

Psychopharmakotherapie bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung

Die Sicht von Betreuungspersonal aus stationären Wohneinrichtungen

Matthias Schützwohl, Dresden, Nicole Stasch, Lea Mayer, Günzburg, Indra Krönke, Annegret Reupert, Dresden, und Silvia Krumm, Günzburg

Hintergrund: Die Psychopharmakotherapie von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (IE) wird speziell mit Blick auf die Versorgung von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Menschen mit IE kritisch bewertet. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Bewertung der Qualität der Psychopharmakotherapie sowie die Identifizierung einrichtungsspezifischer Rahmenbedingungen und Faktoren, die das Ausmaß der Leitlinienadhärenz beeinflussen können. Zudem sollten aus der Versorgungspraxis heraus Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie erhoben werden.

Methoden: Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit IE wurden im Rahmen einer anonymen Onlinebefragung mittels selbst entwickeltem Erhebungsbogen befragt.

Ergebnisse: Die Studienteilnehmer (n = 350) beurteilten die Qualität der Psychopharmakotherapie differenziert und zum Teil sehr kritisch. Es fand sich der Hinweis, dass die Leitlinienadhärenz vielfach bereits durch die Modifikation spezifischer Rahmenbedingungen verbessert werden kann. Ergänzend wurden folgende Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Psychopharmakotherapie genannt: Schließen bestehender Versorgungslücken, Verbesserung des Wissensstands, stärkere Patientenzentrierung und Einbezug des Umfelds, Gewährleistung einer umfassenden Diagnostik und regelhafter Kontrollen sowie kritischer Umgang mit Psychopharmaka und Einsatz von Alternativen bzw. Ergänzungen zu Psychopharmaka.

Schlussfolgerung: Die Psychopharmakotherapie von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Menschen mit IE kann durch die Etablierung im Rahmen aufsuchender Arztvisiten stattfindender Fallkonferenzen verbessert werden. Es bedarf darüber hinaus aber umfassender struktureller Veränderungen, um die von den Studienteilnehmern identifizierten Versorgungslücken zu schließen.

Schlüsselwörter: Intellektuelle Entwicklungsstörung, Psychopharmakotherapie, Leitlinienadhärenz, Wohnbetreuung, Onlinebefragung

Psychopharmakotherapie 2022;29:96–105.



Psychotropic medication in adults with intellectual disability. The view of caregivers from residential facilities

Background: Psychopharmacotherapy for adults with disorders of intellectual development (ID) is subject to criticism, particularly with regard to the treatment of individuals living in residential accommodation. The aim of the present study was to assess the quality of the psychotropic medication and to identify factors that may affect adherence to existing guidelines for prescribing these drugs to adults with ID. Moreover, suggestions for the improvement of psychotropic medication were to be gathered.

Methods: We interviewed staff of residential accommodation for adults with ID using an anonymous online survey based on a self-developed questionnaire.

Results: Study participants (n = 350) assessed the quality of psychopharmacotherapy differentially and in part very critically. An improvement of psychotropic prescription was indicated through the adjustment of specific parameters. In addition, the following suggestions for improvement of psychopharmacotherapy were mentioned: Closing of existing gaps in care, improvement of knowledge, stronger patient-centeredness and inclusion of the environment, guarantee of comprehensive diagnostics and regular controls as well as critical handling of psychopharmaceuticals and the use of alternatives or supplements to psychopharmaceuticals.

Conclusion: Psychopharmacotherapy of adults with ID living in residential accommodations might be improved by establishing case conferences during outreach visits. However, comprehensive structural changes are needed to close the gaps in care identified by the study participants.

Key words: intellectual developmental disorder, psychopharmacotherapy, guideline adherence, supported accommodation, online-survey

Prof. Dr. sc. hum. habil. Dipl.-Psych. Matthias Schützwohl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, E-Mail: matthias.schuetzwohl@ukdd.de

Nicole Stasch, Lea Mayer, Silvia Krumm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Indra Krönke, Annegret Reupert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Aufgrund epidemiologischer Studien ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 75 000 bis 300 000 Personen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung (IE) unter einer psychischen Störung leiden und etwa 300 000 bis 1,25 Millionen Personen mit einer IE Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die einen psychiatrischen oder/und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf implizieren [2, 22]. Psychopharmaka sind auch bei Menschen mit IE ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung, sollten allerdings nur bei eindeutiger Indikation sowie unter Beachtung publizierter Leitlinien verordnet werden [1, 8]. Im Ergebnis vorliegender Studien muss konstatiert werden, dass dieser Grundsatz international (z. B. [10, 25, 29]) und in Deutschland vor allem in der Behandlung von Personen mit IE, die in institutionalisierten Wohnformen leben, nicht ausreichend berücksichtigt wird [24]. Ein Trend zu einer höheren Leitlinienadhärenz lässt sich in der Literatur nicht erkennen [5, 7, 9]. Es muss daher von einer fortbestehenden gravierenden Fehlversorgung mit potenziellen Risiken für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen mit IE [13] sowie erhöhten Folgekosten [17] ausgegangen werden. Mängel in der Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren gelten als ein zentrales Hindernis einer rationalen Psychopharmakotherapie [9].

Die Zielstellungen existierender Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Personen mit IE [1, 3, 19, 28] sind umfassend. Es liegen vor allem Empfehlungen zur Abklärung der Indikationsstellung sowie zum Monitoring vor. Es soll beispielsweise sichergestellt werden, dass Psychopharmaka nur nach umfassender Diagnostik verordnet werden, die Indikationsstellung im Verlauf regelhaft überprüft wird und Dosisreduktionen regelhaft in Erwägung gezogen werden. Die im Rahmen einer Verordnung notwendigen körperlichen, apparativen und laborchemischen Untersuchungen sind regelmäßig in erforderlichen Abständen durchzuführen. Es ist zudem sicherzustellen, dass die Einnahmевorschriften beachtet und Wirkungen und Nebenwirkungen möglichst standardisiert erhoben werden. Die Verordnung und Behandlung soll patientenzentriert erfolgen und damit vor allem den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Patienten entsprechen. In ihrer Gesamtheit zielen die Leitlinien darauf ab, die Versorgung möglichst bedarfsgerecht, patientenorientiert und letztlich auch möglichst wirtschaftlich zu gestalten [23].

Die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen gelingt in der Versorgungspraxis allerdings nicht durch deren Publikation. Um die Versorgung tatsächlich in der angestrebten Art zu verbessern, müssen vielmehr Barrieren einer leitliniengerechten Versorgungspraxis identifiziert und gezielt überwunden werden [11]. Vor diesem Hintergrund haben wir Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit IE gebeten, die Qualität der Psychopharmakotherapie der von ihnen betreuten Klienten zu bewerten. Ziel dieser Befragung war es, Rahmenbedingungen

der Versorgung zu identifizieren, die im Zusammenhang mit den subjektiven Qualitätsbeurteilungen stehen und damit vermeintlich die Qualität der Psychopharmakotherapie beeinflussen. Um ergänzend hierzu aus der Versorgungspraxis heraus Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE zu erhalten, haben wir die Studienteilnehmer diesbezüglich befragt.

Methodе

Datenerhebung

Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit einer IE wurden mit einem selbst entwickelten und im Ergebnis von Pilotierungen mehrmals revidierten Fragebogen befragt. Dieser erfasste in einem ersten Teil Informationen über die Studienteilnehmer und die zugehörigen Einrichtungen. In einem zweiten Teil wurden Einstellungen und Meinungen zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE im Allgemeinen sowie Beurteilungen zur Qualität der Praxis der Psychopharmakotherapie bei in der eigenen Wohneinrichtung lebenden Menschen mit IE erhoben. Die zu beurteilenden Qualitätskriterien korrespondieren mit Handlungsempfehlungen, die sich aus existierenden Leitlinien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit IE ergeben [23]. Die quantitativen Beurteilungen erfolgten entsprechend der Schulnoten jeweils auf einer Skala von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „mangelhaft“. Es gab zudem die Möglichkeit, „nicht beurteilbar“ anzugeben. Die gültigen Beurteilungen über die 20 Qualitätskriterien wurden zu einem Summenwert zusammengefasst. Die Reliabilität dieser Skala ist bei einer internen Konsistenz von Cronbachs $\alpha = 0,941$ als sehr gut zu bewerten.

Anregungen zu Möglichkeiten, die Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE einerseits im Allgemeinen, andererseits speziell in der eigenen Wohneinrichtung zu verbessern, wurden mit zwei offenen Fragen erhoben.

Rekrutierung der Studienteilnehmer

Anhand intensiver Internetrecherchen wurden 1530 E-Mail-Adressen von 2471 deutschlandweit identifizierten stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit IE ermittelt, über die die potenziellen Studienteilnehmer zu einer anonymen Online-Befragung mittels SoSci-Survey eingeladen wurden. Im Ergebnis lagen 350 Fragebogen vor, bei denen Angaben zu mindestens einem interessierenden Qualitätskriterium gemacht wurden. Dies entspricht einem Rücklauf von 22,9%. Charakteristika der Studienteilnehmer und der beteiligten Wohneinrichtungen sind **Tabelle 1** zu entnehmen.

Datenauswertung

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv über Häufigkeitsauszählungen. Mittelwertdifferenzen wurden mittels t-Test oder varianzanalytisch mit Tukey-Post-hoc-Test auf Signifikanz geprüft.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden mittels qualitativer, inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz [16] ausgewertet. In einer ersten Materialsichtung fand sich kein systematischer Unterschied in den Antworten auf die beiden offenen Teilfragen zu allgemeinen und wohneinrichtungsspezifischen Verbesserungsvorschlägen, weshalb die weitere Entwicklung des Kategoriensystems zusammenfassend für beide Teilfragen erfolgte. Zunächst wurden deduktive Kategorien basierend auf den Qualitätskriterien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit IE [23] erstellt. Im weiteren Schritt wurden aus den Antworttexten die induktiven Kategorien entwickelt. Deduktive und induktive Kategorien wurden anschließend schrittweise zusammengefasst, modifiziert und sukzessive zu einem Kategoriensystem strukturierend zusammengefasst. Zwei Teams, bestehend aus jeweils zwei Mitautorinnen (LM und NSt, AR und IK), kodierten zunächst unabhängig voneinander alle Antworten entsprechend deduktiver und induktiver Kategorien. Anschließend wurde das Kategoriensystem im Rahmen mehrerer Auswertungstreffen verglichen und nicht übereinstimmende Kategorien so lange diskutiert, bis eine Übereinstimmung erreicht wurde (konsensuelle Validierung). Das finale Kategoriensystem wurde abschließend von den beiden Teams unabhängig angewendet. Die Prüfung der Kohärenz innerhalb der Kategorien ergab eine Intercoder-Übereinstimmung von $\kappa = 0,75$. Alle Analysen wurden mithilfe von MAXQDA (Version 2020) durchgeführt.

Ergebnisse

Einstellungen zur Psychopharmakotherapie

Auf einer 6-stufigen Skala von „sehr kritisch“ bis „sehr positiv“ gaben 198 Studienteilnehmer an, im Allgemeinen „sehr kritisch“ (n = 3), „kritisch“ (n = 48) oder „eher kritisch“ (n = 142) zu Psychopharmaka zu stehen; demgegenüber stehen 152 Studienteilnehmer, die angaben, „eher positiv“ (n = 114), „positiv“ (n = 35) oder „sehr positiv“ (n = 3) eingestellt zu sein. Fast drei Viertel der Befragten (n = 261, 74,6 %) waren der Ansicht, dass sich die Praxis der Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung von der Praxis der Psychopharmakotherapie von nicht geistig behinderten Menschen unterscheidet.

Tab. 1. Stichprobendeskription

Parameter und Ausprägung	n	(%)
Charakteristika der Studienteilnehmer		
Region	Ostdeutschland (inkl. Berlin)	110 (31,4)
	Westdeutschland	240 (68,6)
Alter [Jahre]	Jünger als 30	21 (6,0)
	Zwischen 30 und 40	97 (27,7)
	Zwischen 40 und 50	96 (27,4)
	Älter als 50	136 (38,9)
Geschlecht	Männlich	148 (42,3)
	Weiblich	202 (57,7)
Höchster Schulabschluss	10. Klasse	85 (24,3)
	Erweiterte Oberschule, Gymnasium	209 (59,7)
	Sonstiger Abschluss	56 (16,0)
Berufsausbildung	Fachausbildung	109 (31,1)
	Fachhochschulabschluss	156 (44,6)
	Hochschulabschluss	72 (20,6)
	Kein Abschluss, anderer Abschluss	13 (3,7)
Aktueller Beruf	Bezugsbetreuer	36 (10,3)
	Wohnbereichsleiter	85 (24,3)
	Wohnstättenleiter	163 (46,6)
	Anderer	66 (18,8)
Abschluss als Heilerziehungspfleger	Ja	129 (63,1)
	Nein	221 (63,1)
Abschluss als Heilpädagoge	Ja	25 (7,1)
	Nein	325 (92,9)
Abschluss als Sonderpädagoge	Ja	56 (16,0)
	Nein	294 (84,0)
Berufserfahrung insgesamt	Weniger als 5 Jahre	47 (13,4)
	Zwischen 6 und 10 Jahren	70 (20,0)
	Seit mehr als 11 Jahren	233 (66,6)

(Fortsetzung s. folgende Seite)

Qualitätsbeurteilungen

Die Qualität der Psychopharmakotherapie in der eigenen Wohneinrichtung beurteilten die Studienteilnehmer mit Blick auf die unterschiedlichen Qualitätskriterien sehr differenziert (Tab. 2). Im Durchschnitt die besten Bewertungen gab es bezogen auf den Grundsatz, dass sichergestellt wird, dass die Einnahmeverordnungen eingehalten werden (M [Mittelwert] = 1,56; SD [Standardabweichung] = 0,7). Mit „gut“ bewerteten die Studienteilnehmer darüber hinaus nur noch die Praxis der Verordnung von Bedarfsmedikation, in deren Rahmen Dosis und Tageshöchst-dosis (M = 1,92; SD = 1,0) und zeitlicher Mindestabstand zwischen zwei Gaben (M = 2,17; SD = 1,1) exakt festgelegt sein müssen und die Gaben zu dokumentieren sind (M = 2,10; SD = 1,2). Die schlechtesten Bewertungen wurden bezogen auf den Grundsatz abgegeben, dass die behandelten Personen mit IE bzw. deren Vertreter (M = 4,69; SD = 1,5) und die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen (M = 4,42; SD = 1,7) über den Off-Label-Gebrauch von Psychopharmaka informiert werden. Mit „ausreichend“ bewerteten die Studienteilnehmer zudem den Grundsatz, dass vor Beginn und im Verlauf einer

Tab. 1. (Fortsetzung)

Parameter und Ausprägung		n	(%)
Berufserfahrung in aktueller Einrichtung	Weniger als 5 Jahre	95	(27,1)
	Zwischen 6 und 10 Jahren	75	(21,4)
	Seit mehr als 11 Jahren	180	(51,4)
Regelmäßige Teilnahme an fachärztlichen Visiten	Ja	205	(58,6)
	Nein	145	(41,4)
Charakteristika der Wohneinrichtungen			
Zielgruppen der Wohneinrichtungen ¹	Menschen mit leichter und mittelgradiger IE	243	(69,4)
	Menschen mit schwerer und schwerster IE	213	(60,9)
	Menschen mit IE und CPK ²	51	(14,6)
	Menschen mit IE und Verhaltensauffälligkeiten	268	(76,6)
	Sonstige	33	(9,4)
Wohnbereich speziell für Bewohner mit herausforderndem Verhalten	Vorhanden	85	(24,3)
	Nicht vorhanden	265	(75,7)
Gesamtkapazität der Wohneinrichtung (n = 329)	Bis zu 24 Bewohner	67	(20,3)
	25 bis 48 Bewohner	103	(31,3)
	49 bis 120 Bewohner	103	(31,3)
	Mehr als 121 Bewohner	56	(17,0)
Modus der Tagesstrukturierung	Ausschließlich intern	45	(12,9)
	Ausschließlich extern	31	(8,9)
	Intern und extern	274	(78,3)
Kooperation mit Allgemeinärzten	Ja	237	(67,7)
	Nein	113	(32,3)
Häufigkeiten von Visiten von Allgemeinärzten	Häufiger als einmal im Quartal	146	(41,7)
	Einmal im Quartal	102	(29,1)
	Einmal im halben Jahr	19	(5,4)
	Seltener als einmal im halben Jahr	83	(23,7)
Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Ja	227	(64,9)
	Nein	123	(35,1)
Häufigkeiten von Arztvisiten von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Häufiger als einmal im Quartal	81	(23,1)
	Einmal im Quartal	173	(49,4)
	Einmal im halben Jahr	28	(8,0)
	Seltener als einmal im halben Jahr	68	(19,4)
Modus der regulären Arztvisiten	Aufsuchend in der Wohneinrichtung	79	(22,6)
	In der Arztpraxis („Kommstruktur“)	114	(32,6)
	Sowohl aufsuchend als auch in der Arztpraxis	157	(44,9)
Anteil der psychopharmakologisch behandelten Bewohner	Weniger als 25 %	49	(14,0)
	25 % bis 50 %	157	(44,9)
	50 % bis 75 %	99	(28,3)
	Mehr als 75 %	45	(12,9)
Fallkonferenzen unabhängig v. d. regulären Visiten	Ja	99	(28,3)
	Nein	251	(71,7)
Regelhafter Kontakt zu spezialisierter stationärer akutpsychiatrischer Einrichtung	Ja	135	(38,6)
	Nein	215	(61,4)
Regelhafter Kontakt zu ambulanten Psychotherapeuten	Ja	107	(30,6)
	Nein	243	(69,4)

¹ Mehrfachantworten möglich

² CPK: Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung

psychopharmakologischen Behandlung die Möglichkeit nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen in Betracht gezogen (M = 4,18; SD = 1,5) und gegebenenfalls ein nicht-psychopharmakologisches Behandlungsangebot tatsächlich verordnet (M = 4,43; SD = 1,5) wird.

Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Stichproben- und Einrichtungsmerkmalen

Der Summenwert der Qualitätsbewertungen unterscheidet sich in Abhängigkeit von einzelnen Stichprobencharakteristika (Tab. 3): Die Praxis der Psychopharmakotherapie beurteilten die unter 30-jährigen Studienteilnehmer negativer (M = 3,28; SD = 0,7) als die über 50-jährigen (M = 2,84; SD = 0,8). In Übereinstimmung hiermit fand sich, dass Studienteilnehmer, die seit mehr als elf Jahren in ihrem Beruf tätig sind, die Psychopharmakotherapie besser (M = 2,91; SD = 0,9) bewerteten als diejenigen, die zwischen sechs und zehn Jahren Berufserfahrung aufweisen (M = 3,40; SD = 0,7). In ähnlicher Form bewerteten Studienteilnehmer, die seit mehr als elf Jahren in der eigenen Wohneinrichtung tätig sind, die Praxis der Psychotherapie besser (M = 2,88; SD = 0,9) als Studienteilnehmer, die in der eigenen Wohneinrichtung seit weniger als fünf Jahren (M = 3,22; SD = 0,8) bzw. seit sechs bis zehn Jahren (M = 3,16; SD = 0,8) tätig sind. Studienteilnehmer, die regelmäßig an ärztlichen Visiten mit einem Psychiater oder einem Neurologen teilnahmen, bewerteten die Praxis der Psychopharmakotherapie signifikant besser (M = 2,90; SD = 0,9) als Studienteilnehmer, die dies nicht von sich berichteten (M = 3,22; SD = 0,7).

Tabelle 4 zeigt, dass die Bewertungen zur Qualität der Praxis der Psychopharmakotherapie der Menschen mit IE von zahlreichen einrichtungsspezifischen Faktoren bestimmt sind. Es ergibt sich insgesamt das Bild, dass vor allem die Art der Kooperation mit den verschiedenen Facharztgruppen und der Modus

Tab. 2. Beurteilungen zur Qualität der Psychopharmakotherapie

Kriterium	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend	-1 nicht beurteilbar	M (SD)
Sicherstellung der Beobachtung der Einnahmевorschriften	189 (54,0)	130 (37,1)	22 (6,3)	4 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,6)	1 (0,3)	1,6 (0,7)
Information der Mitarbeiter über die Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation								
a) Dosis, Tageshöchstdosis	139 (39,7)	133 (38,8)	40 (11,4)	21 (6,0)	8 (2,3)	1 (0,3)	2 (0,6)	1,9 (1,0)
b) Mindestabstand	111 (31,7)	125 (35,7)	64 (18,3)	26 (7,4)	11 (3,1)	5 (1,4)	2 (0,6)	2,2 (1,1)
c) Dokumentation	120 (34,3)	131 (37,4)	49 (14,0)	20 (5,7)	18 (5,1)	3 (0,9)	3 (0,9)	2,1 (1,2)
Gewähr, dass Verordnung nach umfassender Diagnostik erfolgte	84 (24,0)	147 (42,0)	61 (17,4)	25 (7,1)	22 (6,3)	3 (0,9)	4 (1,1)	2,3 (1,2)
Monitoring arzneimittelspezifischer Laborparameter	62 (17,7)	126 (36,0)	82 (23,4)	36 (10,3)	26 (7,4)	9 (2,6)	5 (1,4)	2,6 (1,3)
Monitoring von Umweltfaktoren	34 (9,7)	113 (32,3)	93 (26,6)	44 (12,6)	48 (13,7)	11 (3,1)	3 (0,9)	2,8 (1,2)
Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung	18 (5,1)	133 (38,0)	129 (36,9)	41 (11,7)	24 (6,9)	2 (0,6)	3 (0,9)	2,8 (1,0)
Berücksichtigung möglicher Arzneimittelinteraktionen	38 (10,9)	102 (29,1)	81 (23,1)	47 (13,4)	53 (15,1)	8 (2,3)	17 (4,9)	3,0 (1,3)
Monitoring von körperlichen Beschwerden	36 (10,3)	122 (34,9)	101 (28,9)	45 (12,9)	33 (9,4)	3 (0,9)	6 (1,7)	3,0 (1,3)
Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf	45 (12,9)	100 (28,6)	87 (24,9)	52 (14,9)	49 (14,0)	10 (2,9)	3 (0,9)	3,0 (1,3)
Gewähr, dass Verordnung nur bei entspr. Indikationsstellung erfolgte	25 (7,1)	104 (29,7)	111 (31,7)	33 (9,4)	50 (14,3)	14 (4,0)	9 (2,6)	3,1 (1,3)
Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen	32 (9,1)	86 (24,6)	94 (26,9)	54 (15,4)	64 (18,3)	9 (2,6)	7 (2,0)	3,2 (1,3)
Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld								
a) Über Ziele der Behandlung	45 (12,9)	151 (43,1)	66 (18,9)	49 (14,0)	23 (6,6)	10 (2,9)	5 (1,4)	2,7 (1,2)
b) Über Wirkungen und Nebenwirkungen	19 (5,4)	79 (22,6)	85 (24,3)	64 (18,3)	74 (21,1)	22 (6,3)	6 (1,7)	3,5 (1,4)
Aufklärung und Einwilligung	28 (8,0)	74 (21,1)	94 (26,9)	48 (13,7)	60 (17,1)	30 (8,6)	12 (3,4)	3,4 (1,4)
Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen								
a) In Betracht gezogen	8 (2,3)	45 (12,9)	61 (17,4)	49 (14,0)	86 (24,6)	74 (21,1)	23 (6,6)	4,2 (1,5)
b) Tatsächlich verordnet	6 (1,7)	41 (11,7)	52 (14,9)	35 (10,0)	81 (23,1)	105 (30,0)	26 (7,4)	4,4 (1,5)
Aufklärung über Off-Label-Gebrauch								
a) Mitarbeiter	20 (5,7)	34 (9,7)	28 (8,0)	22 (6,3)	67 (19,1)	101 (28,9)	72 (20,6)	4,4 (1,7)
b) Bewohner bzw. gesetzliche Vertreter	10 (2,9)	20 (5,7)	31 (8,9)	26 (7,4)	63 (18,0)	109 (31,1)	85 (24,3)	4,7 (1,5)

Anmerkung: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) errechnen sich aus den gültigen Antworten. Die Kriterien sind aufsteigend nach dem Mittelwert sortiert

Tab. 3. Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Stichprobencharakteristika; **Fettdruck:** statistisch signifikant

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	p _(Kennwert)
Bundesland					
■ Ostdeutschland (inkl. Berlin)	110	3,08	(0,8)	t = 7,38	0,461
■ Westdeutschland	240	3,01	(0,9)		
Alter [Jahre]					
■ Jünger als 30	21	3,28	(0,7) ^a	F = 4,44	0,004
■ Zwischen 30 und 40	97	3,20	(0,8) ^{a,b}		
■ Zwischen 40 und 50	96	3,07	(0,8) ^{a,b}		
■ Älter als 50	136	2,84	(0,8) ^b		
Geschlecht					
■ Männlich	148	2,94	(0,8)	t = 1,86	0,061
■ Weiblich	202	3,10	(0,9)		
Höchster Schulabschluss					
■ 10. Klasse	85	3,04	(0,9)	t = 0,14	0,889
■ Erweiterte Oberschule, Gymnasium	209	3,06	(0,8)		
Berufsausbildung					
■ Fachausbildung	109	3,10	(0,8)	F = 0,73	0,481
■ Fachhochschulabschluss	156	3,04	(0,8)		
■ Hochschulabschluss	72	2,95	(0,8)		
Aktueller Beruf					
■ Bezugsbetreuer	36	3,17	(0,7)	F = 0,68	0,506
■ Wohnbereichsleiter	85	3,03	(0,8)		
■ Wohnstättenleiter	163	3,00	(0,8)		
Abschluss als Heilerziehungspfleger					
■ Ja	129	3,09	(0,8)	t = 0,96	0,338
■ Nein	221	3,00	(0,9)		
Abschluss als Heilpädagoge					
■ Ja	25	3,08	(1,0)	t = 0,31	0,754
■ Nein	325	3,03	(0,8)		
Abschluss als Sonderpädagoge					
■ Ja	56	2,82	(0,8) ^a	t = 2,06	0,040
■ Nein	294	3,07	(0,8) ^b		
Berufserfahrung, insgesamt					
■ Weniger als 5 Jahre	47	3,10	(0,7) ^{a,b}	F = 9,86	0,000
■ Zwischen 6 und 10 Jahren	70	3,40	(0,7) ^a		
■ Seit mehr als 11 Jahren	233	2,91	(0,9) ^b		
Berufserfahrung, in aktueller Einrichtung					
■ Weniger als 5 Jahre	95	3,22	(0,8) ^a	F = 4,19	0,002
■ Zwischen 6 und 10 Jahren	75	3,16	(0,8) ^a		
■ Seit mehr als 11 Jahren	180	2,88	(0,9) ^b		
Regelmäßige Teilnahme an fachärztlichen Visiten					
■ Ja	205	2,90	(0,9) ^a	t = 3,58	0,000
■ Nein	145	3,22	(0,7) ^b		

^{a,b} Mittelwerte mit unterschiedlichen Hochindizes unterscheiden sich signifikant

der regulären Arztvisiten einen Einfluss auf die Qualitätsbeurteilungen haben. Ein besonders großer Mittelwertunterschied (Cohens $d = 0,71$) findet sich in Abhängigkeit davon, ob in der Wohneinrichtung unabhängig von den regulären Visiten regelmäßig Fallkonferenzen zwischen den Mitarbeitern und den betreuenden Ärzten stattfinden ($M = 2,60$; $SD = 0,8$) oder nicht ($M = 3,20$; $SD = 0,9$). Die Gesamtbeurteilungen zur Qualität der Psychotherapie waren dabei unabhängig von der Gesamtkapazität der Wohneinrichtung.

Problemfelder bei und Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie

Aus den Antworten auf die offenen Fragen zu Verbesserungsvorschlägen konnten fünf Oberkategorien zu Problemfeldern und darauf bezogenen Verbesserungsvorschlägen identifiziert werden: 1.) Schließen bestehender Versorgungslücken, 2.) Verbesserung von Wissensstand, 3.) stärkere Patientenzentrierung und Einbezug des Umfelds, 4.) Gewährleistung einer umfassenden Diagnostik und regelhafter Kontrollen

Tab. 4. Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Einrichtungsmerkmalen; **Fettdruck**: statistisch signifikant

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	p _(Kennwert)
Zielgruppen der Wohneinrichtungen ¹					
Menschen mit leichter und mittelgradiger IE					
■ Ja	243	3,13	(0,8) ^a	t = 3,31	0,001
■ Nein	107	2,81	(0,8) ^b		
Menschen mit schwerer und schwerster IE					
■ Ja	213	3,04	(0,8)	t = 0,18	0,859
■ Nein	137	3,02	(0,8)		
Menschen mit IE und CPK ²					
■ Ja	51	3,04	(0,8)	t = 0,03	0,975
■ Nein	299	3,03	(0,9)		
Menschen mit IE und Verhaltensauffälligkeiten					
■ Ja	268	3,01	(0,9)	t = 1,06	0,291
■ Nein	82	3,12	(0,8)		
Wohnbereich speziell für Bewohner mit herausforderndem Verhalten					
■ Vorhanden	85	2,84	(0,9) ^a	t = 2,50	0,013
■ Nicht vorhanden	265	3,10	(0,8) ^b		
Gesamtkapazität der Wohneinrichtung (n = 329)					
■ Bis zu 24 Bewohner	67	3,15	(0,8)	F = 1,88	0,133
■ 25 bis 48 Bewohner	103	3,08	(0,8)		
■ 49 bis 120 Bewohner	103	2,95	(0,9)		
■ Mehr als 121 Bewohner	56	2,84	(0,9)		
Modus der Tagesstrukturierung					
■ Ausschließlich intern	45	3,14	(0,9)	F = 2,48	0,085
■ Ausschließlich extern	31	3,30	(0,7)		
■ Intern und extern	274	2,98	(0,8)		
Kooperation mit Allgemeinärzten					
■ Ja	237	2,94	(0,8) ^a	t = 3,16	0,002
■ Nein	112	3,24	(0,8) ^b		
Häufigkeiten von Visiten von Allgemeinärzten					
■ Häufiger als einmal im Quartal	146	2,91	(0,9)	F = 1,95	0,122
■ Einmal im Quartal	102	3,15	(0,8)		
■ Einmal im halben Jahr	19	3,01	(0,8)		
■ Seltener als einmal im halben Jahr	83	3,10	(0,8)		
Kooperation mit Fachärzten für PSY					
■ Ja	227	2,88	(0,8) ^a	t = 4,84	0,000
■ Nein	122	3,32	(0,8) ^b		
Häufigkeiten von Visiten von Fachärzten für PSY					
■ Häufiger als einmal im Quartal	81	2,79	(0,9) ^a	F = 2,91	0,005
■ Einmal im Quartal	173	3,03	(0,8) ^{a,b}		
■ Einmal im halben Jahr	28	3,17	(0,7) ^{a,b}		
■ Seltener als einmal im halben Jahr	68	3,25	(0,8) ^b		
Modus der regulären Arztvisiten					
■ Nachgehend, aufsuchend in der Wohneinrichtung	79	2,82	(0,8) ^a	F = 7,85	0,000
■ In der Arztpraxis („Kommstruktur“)	114	3,27	(0,8) ^b		
■ Sowohl in der Wohneinrichtung als auch in der Arztpraxis	157	2,97	(0,9) ^a		
Anteil der psychopharm. behandelten Bewohner					
■ Weniger als 25 %	49	2,95	(0,8)	F = 0,45	0,719
■ 25 % bis 50 %	157	3,08	(0,8)		
■ 50 % bis 75 %	99	2,99	(0,9)		
■ Mehr als 75 %	45	3,03	(0,9)		

(Fortsetzung s. folgende Seite)

Tab. 4. (Fortsetzung)

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	p _(Kennwert)
Fallkonferenzen unabhängig v. d. regulären Visiten					
■ Ja	99	2,60	(0,8) ^a	t = 6,33	0,000
■ Nein	251	3,20	(0,9) ^b		
Regelmäßiger Kontakt zu spezialisierter stationärer akutpsychiatrischer Einrichtung					
■ Ja	135	2,83	(0,8) ^a	t = 3,61	0,000
■ Nein	215	3,16	(0,8) ^b		
Regelmäßiger Kontakt zu ambulantem Psychotherapeuten					
■ Ja	107	2,77	(0,7) ^a	t = 3,97	0,000
■ Nein	243	3,15	(0,8) ^b		

¹ Mehrfachantworten möglich; ² CPK: Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung;

^{a,b} Mittelwerte mit unterschiedlichen Hochindizes unterscheiden sich signifikant; PSY: Psychiatrie und Psychotherapie

sowie 5.) kritischer Umgang mit Psychopharmaka und Einsatz von Alternativen bzw. Ergänzungen zur Psychopharmaka. Die skizzierten Problemfelder und die sich darauf jeweils beziehenden Anregungen sind in **Abbildung 1** dargestellt.¹

Diskussion

Stärken und Limitationen, Zusammenfassung

Im Rahmen unserer bundesweiten Befragung konnten 350 Mitarbeiter aus stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit IE befragt werden. Daten über die in den teilnehmenden Wohneinrichtungen verordneten Psychopharmaka liegen uns nicht vor; auch sind die Angaben zu den in den Wohneinrichtungen lebenden Menschen mit IE begrenzt. Die Erhebung hat keinen Anspruch auf Repräsentativität, bildet aber das Meinungsbild einer Vielzahl in diesem Versorgungsbereich tätiger Personen ab. Die qualitativen Auswertungen erfolgten systematisiert und nach höchstem methodischem Standard.

Die Studienteilnehmer urteilten sehr differenziert über die Qualität der in der eigenen Wohneinrichtung praktizierten Psychopharmakotherapie, wobei die jüngeren, über weniger Berufserfahrung verfügenden Studienteilnehmer im Durchschnitt ein kritischeres Bild zeichneten als die älteren Studienteilnehmer mit längerer Berufserfahrung. Es muss offenbleiben, inwieweit die Angaben Ausdruck einer allgemeinen und grundlegenden Einstellung gegenüber Psychopharmaka sind und inwieweit die zum Teil auch sehr kritischen Äußerungen zu bestimmten Aspekten die Realität der erlebten Praxis widerspiegeln. Hierfür spricht, dass fast drei Viertel der Befragten vor dem Hintergrund ihrer Praxiserfahrung der Ansicht sind, dass sich die Praxis der Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung von der Praxis der Psychopharmakotherapie von nicht geistig behinderten Personen unterscheidet.

Die vorgelegten quantitativen Auswertungen deuten darauf hin, dass die Qualität der Psychopharmakotherapie vielfach bereits durch die Modifikation struktureller Rahmenbedingungen verbessert werden kann. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass die Studienteilnehmer die Psychopharmakotherapie im Durchschnitt dann besser beurteilten, wenn sie regelmäßig an Fallkonferenzen teilnehmen konnten und wenn Fallkonferenzen unabhängig von regulären Arztvisiten stattfanden; zum anderen war die Qualität der Psychopharmakotherapie aus Sicht der Studienteilnehmer auch dann besser, wenn die Arztvisiten aufsuchend und damit in der Wohneinrichtung stattfanden und nicht im Rahmen einer „Kommstruktur“ ausschließlich in der Arztpraxis.

Die qualitativen Auswertungen zeigen, dass es aus Sicht der befragten Mitarbeiter einer Vielzahl weiterer Maßnahmen bedarf, um die Qualität der Psychopharmakotherapie der von ihnen betreuten Klienten zu optimieren. Hierzu zählen die Schließung der bestehenden stationären und ambulanten Versorgungslücken (u. a. mithilfe einer besseren finanziellen Vergütung aller Beteiligten), ein besseres Fachwissen bei Ärzten und Mitarbeitern der Wohneinrichtungen sowie die Fokussierung auf die Bedürfnisse und Interessen der Person mit IE. Ein „Trial-and-Error“-Vorgehen sei möglichst zu vermeiden, eine umfassende Diagnostik und regelhafte Kontrollen bei Einstellung und Dosisanpassung müssten gewährleistet werden. Unterstützt werden könne dies unter anderem durch eine verbesserte Zusammenarbeit aller an der Psychopharmakotherapie beteiligten Personen. Außerdem berichteten die Mitarbeiter von einem aus ihrer Sicht häufig unreflektierten Umgang mit Psychopharmaka und forderten die vermehrte Anwendung nicht-psychopharmakologischer Alternativen und Ergänzungen wie eine Psychotherapie. Nach Ansicht vieler Studienteilnehmer fehlt es hier jedoch an Psychotherapeuten, die sich auf die Behandlung von Personen mit IE und psychischer Störung spezialisiert haben.

¹ Das detaillierte Kategoriensystem inklusive der Häufigkeitsangaben und Ankerbeispielen ist vom korrespondierenden Autor erhältlich.

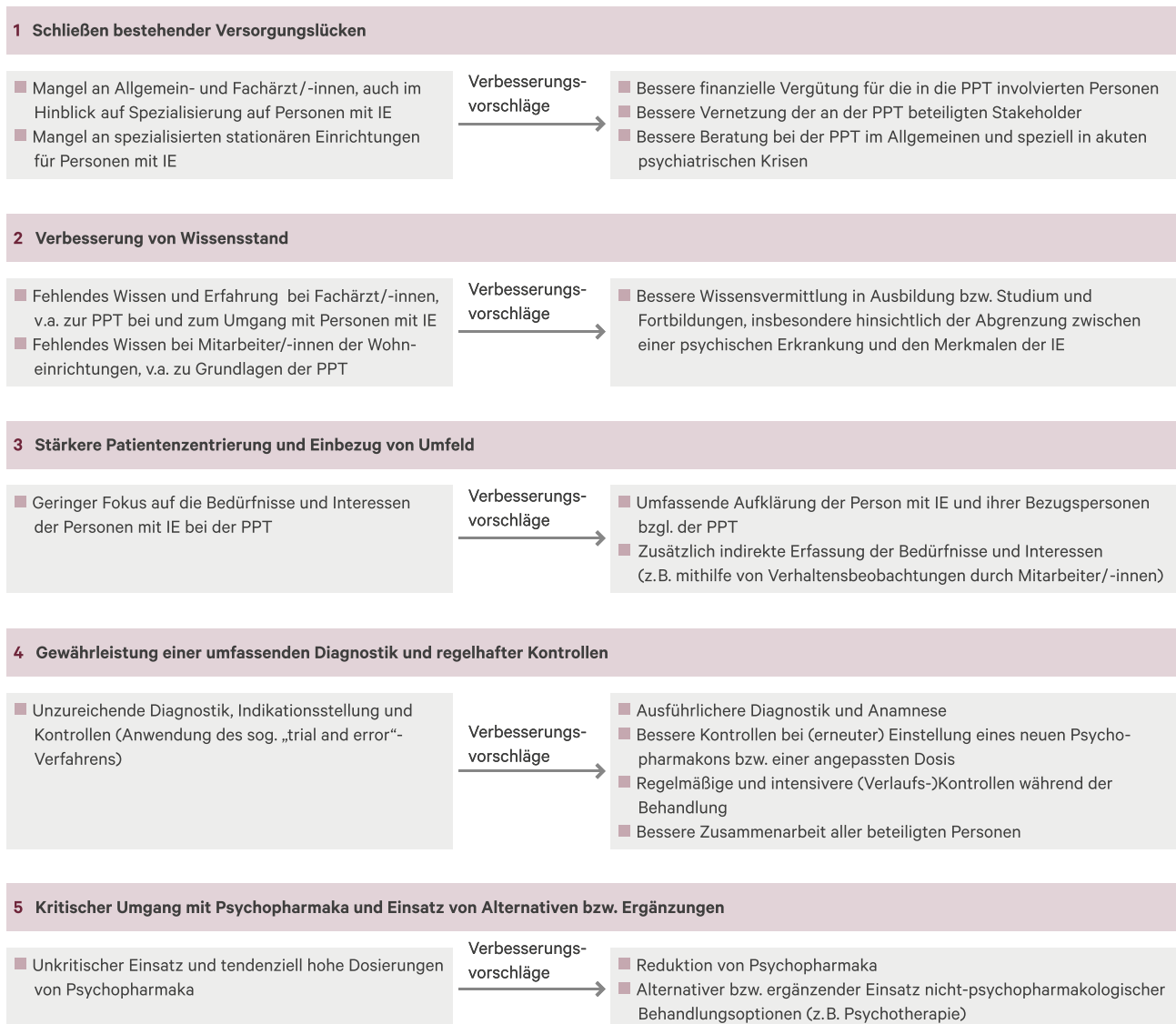


Abb. 1. Problemfelder (links) bei der und Verbesserungsvorschläge (rechts) für die Psychopharmakotherapie (PPT) bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (IE) aus Sicht der Mitarbeiter

Einordnung

Die im Rahmen unserer Befragung ermittelten kritischen Beurteilungen zur Qualität der Psychopharmakotherapie stehen in guter Übereinstimmung mit nationalen und internationalen Befunden. Im Ergebnis empirischer Studien zur Psychopharmakotherapie von Menschen mit IE ist ein übermäßiger Off-Label-Gebrauch häufig festgestellt und vielfach kritisch bewertet worden (z. B. [14, 20, 26]). Übersichtsartikel zur Wirksamkeit nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen fanden kaum Studien hierzu und riefen daher zu verstärkter Forschung in diesem Bereich auf (z. B. [6, 15]). Die von unseren Studienteilnehmern vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie von Menschen mit IE wurden in dieser oder ähnlicher Form bereits von unterschiedlichen Autorengruppen vorgeschlagen. Versorgungslücken im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie

wurden beispielsweise auch im Rahmen einer Befragung von Menschen mit IE, Angehörigen von Menschen mit IE sowie von Mitarbeitern von Eingliederungshilfeträgern aufgezeigt [27]. Die Forderung nach einer adäquaten Vergütung für den vermehrten Zeitaufwand für Kommunikation und Diagnose wird seit Langem aufgestellt (z. B. [4, 12, 18]). Ein verbessertes Konzept zur Aus-, Fort- und Weiterbildung wird ebenfalls seit einigen Jahren gefordert; Mau et al. [18] sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) [4] weisen beispielsweise darauf hin, dass für die Versorgung von Menschen mit IE notwendiges Wissen „bereits im Studium in Teilen erworben und danach kontinuierlich vertieft werden“ muss. In ähnlicher Form wie die Teilnehmer unserer Studie fordern beispielsweise Sappok et al. [21] ein interdisziplinäres Denken und die Vernetzung allgemeiner und spezialisierter Angebotsformen. Die

DGPPN schließlich fordert, auch das in Übereinstimmung mit befragten Studienteilnehmern, die Intensivierung und Qualifizierung der Forschung, vor allem der Versorgungsforschung sowie der Therapieforschung [25].

Resümee

Die in dieser Arbeit erhobenen Qualitätsbeurteilungen deuten erneut daraufhin, dass Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE in zentralen Punkten nicht ausreichend umgesetzt werden und daher Anstrengungen unternommen werden sollten, die zu einer erhöhten Leitlinienadhärenz beitragen. Die diesbezüglichen Empfehlungen, die die in der Wohnbetreuung von Menschen mit IE tätigen Mitarbeiter gegeben haben, unterscheiden sich nicht wesentlich von Empfehlungen ärztlicher Experten und Fachgesellschaften. In der aktuellen Versorgungspraxis scheint auch vor diesem Hintergrund ein engerer Austausch der beteiligten Personen vielversprechend.

Danksagung

Wir danken Dr. Irina Müller, Katlen Trautmann, Paula Moritz, Julia Dobrindt und Dr. Andrea Koch sowie allen Studienteilnehmern.

Interessenkonflikterklärung

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- AWMF (2021). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028–042. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf (Zugriff am 21.04.2022).
- Cooper S, Smiley E, Morrison J, Williamson A, et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2017;190:27–35.
- Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009;8:181–6.
- DGPPN. Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“, 2019.
- Engel C, Szrama E, Häföler F. Die psychopharmakologische Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Vergleich der Jahre 1991 und 2005. *Psychiatr Prax* 2010;37:391–6.
- Hamers PCM, Festen DAM, Hermans H. Non-pharmacological interventions for adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2018;62:684–700.
- Häföler F, Buchmann J, Reis O. Psychopharmaka und Polypharmazie. Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenheilkunde* 2005;24:811–8.
- Häföler F, Reis O, Weirich S. Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung und expansivem herausforderndem Verhalten. *Psychopharmakotherapie* 2019;26:315–21.
- Hennicke K. Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe – Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke K (Hrsg.). *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen? Materialien der DGSGB*. Band 17. Berlin: DGSGB, 2008.
- Hsu SW, Chiang YC, Chang YC, Lin JD, et al. Trends in the use of psychotropic drugs in people with intellectual disability in Taiwan: a nationwide outpatient service study, 1997–2007. *Res Dev Disabil* 2014;35:364–72.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren. IQWiG-Berichte Nr. 389, 2016.
- Klinkhammer G. Medizinische Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. *Zeit zum Hinhören, Hinschauen und Mitfühlen*. *Dtsch Ärztebl* 2009;106:A335–8.
- Koch A, Vogel A, Becker T, Salize HJ, et al. Proxy- and self-reported QoL in adults with intellectual disabilities: impact of psychiatric symptoms, problem behavior, psychotropic medication and unmet needs. *Res Dev Disabil* 2015;45–46:136–46.
- Koch A, Dobrindt J, Schützwohl M. Prevalence of psychotropic medication and factors associated with antipsychotic treatment in adults with intellectual disabilities. A cross-sectional, epidemiological study in Germany. *JIDR* 2021;65:186–98.
- Koslowski N, Klein K, Arnold K, Kösters M, et al. Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;209:469–74.
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. *Grundlagentexte Methoden*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2017.
- Lunsky Y, De Oliveira C, Wilton A, Wodchis W. High health care costs among adults with intellectual disabilities: a population-based study. *JIDR* 2019;63:124–37.
- Mau V, Grimmer A, Poppele G, Felchner A, et al. Geistig oder mehrfach behinderte Menschen. Bessere Versorgung möglich. *Dtsch Ärztebl* 2015;47:A1980–4.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Psychotropic medicines in people with learning disabilities whose behaviour challenges*. London: NICE, 2017.
- Ramerman L. Off-label use of antipsychotic medication in people with intellectual disabilities: adherence to guidelines, long-term-effectiveness, and effects on quality of life. *Rijksuniversiteit Groningen*, 2019.
- Sappok T, Diefenbacher A, Winterholler M. Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. *Dtsch Ärztebl Int* 2019;116:809–16.
- Schützwohl M, Koch A, Koslowski N, Puschner B, et al. Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:767–76.
- Schützwohl M, Sappok T. CME Zertifizierte Fortbildung. Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt* 2020;91:271–81.
- Schützwohl M, Voss E, Stiawa M, Salize HJ, et al. Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung von Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. *Nervenarzt* 2017;88:1273–80.
- Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, et al. Mental illness, challenging behavior, and psychotropic prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;351:h4326.
- Sheehan R. Psychotropic prescribing in people with intellectual disability and challenging behaviour. Aligning evidence, practice, and policy. *BMJ* 2017;358:j3896.
- Steffen P, Blum K. Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. *Dtsch Ärztebl* 2012;109:A860–2.
- Trollor JN, Salomon C, Franklin C. Prescribing psychotropic drugs to adults with an intellectual disability. *Austr Prescr* 2016;39:126–30.
- Tsiouris JA, Kim SY, Brown WT, Pettinger J, et al. Prevalence of psychotropic drug use in adults with intellectual disability: Positive and negative findings from a large scale study. *J Autism Dev Disord* 2013;43:719–31.