% der Häuser ging die Initiative, eine Unternehmensberatung zu kontaktieren, vom Controlling, Qualitätsmanagement, Ärztlichem Dienst oder Pflegedirektor / PDL aus. Während Aufsichtsgremien nur sehr selten den Vorschlag machten, Unternehmensberatungen zu involvieren, haben Pflegekräfte und Psychologen keinerlei Einfluss auf die Entscheidung gehabt, ein Beratungsunternehmen zu engagieren (Abb. 14).

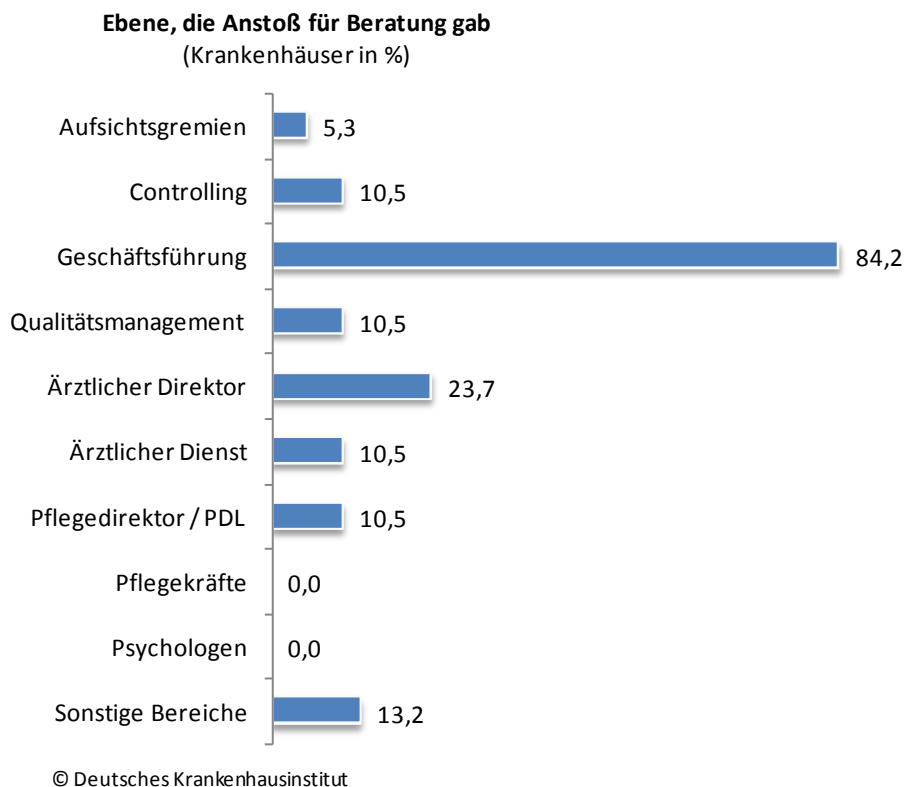


Abb. 14: Ebene, die Anstoß für Beauftragung der Unternehmensberatung gab

Insgesamt gaben 13% der psychiatrischen Einrichtungen an, dass „sonstige Bereiche“ in der Klinik den Anstoß dafür gaben, Unternehmensberatungen zu beauftragen. Unter diesen befanden sich beispielsweise der Baubereich, der EDV - / Technikbereich oder die Verwaltung.

4.3 Gründe für Beauftragung

Ein ausschlaggebender Grund für die Beauftragung einer Unternehmensberatung in den psychiatrischen Einrichtungen war die nicht ausreichende fachliche Kompetenz im eigenen Hause. Für knapp die Hälfte aller teilnehmenden Kliniken war dies der Grund, eine Unternehmensberatung zu kontaktieren. Fast ebenso viele Einrichtungen (45%) nannten das Hinzuziehen einer zusätzlichen, neutralen Expertise als Grund für die Beauftragung einer Unternehmensberatung. Für gut ein Drittel der psychiatrischen Krankenhäuser waren

fehlende Kapazitäten, wie beispielsweise Zeit oder Personal, der ausschlaggebende Faktor zur Beauftragung von Beratern. Rund ein Viertel der Einrichtungen setzten Unternehmensberater aufgrund ihrer neutralen Moderatorenfunktion ein. Vergleichsweise seltener wurden eine schnelle Projektumsetzung, dringender Handlungsbedarf, die zusätzliche Legitimation von Entscheidungen oder die Übernahme von Projektumsetzungen als Grund für die Inanspruchnahme von Unternehmensberatungen genannt (Abb. 15).

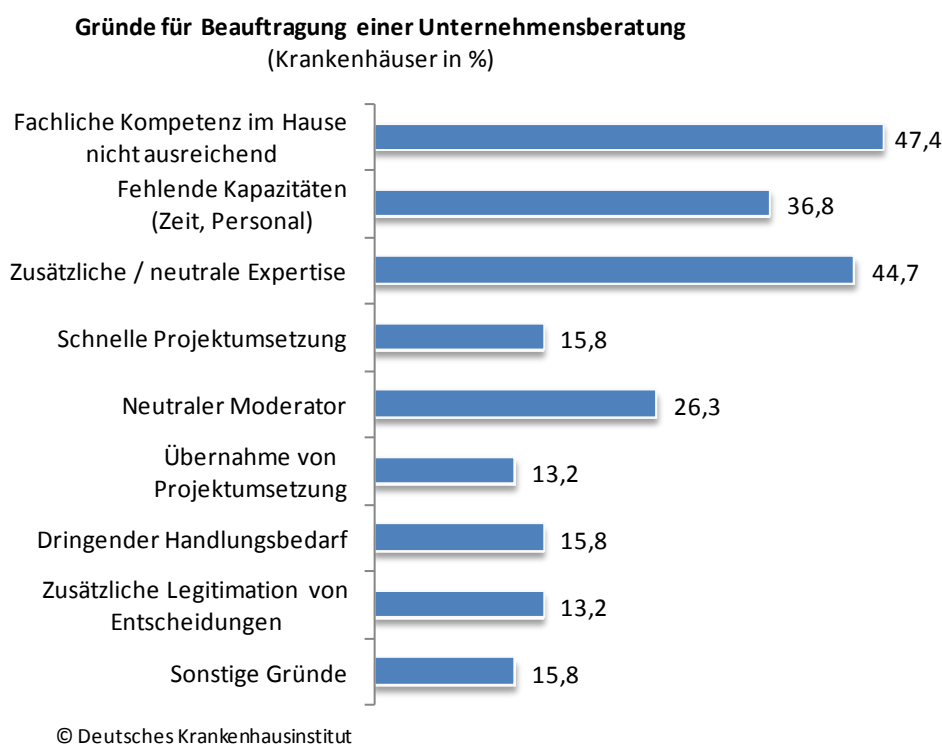


Abb. 15: Gründe für die Beauftragung einer Unternehmensberatung

Insgesamt gaben 16% der psychiatrischen Einrichtungen „sonstige Gründe“ für die Beauftragung einer Unternehmensberatung an. Unter diesen befanden sich beispielsweise die Beratung bei Einführung eines QM-Systems, Unterstützung bei Pflegesatzverhandlungen sowie im Umgang mit Benchmark- und Vergleichsdaten oder der allgemeinen Datenhaltung.

4.4 Kriterien für die Auswahl der Unternehmensberatung

Bei den Kriterien für die Auswahl einer Unternehmensberatung spielten die Erfahrung und die Kompetenz des Beratungsunternehmens sowie der einzelnen Berater die entscheidende Rolle. Fast sämtliche Einrichtungen (98%) gaben Erfahrung und Spezialisierung des Beratungsunternehmens als sehr wichtiges oder wichtiges Kriterium an (darunter 68%: sehr wichtig). Fast ebenso viele Kliniken gaben Fachkompetenz oder Qualifikation der einzelnen Berater als sehr wichtiges und wichtiges Kriterium bei der Auswahl der Unternehmensberatung an (darunter 49%: sehr wichtig). Ebenfalls sehr wichtig (54%) oder wichtig (35%) waren den meisten Krankenhäusern nachweisbare branchenspezifische Kenntnisse bei der Wahl der engagierten Berater (Abb. 16).

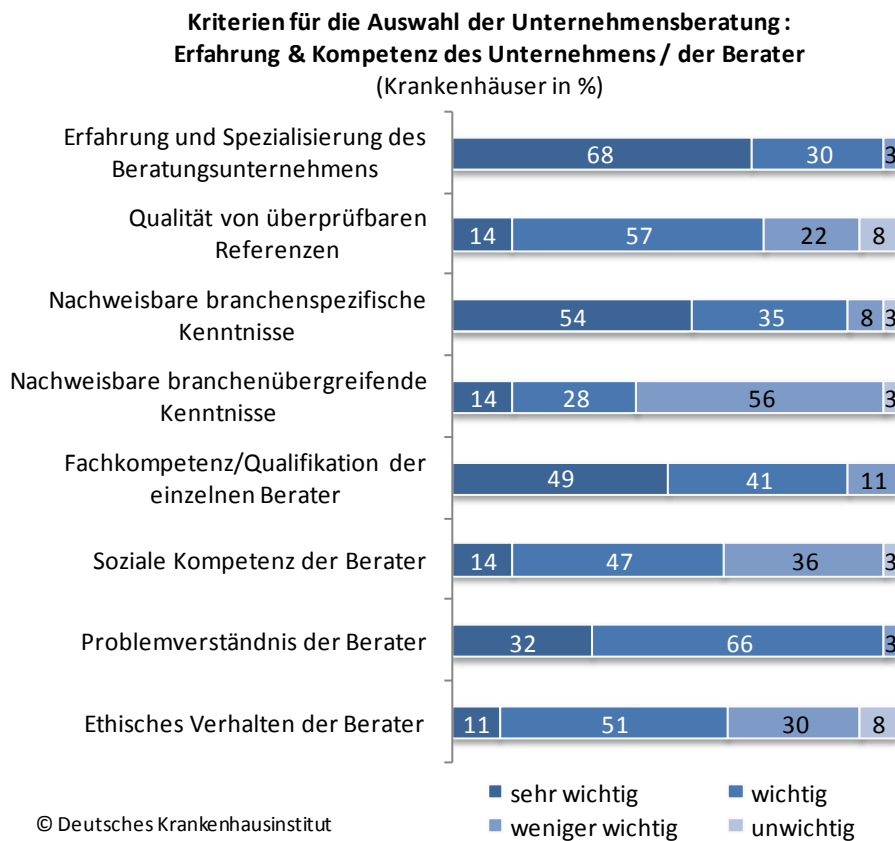


Abb. 16: Wichtige Kriterien für die Auswahl der Unternehmensberatung hinsichtlich Erfahrung und Kompetenz des Unternehmens bzw. der Berater

Das Problemverständnis der Berater spielte für rund ein Drittel der psychiatrischen Einrichtungen eine sehr wichtige und für rund zwei Drittel eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für eine Unternehmensberatung. Ungefähr die Hälfte aller Kliniken stufte die Qualität von überprüfbaren Referenzen, die soziale Kompetenz sowie das ethische Verhalten der Berater als wichtige Aspekte für die Wahl einer Unternehmensberatung ein (Abb. 16).

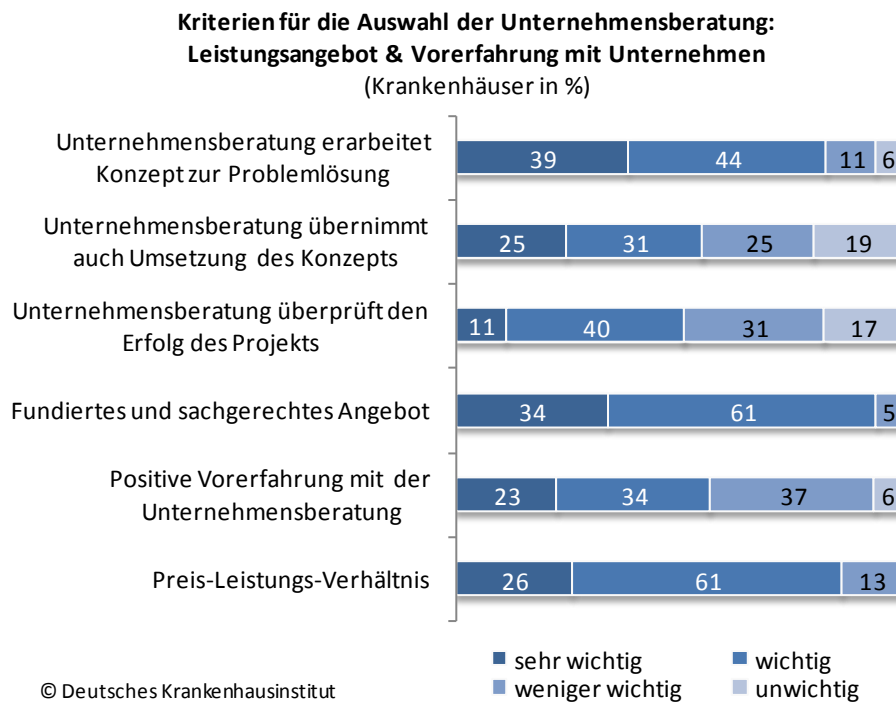


Abb. 17: Wichtige Kriterien für die Auswahl der Unternehmensberatung hinsichtlich Leistungsangebot und Vorerfahrung mit den Unternehmen

Gut die Hälfte aller psychiatrischen Einrichtungen nannte positive Vorerfahrungen mit der Unternehmensberatung als ein (sehr) wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Unternehmen (Abb. 17). Damit liegt dieser Aspekt deutlich hinter der Wichtigkeit, die der Erfahrung und der Kompetenz des Beratungsunternehmens sowie der einzelnen Berater zugeteilt wurde.

Rund 90% der Häuser ist ein fundiertes und sachgerechtes Angebot sowie das Preis-Leistungs-Verhältnis (sehr) wichtig. Rund 80% der Einrichtungen stufen die Erarbeitung eines Konzepts zur Problemlösung durch die Unternehmensberatung als (sehr) wichtigen Aspekt ein. Dagegen wurde die Um-



setzung dieses Konzepts durch die Unternehmensberatung nur von gut der Hälfte der Kliniken als (sehr) wichtig gesehen.

4.5 Beraterleistungen

Unternehmensberatungen können Krankenhäuser in verschiedensten Bereichen unterstützen. Beispielsweise können Berater wirtschaftliche, organisatorische oder strategische Aufgaben für eine Klinik übernehmen. Die psychiatrischen Einrichtungen wurden in den unterschiedlichsten Gebieten nach dem Einsatz von Unternehmensberatern in den letzten fünf Jahren gefragt².

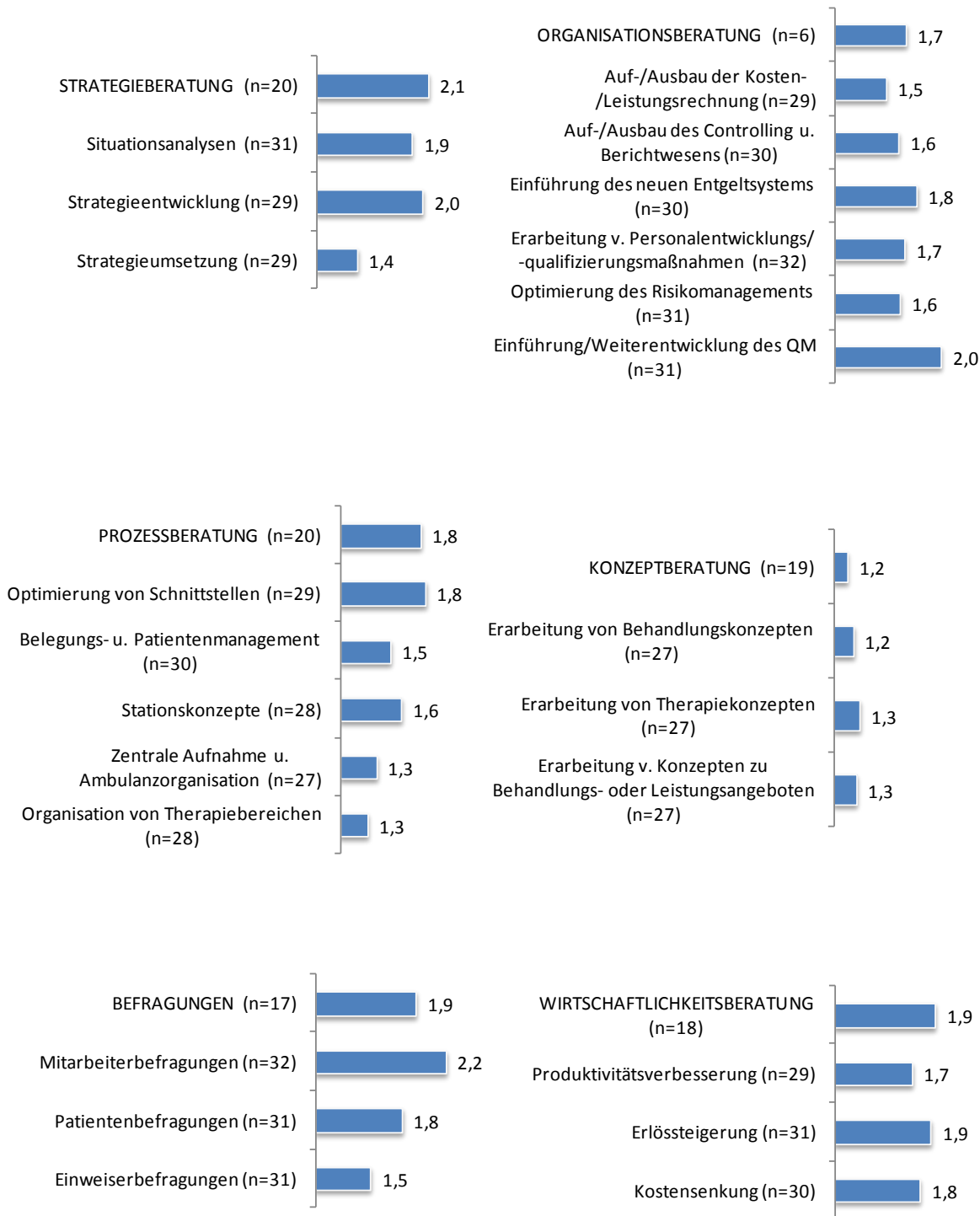
Im Mittel haben psychiatrische Einrichtungen einmal Strategieberatung und in diesem Bereich zusätzlich im Speziellen Situationsanalysen und Strategieentwicklungen bei Beratern in Auftrag gegeben. Im Themengebiet der Organisationsberatung unterstützten Berater in den letzten fünf Jahren die psychiatrischen / psychosomatischen Häuser vereinzelt bei der Einführung oder Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements sowie etwas seltener bei der Einführung des neuen Entgeltsystems (Abb. 18).

Prozessberatungen sowie insbesondere die Optimierung von Schnittstellen wurden vereinzelt in den letzten fünf Jahren von psychiatrischen Einrichtungen an Unternehmensberatungen übertragen. Die Beauftragung von Konzeptberatungen sowie im Besonderen von der Erarbeitung von Behandlungs- und Therapiekonzepten oder von Konzepten zur Behandlungs- und Leistungsangeboten hat dagegen sehr selten stattgefunden.

² Da in diesem Fragenkomplex der Anteil der fehlenden Antworten bei der ohnehin geringen Anzahl von Einrichtungen mit Einsatz von Beratungsunternehmen (siehe 4.1 Inanspruchnahme) relativ hoch ist, werden nicht einzelne Antwortkategorien, sondern gemittelte Werte pro Frage dargestellt.

Aufgaben der Unternehmensberatungen

(Mittelwert von 1=Nie, 2=Einmal, 3=Mehrfach, 4=Häufig, 5=Standardmäßig)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Aufgaben, für die Unternehmensberatungen engagiert wurden



Die Durchführung von Befragungen wurde derweilen in den psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtungen am häufigsten an Unternehmensberatungen delegiert. Patientenbefragungen wurden im Mittel einmal pro Haus in den letzten fünf Jahren von Beratern durchgeführt. Währenddessen wurden Mitarbeiterbefragungen im Durchschnitt etwas häufiger an Unternehmensberatungen vergeben und stellen somit denjenigen Bereich dar, der insgesamt am häufigsten von psychiatrischen Einrichtungen beauftragt wurde. Bei der Nennung „sonstiger Aufgaben“, für die Unternehmensberatungen engagiert wurden, haben die psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhäuser zusätzlich die Befragung von Angehörigen sowie ein „Führungskräftefeedback“ genannt.

Im Bereich der Wirtschaftlichkeitsberatung wurde im Mittel einmal pro Krankenhaus Unterstützung bei der Erlössteigerung von Unternehmensberatern eingeholt. Fast ebenso häufig wurde im Durchschnitt Unterstützung bei der Produktivitätsverbesserung oder Kostensenkung gesucht (Abb. 18).

4.6 Zufriedenheit mit den Leistungen der Unternehmensberatungen

Die Leistungsparameter der Unternehmensberatungen, welche zuletzt in den psychiatrischen / psychosomatischen Fachkrankenhäusern bzw. bei Allgemeinkrankenhäusern in den psychiatrischen / psychosomatischen Fachabteilungen beauftragt wurden, sind in einer besonderen grafischen Darstellung, der sogenannten „Zufriedenheits-Wichtigkeits-Matrix“, abgebildet. Aus der Verknüpfung der beiden Dimensionen „Zufriedenheit“ und „Wichtigkeit“ lässt sich der individuelle Handlungsbedarf bei jedem Leistungsparameter ableiten. Für Berater bzw. Entscheidungsträger in Unternehmensberatungen ist es von besonderer Bedeutung zu wissen, an welchen Kriterien sie nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten als erstes ansetzen müssen und welche Dimensionen weniger kritisch sind. Der Handlungsbedarf ist bei den Aspekten am dringendsten, die in der Wichtigkeit als überdurchschnittlich und in der Zufriedenheit der Krankenhäuser als unterdurchschnittlich bewertet wurden. Für Krankenhäuser kann es auf der anderen Seite von Bedeutung sein zu sehen, wel-



che Leistungsparameter auf welchem Niveau von Unternehmensberatungen erfüllt werden. Entscheidungsträger in den Kliniken erhalten dadurch nützliche Hinweise, um bei zukünftigen Beauftragungen von Beratern spezifische, individuelle Schwerpunkte setzen zu können.

Zur konkreten Berechnung dieser Matrix wurde dabei jeweils der statistisch gemittelte Wert der gemessenen Zufriedenheit eines Kriteriums berechnet (x-Wert). Zeitgleich wurde der Korrelationswert für jedes Zufriedenheitskriterium mit der Gesamtzufriedenheit³ ermittelt und als (indirekter) Wichtigkeitswert (y-Wert) gesetzt. Nach der Standardisierung beider Werte wurden diese in eine 4-Felder-Tafel eingetragen und ergaben so die Zufriedenheits-Wichtigkeits-Matrix (oder auch Handlungsrelevanzmatrix).

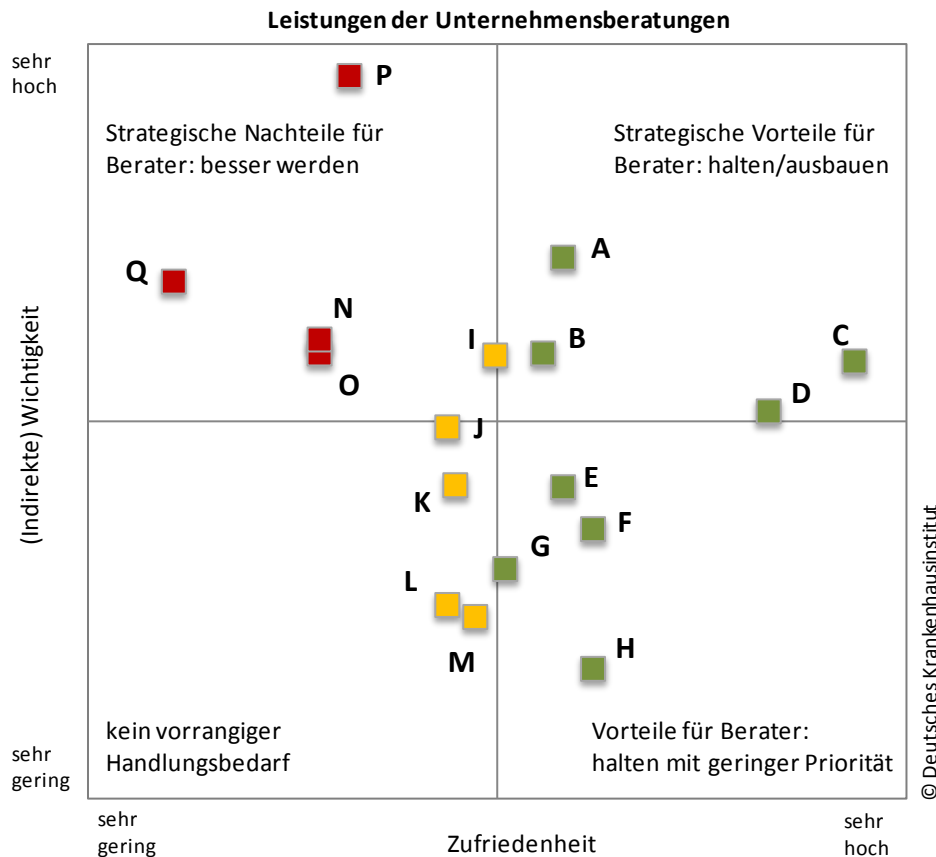
Diese Portfolio-Darstellung erlaubt es, die Relevanz des Handlungsbedarfs auf einen Blick darzustellen und daraus grobe strategische Empfehlungen abzuleiten (nach Homburg, Werner, 2000): Insbesondere dort, wo eine hohe Wichtigkeit mit einer geringen Zufriedenheit zusammentrifft (linker oberer Quadrant), sollten Maßnahmen zur Leistungsverbesserung erarbeitet werden. Leistungsbestandteile, bei denen die Zufriedenheit in etwa der (indirekten) Wichtigkeit entspricht, stellen einen Vorteil für das Unternehmen dar und sollten gehalten und evtl. ausgebaut werden.

Höchste Wichtigkeit bei hoher Zufriedenheit der Kunden in den psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhäusern erhielt das Preis-Leistungs-Verhältnis der Beratungsprojekte engagierter Unternehmen. Höchste Zufriedenheit bei ebenfalls hoher Wichtigkeit wurde der Einbindung der Geschäftsführung bei Beratungsprojekten zugesprochen. Zusammen mit der Einhaltung des Honorars und der Erreichung des Projektziels sind dies wichtige strategische Vorteile von Unternehmensberatungen bei der Unterstützung von psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtungen (Abb. 19).

Weitere, jedoch etwas weniger wichtige Aspekte der Beratungsunternehmen, mit denen die Auftraggeber äußerst zufrieden waren, stellen die Einbindung

³ Statistisch gemittelter Wert der gemessenen Zufriedenheiten über alle Kriterien

von Mitarbeitern, die Einhaltung des Zeitrahmens und das Verhalten sowie die Fachkompetenz / Qualifikation der einzelnen Berater dar.



Mit weiteren Leistungsparametern der Unternehmensberatungen, wie die Umsetzbarkeit der erstellten Konzepte, der Umgang mit Widerständen, die Akzeptanz der Berater bei den Mitarbeitern und das Problemverständnis sowie die soziale Kompetenz der Berater, waren die psychiatrischen Einrichtungen insgesamt etwas weniger zufrieden. Da allerdings die Wichtigkeit dieser Aspekte eine geringere Rolle spielte, besteht in diesem Bereich kein vorrangiger Handlungsbedarf.

Die Einbindung der Mitarbeitervertretung bei Beratungsprojekten in psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhäusern, die Innovativität der Konzepte und der Wissenstransfer sind bei sehr hoher Wichtigkeit und in besonderem Maße die Durchführung / Begleitung des Umsetzungsprozesses bei höchster Wichtigkeit mit relativ geringer Zufriedenheit von den Einrichtungen bewertet

worden. Aus der Zufriedenheits-Wichtigkeits-Matrix wird in diesem Bereich ein Verbesserungsbedarf für Beratungsunternehmen abgeleitet (Abb. 19).

Preis-Leistungs-Verhältnis	A
Erreichung des Projektziels	B
Einbindung der Geschäftsführung	C
Einhaltung Honorar	D
Einbindung der Mitarbeiter	E
Ethisches Verhalten der Berater	F
Einhaltung des Zeitrahmens	G
Fachkompetenz/Qualifikation der einzelnen Berater	H
Umsetzbarkeit der erstellten Konzepte	I
Problemverständnis der Berater	J
Umgang mit Widerständen	K
Soziale Kompetenz der Berater	L
Akzeptanz der Berater bei den Mitarbeitern	M
Wissenstransfer	N
Einbindung der Mitarbeitervertretung	O
Durchführung/Begleitung des Umsetzungsprozesses	P
Innovativität der Konzepte	Q

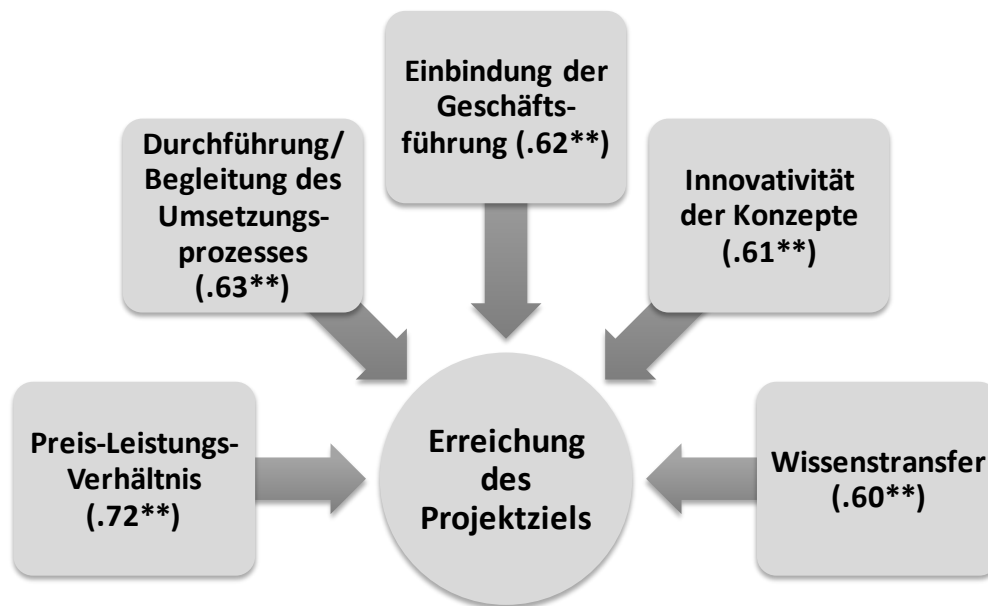
Abb. 19: Zufriedenheit-Wichtigkeits-Matrix der Leistungsparameter von Unternehmensberatungen

Ein Korrelationskoeffizient (auch: Korrelationswert) ist ein Maß, mit dem in der Korrelationsanalyse die Stärke eines Zusammenhangs (Korrelation) zwischen zwei Merkmalen gemessen werden kann. Er kann Werte zwischen (+/-) 1 und 0 annehmen. Bei einem Wert von (+/-) 1 besteht ein perfekter (linearer) Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 aufweist, besteht überhaupt kein (linearer) Zusammenhang zwischen den beiden betrachteten Merkmalen.

Die Zufriedenheit der psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtungen mit der Erreichung des Projektziels bei Unternehmensberatungen steht in einem starken Zusammenhang mit ihrer Zufriedenheit beim Preis-Leistungs-Verhältnis (Korrelationswert = .72) und mit ihrer Zufriedenheit bei der Einbindung der Geschäftsführung (Korrelationswert = .62)(Abb. 20). Das bedeutet, je höher die Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis und der Einbin-

derung der Geschäftsführung bei Beratungsprojekten war, desto höher war auch die Zufriedenheit der Befragten mit der Erreichung des Projektziels von Beratungsprojekten. Da diese Aspekte ausnahmslos im Bereich der strategischen Vorteile der Zufriedenheit-Wichtigkeits-Matrix (Abb. 19) angesiedelt sind, ist dieses Ergebnis nicht unerwartet.

Wesentliche Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Erreichung des Projektziels - Korrelationsanalyse



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der psychiatrischen Einrichtungen mit der Erreichung des Projektziels – Korrelationsanalyse (p<.01)**

Der starke Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Erreichung des Projektziels und der Zufriedenheit mit dem Wissenstransfer, der Innovativität der Konzepte und der Durchführung / Begleitung des Umsetzungsprozesses unterstreicht dahingegen noch einmal die Bedeutung dieser Parameter für eine Beratungsleistung. Die Relevanz dieser Leistungsparameter wird insbesondere im Zusammenhang mit der Zufriedenheit-Wichtigkeits-Matrix (Abb. 19) sichtbar: Wissenstransfer, Innovativität der Konzepte und Durchführung / Begleitung des Umsetzungsprozesses haben bei hoher Wichtigkeit von den psychiatrischen Einrichtungen nur relativ geringe Zufriedenheitswerte erhalten.



5 Behandlung von voll- oder teilstationären Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und / oder wahnhaften Störungen (ICD-10 F20-F29)

Im nachfolgenden Kapitel werden die Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und / oder wahnhaften Störungen (ICD-10 F20-29) aus Gründen der besseren Lesbarkeit als „Patienten mit Schizophrenie“ bezeichnet. Medizinische Ungenauigkeiten werden aus diesem Grund in Kauf genommen.

Das Risiko einer Person, im Laufe ihres Lebens an Schizophrenie zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt bei rund 1%. 60-70% der Patienten mit Schizophrenie haben wiederkehrende Krankheitsphasen oder sind chronisch krank, so dass sie eine längerfristige, sich oft über Jahre erstreckende Behandlung benötigen (Rey, 2006).

11% der Patienten, die im Jahr 2012 aufgrund einer F-Diagnose vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, wurden aufgrund einer Schizophrenie, schizotypen und / oder wahnhaften Störung behandelt (Statistisches Bundesamt, 2013). Damit war die Schizophrenie der vierthäufigste Grund, wegen einer psychischen Erkrankung stationär aufgenommen zu werden.

Die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Patienten mit Schizophrenie betrug im Jahr 2012 31,4 Tage. Die Kosten, die im Rahmen einer Schizophreniebehandlung entstehen, sind vergleichsweise hoch. Die Behandlung einer Schizophrenie zählt in Deutschland zu den teuersten psychiatrischen Erkrankungen. Die Kosten sind mit denen somatischer Volkskrankheiten vergleichbar oder liegen ggf. noch höher (DGPPN, 2005).

Bei der Schizophrenie handelt es sich nicht um ein homogenes Krankheitsbild. Auch einen eindeutig vorhersagbaren Krankheitsverlauf mit immer wieder vergleichbaren ähnlichen Krankheitsstadien gibt es nicht (Rey, 2006). Die Schizophrenie ist durch Veränderungen oder Störungen verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb oder Psychomotorik gekennzeichnet. Episodisch auftretende akute psychotische Zustände einerseits und andererseits chronische Einschränkungen mit persistierenden positiven (z.B. Wahn, Halluzinationen) und / oder negativen Symptomen (z.B. Affektverflachung, Antriebsminderung, sozialer Rück-



zug) sind bei schizophrenen Erkrankten typisch. Chronische Krankheitsverläufe sind in der Regel mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen verbunden. Häufig sind diese Beeinträchtigungen aber schon bei Beginn der Erkrankung gegeben und gehen den ersten positiven Symptomen voraus (DGPPN, 2005).

Die Diagnostik sowie die Behandlung der Patienten mit Schizophrenie können aufgrund der Vielzahl der möglichen Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Persönlichkeit des Patienten, soziale und familiäre Faktoren, Traumata oder Komorbiditäten, sehr komplex sein. Als Hilfestellung für die behandelnden Berufsgruppen sowie Patienten wurde daher die Leitlinie „Schizophrenie“ (DGPPN, 2005; zum Zeitpunkt der Befragung in Überarbeitung) entwickelt. Leitlinien sind Entscheidungshilfen über ein angemessenes Vorgehen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemen. Leitlinien lassen Ärzten dabei Entscheidungsspielräume und "Handlungskorridore", von denen je nach konkreter Problemlage auch abgewichen werden kann (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7>; letzter Zugriff am 16.07.2014). Die Verwendung von Leitlinien muss bei jedem individuellen Behandlungsfall entsprechend auf ihre Anwendbarkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss stets unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des individuellen Patienten getroffen werden.

Deswegen können Varianzen in der Anwendung dieser Methoden in oder zwischen den Einrichtungen ausdrücklich nicht als therapeutische Qualitätsunterschiede interpretiert werden. Ggf. auftretende Unterschiede in der Behandlungsweise von Patienten mit Schizophrenie zwischen den Einrichtungen können beispielsweise unterschiedliche Patientenzahlen oder eine abweichende Patientenstruktur zur Ursache haben.

Für einen konzisen Überblick über die generellen Arbeitsweisen und -möglichkeiten der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen im Bereich Schizophrenieerkrankungen, wurden die teilnehmenden Einrichtungen im Folgenden zu ihren eingesetzten Diagnose- und Behandlungsverfahren sowie begleitenden Behandlungsangeboten im Jahr 2012 befragt. Bei der



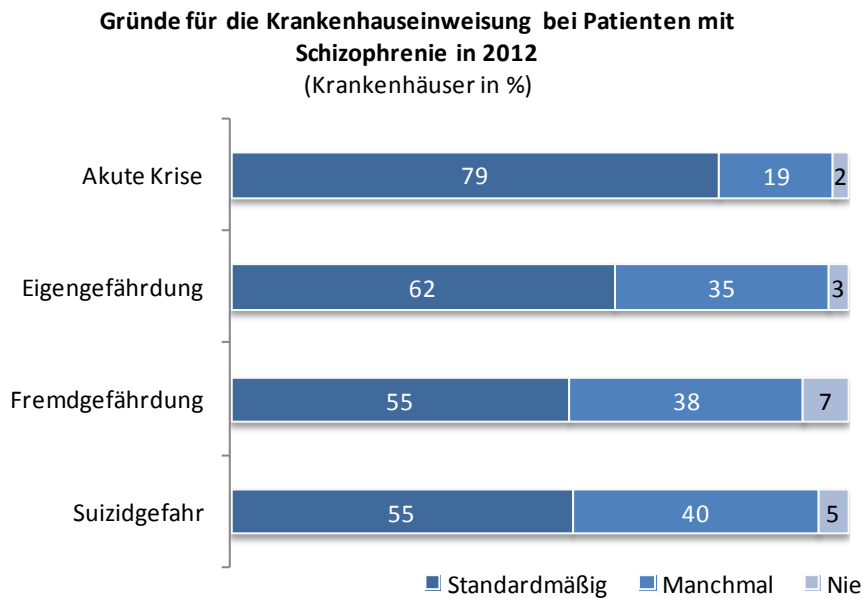
Darstellung der Ergebnisse wird aufgrund geringer Abweichungen nicht zwischen den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien in Allgemeinkrankenhäusern differenziert.

5.1 Gründe für die Krankenhauseinweisung

Eine stationäre Aufnahme kann bei Patienten mit Schizophrenie aus unterschiedlichen Gründen angezeigt sein. Indiziert ist sie insbesondere aufgrund von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie des Schutzes vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit die Patienten mit Schizophrenie im Jahr 2012 aus vorgegebenen Gründen, wie z.B. Suizidgefahr oder Eigengefährdung, in ihr Krankenhaus eingewiesen wurden. Als Antwortkategorien wurden den Befragten bei dieser Frage, wie auch bei vielen weiteren, die Möglichkeiten „standardmäßig“, „manchmal“ und „nie“ angeboten. Der Begriff „standardmäßig“ unterstellt hier keine „Standardtherapie“, sondern rekuriert vielmehr auf einen regelmäßigen Einsatz der jeweiligen Angebote oder Therapien bei entsprechender Indikation.

Die Patienten mit Schizophrenie wurden im Jahr 2012 insbesondere aufgrund einer akuten Krise ins Krankenhaus⁴ eingewiesen. In 79% der Krankenhäuser war dies der Fall. Bei 62% der Einrichtungen war Eigengefährdung ein häufiger Einweisungsgrund. Fremdgefährdung und Suizidgefahr waren in den Häusern ebenfalls ein häufiger Aufnahmeanlass von Patienten mit Schizophrenie (Abb. 21).

⁴ In die Analysen wurden nur die Krankenhäuser einbezogen, die gemäß ihrer Angaben Patienten mit Schizophrenie behandelt haben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Gründe für die Krankenhauseinweisung bei Patienten mit Schizophrenie

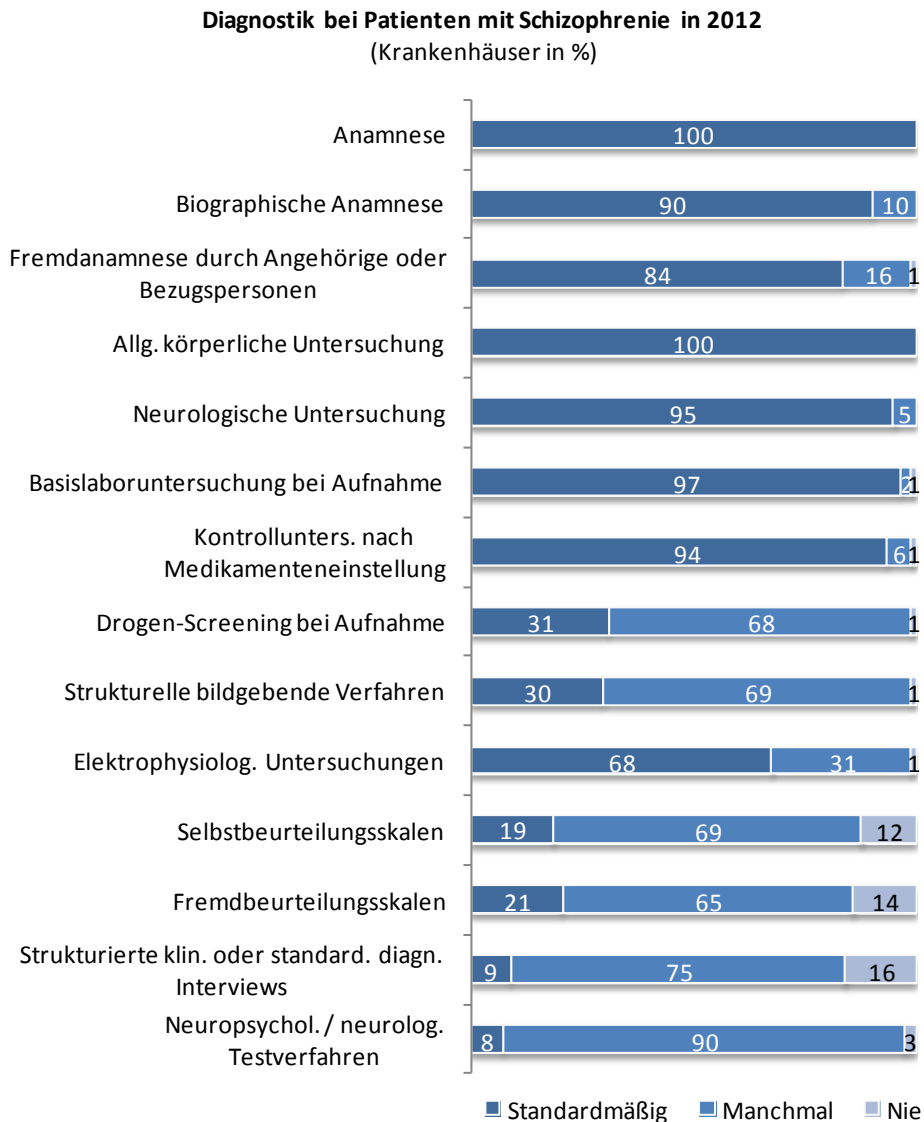
5.2 Eingesetzte Diagnoseverfahren

Im Folgenden ist dargestellt, inwieweit bei Schizophrenieerkrankungen in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 2012 unterschiedliche Diagnoseverfahren und psychologische / psychiatrische Verfahren zum Einsatz kamen. Auf eine Unterteilung in psychiatrische Diagnostik, Zusatzdiagnostik und testpsychologische Untersuchungen wird verzichtet⁵. Im Rahmen des PSYCHIATRIE BAROMETERS wurde nicht danach differenziert, ob es sich bei den aufgenommenen Patienten um Erstaufnahmen oder um Patienten, die zum wiederholten Male aufgenommen wurden, handelt. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse immer zu berücksichtigen.

Alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien erklärten, dass sie zur Diagnose von Schizophrenie bei ihren Patienten standardmäßig eine Anamnese aufnehmen sowie die Patienten allgemein körperlich unter-

⁵ Der Einsatz des Diagnosemanuals ICD-10 oder alternativ DSM4 bzw. die aufgetretenen Leitsymptome bei den Patienten mit Schizophrenie wurden nicht erhoben.

sucht haben. Ein ebenfalls großer Anteil der Einrichtungen (95%) führte standardmäßig eine neurologische Untersuchung durch.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Eingesetzte Diagnoseverfahren bei Patienten mit Schizophrenie im Jahr 2012

Ein sehr großer Teil der psychiatrischen Fachkliniken sowie der Allgemeinkrankenhäuser führte standardmäßig bei der Aufnahme von Patienten mit Schizophrenie eine Basislaboruntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen nach Medikamenteneinstellungen durch.



Eine biographische Anamnese (90%) sowie eine Fremdanamnese durch Angehörige oder Bezugspersonen kamen in der Diagnose der Patienten mit Schizophrenie in den Häusern ebenso sehr häufig standardmäßig zum Einsatz.

Elektrophysiologische Untersuchungen, wie beispielsweise EEG oder EKG, zählten bei der Diagnose von Patienten mit Schizophrenie ebenfalls häufig zum Standard und wurden in gut zwei Dritteln der Häuser realisiert. Die Patienten mit Schizophrenie wurden in knapp einem Drittel der Krankenhäuser regelmäßig auf Drogen gescreent. Bildgebende Verfahren kommen ebenfalls vielfach zum Einsatz.

Zur Unterstützung der Diagnostik können Skalen eingesetzt werden. Rund ein Fünftel der Krankenhäuser hat standardmäßig jeweils Fremd- (z.B. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)) und Selbstbeurteilungsskalen (z.B. Eppendorfer Schizophrenie Inventar (ESI)) verwendet. Jeweils mehr als zwei Drittel der Häuser nutzten die entsprechenden Skalen manchmal.

Alle weiteren Verfahren zählten in beiden Krankenhaustypen bei der Diagnostik von Schizophrenie in der Regel selten zum Standard. Neuropsychologische oder neurologische Testverfahren kamen in einem Großteil der Einrichtungen manchmal zum Einsatz. Drei Viertel der Kliniken nutzten manchmal strukturierte klinische oder standardisierte diagnostische Interviews wie SKID-I oder CIDI (Abb. 22).

5.3 Genutzte medikamentöse und somatisch-physiologische Angebote

Eine weitere Säule bei der Behandlung und Therapie von Patienten mit Schizophrenien stellt die somatisch-physiologische Behandlung, in der Regel die Medikation, dar (Rey, 2006).

Fast alle Allgemeinen und Fachkrankenhäuser gaben auf die Frage nach den verwendeten Behandlungsangeboten an, für die Therapie von Patienten mit Schizophrenie im Jahr 2012 Psychopharmaka eingesetzt zu haben (96%).

Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen hat die Medikamente in Monotherapie verabreicht. Ein Drittel der Krankenhäuser gab ihren Patienten die Medikamente in Form von Polypharmazie, die bei Behandlungsresistenz indiziert sein kann (Abb. 23 & Abb. 24).

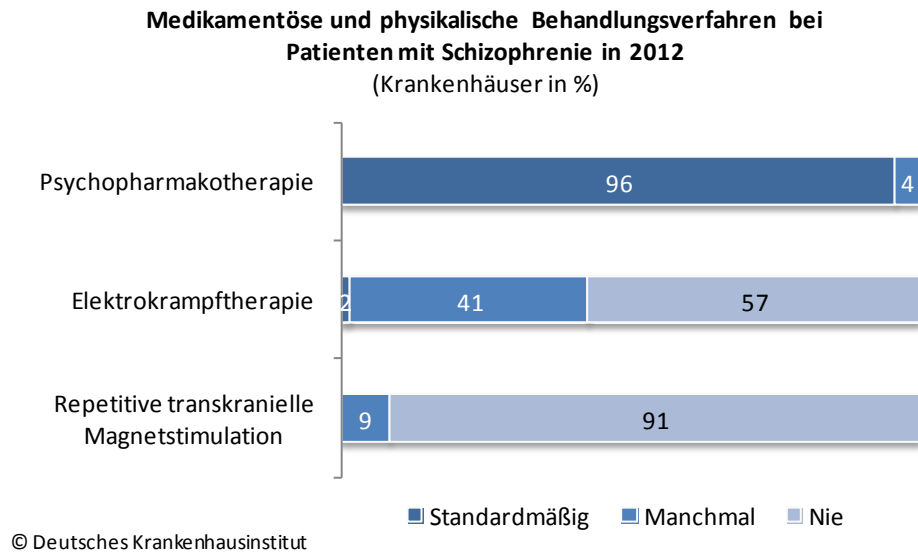


Abb. 23: Medikamentöse und physikalische Behandlungsverfahren bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

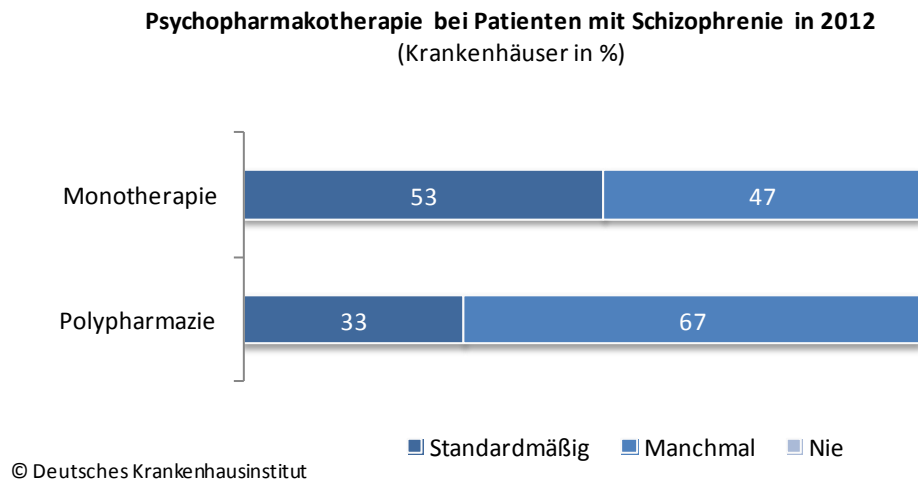
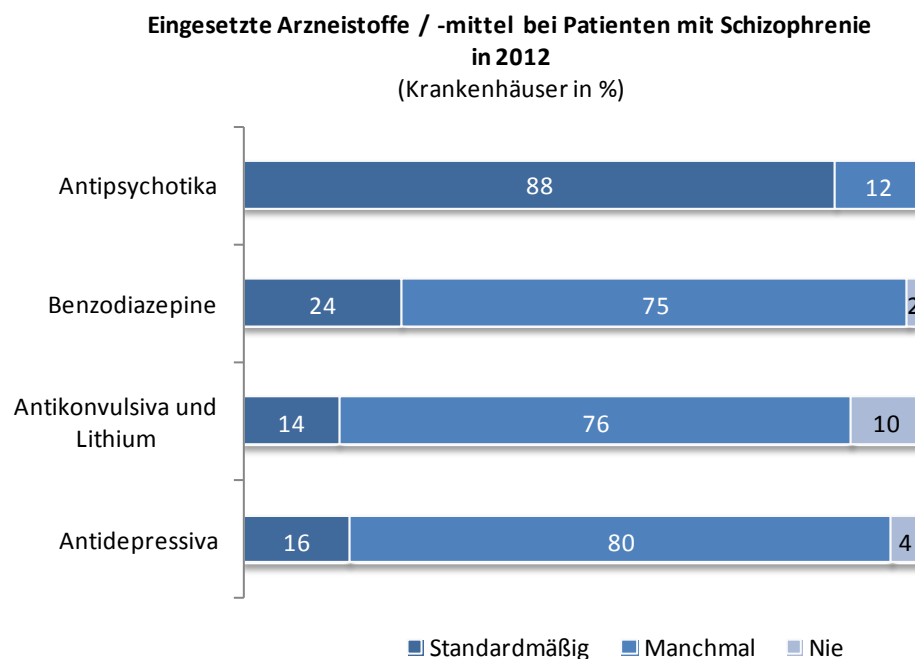


Abb. 24: Psychopharmakotherapie bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

Im Unterschied zur Depression spielt die Elektrokonvulsionstherapie keine große Rolle bei der Schizophrenie. Für bestimmte Schizophrenieformen, insbesondere die perniziöse Katatonie, ist sie allerdings unverzichtbar. Dies spiegelt sich auch in den Umfrageergebnissen wider. 41% der Häuser setzten manchmal Elektrokrampftherapie ein. Knapp 10% der Krankenhäuser verwendeten bereits rTMS als neuartige experimentelle Behandlungsform, deren Indikation sich teilweise mit der Elektrokonvulsionstherapie deckt (Abb. 23).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Eingesetzte Arzneistoffe / -mittel bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

Im Rahmen der Medikation wurde bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie im Jahr 2012 in 88% der Häuser regelhaft Antipsychotika eingesetzt. Alle Krankenhäuser nutzten hier insbesondere Atypika. Typika bzw. konventionelle Antipsychotika wurden den Patienten mit Schizophrenie in gut

einem Viertel der Krankenhäuser standardmäßig⁶ verabreicht⁷. Auf eine Kombination von Atypika und Typika setzten standardmäßig 17% der Einrichtungen (Abb. 25 & Abb. 26).

Neben der Antipsychotika-Gabe stehen weitere Wirkstoffgruppen vorwiegend zur symptomatischen Behandlung zur Verfügung. Benzodiazepine wurden in knapp einem Viertel der Krankenhäuser regelmäßig zur Behandlung genutzt, Antidepressiva in 16% der Einrichtungen. Antikonvulsiva und Lithium wurden in 14% der Häuser Patienten mit Schizophrenie standardmäßig verabreicht (Abb. 25).

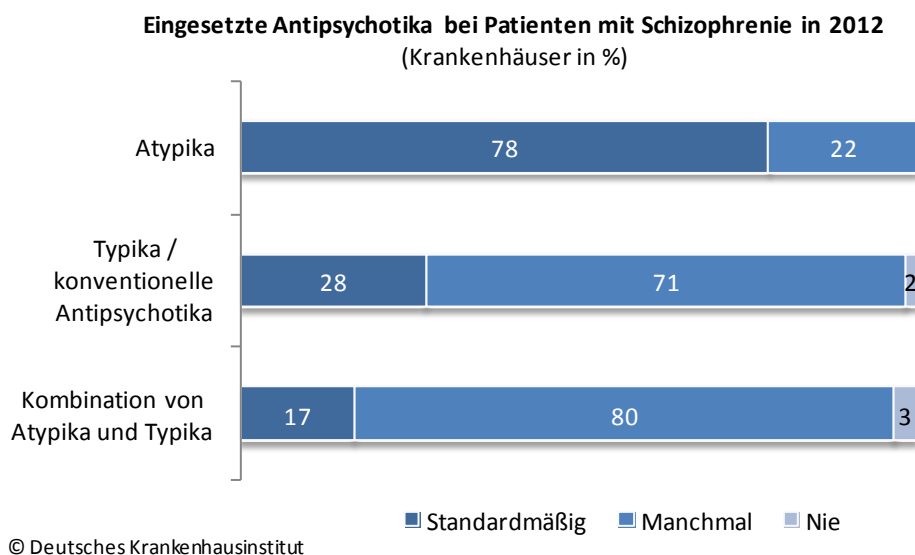


Abb. 26: Eingesetzte Antipsychotika bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

5.4 Angewandte psychotherapeutische Verfahren

Psychologische oder psychotherapeutische Verfahren sind neben der Gabe von Medikamenten eine weitere Säule bei der Behandlung von Patienten mit

⁶ Der Begriff „standardmäßig“ wurde den Häusern neben „manchmal“ und „nie“ als Antwortkategorie angeboten. Er impliziert keine Standardtherapie sondern zielt eher auf den regelmäßigen Einsatz verschiedener Aspekte ab.

⁷ Zu berücksichtigen ist, dass die Medikation wesentlich von verschiedenen Faktoren, wie z.B. Erstmanifestation oder Wiedererkrankung, Ansprechen auf die Therapie, Nebenwirkungen, abhängt.

Schizophrenie. Sie werden vor allem mit den Zielen eingesetzt, die individuelle Vulnerabilität zu vermindern, ungünstige Einflüsse äußerer Stressoren zu verringern, die Krankheitseinsicht und Adhärenz zu erhöhen, die Lebensqualität zu verbessern, Krankheitssymptome zu reduzieren sowie die Fähigkeiten zur Kommunikation und Krankheitsbewältigung zu verbessern (DGPPN, 2005).

Für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie stehen grundsätzlich die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren zur Verfügung. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden daher gebeten anzugeben, inwieweit sie im Jahr 2012 spezielle Verfahren als Einzel- oder Gruppentherapie zur Behandlung von schizophrenen Patienten eingesetzt haben.

Bezogen auf die **Einzeltherapien** berichteten 38% der Krankenhäuser, für die Behandlung von schizophrenen Erkrankungen im Jahr 2012 standardmäßig Verhaltenstherapie eingesetzt zu haben. 11% aller Einrichtungen führten standardmäßig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durch. 36% der Krankenhäuser verzichteten gänzlich auf dieses Verfahren (Abb. 27).

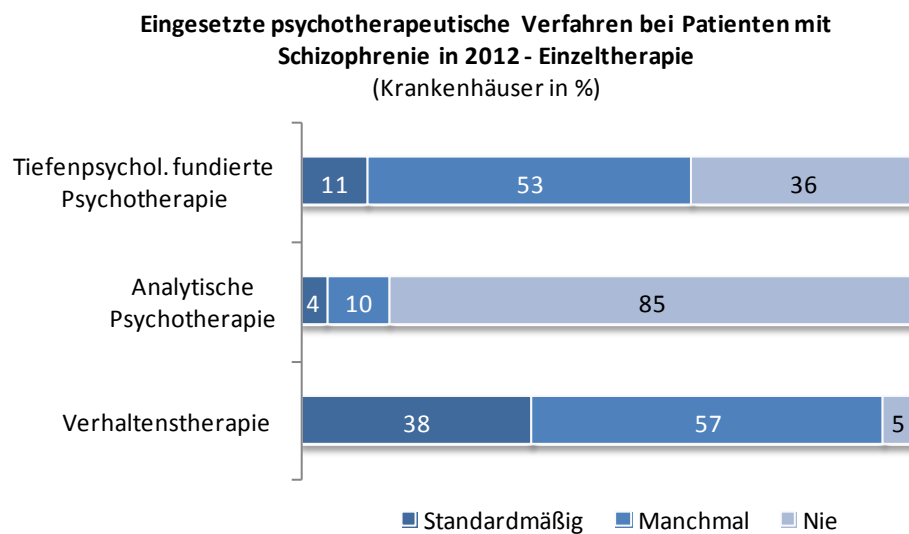
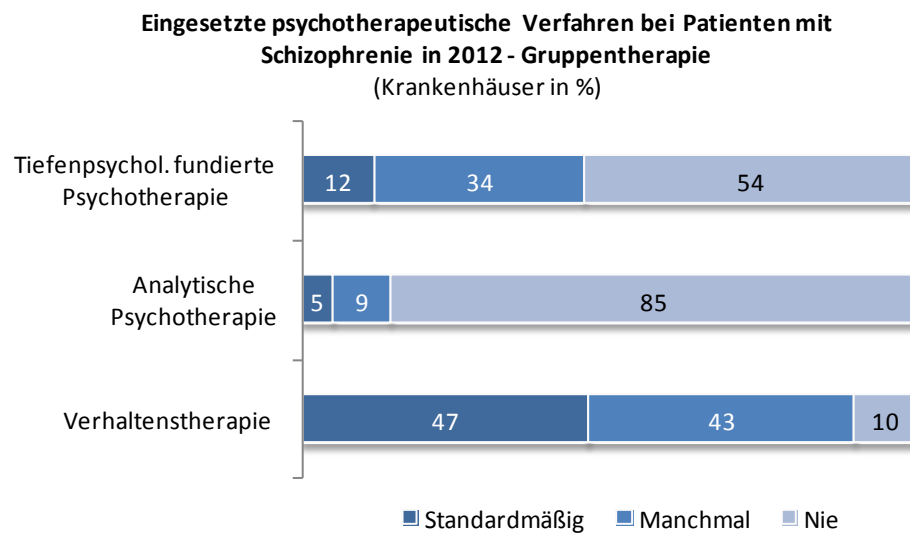


Abb. 27: Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren in Einzeltherapie bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

Im Bereich der **Gruppentherapien** berichtete knapp die Hälfte aller Krankenhäuser für die Behandlung von schizophrenen Erkrankungen im Jahr 2012 standardmäßig Verhaltenstherapie eingesetzt zu haben. 12% der Kliniken führten standardmäßig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durch. Bei gut der Hälfte aller Einrichtungen war dieses Verfahren im Rahmen des Therapieplans nicht vorgesehen (Abb. 28).

Die Verhaltenstherapie war das psychotherapeutische Verfahren, das in Einzel- und Gruppentherapie bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie am häufigsten genutzt wurde.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren in Gruppentherapie bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

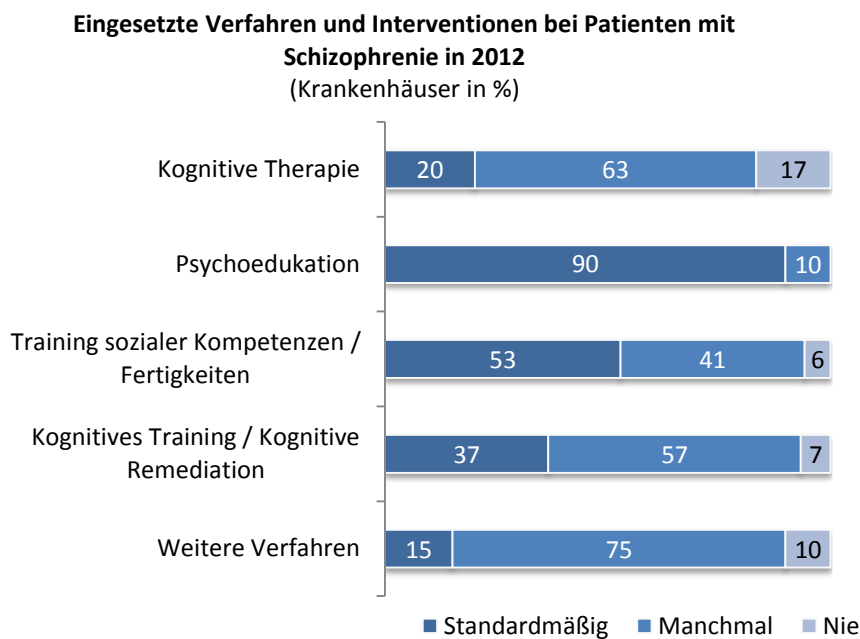
5.5 Eingesetzte Verfahren und Interventionen

Etwa 80% der schizophrenen Patienten weisen kognitive Beeinträchtigungen auf. Die bedeutsamsten Auffälligkeiten werden meist im Bereich des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit oder der Exekutivfunktionen beobachtet. Häufig wird bereits bei einer Ersterkrankung eine Verminderung der kognitiven Fähigkeiten konstatiert. Kognitive Störungen sind insbesondere bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation der Patienten relevant. Die Notwendigkeit

einer Fokussierung auf die Kognitionen als eigenständiger Behandlungsbau-
stein scheint damit angezeigt (Pfueller et al., 2010).

Darüber hinaus weisen Patienten mit Schizophrenie oftmals Defizite im Rah-
men der sozialen Kompetenzen auf. Die sozialen und kognitiven Fertigkeiten
von Patienten können in psychotherapeutischen Verfahren sowie darüber hin-
aus in diesen ergänzenden Verfahren trainiert und den kognitiven Beeinträch-
tigungen entgegen gewirkt werden. Grundsätzlich steht eine Reihe von Be-
handlungsmethoden zur Verfügung, die wiederum zum Teil auch aus unter-
schiedlichen Trainings bestehen. Die entsprechenden Verfahren bilden einen
weiteren wichtigen Baustein bei der Behandlung von Patienten mit Schizo-
phrenie.

Ein Großteil der Krankenhäuser (90%) setzten bei schizophrenen Patienten
standardmäßig Psychoedukation ein (Abb. 29).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Eingesetzte Verfahren und Interventionen bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

In gut der Hälfte aller Häuser gehörte das Training sozialer Kompetenzen oder Fertigkeiten zum Standard, 41% boten dieses manchmal an (Abb. 29). Trai-

nings sozialer Kompetenzen oder Fertigkeiten sind Verfahren, die es den Patienten mit Schizophrenie ermöglichen sollen, ihre sozialen Fähigkeiten zu erhöhen. In Gruppen- oder Einzelsitzungen können z.B. Strategien zur Stressreduktion, Training verbaler oder non-verbaler Kommunikation oder Verhaltensübungen trainiert werden (DGPPN, 2005).

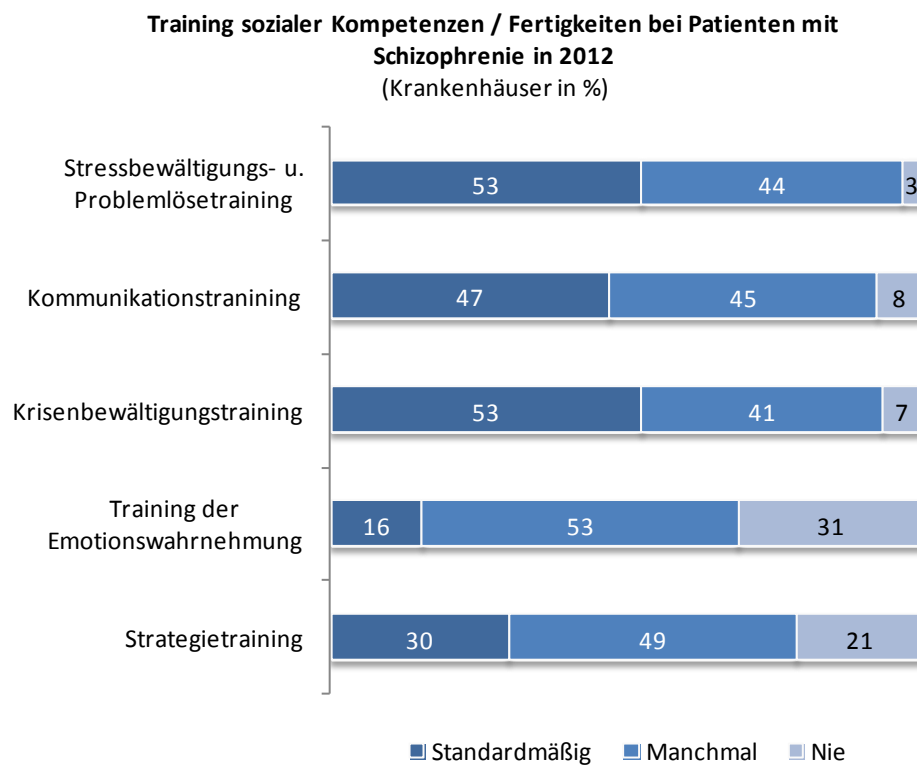


Abb. 30: Training sozialer Kompetenzen / Fertigkeiten bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

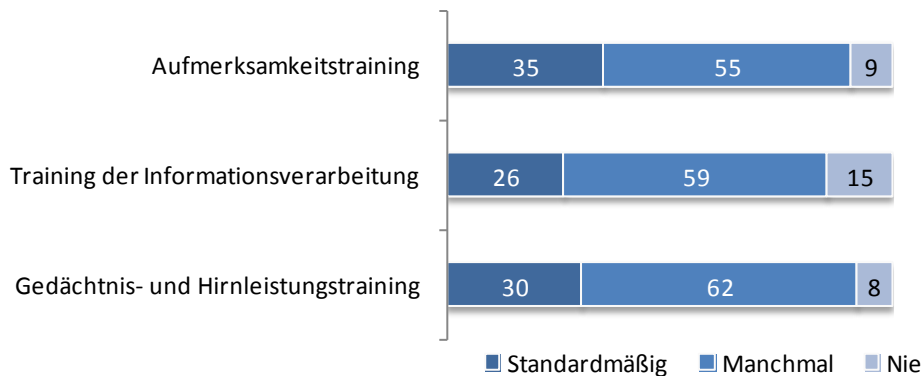
Gut die Hälfte aller Einrichtungen setzte im Rahmen des Trainings sozialer Kompetenzen oder Fertigkeiten bei Patienten mit Schizophrenie im Jahr 2012 jeweils standardmäßig Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings sowie Krisenbewältigungstrainings ein. Die kommunikativen Fähigkeiten der Patienten trainierte knapp die Hälfte der Häuser standardmäßig. Strategietrainings oder Training der Emotionswahrnehmung gehörten bei Patienten mit Schizophrenie vergleichsweise selten zum regelmäßigen Angebot: Übungen im Bereich der Strategie wendete etwas weniger als ein Drittel der Einrichtungen

standardmäßig an, Training der Emotionswahrnehmung waren in 16% der Kliniken ein regelmäßiges Angebot (Abb. 30).

Kognitives Training bzw. kognitive Remediation, die durch wiederholtes Training und den Aufbau von Strategien zur Kompensation neuropsychologischer Einschränkungen auf eine systematische Förderung kognitiver Prozesse abzielen, wurden in 37% aller Einrichtungen standardmäßig und in mehr als der Hälfte der Häuser manchmal angewendet (Abb. 29).

Im Rahmen des kognitiven Trainings bzw. der kognitiven Remediation setzte gut ein Drittel der Krankenhäuser bei der Behandlung ihrer Patienten mit Schizophrenie standardmäßig Aufmerksamkeitstrainings ein. Das Training der Informationsverarbeitung bzw. Gedächtnis- und Hirnleistungstrainings zählten bei der kognitiven Remediation in rund einem Viertel bzw. 30% aller Häuser zum Standardangebot, in weit mehr als der Hälfte wurden diese manchmal herangezogen (Abb. 31).

Kognitives Training / kognitive Remediation bei Patienten mit Schizophrenie in 2012
(Krankenhäuser in %)

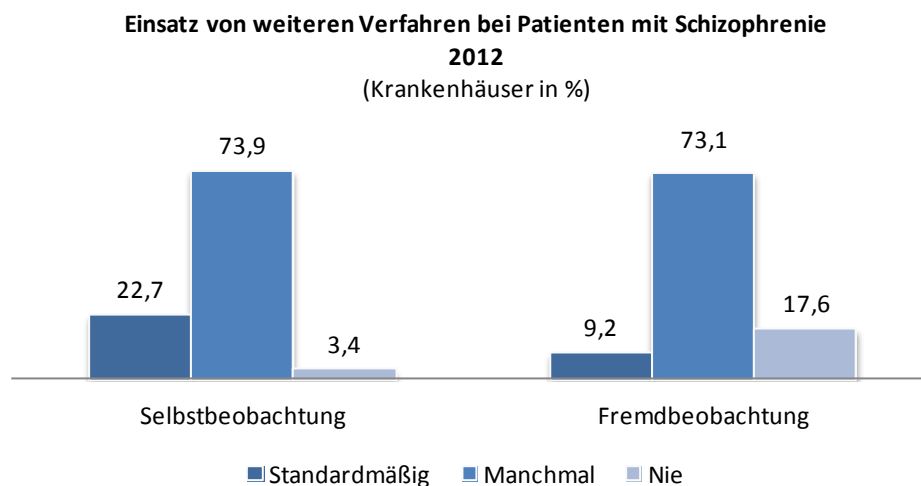


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Kognitives Training / kognitive Remediation bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

Eine kognitive Therapie zählte in 20% und weitere Verfahren in 15% der Kliniken zum Standardangebot. 63% der Einrichtungen nutzte eine kognitive Therapie und drei Viertel weitere Verfahren manchmal (Abb. 29).

Der Einsatz weiterer Verfahren stellt sich wie folgt dar: Selbstbeobachtungen, wie z.B. Wochenpläne oder Tagebücher, wurden in 23% der Häuser standardmäßig und in 74% manchmal eingesetzt. Fremdbeobachtungen, wie Rollenspiele oder Verhaltensproben, zählten vergleichsweise selten zum regelmäßigen Angebot. Sie wurden in 73% der Häuser manchmal genutzt (Abb. 32).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Einsatz weiterer Verfahren bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

5.6 Begleitende Behandlungsangebote

Spezielle begleitende Behandlungsangebote, wie z.B. Ergo- oder Kreativtherapie, bieten weitere Therapiemöglichkeiten. Ergotherapeutische Interventionen werden in der Regel zur Behandlung psychopathologischer Symptome eingesetzt, die den Verlust von Handlungskompetenzen nach sich ziehen. Ergotherapie zielt auf die Erhöhung der Kompetenz für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und sinnvoller Freizeitgestaltung ab. Zudem sollen Fähigkeiten und Fertigkeiten erhalten oder wieder hergestellt werden, die für eine Berufstätigkeit wichtig sind. Weitere Verfahren, wie die Kreativ- oder Musiktherapie, können bei Patienten mit Schizophrenie eingesetzt werden, um den Selbst- und Realitätsbezug wieder herzustellen, die Körper- und Raumwahrnehmung

zu fördern und kognitive Funktionen, die Autonomie oder Gefühlsausdrücke zu verbessern (DGPPN, 2005).

Ergotherapie sowie Sport- und Bewegungstherapie wurden im Jahr 2012 bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie von den begleitenden Angeboten am häufigsten genutzt. 87% der Krankenhäuser setzten bei schizophren Erkrankten standardmäßig ergotherapeutische Interventionen, wie z.B. Haushaltstraining oder Computer-Ergotherapie, ein. Sport und Bewegung wurden in 81% der Häuser standardmäßig realisiert. In je gut der Hälfte der Einrichtungen gehörte Kreativtherapie, wie Musik- oder Kunsttherapie, zum Standardangebot. Arbeitstherapeutische Interventionen, wie z.B. materialgebundene Arbeitstherapie oder Produktion und Fertigung, wurden in 45% der Häuser standardmäßig bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie genutzt (Abb. 33).

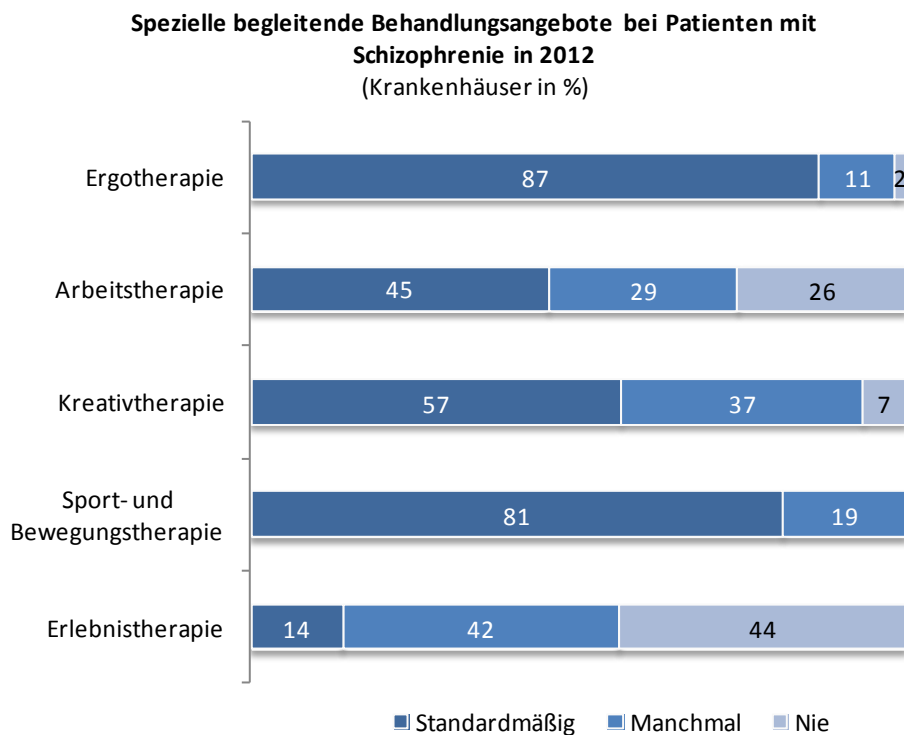


Abb. 33: Spezielle begleitende Behandlungsangebote bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

Die Möglichkeiten im Bereich der unterstützenden Therapieverfahren und therapeutischen Maßnahmen bei schizophrenen Erkrankungen sind vielfältig. Die teilnehmenden Krankenhäuser wurden daher gebeten anzugeben, welche Methoden aus einer vorgegebenen Auswahl von begleitenden Behandlungsangeboten sie ihren Patienten offerieren.

Die Förderung der Medikamenten-Compliance ist das am häufigsten standardmäßig genutzte Angebot. In 79% der Häuser gehörte es bei schizophren Erkrankten zum Standard. Gruppenverfahren, wie z.B. Paartherapie, Familientherapie oder Angehörigengruppen, wurden in 45% der Kliniken standardmäßig bzw. manchmal eingesetzt. Ernährungsberatungen wurden im Vergleich am seltensten und in einem Viertel der Einrichtungen standardmäßig angeboten. 73% der Einrichtungen nutzten dieses Verfahren manchmal (Abb. 34).

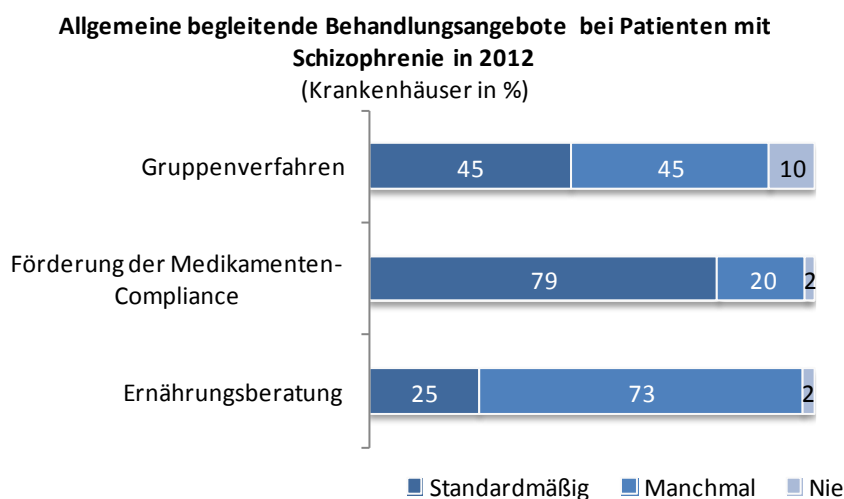
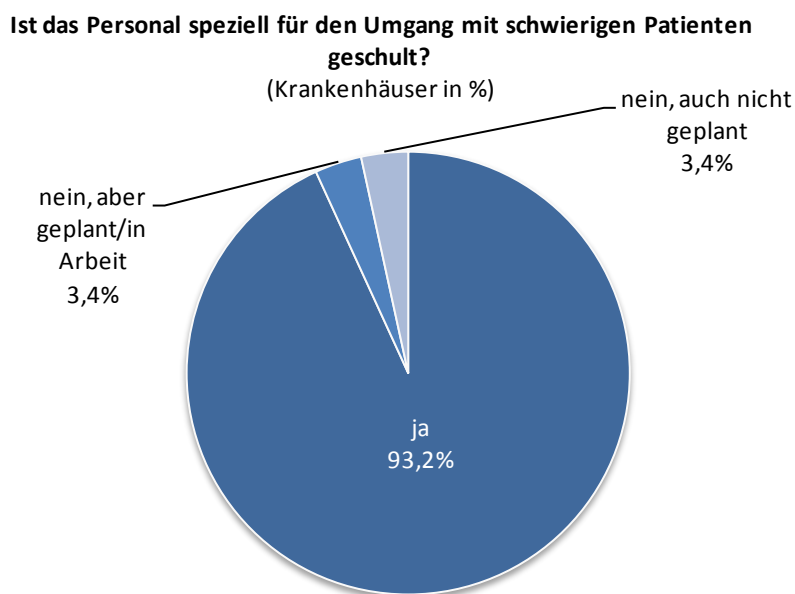


Abb. 34: Allgemeine begleitende Behandlungsangebote bei Patienten mit Schizophrenie in 2012

5.7 Schulung des Personals

Ein Teil der Patienten aus psychiatrischen / psychosomatischen Fachkrankenhäusern bzw. bei Allgemeinkrankenhäusern aus der psychiatrischen / psychosomatischen Fachabteilung ist im Umgang schwieriger als andere Patienten. Die Krankenhäuser tragen diesem Umstand Rechnung: In 93% der Einrichtungen ist das Personal speziell für den Umgang mit schwierigen Patienten

ten geschult, in knapp 4% der Häuser ist dies nicht umgesetzt und geplant (Abb. 35).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Schulung des Personals im Umgang mit schwierigen Patienten



6 Literaturverzeichnis

- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2013). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2012). PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2012. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.) (2005). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.
- Homburg C, Werner H. (2000). Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Herrmann, Homburg (Hrsg.), Marktforschung. Wiesbaden: Gabler.
- Pfueller, U., Roesch-Ely, D., Mundt, C., Weisbrod, M. (2010). Behandlung kognitiver Defizite bei Schizophrenie. Teil I: Diagnostik und psychologische Verfahren. In: Nervenarzt, 81: 556-563.
- Rey, E.-R. (2006). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Wittchen HU, Hoyer J. Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2013). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden. www.destatis.de Letzter Zugriff: 24.04.2014.