

# Beschluss



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.) zu Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Vom 21. Januar 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Januar 2016 beschlossen, den Abschlussbericht der Institution nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (a.F.) zu Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gemäß **Anlage 1** (Stand 14. Dezember 2015) abzunehmen und zur Veröffentlichung auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB V (a.F.) freizugeben.

Die Institution nach § 137a SGB V (a.F.) wird gebeten, vor Veröffentlichung auf ihren Internetseiten die Anmerkungen in der **Anlage 2** zu diesem Beschluss zu berücksichtigen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Januar 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

# **Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Abschlussbericht

---

Stand: 14. Dezember 2015

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Abschlussbericht)

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19. Juni 2014

**Datum der Abgabe:**

14. Dezember 2015

**Signatur:**

14-SQG-34d

**Hinweis:**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	7
Abbildungsverzeichnis.....	8
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Kurzfassung .....	11
1 Hintergrund .....	16
2 Auftrag .....	17
2.1 Auftrag vom 15. März 2012.....	17
2.2 Ergebnisse der Konzeptskizze.....	17
2.3 Auftragskonkretisierung.....	18
2.3.1 Inhalt und Umfang der Beauftragung .....	18
2.3.2 Datengrundlage .....	18
2.3.3 Schrittweise Entwicklung.....	20
2.4 Projektierung.....	21
2.4.1 Projektteam.....	21
2.4.2 Zeitplan .....	21
3 Themerschließung .....	23
3.1 Recherchen .....	23
3.1.1 Evidenzrecherche .....	23
3.1.2 Expertengespräche .....	23
3.1.3 Empirische Analysen.....	24
3.2 Erkrankung und Population .....	27
3.2.1 Krankheitsbild.....	27
3.2.2 Versorgungsepidemiologie.....	30
3.2.3 Versorgungspfad.....	32
3.2.4 Versorgungsziele .....	36
3.3 Rahmenbedingungen .....	36
3.3.1 Gesetzlicher Rahmen .....	36
3.3.2 Akteure der Versorgung.....	37
3.4 Qualitätspotenziale .....	39
3.4.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität .....	39
3.4.2 Pharmakotherapie.....	41
3.4.3 Somatische Versorgung.....	44
3.4.4 Restriktive Maßnahmen .....	45
3.4.5 Psychotherapie .....	46

3.4.6	Empowerment und Angehörigenbeteiligung .....	47
3.4.7	Strukturbezogene Potenziale .....	48
3.4.8	Patientenrelevante Endpunkte .....	52
3.5	Exkurs: Qualitätspotenzialanalyse PIA.....	53
3.5.1	Datengrundlage .....	53
3.5.2	Qualitätspotenziale .....	55
3.6	Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale .....	58
3.6.1	Koordination, Kooperation und Kontinuität .....	59
3.6.2	Pharmakotherapie.....	59
3.6.3	Somatische Versorgung .....	60
3.6.4	Restriktive Maßnahmen .....	60
3.6.5	Psychotherapie .....	60
3.6.6	Empowerment und Angehörigenpartizipation.....	60
3.6.7	Strukturbezogene Potenziale .....	61
3.6.8	Patientenrelevante Endpunkte .....	61
4	Erstellung des Indikatorenregisters.....	62
4.1	Indikatorenrecherche.....	62
4.1.1	Recherche in nationalen und internationalen Indikatorensystemen und -datenbanken.....	62
4.1.2	Systematische Literaturrecherche nach Indikatoren .....	62
4.1.3	Themenspezifisch relevante Indikatoren .....	63
4.2	Systematische Literaturrecherche nach ergänzender Literatur .....	65
4.2.1	Suchbegriffe .....	65
4.2.2	Ergebnisse .....	65
4.3	Indikatorenregister .....	66
4.3.1	Recherchierte Indikatoren.....	66
4.3.2	Neu entwickelte Indikatoren .....	67
4.3.3	Ergebnis.....	67
5	Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters.....	70
5.1	Auswahl und Zusammensetzung des RAM-Panels.....	71
5.1.1	Zusammensetzung des RAM-Panels.....	71
5.1.2	Interessenkonflikte .....	73
5.1.3	Auftaktveranstaltung .....	73
5.2	Ergebnisse .....	74
5.2.1	Bewertung der Relevanz .....	76
5.2.2	Bewertung der Praktikabilität.....	89
5.2.3	Anregungen aus dem Panel.....	93
5.3	Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren.....	96

5.4	Würdigung des Indikatorensets.....	131
5.5	Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset .....	139
5.6	Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragung zur Qualitätsmessung .....	140
5.6.1	Potenziale einer Patientenbefragung.....	140
5.6.2	Potenziale einer Angehörigenbefragung .....	142
6	Erhebungsinstrumente und Dokumentation.....	143
6.1	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	144
6.1.1	Datenselektion.....	144
6.1.2	Datenfelder.....	144
6.1.3	Dokumentationsqualität.....	145
6.2	Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation.....	145
6.2.1	Dokumentationspflichtige Fälle.....	145
6.2.2	Datenfelder.....	145
6.2.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	146
6.3	Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation .....	146
6.3.1	Dokumentationspflichtige Einrichtungen.....	146
6.3.2	Datenfelder.....	146
6.3.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	146
6.4	Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation .....	147
6.4.1	Dokumentationspflichtige Einrichtungen.....	147
6.4.2	Datenfelder.....	147
6.4.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	147
7	Umsetzung .....	148
7.1	Erhebungsformen .....	148
7.1.1	Stichprobe versus Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit .....	148
7.1.2	Länderbezogenes versus bundesbezogenes Verfahren .....	148
7.2	Auswertungskonzept.....	149
7.2.1	Indikatoren zur Berichterstattung.....	150
7.2.2	Berichtsarten.....	151
7.2.3	Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten.....	153
7.2.4	Auswertungen.....	156
7.3	Instrumente der Qualitätsförderung.....	166
7.3.1	Stellungnahmeverfahren .....	167
7.3.2	Weitere Empfehlungen.....	170
7.4	Schritte bis zum Regelbetrieb .....	171
7.4.1	Empfehlung zur erweiterten Machbarkeitsprüfung.....	171
7.4.2	Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	172

7.4.3	Themenspezifische Bestimmung.....	172
7.4.4	Spezifikationserstellung.....	172
7.4.5	Möglicher zeitlicher Ablauf bis zum Regelbetrieb .....	173
7.5	Dokumentation und Datentransfer.....	173
7.5.1	Fallbezogene QS-Dokumentation (stationär) .....	173
7.5.2	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär und ambulant).....	173
7.5.3	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	174
7.5.4	Sollstatistik.....	174
7.5.5	Konformitätserklärung.....	174
7.5.6	Weitere Aspekte zu Dokumentation und Datentransfer.....	174
7.6	Weitere Empfehlungen.....	175
8	Prüfung zur ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation.....	177
8.1	Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich .....	177
8.2	QS-Auslösung im ambulanten Bereich .....	181
8.2.1	Dokumentationspflichtige Fälle.....	181
8.2.2	Sensitivität und Spezifität der QS-Auslösung von Patienten mit einer F2-Diagnose.....	182
8.2.3	Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen .....	184
8.2.4	Umsetzbarkeit unter veränderten Bedingungen .....	184
8.2.5	Weitere erkrankungs- und versorgungsspezifische Überlegungen zur QS-Auslösung im ambulanten Bereich.....	185
8.3	Dokumentation und Datentransfer.....	185
8.3.1	Aufbau einer QS-Dokumentation.....	185
8.3.2	Datentransfer .....	186
9	Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe .....	188
9.1	Methodischer Ausgangspunkt.....	188
9.1.1	Definition schwerer und schwerster Verläufe .....	188
9.1.2	Berechnung von Subpopulationen.....	189
9.2	Ergebnisse für den ambulanten Bereich.....	190
9.3	Ergebnisse für den stationären Bereich.....	193
9.4	Diskussion .....	194
10	Fazit .....	196
	Glossar.....	198
	Literaturverzeichnis.....	206

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen .....	13
Tabelle 2: Zeitplan .....	22
Tabelle 3: Benannte Experten für Expertengespräche.....	24
Tabelle 4: Übersicht über die beantragten Routinedaten .....	25
Tabelle 5: Diagnosen der Diagnosegruppe F20.- bis F29 .....	27
Tabelle 6: Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern Kontakt hatten .....	32
Tabelle 7: Leitlinienempfehlungen zu ausgewählten Aspekten der Pharmakotherapie bei schizophrenen Erkrankungen.....	42
Tabelle 8: Zeitpunkt und Frequenz von Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Pharmakotherapie .....	44
Tabelle 9: Die 20 am häufigsten abgerechneten Gebührennummern (in absteigender Reihenfolge).....	54
Tabelle 10: Übergangszeiten stationärer Fälle zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern .....	57
Tabelle 11: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale .....	58
Tabelle 12: Übersicht der ermittelten Indikatoren nach Indikatortyp und unter Angabe der Qualitätsdimension .....	67
Tabelle 13: Zusammensetzung des RAM-Panels .....	71
Tabelle 14: Relevante Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen.....	77
Tabelle 15: Ausgeschlossene Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen .....	78
Tabelle 16: Übersicht über die nachgereichten Indikatoren .....	87
Tabelle 17: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen .....	92
Tabelle 18: Vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset.....	139
Tabelle 19: Verteilung der Datenfelder auf die Bogenabschnitte der fallbezogenen QS-Dokumentation.....	145
Tabelle 20: Anzahl der Fragen im Fragebogen für stationäre Einrichtungen .....	146
Tabelle 21: Anzahl der Fragen im Fragebogen für ambulante Einrichtungen .....	147
Tabelle 22: Indikatoren des Einrichtungsvergleichs von stationären Einrichtungen geordnet nach Erhebungsinstrumenten .....	150
Tabelle 23: Indikatoren des Einrichtungsvergleichs von Psychiatrischen Institutsambulanzen und vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen geordnet nach Erhebungsinstrumenten .....	151
Tabelle 24: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen .....	153
Tabelle 25: Datenlieferfristen von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle .....	154
Tabelle 26: Beispielhafter Aufbau eines Rückmeldeberichts an Leistungserbringer .....	160
Tabelle 27: Beispielhafte Darstellung eines Qualitätsindikators im Rückmeldebericht an einen stationären Leistungserbringer (Auszug) .....	161
Tabelle 28: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an stationäre Einrichtungen zurückgespiegelt werden.....	162
Tabelle 29: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an Arztpraxen bzw. PIA zurückgespiegelt werden ...	162



Tabelle 30: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an stationäre Leistungserbringer .....	163
Tabelle 31: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten an die stationären Leistungserbringer .....	164
Tabelle 32: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an ambulante Leistungserbringer .....	165
Tabelle 33: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten für die ambulanten Leistungserbringer .....	166
Tabelle 34: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung bezieht.....	167
Tabelle 35: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung und die regionale Versorgung bezieht .....	168
Tabelle 36: Übersicht zum vorgeschlagenen Stellungnahmeverfahren.....	169
Tabelle 37: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener risikorelevanter Einschränkungen .....	190
Tabelle 38: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen .....	192
Tabelle 39: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen .....	193
Tabelle 40: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen .....	194
Tabelle 41: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen .....	194

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beauftragte Entwicklungsschritte .....	21
Abbildung 2: Altersverteilung von Patienten mit F2-Diagnosen.....	30
Abbildung 3: Verteilung der verschiedenen F2-Diagnosen .....	31
Abbildung 4: Versorgungspfad .....	35
Abbildung 5: Versorgungspfad mit Qualitätspotenzialen.....	51
Abbildung 6: Ergebnisse der Indikatorenrecherche .....	64
Abbildung 7: Ergebnisse der Evidenz- und Literaturrecherche .....	66
Abbildung 8: Ablauf des RAM-Prozesses .....	70
Abbildung 9: Übersicht zum Verlauf der Indikatorenbewertung .....	75
Abbildung 10: Versorgungspfad mit relevanten und praktikablen Indikatoren .....	135

# Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APA	American Psychiatric Association
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAS	Bundesauswertungsstelle
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BSNR	Betriebsstättennummer
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CAHTA	Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DAS	Datenannahmestelle
DAS-KK	Datenannahmestelle für die Krankenkassen
DDD	Defined Daily Dose
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung)
EKG	Elektrokardiogramm
EMBASE	Excerpta Medica Database
FG	Fachgruppenkennung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GOP	Gebührenordnungsposition (im Rahmen des EBM)
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
ID	Identifikationsnummer
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

Abkürzung	Beschreibung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MOH	Ministry of Health Malaysia
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N05CM	Arzneimittel-Wirkstoffgruppe: Andere Hypnotika und Sedativa
N05CP	Arzneimittel-Wirkstoffgruppe: Pflanzliche Hypnotika und Sedativa
N05H	Arzneimittel-Wirkstoffgruppe: Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika
N06AP	Arzneimittel-Wirkstoffgruppe: Pflanzliche Antidepressiva
N06DP	Arzneimittel-Wirkstoffgruppe: Pflanzliche Antidementiva
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIHR	National Institute for Health Research
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTC	Over-the-counter (= frei verkäufliche Medikamente)
PCI	Perkutane Koronarintervention
PEPP	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PID	Patientenidentifizierende Daten
PORT	The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team
PsychKG	Landesgesetz für psychisch kranke Personen (Psychisch-Kranken-Gesetz)
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
PZN	Pharmazentralnummer
Qesü-RL	Richtlinie des G-BA gemäß § 137 Abs.1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
RAM	RAND Appropriateness Method
RANZCP	Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMI	Severe Mental Illness
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SQG	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
VPN	Virtual Private Network
WHO	World Health Organization
XML	Extensible Markup Language

# Kurzfassung

## Hintergrund und Auftrag

Mit dem Beschluss vom 15. März 2012 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das AQUA-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Hierfür erarbeitete das AQUA-Institut bis zum 15. September 2012 eine Konzeptskizze, die mehrfach konkretisiert wurde.

Am 19. Juni 2014 verabschiedete der G-BA die Änderung des am 15. März 2012 an das AQUA-Institut erteilten Auftrags. Ziel des aktuell beauftragten QS-Verfahrens ist die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität der Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29).

## Umfang und Inhalt des Auftrags

Der Auftrag beinhaltet die Entwicklung von sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätsindikatoren und Instrumenten sowie die notwendige Dokumentation für die Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Weiterhin soll geprüft werden, ob die Möglichkeit besteht, die Zielpopulation auf schwere und schwerste Verläufe einzugrenzen und einen entsprechenden QS-Filter zum Fokussieren der Zielgruppe zu entwickeln (unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich).

Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen neben den messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren sind regelhaft ethische Aspekte und ggf. die besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen.

Laut Auftrag soll die Verfahrensentwicklung „in zwei Schritten erfolgen, da im Rahmen der Entwicklungsschritte weitere Erkenntnisse zur konkreten Ausgestaltung und Entwicklung, insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung des ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereichs, erwartet werden. Der erste Schritt umfasst:

- die Entwicklung von Indikatoren sowie deren Dokumentation für Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2 zur Messung basierend auf Daten auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen (§284 Absatz 1 SGB V)
- die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten und deren Dokumentation durch die Einrichtungen in der stationären Versorgung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2 sowie
- die Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung, insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen in Bezug auf die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2.

Die Ergebnisse des ersten Entwicklungsschritts sollen in einem zweiten Schritt hinsichtlich folgender Fragestellungen überprüft werden:

- Gibt es Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich, die mit den bisherigen Instrumenten nicht adressiert werden konnten?
- Ist eine QS-Auslösung im ambulanten Bereich umsetzbar?
- Wie können Dokumentation und Datentransfer erfolgen? (technische Machbarkeitsprüfung)

Die Resultate dieser Überprüfung sollen als Grundlage für die Beauftragung weiterer Entwicklungsschritte dienen.“

## Methoden

Grundlage der Themenerschließung waren ein Scoping-Workshop, Evidenzrecherchen nach Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten und HTAs, Expertengespräche und empirische Analysen anhand von Routinedaten. Mit der Konkretisierung des Auftrags wurde eine weitere Evidenzrecherche zur Strukturqualität durchgeführt, die durch Leitfadeninterviews mit Experten ergänzt wurde. Auf Basis der Themenerschließung wurden Qualitätspotenziale formuliert, die als Grundlage für die Recherche bzw. die Neuentwicklung von Indikatoren dienen.

Herzstück der Indikatorenentwicklung war die Durchführung eines zweistufigen Auswahl- und Bewertungsverfahrens im Rahmen eines strukturierten Panel-Prozesses (RAM-Prozess) mit Fachexperten und Patienten- und Angehörigenvertretern. Hierzu wählten zwei (zunächst unabhängig voneinander wertende) Gutachter nach vorab festgelegten Auswahlkriterien aus insgesamt 83 eingegangenen Bewerbungen 13 Experten aus. Zudem wurden zwei Patientenvertreter gemäß § 140f SGB V von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene benannt. Es ergab sich somit eine Panelzusammensetzung von 15 gleichberechtigten Experten.

Zur Vorbereitung des RAM-Prozesses erfolgte eine breit angelegte Indikatorenrecherche in insgesamt 65 nationalen und internationalen Indikatorendatenbanken und Portalen, die von einer systematischen Literaturrecherche nach themenspezifischen Indikatoren in zwei bibliografischen Metadatenbanken (EMBASE und PsycINFO) ergänzt wurde. Aus den Ergebnissen wurde ein Indikatorenregister erstellt, das als Grundlage des Auswahl- und Bewertungsprozesses durch die Experten des Panels diente.

## Ergebnisse

Als Ergebnis der Themenerschließung wurden Versorgungsziele und patientenrelevante Endpunkte beschrieben, für die Qualitätspotenziale in den folgenden insgesamt sieben Themenbereichen identifiziert wurden:

- Koordination, Kooperation und Kontinuität
- Pharmakotherapie
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Psychotherapie
- Empowerment und Angehörigenpartizipation
- Strukturbezogene Potenziale

Die Indikatorenrecherche ergab insgesamt 1.169 Treffer. Nach Ausschluss von Dubletten und Anwendung der Einschlusskriterien (Geltungsbereich des SGB V, Auftragsrelevanz, verfügbares Erhebungsinstrument, Qualitätspotenzial) verblieben 255 themenspezifisch relevante Indikatoren. Nach der inhaltlichen Zusammenfassung bzw. der Entscheidung für bestimmte Indikatorvarianten verblieben 48 Indikatoren. Diese bildeten zusammen mit 8 auf Basis der Recherchen neu formulierten Indikatoren das Indikatorenregister mit insgesamt 56 Indikatoren, deren Evidenz von insgesamt 259 Literaturstellen – davon 19 Leitlinien und 23 systematische Reviews – unterlegt wurde.

Im ersten Schritt des strukturieren Auswahl- und Bewertungsprozesses bewerteten die Panelexperten zunächst 56 Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz. Im weiteren Verlauf des Prozesses wurden insgesamt 45 weitere Indikatoren von den Experten vorgeschlagen und bewertet. Am Ende dieses Prozessschrittes wurden insgesamt 28 Indikatoren als *relevant* bewertet. Im zweiten Schritt des strukturieren Auswahl- und Bewertungsprozesses bewerteten die Experten 27 der 28 Indikatoren als praktikabel.

Von den 27 als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren (vgl. Tabelle 1) messen jeweils 4 Indikatoren die Struktur- bzw. Ergebnisqualität, und 19 Indikatoren messen die Prozessqualität. Die Mehrheit der Indikatoren (17 Indikatoren) deckt die Qualitätsdimension Patientensicherheit ab. Jeweils 4 Indikatoren wurden den Qualitätsdimensionen Patientensicherheit und Zugang zur und Koordination der Versorgung zugeordnet. 7 Indikatoren decken die Qualitätsdimension Effektivität ab.

Tabelle 1: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
01e <sup>1</sup>	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Prozessindikator
<b>Pharmakotherapie</b>		
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	Prozessindikator
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozessindikator
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	Prozessindikator
77a <sup>1</sup>	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Prozessindikator
<b>Somatische Versorgung</b>		
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	Prozessindikator
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Prozessindikator
59	Kontrolluntersuchungen	Prozessindikator
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
35	Körperliche Übergriffe	Ergebnisindikator
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Ergebnisindikator
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ergebnisindikator
62	Unterbringungen	Strukturindikator
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
<b>Psychotherapie</b>		
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	Prozessindikator
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
34	Behandlungsvereinbarungen	Prozessindikator
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Prozessindikator
70_a	Einbezug von Angehörigen	Prozessindikator
85	Muttersprachliche Kommunikation	Prozessindikator
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	Prozessindikator
104	Gesprächsangebote für Angehörige	Prozessindikator
<b>Struktur</b>		
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	Strukturindikator
50c	Deeskalationstraining – stationär	Strukturindikator
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	Strukturindikator

<sup>1</sup>Der Titel des Indikators wurde aufgrund der Stellungnahmen zum Abschlussbericht geändert.

Mit den insgesamt 27 Indikatoren liegt nach Einschätzung des AQUA-Instituts ein praktikables Indikatorenset für den fachärztlichen und stationär-pflegerischen Teil der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose<sup>1</sup> vor, mit dem zentrale Aspekte der im Rahmen der Themenschließung formulierten Qualitätspotenziale abgebildet werden. Mit Blick auf die zum jetzigen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente fokussiert das Indikatorenset vorwiegend Aspekte der Prozessqualität, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfasst werden. Mit der überproportionalen Abbildung der Prozessqualität sind überwiegend Anforderungen einer leitliniengerechten Versorgung erfüllt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Prozessindikatoren im ambulanten Bereich auf der Pharmakotherapie und den damit zusammenhängenden, notwendigen Kontrolluntersuchungen. In der stationären Versorgung fokussieren die Prozessindikatoren vorwiegend den Einbezug und das Kooperieren mit ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen sowie restriktive Maßnahmen. Für die Erfassung der Strukturqualität wurden 4 Indikatoren entwickelt, die sich allerdings auf den stationären Bereich beschränken. Auch die Indikatoren zur Ergebnisqualität werden – mit einer Ausnahme – nur für den stationären Bereich erhoben.

Lediglich der Indikator zu den stationären Wiederaufnahmen berücksichtigt auch die ambulante Versorgung.

Da die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine regelmäßig sektorenübergreifende Versorgung mit unterschiedlichen Aufgaben in den Sektoren ist, die verfügbaren Erhebungsinstrumente aber jeweils spezifische Beschränkungen aufweisen, erfassen die Qualitätsindikatoren zu vielen Qualitätspotenzialen nur einzelne Aspekte bzw. sie decken nur einen spezifischen Sektor ab. Das Qualitätspotenzial „restriktive Maßnahmen“ bezieht sich notwendigerweise nur auf den stationären Bereich, und das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ kann nur im ambulanten Bereich ausgeschöpft werden, ebenso wie die Qualitätspotenziale „Somatische Versorgung“ und „Psychotherapie“. Für das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ konnten lediglich Indikatoren zur Abbildung der Entlassung aus stationären Einrichtungen konsentiert werden. Die vorgeschlagenen Indikatoren, die sich auf weitere Aspekte dieses Qualitätspotenzials im ambulanten Bereich bezogen, wurden nicht als *relevant* bewertet, da derzeit keine fallbezogene Erhebung der Indikatoren im ambulanten Bereich entwickelt werden sollte. Das Qualitätspotenzial zu „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ konnte nur mit Blick auf einige wenige Aspekte („Angehörigenpartizipation“ und „partizipative Entscheidungsfindung“) konsentiert werden. Für die Erhebung von weiteren Aspekten dieses Qualitätspotenzials sowie allgemein zur Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten wäre eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung notwendig, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden sollte.

Die Mehrzahl der Indikatoren adressiert die stationäre Versorgung und damit Patienten, bei denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt bzw. Patienten, deren Erkrankung vorübergehend einen so schweren Verlauf nimmt, dass eine ambulante Versorgung nicht ausreicht. Innerhalb der stationären Versorgung fokussieren die Qualitätsindikatoren restriktive Maßnahmen, die ebenso Hinweise auf schwere Krankheitsphasen geben. Mit den Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen wird gleichzeitig ein wichtiger ethischer Aspekt der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose abgedeckt.

## Umsetzung und Empfehlungen

Das AQUA-Institut empfiehlt, alle im Panel-Prozess als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren umzusetzen. Zur Erhebung der Indikatoren wurden 4 Erhebungsinstrumente spezifiziert: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen, ambulante und stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie stationäre fallbezogene QS-Dokumentation.

In der Gesamtschau schätzt das AQUA-Institut das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als angemessen ein. Für 6 Indikatoren ist eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen, die keinen Erhebungsaufwand bei den Leistungserbringern verursacht. Für die vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie für PIA kommen weitere 4 Indikatoren hinzu, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden sollen. Mit dem gleichen aufwandsarmen Erhebungsinstrument sollen auch 3 Strukturindikatoren im stationären Bereich erhoben werden. Für insgesamt 14 Indikatoren ist eine stationäre fallbezogene QS-Dokumentation vorgesehen, wobei 3 dieser Indikatoren nur bei Patienten mit einer F2-Diagnose, die Zwangsmaßnahmen erlebt haben, erhoben werden.

<sup>1</sup> Steht hier und im Folgenden für alle Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10 F20.- bis F29)

Da sich die im ersten Schritt zu entwickelnden Erhebungsinstrumente für den ambulanten und den stationären Bereich sehr unterscheiden (einrichtungsbezogene vs. fallbezogene Erfassung), mussten verschiedene Indikatoren für die jeweiligen Bereiche entwickelt werden. Von den 27 Indikatoren adressieren 10 Indikatoren in der Rückmeldung die ambulanten Leistungserbringer. Für den stationären Bereich werden die Ergebnisse von 19 Indikatoren an die entsprechenden stationären Einrichtungen zurückgemeldet. 2 Indikatoren werden sowohl den stationären als auch den ambulanten Leistungserbringern zurückgespiegelt.

Unter Beachtung der auftragsgemäßen Einschränkungen wird das abgestimmte Indikatorenset vom AQUA-Institut als guter Einstieg in die Qualitätssicherung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeschätzt.



# 1 Hintergrund

Mit dem Beschluss vom 15. März 2012 beauftragte der G-BA das AQUA-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur *Versorgung bei psychischen Erkrankungen*. Zunächst sollte in einer Konzeptionsphase der Entwicklungsauftrag weiter ausgearbeitet werden. Hierfür erarbeitete das AQUA-Institut bis zum 15. September 2012 eine Konzeptskizze, die anschließend einer Arbeitsgruppe des G-BA als Grundlage zur Konkretisierung des Auftrags vorlag. Das AQUA-Institut stand über den gesamten Diskussionsprozess der Arbeitsgruppe beratend zur Seite. Die endgültige Fassung der Beauftragung verabschiedete der G-BA am 19. Juni 2014.

Im Januar 2013 wurde der G-BA mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V aufgefordert, „in seinen Richtlinien [...] geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich“ zu beschließen.

Das hier zu entwickelnde QS-Verfahren zielt auf die Versorgung von volljährigen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- Schizophrenie (F20.-)
- schizotype Störungen (F21)
- anhaltende wahnhafte Störungen (F22.-)
- akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-)
- induzierte wahnhafte Störungen (F24)
- schizoaffective Störungen (F25.-)
- sonstige nichtorganische psychotische Störungen (F28)
- nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10 F20.- bis F29, im Folgenden als F2-Diagnose bezeichnet) sind schwere psychische Erkrankungen aus dem Bereich der Psychosen. Die Erkrankungen sind durch Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, der Affekte und des Verhaltens gekennzeichnet und führen häufig zu Beeinträchtigungen in der Lebensqualität, Alltagsfunktionalität und Autonomie. Der überwiegende Anteil der Erkrankungen verläuft rezidivierend oder gar chronisch. Zudem konnte eine um mehr als das zweifache erhöhte altersstandardisierte Mortalität beobachtet werden. Neben einer erhöhten Rate an Suiziden und Unfällen trägt auch ein erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen, wie Kreislauf- oder respiratorische Erkrankungen, zu einer um etwa 7,2 bis 25 Jahre reduzierten Lebenserwartung bei (Laursen et al. 2014; Laursen et al. 2011; Wahlbeck et al. 2011; Mitchell et al. 2010; Leucht et al. 2007; Saha et al. 2007).

Qualitätsinitiativen für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus anderen Ländern zeigen, dass sektorenübergreifende Qualitätssicherung positive Effekte auf die Versorgung haben kann. So konnte beispielsweise in Australien mit der ambulanten und stationären Qualitätssicherung eine positive Entwicklung hinsichtlich Polypharmazie (Anteil an Patienten mit mehr als drei psychotropen Wirkstoffen bei Entlassung aus der stationären Versorgung) verzeichnet werden (ACHS 2011).

## 2 Auftrag

### 2.1 Auftrag vom 15. März 2012

Um eine optimale Abstimmung mit dem Auftraggeber zu gewährleisten, wurde vom AQUA-Institut – wie in der Beauftragung vom 15. März 2012 festgelegt – zunächst eine Konzeptskizze mit konkreten Vorschlägen zur Umsetzung der in der Beauftragung genannten Dimensionen und zu berücksichtigenden Eckpunkte vorgelegt.

Der ursprüngliche Auftrag adressierte die Entwicklung eines mehrdimensionalen QS-Verfahrens mit folgenden drei Dimensionen:

- a) „Ein generischer Teil mit Qualitätsindikatoren, die die Versorgungskette (Verlauf der Patienten und Patientinnen durch das gesamte System) insgesamt abbilden, unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Sektoren.
- b) Ein spezifischer Teil, der die Entwicklung von Qualitätsindikatoren mit besonderem Bezug zur Prozess- und Ergebnisqualität beispielhaft anhand von einzelnen Krankheitsbildern bei psychischen Erkrankungen mit schwerem Verlauf untersucht.
- c) Die Entwicklung von Instrumenten, die sowohl die Erfahrungen über die gesamte Behandlungskette der Patienten und Patientinnen selbst als auch die der betroffenen Angehörigen mit dem Fokus der Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität abbilden (Einbezug der Perspektive von Patienten und Patientinnen und Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern und Betreuerinnen).“

Als Eckpunkte sollten insbesondere ethische Aspekte sowie schwere und schwerste Verläufe von psychischen Krankheiten berücksichtigt werden. Das QS-Verfahren sollte einen sektorenübergreifenden und die Schnittstellen besonders berücksichtigenden Ansatz haben und bei der Datenerhebung vorwiegend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgreifen.

### 2.2 Ergebnisse der Konzeptskizze

Am 15. September 2012 hat das AQUA-Institut die beauftragte Konzeptskizze vorgelegt. Diese basierte auf einer Literaturrecherche, einem intensiven und umfassenden Einbezug von Experten (u.a. auf einem Scoping Workshop im Juli 2012 mit über 100 Teilnehmern sowie einem themenspezifischen Workshop auf der AQUA-Tagung im Mai 2012), einer Analyse von Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse, einer Analyse bestehender QS-Projekte und -Modelle sowie einer Prüfung möglicher Datenquellen und Erhebungsinstrumente sowie entsprechender Auslösemechanismen (QS-Auslösung).

Im Ergebnis hat das AQUA-Institut eine Analyse vorgelegt, die einerseits generische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufzeigte und andererseits spezifische Versorgungsaspekte von vier ausgewählten Zielpopulationen. Bei den Letzteren handelte es sich um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – zusammengefasst als Population mit „severe mental illness“ (SMI) –, Menschen mit depressiven Störungen, psychisch kranke alte Menschen und Menschen mit Anorexia nervosa. Für die Versorgung dieser Populationen wurden allgemeine und spezifische Qualitätspotenziale beschrieben. Es wurden entsprechende Versorgungspfade aufgestellt, die potenziellen Datenquellen, die QS-Auslösung sowie die spezifischen Bezugs- und Berichtsebenen skizziert.

Im Anschluss an die Konzeptskizze folgten langwierige Beratungen in den Gremien des G-BA, die teilweise zu weiteren Konkretisierungen, teilweise aber auch zu erheblichen Abweichungen vom ursprünglichen Auftrag führten.

Die wesentlichen Änderungen bzw. Konkretisierungen betrafen die Zielpopulation, die Datengrundlage sowie die schrittweise Entwicklung des QS-Verfahrens.

## 2.3 Auftragskonkretisierung

Am 19. Juni 2014 verabschiedete der G-BA die Änderung des am 15. März 2012 erteilten Auftrags an das AQUA-Institut über die Entwicklung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Ziel des aktuell beauftragten QS-Verfahrens ist die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität der Behandlung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

### 2.3.1 Inhalt und Umfang der Beauftragung

Der aktuelle Auftrag umfasst die Entwicklung von sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätsindikatoren und Instrumenten sowie die notwendige Dokumentation für die Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Weiterhin soll auf Basis der Vorarbeiten geprüft werden, ob eine Möglichkeit besteht, die Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose auf schwere und schwerste Verläufe einzugrenzen und einen entsprechenden QS-Filter zum Fokussieren der Zielgruppe zu entwickeln (unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich). Dabei sollen „die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren [...] neben den messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein“.

Auftragsgemäß soll ein diagnosespezifisches QS-Verfahren entwickelt werden. Im Gegensatz zu einem therapie- oder eingriffsbezogenen QS-Verfahren, das alle Patienten einschließt, die die entsprechenden GKV-Leistungen in Anspruch nehmen, muss hier davon ausgegangen werden, dass nicht alle Patienten mit F2-Diagnose Leistungen der GKV in Anspruch nehmen. Dies betrifft u.a. Patienten mit schweren und schwersten Verläufen wie beispielsweise Patienten ohne Krankheitseinsicht oder forensische Patienten. Diese Patientengruppe wird vom Auftrag nicht erfasst und kann dementsprechend nicht qualitätsgesichert werden.

In der Beauftragung sind weiterhin folgende Adressaten für das zu entwickelnde QS-Verfahren festgelegt: Einrichtungen in der stationären Versorgung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen. Damit können nicht alle für die Versorgung von volljährigen Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen wesentlichen Leistungserbringer (z.B. Hausärzte, psychologische Psychotherapeuten) in diesem QS-Verfahren berücksichtigt werden. Es kann also nur ein Teil der Versorgung in dem zu entwickelnden QS-Verfahren abgebildet werden.

Des Weiteren ist im Auftragstext festgehalten „Bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren und bei der ggf. noch zu beauftragenden Erfassung der Patienten- und Angehörigenperspektive sind regelhaft ethische Aspekte und ggf. die besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich auf den besonderen Schutz der Würde psychisch erkrankter Menschen, z.B. bei Zwangsmaßnahmen, rechtlicher Betreuung und sämtlichen Maßnahmen, die das Risiko von Ausgrenzung und Stigmatisierung beeinflussen.“

### 2.3.2 Datengrundlage

Im Rahmen der Konkretisierungen zur Konzeptskizze hat sich der G-BA bei der Auftragsformulierung darauf verständigt, dass als potenzielle Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen (gem. §299 Abs. 1a SGB V) und die QS-Dokumentationen, d.h. Erhebungen bei den Leistungserbringern (Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie Psychiatrische Institutsambulanzen) infrage kommen.

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Berücksichtigung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist ein expliziter Bestandteil der Beauftragung. Für ihre Nutzung im Regelbetrieb ist mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden. Nach §299 Abs. 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, die Sozialdaten für die gesetzliche Qualitätssicherung bzw. die Durchführung von QS-Verfahren gemäß §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Verfügung zu stellen.

Ein relevanter Vorteil des Einbezugs von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Möglichkeit, Daten aufwandsarm zu erfassen und diese über größere Zeiträume und unterschiedliche Leistungserbringer hinweg, sektorenübergreifend auswerten zu können. Ein Nachteil ist die zeitliche Verzögerung der Datenlieferung an die Bundesauswertungsstelle von mindestens sechs Monaten, was insbesondere für ein konsistentes Auswertungskonzept eine Herausforderung darstellt.

Derzeit können nur GKV-Versicherte über diese Datenquelle erfasst werden. Selektivvertragliche Leistungen sind grundsätzlich im Sozialdatensatz bei den Krankenkassen enthalten, durften aber aus rechtlichen Gründen nicht bei den durchgeführten Analysen der gelieferten Krankenkassendaten berücksichtigt werden. Für einen sinnvollen Einbezug dieser Leistungen in ein QS-Verfahren müssen die Krankenkassen sicherstellen, dass eine vollständige und den Details der kollektivvertraglichen Regelungen (Kodierungsbedingungen) entsprechende Dokumentation angelegt ist.

Allgemeine Grundlagen zur Entwicklung und Umsetzung eines Erhebungsinstruments basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden vom AQUA-Institut entwickelt (AQUA 2014a; AQUA 2013a) und befinden sich derzeit in Umsetzung bzw. ersten Erprobungen. Die Ergebnisse fließen auch in diese Neuentwicklung ein. Für das zu entwickelnde QS-Verfahren muss geprüft werden, welche Qualitätsindikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden können.

Folgende Datenbestände wurden als relevant im Hinblick auf eine empirische Prüfung eingestuft:

- Datenbestand nach §284 SGB V: Versichertenstammdaten
- Datenbestand nach §301 SGB V: Abrechnungsdaten der Krankenhäuser
- Datenbestand nach §117 SGB V: Abrechnungsdaten der zur ambulanten ärztlichen Behandlung ermächtigten Hochschulambulanzen
- Datenbestand nach §118 SGB V: Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen
- Datenbestand nach §115 SGB V: Abrechnungsdaten der Leistungen entsprechend dreiseitiger Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten
- Datenbestand nach §295 SGB V: Abrechnungsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen (kollektivvertraglich)
- Datenbestand nach §295a SGB V: Abrechnungsdaten der an der hausarztzentrierten, besonderen ambulanten und integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen (selektivvertraglich)
- Datenbestand nach §300 SGB V: Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln
- Datenbestand nach §302 SGB V: Abrechnungsdaten der Leistungserbringer für Heil- und Hilfsmittel

### **QS-Dokumentation durch stationäre Leistungserbringer**

Eine fallbezogene QS-Dokumentation ist im Rahmen dieses Auftrags auf stationäre Leistungserbringer beschränkt. Über die fallbezogene QS-Dokumentation können Informationen über Prozesse und Ergebnisse, die unmittelbar beim Leistungserbringer verfügbar sind, erhoben werden. Mittels der QS-Dokumentation werden die zur Qualitätssicherung erforderlichen Behandlungsdaten direkt in den Einrichtungen, in denen die medizinische Leistung erbracht wird, erhoben. Dafür wird eine entsprechende Software benötigt. Mittels dieser dokumentiert der Leistungserbringer die von ihm erbrachte Leistung selbst und stellt diese Daten dann der externen Qualitätssicherung zur Verfügung.

Das AQUA-Institut erstellt für diese Art der Datenerhebung eine Spezifikation, in der genau festgelegt wird, wie und auf welche Art und Weise die Dokumentation erfolgt. In der Spezifikation ist ebenfalls geregelt, für welche Fälle überhaupt eine Dokumentation ausgelöst werden muss (QS-Filter), welche Daten dokumentiert bzw. erfasst werden müssen (QS-Erfassung) und wie die Datenflüsse technisch umgesetzt werden (QS-Datenübermittlung). Speziell der QS-Filter prüft anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien, ob ein Behandlungsfall dokumentationspflichtig ist. Diese Prüfung erfolgt während der Leistungserbringung und nutzt zur Ermittlung die in

der Einrichtung dokumentierten Daten, u.a. das Aufnahmedatum oder die Diagnose- und Prozedurenschlüssel (ICD, OPS). Sind alle Bedingungen erfüllt, wird die Dokumentation des entsprechenden Falles während der Leistungserbringung ausgelöst.

### **QS-Dokumentation durch ambulante Leistungserbringer**

Für die ambulanten Leistungserbringer ist im ersten Schritt des Auftrags eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vorgesehen, da die Voraussetzungen für eine fallbezogene Dokumentation derzeit nicht gegeben sind. Durch eine Selbstauskunft der Einrichtungen werden dabei aggregierte, auf einen Zeitraum bezogene Informationen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen. Sämtliche Daten sind dabei periodisch bzw. einmalig (z.B. jährlich oder quartalsweise) zu erheben. Die Fragen des dazugehörigen Kataloges sollen dabei beispielsweise im Anschluss an das betrachtete Erfassungsjahr oder Erfahrungsquartal durch die Einrichtung beantwortet werden.

### **Patientenbefragung**

Im Auftragstext ist klargestellt, dass die „Entwicklung von Instrumenten zur Befragung der Patienten und Patientinnen sowie ggf. auch der Angehörigen [...] ein vom G-BA beabsichtigtes Ziel [ist]. Aufgrund der bestehenden Beschlüsse und vor dem Hintergrund des aktuellen Planungsstands zur Entwicklung und Implementierung von Patientenbefragungen in der Qualitätssicherung des G-BA, soll die Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung für dieses Verfahren erst **zu einem späteren Zeitpunkt** [Hervorhebung AQUA-Institut] beauftragt und entwickelt werden. Das Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung soll im Rahmen dieses Entwicklungsauftrags geprüft und dargestellt werden.“

Folglich werden für das Panel keine Indikatoren bereitgestellt, die die Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht messen bzw. die durch eine Patienten- oder Angehörigenbefragung erhoben werden müssen.

### **2.3.3 Schrittweise Entwicklung**

Laut Auftrag soll die Verfahrensentwicklung „in zwei Schritten erfolgen, da im Rahmen der Entwicklungsschritte weitere Erkenntnisse zur konkreten Ausgestaltung und Entwicklung, insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung des ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereichs, erwartet werden.

Der erste Schritt umfasst:

- die Entwicklung von Indikatoren sowie deren Dokumentation für Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2 zur Messung basierend auf Daten auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen (§284 Absatz 1 SGB V)
- die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten und deren Dokumentation durch die Einrichtungen in der stationären Versorgung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2 sowie
- die Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung, insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen in Bezug auf die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2.

Die Ergebnisse des ersten Entwicklungsschritts sollen in einem zweiten Schritt hinsichtlich folgender Fragestellungen überprüft werden:

- Gibt es Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich, die mit den bisherigen Instrumenten nicht adressiert werden konnten?
- Ist eine QS-Auslösung im ambulanten Bereich umsetzbar?
- Wie können Dokumentation und Datentransfer erfolgen? (technische Machbarkeitsprüfung)

Die Resultate dieser Überprüfung sollen als Grundlage für die Beauftragung weiterer Entwicklungsschritte dienen.“

Die folgende Abbildung verdeutlicht die beiden Entwicklungsschritte schematisch:

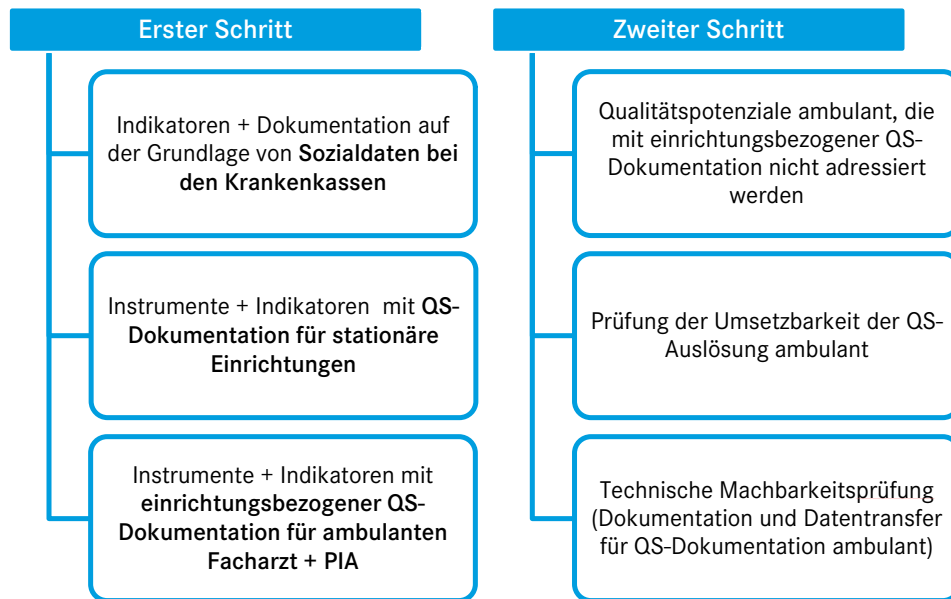


Abbildung 1: Beauftragte Entwicklungsschritte

## 2.4 Projektierung

### 2.4.1 Projektteam

Das Projektteam des AQUA-Instituts zur Entwicklung eines QS-Verfahrens zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* setzt sich aus insgesamt vier Mitarbeitern zusammen:

- zwei Gesundheitswissenschaftler (davon eine Projektleitung)
- ein Gesundheitsökonom
- ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (medizinische Beratung)

### 2.4.2 Zeitplan

Nach der Beauftragung des AQUA-Instituts mit der Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur *Versorgung bei psychischen Erkrankungen* durch den G-BA am 15. März 2012 standen zunächst 6 Monate zur Erarbeitung einer Konzeptskizze zur Verfügung. In den sich anschließenden eineinhalb Jahren hat der G-BA in seinen Arbeitsgruppen die Beauftragung weiter konkretisiert und am 19. Juni 2014 einen überarbeiteten Beschluss zur Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* verabschiedet. Zur Verfahrensentwicklung wurden, dem überarbeiteten Beschluss entsprechend, 17 Monate angesetzt. Die Tabelle 2 fasst den Zeitplan für die Bearbeitung der Beauftragung zusammen.

Tabelle 2: Zeitplan

Arbeitsschritte	Zeitraum/Termin
Beauftragung durch den G-BA	15. März 2012
<b>Konzeptionsphase</b>	
Erstellung der Konzeptskizze	15. März – 15. September 2012
Konkretisierung der Beauftragung durch AG Psychische Erkrankungen	September 2012 – Februar 2014
Geänderte Beauftragung durch den G-BA	19. Juni 2014
<b>Vorbereitung</b>	
Beschaffung der Sozialdaten	19. Juni – 19. September 2014
Themenerschließung Strukturqualität	19. Juni – 19. September 2014
Qualitätspotenzialanalyse PIA	19. Juni – 19. September 2014
<b>Aktualisierung Themenerschließung</b>	
Aktualisierung und Spezifizierung der Evidenzrecherche	Juli – August 2014
<b>Indikatorenrecherche/-entwicklung</b>	
Indikatoren- und Literaturrecherche	September – Oktober 2014
Empirische Prüfung anhand der Daten für Forschungszwecke (§75 SGB V)	September – November 2014
Erstellen des Indikatorenregisters	Oktober – Dezember 2014
<b>RAM-Prozess</b>	
Auftaktveranstaltung	14. Januar 2015
Bewertungsrunde 1	15. Januar – 6. Februar 2015
Paneltreffen im Rahmen der Bewertungsrunde 1	18. Februar 2015
Bewertungsrunde 2	25. März – 21. April 2015
Paneltreffen im Rahmen der Bewertungsrunde 2	6. Mai 2015
Optionales Abschlusstreffen	3. Juni 2015
<b>Berichte und Stellungnahmeverfahren</b>	
Abgabe Vorbericht	15. Juli 2015
Stellungnahmeverfahren	13. Juli – 4. September 2015
Abgabe des Abschlussberichts	14. Dezember 2015 <sup>1</sup>
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Nach Freigabe durch den G-BA

<sup>1</sup> Mit Beschluss vom 4. November 2015 wurde der Abgabetermin vom 9. November 2015 auf den 14. Dezember 2015 verschoben.

## 3 Themerschließung

### 3.1 Recherchen

Grundlage der Themerschließung waren Evidenzrecherchen, Expertengespräche und empirische Analysen anhand von Routinedaten. Da im Zuge der Konkretisierungen bzw. mit der endgültigen Beauftragung einerseits keine der in der Konzeptskizze empfohlenen Zielpopulationen adressiert wird und andererseits nun auch Aspekte der Strukturqualität einbezogen werden sollten, wurde eine erneute Evidenzrecherche zur Anpassung bzw. Definition von neuen Qualitätspotenzialen durchgeführt. Ergänzend wurden Experten mittels von Leitfadenterviews befragt.

#### 3.1.1 Evidenzrecherche

Die Literaturrecherche für die Qualitätspotenziale fokussierte Quellen mit aggregierter Evidenz. Gesucht wurde dementsprechend nach systematischen Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments (HTAs) und Leitlinien.

Die Suche nach nationalen HTAs der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) erfolgte über das Portal des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale HTAs wurden in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR) recherchiert. Die datenbankgestützte Suche wurde durch kontinuierliche Handsuchen ergänzt. Insgesamt wurden 16 potenziell relevante Publikationen ermittelt.

Für die Suche nach Sekundärliteratur in Form von systematischen Übersichtsarbeiten wurde auf die Cochrane Library (Cochrane Collaboration) zurückgegriffen. Hier wurden insbesondere Reviews berücksichtigt, die nach den Gütekriterien für Cochrane Reviews erstellt worden sind. Auch diese Suche wurde durch kontinuierliche Handsuchen ergänzt. Insgesamt konnten 110 potenziell relevante systematische Übersichtsarbeiten für die Verfahrensentwicklung ermittelt werden.<sup>2</sup>

Die Leitlinienrecherche wurde in den Metadatenbanken des Guideline International Network (G-I-N), des Leitlinien-Informations- und Recherchedienstes des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) durchgeführt. Vervollständigt wurde die Suche in speziellen Suchmaschinen der AHRQ (National Guideline Clearinghouse) und des NHS (NHS-Evidence Guidelines Finder). Insgesamt wurden 47 themenspezifische Leitlinien (davon 3 deutsche), deren Kernempfehlungen ggf. für die Indikatorenentwicklung genutzt werden können, als potenziell relevant bewertet. Darunter befinden sich mehrere Leitlinien, die bereits abgelaufen sind bzw. sich gegenwärtig in Überarbeitung befinden, so z.B. die deutsche Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006). Gegenwärtig wird die Nationale Versorgungsleitlinie Schizophrenie erarbeitet.

Eine Auflistung der Ergebnisse mit den als potenziell relevant bewerteten Veröffentlichungen aus der Evidenzrecherche sind in den Anhängen A.1, A.2.1 und A.2.2 zu finden.

#### 3.1.2 Expertengespräche

Da die Evidenzrecherchen mit Blick auf mögliche Qualitätspotenziale/-defizite der Versorgungsstruktur unbefriedigend waren, hat das AQUA-Institut externe Expertise von an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Leistungserbringern und Betroffenen eingeholt. Die Expertengespräche wurden mit dem Ziel durchgeführt, zusätzliche Informationen zur Strukturqualität, insbesondere für die Situation in Deutschland, zu erhalten. Hierzu wurden verschiedene Fachgesellschaften und Organisationen kontaktiert, die ihrerseits Experten für diese Gespräche benannten (vgl. Tabelle 3).

---

<sup>2</sup> Einschränkung muss festgehalten werden, dass in zahlreichen Publikationen oftmals nur die Diagnose F20 (Schizophrenie) betrachtet wurde und die anderen relevanten Diagnosen dieses QS-Verfahrens (F21 bis F29) nicht berücksichtigt wurden.



Tabelle 3: Benannte Experten für Expertengespräche

Organisation	Experte(n)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Dr. Gunther Carl Dr. Frank Bergmann
Bundespsychotherapeutenkammer	Timo Harfst
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	Gudrun Schliebener Christian Zechert
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	-
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	André Nienaber Bruno Hemkendreis
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Wolfgang Maier Dr. Iris Hauth
Deutsche Krankenhausgesellschaft	Dr. Sabine Haverkamp
Deutscher Pflegerat	Georg Oppermann
GKV-Spitzenverband	Dr. Ute Watermann
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Dr. Susanne Kleudgen
Patientenvertretung beim G-BA	Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein Susanne Mauersberg

Genannt sind nur die Experten, die eine Vertraulichkeitserklärung unterschrieben und der namentlichen Nennung in diesem Bericht zugestimmt haben.

Darüber hinaus fanden zwei Gespräche mit betroffenen Patienten statt. Um Patienten für die Gespräche zu gewinnen und eine vertrauensvolle Atmosphäre für die Gespräche zu wahren, wurde den Patienten seitens des AQUA-Instituts zugesichert, sie nicht namentlich zu nennen.

Im Anschluss an Teilnahme- und Vertraulichkeitserklärungen wurde den Experten im Vorfeld der Gespräche ein Fragebogen mit Leitfragen vorgelegt (vgl. Anhang A.2.3). Der Fragebogen fokussierte Strukturaspekte, die wichtig für die Versorgung von Menschen mit einer F2-Diagnose sind. Dabei verfolgte der Fragebogen das Ziel, Einschätzungen zum Ist-Zustand, zu Defiziten sowie zu möglichen Verbesserungspotenzialen zu gewinnen.

Alle Fragen wurden mit den jeweiligen Experten in persönlichen Gesprächen erörtert. Darüber hinaus wurden die Expertengespräche genutzt, um spezifische Fragen zur gegenwärtigen Dokumentationspraxis zu klären. Weiterhin wurden auch zahlreiche Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität thematisiert, die an geeigneter Stelle in den vorliegenden Bericht eingeflossen sind. Das aggregierte Ergebnisprotokoll findet sich im Anhang A 2.4.

### 3.1.3 Empirische Analysen

Für die Entwicklung des QS-Verfahrens hat das AQUA-Institut auftragsgemäß auch auf Routinedaten zurückgegriffen.

#### Zielsetzungen

Die Analyse von Routinedaten wird im Kontext des vorliegenden Berichts mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- Gewinnung allgemeiner Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen, das Patientenkollektiv und erbrachte Leistungen. Hierbei wird ein vorwiegend deskriptiver Zweck verfolgt (Abschnitt 3.2.2)
- Prüfung der Abbildbarkeit von recherchierten und bereits entwickelten Indikatoren bei der Erstellung des Indikatorenregisters (Abschnitt 4.3)

- Einschätzung der allgemeinen Nutzbarkeit von Sozialdaten in dem zu entwickelnden QS-Verfahren, insbesondere bei der Entwicklung des Patientenfilters (Abschnitt 6.1.1)
- Ermittlung der Qualitätspotenziale/-defizite Psychiatrischer Institutsambulanzen (vgl. Abschnitt 3.5)
- Möglichkeit der Eingrenzung von Patienten mit einer F2-Diagnose auf Subpopulationen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von schweren und schwersten Krankheitsverläufen unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich (Kapitel 9)

Darüber hinaus werden die Routinedaten zur Beantwortung von für die Entwicklung des QS-Verfahrens spezifischen Fragen analysiert, die sich im Laufe der Verfahrensentwicklung ergeben und für die keine Angaben in der Literatur zu finden sind. Diese Ergebnisse finden sich über den ganzen Bericht verteilt.

### Datenbasis

Als Datenbasis für empirische Analysen stand dem AQUA-Institut der Datensatz einer kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung. Für das vorliegende Verfahren wurden anonymisierte Routinedaten der Jahre 2010 bis 2012 für volljährige Versicherte beantragt, bei denen in einem dieser 3 Jahre mindestens einmal ambulant oder stationär eine Diagnose aus dem Diagnosespektrum F20.- bis F29 nach ICD-10 gestellt wurde (Tabelle 4). Es handelt sich hierbei um eine Vollerhebung aus dem Bestand dieser Krankenkasse.

Tabelle 4: Übersicht über die beantragten Routinedaten

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Datenbestand	Beschreibung
§284	Stammdaten	Versichertendaten nach §284, einschließlich Sterbedatum, Arbeitsstatus, Betreuungsstatus
§301	Krankenhaus	Behandlung im Krankenhaus mit Markierung von Tageskliniken
§ 117		Hochschulambulanz
§ 118		Psychiatrische Institutsambulanz
§ 115		Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten, v.a. bezüglich der vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen
§295	Ambulant kollektivvertraglich	Vertragsärzte einschließlich Psychotherapeuten mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§295a	Ambulant selektivvertraglich	Vertragsärzte einschließlich Psychotherapeuten
§300	Apotheken	Verordnungsdaten Medikamente
§302	Heil- und Hilfsmittel	Heilmittelverordnung nach §302, v.a. ambulante psychiatrische Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege), Ergotherapie

Alle genannten Daten wurden in anonymisierter Form geliefert. Die Verknüpfung der in unterschiedlichen Jahren erfolgten Behandlungen wurde durch Patienten- und Einrichtungspseudonyme realisiert.

### Einschränkungen des Datenpools

Zum Zeitpunkt der Verfahrensentwicklung standen dem AQUA-Institut keine Daten zu selektivvertraglich erbrachten Leistungen zur Verfügung, da eine Lieferung entsprechender Daten für die Krankenkassen einen hohen Aufwand bedeutet. Prinzipiell sind Auswertungen zu selektivvertraglichen Leistungen möglich, jedoch sind hiermit in jedem Fall kassenindividuelle Auswertungen verbunden.

Die Daten der PIA waren für die Auswertungen nur eingeschränkt nutzbar, da sie nach Aussage der datenliefernden Krankenkasse nur unvollständig bereitgestellt werden konnten. Darüber hinaus erfolgte die Abrechnung der PIA im Jahr 2012 noch nicht einheitlich. Erst ab dem Jahr 2013 sind die PIA gemäß „PIA-Doku-Vereinbarung“ (DKG/GKV/PKV 2012) dazu verpflichtet, Leistungen bundesweit einheitlich zu dokumentieren und erst dann können vollständige Daten erwartet werden.

In den stationären Daten waren in etwa 10 % der Fälle Krankenhausaufenthalte enthalten, die sich aus abrechnungsspezifischen Gründen überschneiden. Diese wurden zu einem Krankenhausaufenthalt zusammengefasst.

Bei der Darstellung der Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass Leistungserbringer über ihre jeweilige pseudonymisierte Betriebsstättennummer (BSNR) identifiziert wurden. Es ist daher nicht eindeutig nachzuweisen, von wie vielen Ärzten ein Patient tatsächlich behandelt wurde, da in einer Betriebsstätte grundsätzlich mehrere Ärzte beschäftigt sein können. Für die hier dargestellten Auswertungen wurde festgelegt, dass eine BSNR immer einem Leistungserbringer entspricht.

Für die Auswertungen im ambulanten Bereich musste festgelegt werden, welchem Arzt ein Indikatorergebnis zurückgespiegelt wird. Es stellt sich die Frage, ob Ärzte auch für solche Patienten im Sinne eines QS-Verfahrens verantwortlich sind, für die sie beispielsweise nur vorübergehend die Behandlung, z.B. während einer Urlaubsvertretung, übernehmen. Um hier nicht von „falschen“ Verantwortlichkeiten auszugehen, wurde festgelegt, dass jeder Patient einem Facharzt mit dem Schwerpunkt der psychiatrischen Betreuung oder einer PIA zugeordnet wird (im Folgenden als Hauptarzt bezeichnet). Der Hauptarzt ist derjenige Arzt oder diejenige PIA, bei dem der Patient innerhalb eines Jahres am häufigsten, gemessen an der Anzahl an Kontakten, war. War ein Patient bei zwei oder mehr Ärzten (oder PIA) gleich häufig, so wird der Patient all diesen Ärzten bzw. PIA zugeordnet und die Daten des Patienten fließen in die Berechnung der Ergebnisse all dieser Ärzte bzw. PIA ein. Das bedeutet, dass ein Patient in diesem Fall zwei oder entsprechend mehr „Hauptärzte“ haben kann. Dies betraf im Jahr 2012 allerdings nur 1,2 % der Versicherten.

### **Definition der Grundgesamtheit**

Aus den übermittelten Routinedaten wird vor den empirischen Analysen und der Berechnung der Indikatoren folgende Grundgesamtheit definiert:

Einschluss: Patienten, die im Erfassungsjahr 2012 entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich oder einer PIA in mindestens zwei Quartalen des Erhebungsjahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben.

Ausschluss: Patienten, die entweder stationär eine Hauptdiagnose einer Demenz (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) oder in zwei Quartalen des Erfassungsjahres 2012 im ambulanten Bereich oder einer PIA je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.

Diese Grundgesamtheit wird der Berechnung von allen empirischen Analysen und Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden sollen, zugrunde gelegt; es sei denn, eine andere Grundgesamtheit wurde an der betreffenden Stelle explizit definiert.

### **Hochrechnung und Standardisierung der Ergebnisse**

Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Vollerhebung aus dem Versichertenbestand einer einzelnen Krankenkasse handelt, erfolgte eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung auf alle GKV-Versicherten. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken<sup>3</sup>, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entsprechend der von den gesetzlichen Krankenversicherungen gelieferten Informationen veröffentlicht werden. Zu beachten ist, dass der Risikopool einzelner Krankenkassen unterschiedlich ist (z.B. Bildungsgrad oder Erwerbsstatus der Versicherten); diesem Umstand kann auch eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung nicht vollständig entgegenwirken.

<sup>3</sup> Bei der KM 6-Statistik handelt es sich um die einzige allgemein verfügbare Statistik, in der die Anzahl aller zum 1.7. eines Jahres gesetzlich krankenversicherter Personen, gegliedert nach Altersgruppe, Wohnort (KV), Versicherten-Status und Kassenart enthalten ist.

## 3.2 Erkrankung und Population

### 3.2.1 Krankheitsbild

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen entsprechend der ICD-10 Diagnosegruppe F20.- bis F29 fassen verschiedene nichtorganische psychotische Störungen zusammen. Die Diagnosen zählen zu den schweren psychischen Erkrankungen und sind neben psychischen Symptomen durch starke Beeinträchtigungen der funktionellen und sozialen Fähigkeiten gekennzeichnet. Die einzelnen Diagnosen unterscheiden sich in ihrer Symptomkonstellation sowie in der Prognose für einen chronischen oder rezidivierenden Verlauf. Die Gemeinsamkeiten der Diagnosen liegen in den Symptomen Wahn und Halluzination, die bei allen Krankheitsbildern eine bedeutende Rolle spielen. Die Diagnosen der Diagnosegruppe F20.- bis F29 sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Diagnosen der Diagnosegruppe F20.- bis F29

ICD-10-Kode	Diagnose
F20.-	Schizophrenie
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotype Störung
F22.-	Anhaltende wahnhafte Störungen
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.-	Schizoaffektive Störungen
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen

ICD-10-Kode	Diagnose
F25.9	Schizoaffective Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen

Die inhaltlich und zahlenmäßig bedeutendste Diagnose dieser Gruppe ist die Schizophrenie (DIMDI 2014a). Alle weiteren Diagnosen lassen sich entweder nicht eindeutig einer Schizophrenie zuordnen, da sie nicht den typischen Verlauf einer Schizophrenie nehmen (andauernde wahnhafte Störungen, schizophreniforme Störungen) oder eine Mischform zwischen affektiven und schizophrenen Störungen sind (schizoaffective Störungen, akute polymorphe psychotische Störungen) und somit als eigenständige Diagnose geführt werden. Im Folgenden wird die Diagnose Schizophrenie beschrieben und anschließend die Abweichungen der anderen Diagnosen aufgezeigt.

### Schizophrenie (ICD-10 F20.-)

Schizophrenie ist eine psychotische Erkrankung, die sich in Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und in verflachten Affekten zeigt. Die Jahresprävalenz von Schizophrenie beträgt bei den 18 bis 65-Jährigen in Europa 0,8 bis 0,9 % (Wittchen et al. 2005). Die Lebenszeitprävalenz von Schizophrenie beträgt etwa 1 %, d.h. von 100 Menschen erkrankt 1 Mensch irgendwann in seinem Leben mindestens einmal an Schizophrenie (RKI 2010).

Die Diagnostik von Schizophrenie erfolgt anhand von Symptomen.

Entsprechend dem ICD-10-Kode muss für eine F20.-Diagnose mindestens bei eindeutiger Ausprägung eines oder bei weniger eindeutiger Ausprägung zwei oder mehr der folgenden Symptome fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein (DGPPN 2006):

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung
- Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
- Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen

Alternativ kann die Diagnose auch vergeben werden, wenn mindestens zwei der folgenden Symptome fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sind:

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von lang anhaltenden überwertigen Ideen
- Neologismus, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypen oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
- „negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden).

Die Diagnose sollte nicht bei Gehirnverletzungen, während einer Intoxikation oder während eines Entzugs gestellt werden.

Schizophrenie beginnt meist im jungen Erwachsenenalter bei Männern zwischen 15 und 25 Jahren und bei Frauen zwischen 25 und 35 Jahren jeweils in Form einer akuten psychotischen Episode. Bei Frauen ist ein wei-

terer Ersterkrankungshöhepunkt zum Zeitpunkt der Menopause zu beobachten (Berger 2012). Dieser ersten Episode geht meist eine Prodromalphase voraus, in der erste Symptome auftreten. In der Prodromalphase wird in der Regel noch keine Schizophrenie-Diagnose gestellt. Der weitere Verlauf nach der ersten akuten psychotischen Episode variiert. Bei etwa 20 bis 25 % der Ersterkrankungen gelingt eine vollständige Remission nach der ersten Episode ohne weitere akute psychotische Episoden. Bei ca. 40 % der Menschen mit einer akuten psychotischen Episode verbleiben Restsymptome (chronischer Verlauf). Bei weiteren 10 bis 30 % der Patienten mit einer ersten psychotischen Episode nimmt die Symptomatik nach anfänglicher Remission stetig zu (chronisch progredienter Verlauf). Die beiden zuletzt geschilderten Verläufe können durch unregelmäßig auftretende akute psychotische Episoden unterbrochen werden (episodischer Verlauf) (RKI 2010; DGPPN 2006).

Die einzelne Krankheitsepisode kann in folgende Phasen eingeteilt werden: Akut-, postakute Stabilisierungs- und Remissionsphase. In der Akutphase kommt es zu einer stark ausgeprägten Symptomatik. Diese Phase kann mehrere Wochen bis Monate andauern. In der anschließenden 3- bis 6-wöchigen postakuten Stabilisierungsphase kommt es zum Abklingen der Symptome. Sie endet in der (partiellen) Remissionsphase. Hier sind keine bzw. bei einer partiellen Remission wenige Symptome vorhanden. Diese Phase kann über mehrere Monate oder Jahre bestehen. Die Remissionsphase geht bei etwa 60 % der Ersterkrankungen, bei günstiger Krankheitsentwicklung ohne Rückfälle auch nach einem jahrelangen Verlauf, in die Erholungs- oder Genesungsphase über, in der die beruflichen und sozialen Fähigkeiten wiederhergestellt sind. Behandlungsplanung und -entscheidungen orientieren sich an diesen Phasen der jeweiligen Episoden (RKI 2010).

Das Symptomspektrum von Schizophrenie ist sehr breit und individuell. Unterschieden wird in positive (übersteigerte Funktion) und negative Symptome (Funktionsminderung), wobei sich positive Symptome eher in Akutphasen manifestieren und in der Remissionsphase überwiegend negative Symptome auftreten.

Die Ursachen schizophrener Erkrankungen sind gegenwärtig nicht vollständig geklärt. Einvernehmen besteht darüber, dass die Ursachen komplex und individuell verschieden sind. Es spielen sowohl genetische als auch nicht genetische Dispositionen sowie endogene und exogene, biologische und psychosoziale Stressoren eine Rolle (RKI 2010; DGPPN 2006).

Die Folgen einer Schizophrenie sind weitreichend. Aufgrund der Erkrankung kommt es zu sozialen und kognitiven Funktionseinschränkungen, die sich wiederum auf die soziale Teilhabe und Lebensqualität auswirken (RKI 2010). Kognitive Beeinträchtigungen und eine stark ausgeprägte Symptomatik können langfristig zu einer eingeschränkten Autonomie und Selbstbestimmung führen und vorübergehend die freie Willensbildung einschränken, sodass Patienten als nicht entscheidungsfähig eingeschätzt werden (RKI 2010). Darüber hinaus führen unzureichend behandelte somatische Komorbiditäten und Suizidalität zu einer kürzeren Lebenserwartung (Laursen et al. 2012; Laursen 2011; Wahlbeck et al. 2011; Hennekens et al. 2005). Mit der Diagnose gehen zudem Stigmatisierung und Diskriminierung einher (Gaebel et al. 2014; DGPPN 2006).

### **Schizotype Störung (ICD-10 F21)**

Schizotype Störungen sind Erkrankungen, die schizophrene Symptome aufweisen, aber die Entwicklung und den Verlauf einer Persönlichkeitsstörung haben. Bei schizotypen Störungen stehen exzentrisches Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung im Vordergrund der Symptomatik, ohne dass eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome auftreten (DIMDI 2014a; Rothenhäusler et al. 2012).

### **Anhaltende wahnhafte Störungen (ICD-10 F22.-)**

Bei anhaltenden wahnhaften Störungen stehen ein einzelner Wahn oder mehrere aufeinander bezogene Wahnhaltungen als einziges, langanhaltendes, manchmal auch lebenslanges Symptom im Vordergrund.

### **Akute vorübergehende psychotische Störungen (ICD-10 F23.-)**

Diese Diagnose umfasst sich schnell entwickelnde, psychotische Episoden. Die Symptome manifestieren sich innerhalb weniger Wochen, und innerhalb weniger Tage bis Monate tritt eine vollständige Verbesserung ein. Sollten die Symptome länger anhalten, wird die Erkrankung beispielsweise in eine F20- oder F22-Diagnose umkodiert.

### Induzierte wahnhafte Störungen (ICD-10 F24)

Induzierte wahnhafte Störungen sind Störungen, die von zwei Personen mit einer engen emotionalen Bindung geteilt werden, wobei nur eine Person unter einer echten psychotischen Störung leidet. Die wahnhaften Störungen der zweiten Person sind induziert und werden bei einer Trennung von der ersten Person meist aufgegeben.

### Schizoaffektive Störungen (ICD-10 F25.-)

Schizoaffektive Störungen sind episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten. Diese Störungen erfüllen weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode.

### Sonstige nichtorganische psychotische Störungen (ICD-10 F28)

Unter den sonstigen nichtorganischen psychotischen Störungen sind folgende wahnhafte oder halluzinatorische Störungen zu subsumieren, die die Kriterien für die folgend genannten Krankheitsbilder nicht erfüllen:

- Schizophrenie (F20.-)
- Anhaltende wahnhafte Störungen (F22.-)
- Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-)
- Psychotische Formen der manischen Episode (F30.2)
- Schwere depressive Episode (F32.3)

### Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (ICD-10 F29)

Unter den nicht näher bezeichneten nichtorganischen Psychosen werden alle psychotischen Störungen subsumiert, die unter keiner der Diagnosen F20.- bis F28 verschlüsselt werden konnten oder für die kein eigener ICD-Kode existiert.

## 3.2.2 Versorgungsepidemiologie

Hochrechnungen anhand der Routinedaten ergaben, dass im Jahr 2012 rund 729.000 Personen in Deutschland an Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen erkrankt waren. Diese waren im Durchschnitt 53,5 Jahre alt; 54 % von ihnen waren weiblich. Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung.

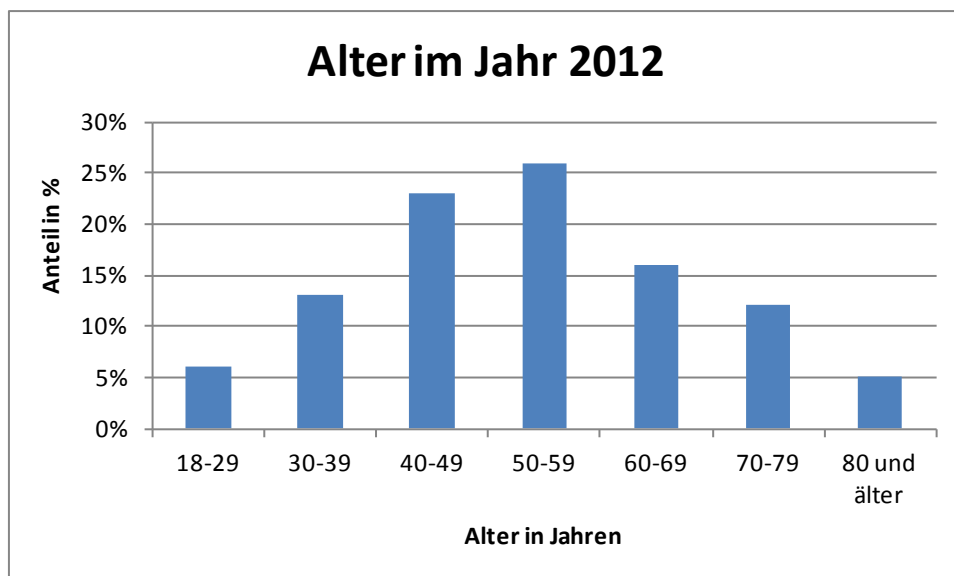


Abbildung 2: Altersverteilung von Patienten mit F2-Diagnosen

Beim größten Teil der Patienten (72,2 %) wurde im Jahr 2012 eine Schizophrenie (F20.-) diagnostiziert (vgl. Abbildung 3). Die zweithäufigste Diagnose ist die nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29 nach ICD-10). Schizoaffektive Störungen sind mit 22,0 % ebenfalls bei einer Vielzahl von Patienten diagnostiziert worden. Insgesamt haben 13,6 % der Patienten mehr als eine F2-Diagnose erhalten.

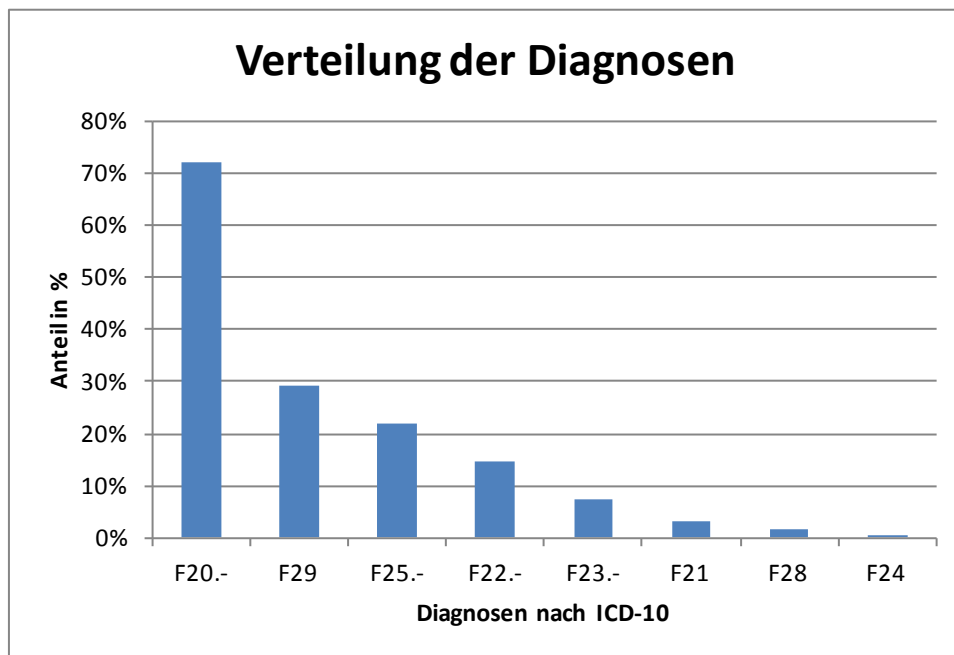


Abbildung 3: Verteilung der verschiedenen F2-Diagnosen

12,2 % der Versicherten waren im Krankenhaus (vollstationär) aufgrund einer F2-Hauptdiagnose und weitere 1,0 % der Versicherten waren im Krankenhaus (vollstationär) aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung mit einer F2-Diagnose als Nebendiagnose.

Eine teilstationäre Versorgung aufgrund einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose nahmen 0,9 % der Versicherten in Anspruch, 0,1 % wurden aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung und einer F2-Diagnose als Nebendiagnose teilstationär behandelt. 0,5 % der Versicherten mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose wurden vollstationär und anschließend teilstationär versorgt; 0,3 % mit einer anderen psychiatrischen Hauptdiagnose und einer F2-Diagnose als Nebendiagnose.

Im Jahr 2013 wurden in deutschen Krankenhäusern insgesamt 135.947 Fälle (darunter 132.655 Fälle, bei denen Patienten 20 Jahre und älter waren) mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose behandelt. Dies entspricht einem Anteil von 11,1 % an allen Krankenhausfällen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F00.-\* bis F99 nach ICD-10) (Statistisches Bundesamt 2015).

Tabelle 6 zeigt den jeweiligen Anteil an Patienten, die Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern hatten. 62,0 % der etwa 729.000 Patienten waren im Jahr 2012 in fachärztliche Behandlung (Ärzte mit Fachgruppenkennung (FG): 51, 58) und weitere 10,3 % bei einem Neurologen (FG 53). Darüber hinaus waren 4,1 % in psychotherapeutischer Behandlung (FG 61, 68); Kontakte zu einer PIA hatten 21,7 %. 20,3 % der Patienten waren ausschließlich in hausärztlicher Behandlung, d.h. diese Patienten waren im Jahr 2012 nicht in fachärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder bei einem Neurologen oder in einer PIA.



Tabelle 6: Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern Kontakt hatten

Patienten in	Anteil der Patienten
fachärztlicher Behandlung	62,0 %
davon Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	39,3 %
davon Psychiatrie und Psychotherapie	21,7 %
psychotherapeutischer Behandlung	4,1 %
davon psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,8 %
davon Psychologischer Psychotherapeut	3,3 %
Behandlung in einer PIA	21,7 %
Behandlung bei einem Neurologen	10,3 %
Behandlung bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,6 %
Behandlung bei einem Hausarzt	94,0 %
Behandlung bei einem Hausarzt (ohne Kontakt zu den aufgeführten Fachärzten)	20,3 %

### 3.2.3 Versorgungspfad

Mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die ambulant oder stationär gestellt werden kann, und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen betritt ein Patient ein Versorgungssystem, das im Idealfall wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend und auf die individuelle Erkrankungssituation des Patienten und seine Bedürfnisse ausgerichtet ist. Die Versorgung sollte durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams erfolgen, die die Behandlungskontinuität sichern (DGPPN 2011). Die Behandlung zielt zunächst auf die mit der Erkrankung einhergehenden Symptome und die mit ihr verbundenen Beeinträchtigungen emotionaler, kognitiver und psychosozialer Funktionen und soll dazu führen, dass der Patient seine psychosoziale und berufliche Integration wiedererlangt oder verbessert. Die Versorgung soll nach einer situationsgemäßen Information über die Erkrankung, Ziele und Alternativen sowie mögliche Nebenwirkungen der Behandlung gemeinsam mit dem Patienten geplant werden.

Im Zusammenhang mit der Diagnosestellung ist zunächst die Entscheidung zu treffen, ob der Patient ambulant versorgt werden kann oder ob ein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Bei einem Patienten, bei dem akut die Gefahr besteht, dass er sich selbst oder andere durch sein Verhalten gefährdet, d.h. bei dem eine Suizidgefahr oder die Gefahr anderweitiger Selbstverletzungen besteht oder bei dem Unruhe- oder Angstzustände mit Aggression gegen andere Menschen verbunden sein können, ist eine stationäre Versorgung indiziert. Liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, erfolgt die Versorgung zunächst in einer Fachklinik oder einer Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Auch wenn keine geeignete ambulante Versorgungsmöglichkeit vorhanden ist oder im Notfall keine ambulante Einrichtung erreichbar ist, erfolgt zunächst stationäre Versorgung.

Generell ist eine gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante und kontinuierliche Versorgung anzustreben, die bei Bedarf auch aufsuchend tätig wird. Vor allem für Patienten mit einem chronischen oder schweren Krankheitsverlauf sollte eine aufsuchende Versorgung über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus zur Verfügung stehen (DGPPN 2011). Für die ambulante Behandlung liegt die medizinische Verantwortung für die Versorgung bei einem niedergelassenen Facharzt oder bei einer PIA.

Für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose ist die interdisziplinäre Anwendung unterschiedlicher Therapien und Hilfen notwendig: Kernelement ist das psychiatrische Gespräch, das sowohl Anfangs- und Zwischendiagnostik, die Erkennung von Krankheitsrezidiven, die Führung des Patienten und die gemeinsame Behandlungsplanung, das Medikamentenmanagement, die Angehörigenarbeit, Elemente der Psychoedukation und kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente enthält. Weitere wichtige Elemente sind die (Pharmako-)Therapie der psychotischen Symptome und psychotherapeutische Interventionen oder Richtlinien-Psychotherapie. Letz-

tere sollen dem Patienten helfen, die Symptome zu verstehen und Einsicht in die Krankheit zu gewinnen. Darüber hinaus dienen psychosoziale Therapien wie ambulante psychiatrische Pflege (APP), Ergotherapie oder Soziotherapie dem Training von Alltagsfertigkeiten und der Aufrechterhaltung lebenspraktischer Funktionalität. Alle Maßnahmen sind idealerweise bedarfs- und bedürfnisgerecht anzuwenden, weshalb die Klärung der sozialen Situation des Patienten von grundlegender Bedeutung ist.

Die Pharmakotherapie wird idealerweise von psychiatrischen oder nervenärztlichen Fachärzten oder vom Facharzt der PIA verordnet (Verordnungen durch Hausärzte sind allerdings ebenfalls gängig). Dabei werden die spezifischen psychotischen Symptome des Patienten, eine mögliche Neigung zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie allgemeine Präferenzen des Patienten berücksichtigt (z.B. zur Verabreichungsform oder zur Akzeptanz bestimmter unerwünschter Arzneimittelwirkungen).

Psychotherapie in der ambulanten Versorgung kann, je nach individueller Indikation und Patientenpräferenz, als Richtlinien-Psychotherapie<sup>4</sup> oder in psychotherapeutischen Interventionen erfolgen. Sind psychotherapeutische Interventionen oder Richtlinien-Psychotherapie indiziert, können sie entweder vom behandelnden Arzt selbst angewendet werden oder der Patient wird an einen Psychotherapeuten überwiesen. Auch die Verordnung von als notwendig erachteter ambulanter psychiatrischer Pflege, von Ergo- oder Soziotherapie läuft über den Facharzt. Die krankheitsbedingten Funktions- und Fähigkeitsverluste der Patienten im sozialen Bereich können weitere spezielle Hilfen erforderlich machen. Diese koordinierenden und psychosozialen Hilfen zur Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben können aufsuchend und höherfrequenter als die Arzt- und Psychotherapiekontakte erfolgen. Sie werden innerhalb oder außerhalb des (kommunal- oder länderfinanzierten) Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDi) im unmittelbaren Lebensumfeld der Patienten gewährt. Zu ihnen können Tagesstätten und betreutes Wohnen gehören. Wichtig für die Versorgung sind die Feststellung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe durch den Facharzt, die Planung und Koordination der Therapie und die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure.

Die Praxen von Fachärzten können zu den Sprechzeiten aufgesucht werden. Mit weiteren Therapeuten müssen Termine verabredet und Überweisungen ausgestellt werden. Die Kontakthäufigkeiten von Patienten zu Fachärzten und Therapeuten in Deutschland liegen unter den internationalen Therapieempfehlungen (Berger 2004).

Einer PIA obliegt die Versorgung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Eine komplexe und interdisziplinäre Behandlung mit therapeutischen Gesprächen, Pharmakotherapie, Psychotherapie, dem Training von Alltagsfertigkeiten, soziale und andere Hilfen kann in einer PIA leichter aus einer Hand koordiniert und erbracht werden. Eine PIA kann darüber hinaus auch eine aufsuchende Versorgung für Patienten anbieten.

Da Patienten mit einer F2-Diagnose gegenüber der Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko für Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus haben sowie eine erhöhte allgemeine und kardiovaskuläre Sterblichkeit aufweisen (Dickerson et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Laursen et al. 2011; Leucht et al. 2007), ist die regelmäßige Kontrolle des somatischen Gesundheitszustandes durch Haus- und entsprechende Fachärzte, in Kooperation mit dem psychiatrischen Facharzt, notwendig.

Liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, ist eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, in einer Fach- oder Universitätsklinik notwendig, ggf. unter Einsatz rechtlicher Maßnahmen wie einer Unterbringung, also einer Zwangseinweisung zur Behandlung in eine geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik. Darüber hinaus kann ein stationärer Aufenthalt notwendig werden, weil die ambulante Versorgung nicht ausreicht oder keine geeigneten wohnortnahen ambulanten Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Patienten in stationärer Behandlung haben zwar (vorübergehend) einen so schweren Krankheitsverlauf, dass ein stationärer Aufenthalt unvermeidlich ist, aber es gibt auch Patienten mit schwereren Krankheitsverläufen, die gar keine medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und deswegen im vorliegenden Versorgungspfad

<sup>4</sup> G-BA (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 zuletzt geändert am 16.07.2015. Veröffentlicht im BAnz AT 15.10.2015 B2. In Kraft getreten am: 16.10.2015 Gemeinsamer Bundesausschuss.

nicht verortet werden können. Dementsprechend ist diese Patientengruppe mit schweren und schwersten Krankheitsverläufen von qualitätssichernden Maßnahmen ausgeschlossen.

Auch in den Kliniken wird die Behandlung abhängig von Erkrankungsschwere und individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten geplant; sie ist aber im Vergleich zur ambulanten Behandlung insgesamt umfassender. Therapeutische Bausteine wie psychiatrische Gesprächsführung, antipsychotische Pharmakotherapie, Psychotherapie und ergänzende Therapien stehen in den Kliniken durch entsprechendes Personal ebenso zur Verfügung wie psychiatrische Krankenpflege, psychosoziale Hilfen und Hilfen zur Klärung der sozialen und der Arbeitssituation. Sie werden in Frequenz und Vielfalt je nach aktuellem Bedarf bzw. Bedürfnis in Abhängigkeit vom Erkrankungsstatus eingesetzt, sodass die erforderliche Betreuungskontinuität in zeitlicher und personeller Hinsicht möglich ist. Auch die erhöhte somatische Komorbidität kann im Rahmen einer stationären Behandlung durch entsprechende Kontrolluntersuchungen und Maßnahmen umfassend berücksichtigt werden.

In der stationären Behandlung kann bei Patienten mit besonders schweren Krankheitsverläufen gelegentlich die Anwendung restriktiver Maßnahmen notwendig sein. Da es sich bei restriktiven Maßnahmen rechtlich um einen Freiheitsentzug handelt, erfordert das Anwenden restriktiver Maßnahmen eine besondere Sorgfalt.

Die Verweildauer in stationärer Behandlung soll so kurz wie möglich sein, ohne den Patienten zu früh zu entlassen. Daher ist es für die Behandlungskontinuität der Patienten wichtig, dass Anschlussbehandlungen in einer PIA oder beim Facharzt wahrgenommen werden. Diese sollten durch ein reguläres Entlassungsmanagement vonseiten der Klinik unterstützt werden (DNQP 2009). Außerdem kann die stationäre Behandlung für den Übergang in die ambulante Behandlung durch teilstationäre Einrichtungen wie Tages- oder Nachtkliniken ergänzt werden.

Für alle aufgeführten Stationen des Versorgungspfads und mit Blick auf die Versorgungskontinuität und die Therapieadhärenz gilt, dass die folgenden, übergreifenden Aspekte der Behandlung berücksichtigt oder thematisiert werden müssen.

Wann immer möglich, sollten Patienten in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Dazu benötigen sie verständlich vermittelte Informationen und Hilfestellung bei der (Wieder-)Erlangung der Fähigkeit, diese auf ihre aktuelle persönliche Situation zu beziehen sowie frühere Erfahrungen zu berücksichtigen. Dabei spielt insbesondere die Psychoedukation eine wesentliche Rolle, weil sie die neben der Wissensvermittlung über die Erkrankung auch Aspekte wie den Umgang mit belastenden Ereignissen und Stigmatisierung beinhalten kann. Um die psychosoziale Situation von Patienten zu verbessern, sollte in allen Behandlungsphasen der Kontakt zu anderen betroffenen Menschen im Rahmen von Selbsthilfegruppen angeregt werden.

Da schwere psychische Erkrankungen wie Erkrankungen aus der Diagnosegruppe F20.- bis F29 auch die Angehörigen und sozialen Bezugspersonen stark beeinträchtigen können, sollen diese möglichst häufig, außer wenn dies vom Patienten ausdrücklich abgelehnt wird, in die Behandlung mit einbezogen werden, da nur sie einen angemessenen Umgang mit dem Patienten im familiären Umfeld ermöglichen können.

Abbildung 4 gibt den geschilderten Versorgungspfad grafisch wieder. Zugunsten der Lesbarkeit der Abbildung wurden die einzelnen Versorgungsbereiche nicht adäquat zum Anteil an der Versorgung bzw. der Relevanz für die Versorgung der Patienten mit einer F2-Diagnose dargestellt. Die Abbildung gibt damit keine Gewichtung von Bereichen oder Inhalten wieder und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die unter Querschnittsthemen aufgeführten Versorgungsaspekte gelten für den gesamten Versorgungspfad.

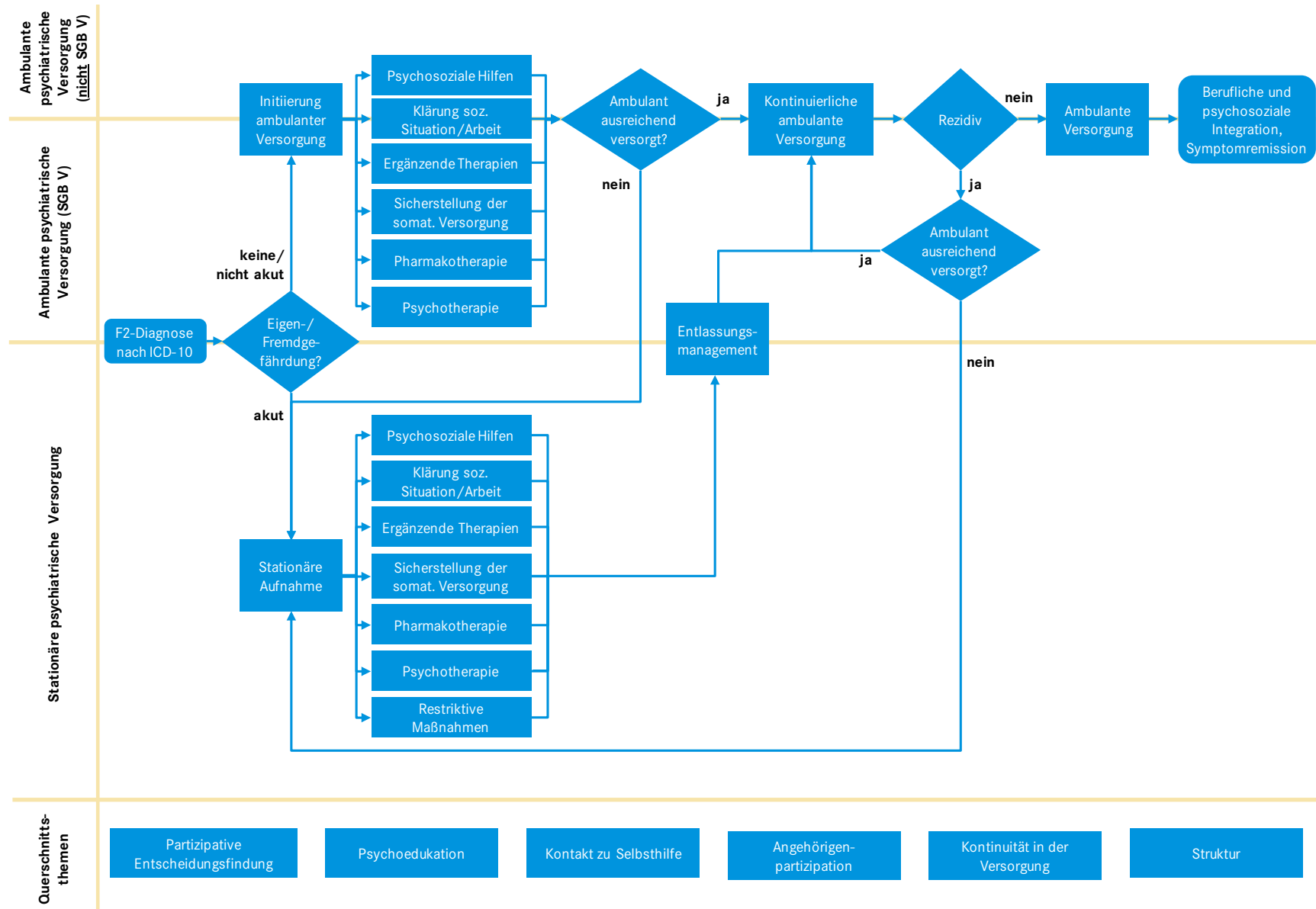


Abbildung 4: Versorgungspfad

### 3.2.4 Versorgungsziele

An Schizophrenie erkrankte Menschen sind in einigen Lebensbereichen, wie beispielsweise Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben, von mehr oder weniger starken Einschränkungen betroffen, die die Lebensqualität beeinflussen (RKI 2010). Die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose zielt deswegen in letzter Konsequenz auf die Erhaltung oder Wiedererlangung einer bestmöglichen Lebensqualität durch ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben mit – wenn möglich – (Wieder-)Herstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit ab (RKI 2010). Patienten sollen umfassend in der Nutzung ihrer eigenen Ressourcen unterstützt werden, um ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmtheit und eigener Entscheidungsfähigkeit (wieder) zu erlangen. Insofern adressieren die nachfolgend genannten patientenrelevanten Endpunkte spezifische Aspekte, die zur Lebensqualität von Patienten mit einer F2-Diagnose beitragen.

Generell kann zwischen Endpunkten unterschieden werden, die angestrebt werden und solchen, die möglichst selten auftreten sollen.

Zu den Endpunkten, die angestrebt werden, zählen:

- ein gutes psychosoziales Funktionsniveau
- Integration in den Arbeitsmarkt
- Empowerment
- Recovery

Zu den Endpunkten, die möglichst selten auftreten sollen, zählen:

- Hospitalisierung (inklusive Einsatz von restriktiven Maßnahmen)
- Einzug in ein Heim
- vorzeitige Sterblichkeit

Der Schwerpunkt der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie liegt im ambulanten Bereich. Patientenrelevante Endpunkte manifestieren sich daher auch vornehmlich ambulant.

## 3.3 Rahmenbedingungen

### 3.3.1 Gesetzlicher Rahmen

Die allgemeine medizinische Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wird maßgeblich durch das SGB V reguliert. In Abhängigkeit von der sozialen Situation und weiterer persönlicher Merkmale des Patienten kann auch Anspruch auf Leistungen nach folgenden Büchern des SGB bestehen:

- SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XII – Sozialhilfe

Nicht selten sind Patienten mit einer F2-Diagnose aufgrund ihrer Erkrankung erwerbsunfähig. Da die Erkrankung recht früh auftritt, gibt es unter den erwerbsunfähigen Menschen eine nicht unerhebliche Anzahl derer, die aufgrund zu kurzer oder nie stattgefundener Erwerbstätigkeit keinen Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente haben und auf Grundsicherung (SGB XII) angewiesen sind. Grundsicherung wird darüber hinaus relevant, wenn z.B. der Aufenthalt in einem Heim oder einer Tagesstätte notwendig ist und der Betroffene dies nicht aus eigenen Mitteln finanzieren kann.

Weitere relevante versorgungspolitische Rahmenbedingungen betreffen die Hilfen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX). Hierzu zählen der SPDi, betreutes Wohnen und stationäres Wohnen in Wohngemeinschaften und Heimen, Tagesstätten und weitere Hilfen. Diese Hilfen befinden sich meist in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden und eingetragenen Vereinen. Finanziert werden sie aus Mitteln der Kommunen und Länder. Darüber hinaus sind auch die Rahmenbedingungen für die Arbeitsrehabilitation relevant. Hier sind je nach individueller Lage Rentenversicherer (SGB VI), die Agentur für Arbeit, die Kommunen im Rahmen von SGB XII oder auch die gesetzliche Krankenversicherung in der finanziellen Verantwortung.

Der Schutz von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Eigen- oder Fremdgefährdung ist in den Psychiatriegesetzen der Länder geregelt (PsychKG). Diese Gesetze definieren darüber hinaus auch Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie sie etwa durch den SPD<sub>i</sub> auf kommunaler Ebene bereitgestellt werden. In Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und dem Saarland gibt es keine Psychiatriegesetze. Die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegen ihren Willen wird in Bayern und dem Saarland in Unterbringungsgesetzen, in Hessen im Freiheitsentziehungsgesetz, in Baden-Württemberg im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz geregelt. Darüber hinaus kann für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auch das Betreuungsgesetz relevant sein, wenn sie eine rechtliche Betreuung haben.

Die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen von psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und in der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) geregelt. Danach wurden Leistungen bis einschließlich 2012 überwiegend mit tagesgleichen Abteilungspflegesätzen sowie Basispflegesätzen für die nicht-medizinischen Kosten des Krankenhauses finanziert.

Mit dem Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012 wurde die Einführung eines neuen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten beschlossen, um dem bis dahin mangelnden Leistungsbezug der Finanzierung entgegenzuwirken. Dieses neue Vergütungssystem findet seit 2013 auf freiwilliger Grundlage unter budgetneutralen Bedingungen Anwendung. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Juli 2014 ist die ursprünglich 2-jährige Einführungsphase des neuen Entgeltssystems um weitere zwei Jahre verlängert worden, sodass die psychiatrischen Einrichtungen auch in den Jahren 2015 und 2016 noch frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Eine obligatorische Anwendung verschiebt sich damit auf das Jahr 2017.

### 3.3.2 Akteure der Versorgung

Für die ambulante Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose liegt die medizinische Verantwortung für die Versorgung – insbesondere bei Zunahme der Schwere und Komplexität der Erkrankung – bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und folgenden niedergelassenen Fachärzten (im Folgenden zusammenfassend als Fachärzte bezeichnet):

- Ärzte für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Die PIA, die an psychiatrische Kliniken angegliedert sind, sollen vorrangig für schwerer und chronisch kranke Patienten zur Verfügung stehen. PIA verfügen über multiprofessionelle Teams, in denen sowohl Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Krankenpfleger vertreten sein können und die so auf verschiedene Hilfebedarfe reagieren können. Im Jahr 2010 waren in Deutschland insgesamt 491 PIA eingerichtet (AOLG 2012).

Bei den niedergelassenen Fachärzten der oben genannten Fachgruppen handelte es sich im Jahr 2010 um 4.515 Ärzte, die die fachärztliche Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose übernahmen. Für die stationäre Versorgung waren im selben Jahr 451 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 199 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für psychosomatische Medizin verantwortlich (AOLG 2012). Des Weiteren können Patienten mit einer F2-Diagnose auch in anderen nicht-fachspezifischen Abteilungen behandelt werden.

Darüber hinaus spielen sowohl der Hausarzt (Allgemeinmediziner, Arzt/Praktischer Arzt/Internist) als auch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten eine große Rolle in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die vom AQUA-Institut befragten Experten haben vor allem auf die Rolle des Hausarztes hingewiesen (vgl. Anhang A.2.4). Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 haben gezeigt, dass 20,3 % der Patienten mit einer F2-Diagnose weder durch einen Facharzt noch durch einen Psychotherapeuten oder in einer PIA, sondern ausschließlich vom Hausarzt versorgt werden.

Psychosoziale Interventionen und ergänzende Therapien, die die Behandlung beim niedergelassenen Facharzt ergänzen, umfassen:

- Soziotherapie und Ergotherapie,
- Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und/oder
- das Hinzuziehen psychosozialer Dienste.

Soziotherapie ist bisher in der Bundesrepublik nicht flächendeckend implementiert (Melchinger 2008). Zum Training der Alltagsfertigkeiten wird häufig Ergotherapie verordnet (DGPPN 2011). Es ist jedoch nicht bekannt, wie häufig dies geschieht.

Eine APP existiert nur in einigen Bundesländern, wie z.B. in Niedersachsen. Aber auch in Niedersachsen besteht bisher kein flächendeckendes Angebot. In einigen Modellen der integrierten Versorgung wird die APP im Rahmen des Fallmanagements eingesetzt (Bramesfeld et al. 2012).

Psychosoziale Dienste werden in der Regel aus Mitteln der Länder und Kommunen finanziert. Ihr Kernstück sind die SPDi. Diese existieren flächendeckend in Deutschland. Je nach Bundesland unterscheiden sich die Dienste in ihrer personellen Ausstattung und in ihren Aufgaben. Eine der Aufgaben der SPDi ist die Koordination von Hilfen und die Vermittlung in weiterführende Hilfen zur Teilhabe am Sozial- oder am Arbeitsleben. Häufig übernehmen die SPDi auch die Aufgabe der Leitung des regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes oder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (Melchinger 2008), durch die eine strukturelle Koordination der psychosozialen Hilfen vor Ort umgesetzt werden soll. Die Kooperation zwischen PIA und SPDi ist vereinzelt strukturell implementiert. Hingegen findet die Kooperation von niedergelassenen Fachärzten und SPDi nur in Modellprojekten statt, wie z.B. dem NetzWerk psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse in Schleswig-Holstein (Bramesfeld et al. 2012). Zu den Psychosozialen Diensten und Hilfen zählen außer den SPDi auch Einrichtungen des betreuten Wohnens, Wohnheime, Tagesstätten und niedrigschwellige Beratungs- und Kontakteinrichtungen, wie z.B. Patienten-Cafés. Problematisch ist weniger die Angebotslage hinsichtlich diverser psychosozialer Hilfen, die sich in verschiedener Form inzwischen in den meisten Versorgungsregionen finden, als vielmehr ihre Koordination mit der medizinischen Versorgung (Ungewitter et al. 2013).

Für die stationäre Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 stehen je nach Region sowohl psychiatrische Kliniken als auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung. Die Behandlung in diesen beiden Einrichtungen unterscheidet sich nicht wesentlich. Die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sind in Bezug auf Notaufnahmen bestimmten Pflichtversorgungsgebieten zugeordnet. Die meisten Kliniken verfügen über geschlossene oder fakultativ geschlossene Abteilungen für Patienten, die eigen- oder fremdgefährdend sind und nicht in eine stationäre Behandlung einwilligen.

Darüber hinaus besteht zunehmend die Möglichkeit zur Versorgung in teilstationären Einrichtungen, v.a. in Tageskliniken. Die Ziele und Konzepte der einzelnen Tageskliniken unterscheiden sich allerdings stark. Einige Einrichtungen arbeiten akutpsychiatrisch als Alternative zu einer stationären Versorgung (Marshall et al. 2011; Schene 2004). Manche werden überwiegend als Nachsorgeeinrichtungen nach einem stationären Aufenthalt genutzt, andere sind eher psychotherapeutisch ausgerichtet. Eine teilstationäre Versorgung kann in Form einzelner Betten in Fachkliniken oder Fachabteilungen integriert sein, sie kann als Abteilung an eine Klinik angebunden sein oder als eigenständige Einrichtung bestehen.

Neben den psychiatrischen Kliniken und den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt es noch Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für forensische Psychiatrie, in denen psychisch kranke Straftäter behandelt und untergebracht werden. Im Jahr 2012 waren in Deutschland insgesamt 12.166 Plätze belegt. Dies entspricht in etwa 24 % der in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen allgemeinpsychiatrischen Betten (AOLG 2012). Der Anteil schizophrener Patienten beträgt beispielsweise im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug knapp 50 % der Patienten (LBMRV 2009). In Baden-Württemberg waren zum 31. Dezember 2011 ca. 39 % der untergebrachten Patienten, Patienten mit einer Psychose (hier: Schizophrenien, organische und affektive Störungen, kurzzeitige psychotische Störungen) (ZfP 2012).

### 3.4 Qualitätspotenziale

Die zentralen Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung bezüglich des QS-Verfahrens wurden in der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze *Versorgung bei psychischen Erkrankungen* von der Institution nach § 137a SGB V dargelegt. Sie bilden gemeinsam mit der leitliniengerechten Behandlung und der Erfassung restriktiver Maßnahmen gegenüber der o.g. Patientengruppe den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens.

#### 3.4.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität

Menschen, die chronisch oder schwer an Schizophrenie erkrankt sind, haben häufig vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen, den psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Dem steht ein Versorgungssystem gegenüber, das wesentlich durch Fragmentierungen gekennzeichnet ist. Dies betrifft nicht nur die ordnungspolitische und finanzielle Trennung zwischen medizinischer und sozialer Versorgung, sondern auch die Fragmentierung innerhalb der medizinischen Versorgung (Amelung et al. 2010; Salize et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund ist die Kontinuität in der Versorgung gleichsam das Ziel und das Ergebnis einer guten Versorgung. Obwohl die Studienlage unbefriedigend ist und vor allem wenige Erkenntnisse darüber vorliegen, welche einzelnen Elemente innerhalb einer komplexen psychiatrischen Versorgung letztlich wirksam sind, so sind positive Effekte einer kontinuierlichen und koordinierten Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Literatur belegt. Eine sichergestellte Behandlungskontinuität ist mit der Verbesserung der allgemeinen Funktionalität (Greenberg et al. 2005) und der sozialen Funktionalität (Adair et al. 2005), mit der Verringerung der Sterblichkeit (Hoertel et al. 2014), der Senkung von „Drop-out-Raten“ (Nordentoft 2002) sowie Verbesserungen der Symptomatik, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit (Adair et al. 2005) assoziiert. Insofern steht die Kontinuität im Mittelpunkt der Qualität psychiatrischer Versorgung (Wiersma et al. 2009; WHO/Europe 2005).

Versorgungskontinuität gliedert sich in (Haggerty et al. 2003):

- Kontinuität der Information: Ziel ist die Weitergabe von Informationen (z.B. über Medikation oder andere Bedürfnisse oder Bedarfe) sowohl zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern als auch zwischen Behandlern, Patienten und außerprofessionellen Helfern (Angehörige, soziale Bezugspersonen, Peers usw.).
- Kontinuität des Managements, d.h. beispielsweise in der systematischen Ermittlung von Bedürfnissen bzw. Bedarfen und der Koordination von Leistungen und Hilfen. Kontinuität im Management kann durch die Steuerung der Versorgung durch eine definierte Institution/Person erleichtert werden. Je komplexer der Krankheitsverlauf und damit der Versorgungsbedarf, desto wichtiger wird diese Steuerungsfunktion, etwa durch einen Fallmanager.
- Kontinuität der therapeutischen Beziehung: Ziel ist eine langfristige und idealerweise auch sektorenübergreifende Anbindung an einen Therapeuten bzw. Arzt. Aufgrund der Struktur des Versorgungssystems beim Wechsel der Versorgungsinstitution wird die Versorgungskontinuität in der Regel durchbrochen. Gerade in diesem Zusammenhang wird die Bedeutung der Qualitätspotenziale der Kooperation und Koordination deutlich.

Allgemeine Voraussetzung für die Kontinuität der Versorgung ist eine vorhandene Versorgungsinfrastruktur, insbesondere in der ambulanten Versorgung (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten, aufsuchende gemeindenahe Dienste, Krisendienste, soziale Hilfen, Tageskliniken, Tagesstätten usw.). Nimmt man diese strukturellen Voraussetzungen als gegeben an, dann richten sich die Maßnahmen zur Herstellung oder Sicherung der Behandlungskontinuität wesentlich auf die Koordination der Versorgung zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungsleistungen sowie auf ein hohes Maß an Kooperation innerhalb und außerhalb des professionellen Hilfesystems (Ungewitter et al. 2013; APA 2010; SVR 2009; SVR 2007; DGPPN 2006; RANZCP 2004).

Die ambulante psychiatrische Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wird zwar von verschiedenen Leistungserbringern erbracht, aber oftmals nicht, wie empfohlen (DGPPN 2011), von einem multiprofessionellen Team. Dies ist als Folge einer in weiten Teilen fragmentierten Versorgungslandschaft zu interpretieren. Diese fragmentierte Versorgung ermöglicht es nicht immer, den zeitintensiven und komplexen Bedarf an psychiatrischer Behandlung zu decken, sodass die Versorgung am Ende doch stationär, also in einem Setting mit



komplexen Leistungsangebot, erfolgt. Die stationäre Aufnahme geht zumeist mit einem Wechsel des Leistungserbringers, u.U. des Behandlungskonzeptes und damit auch mit einem Bruch der kontinuierlichen Versorgung einher.

Mit Blick auf den Versorgungspfad manifestieren sich mögliche Defizite vor allem auch an den Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Dies betrifft insbesondere den Übergang stationär/ambulant aber auch die Übergänge zwischen fachärztlicher und ergänzender, oftmals außerhalb des SGB V angesiedelter Versorgung (z.B. berufliche Rehabilitation, soziale Hilfen, ergänzende Therapien, aber auch die Kommunikation mit außerprofessionellen Hilfen). Die vom AQUA-Institut befragten Experten haben diese Defizite deziert bestätigt (vgl. Anhang A.2.4).

Im Folgenden werden relevante Aspekte in Bezug auf Koordination, Kooperation und Kontinuität der Versorgung näher ausgeführt.

### **Entlassungsmanagement**

Für die Koordination und die Kontinuität der Versorgung ist unter anderem das Entlassungsmanagement (von stationär nach ambulant) bedeutend. Positive Effekte eines systematischen Entlassungsmanagements sind für Rehospitalisierungsraten und ambulante Weiterbehandlung in einem systematischen Review belegt (Steffen et al. 2009). Allerdings ist die Anzahl der ausgewerteten Studien klein und die methodische Güte der Studien heterogen. Zudem beziehen sich nur zwei der einbezogenen Studien auf den deutschen Versorgungskontext.

Dessen ungeachtet ist die Effektivität und damit die Notwendigkeit einer zeitnahen ambulanten Weiterversorgung nach einem stationärem Aufenthalt – also die Sicherstellung der Behandlungskontinuität, wie oben angeführt – in der Literatur belegt (Hoertel et al. 2014; Greenberg et al. 2005). Somit wäre eine Begleitung des Übergangs von stationär nach ambulant unabhängig von einem „klinischen“ Entlassungsmanagement zu thematisieren und im weiteren Rahmen der Koordination der Versorgung zu betrachten.

Unabhängig von den auch hier bedeutsamen strukturellen Voraussetzungen, weisen Untersuchungen auf mögliche Defizite hin. Eine Analyse zu Übergangszeiten anhand von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg zeigt, dass nur 42 % der Menschen mit einer funktionellen Psychose (ICD-10 F20.- bis F29; F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3) innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung einen Facharzt aufgesucht haben. Ein Hausarzt wurde von 62 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht (Bauer et al. 2014). Eigene Analysen zu Übergangszeiten anhand von Routinedaten bestätigen diese Daten. Sie zeigen, dass nur 39 % der Patienten mit einer F2-Diagnose innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung einen Facharzt aufgesucht haben. Ein Hausarzt wurde von 66 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht.

### **Soziale Hilfen**

Die Hilfe zur eigenen Lebensgestaltung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung und die Verbesserung sozialer Aktivitäten sind Inhalt der Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen (NICE 2014; DGPPN 2011; DGPPN 2006). Eine in diesem Sinn bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung erfordert den Einbezug und die Koordination zahlreicher Leistungserbringer aus den verschiedenen Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems (DGPPN 2011; NICE 2011; Ungewitter et al. 2010; RANZCP 2004). Auf Defizite in der Realisierung der Koordination der sozialen und medizinischen Hilfen weisen sowohl die Literatur (Bramesfeld et al. 2012) als auch die befragten Experten hin (vgl. Anhang A.2.4).

## Ergänzende Therapien

Ergänzende Therapien<sup>5</sup> zum Erhalt und zur Förderung der funktionellen und sozialen Fähigkeiten sollten Bestandteil des komplexen Behandlungsangebotes sein (DGPPN 2011). Zur Regelversorgung im Rahmen des SGB V zählen die APP, Soziotherapie und Ergotherapie. Auch hierbei handelt es sich zunächst um ein Strukturmerkmal, da entsprechende Angebote regional vorhanden sein und von den Fachärzten verordnet werden müssen (siehe Abschnitt 3.4.7).

Insofern sind Einschätzungen zu Unter- und Fehlversorgungen schwierig bzw. auch abhängig von den regionalen Angeboten. Laut einem Bericht der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012 gab es beispielsweise im Jahr 2010 in den Bundesländern Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein gar keine APP; einem einzigen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst in Thüringen standen acht im Saarland gegenüber (AOLG 2012). Neben dem möglicherweise fehlenden Angebot werden aber auch Unterschiede im Verschreibungsverhalten der niedergelassenen Fachärzte und in der Integration der APP in das Entlassungsmanagement von Krankenhäusern vermutet (Hemkendreis 2011). Auch für Soziotherapie finden sich Hinweise auf regionale Unterschiede im Angebot. So schwankt die Anzahl der zugelassenen Soziotherapeuten in den einzelnen Bundesländern zwischen 0,05 und 0,2 pro 100.000 Einwohner und die der genehmigten Soziotherapien zwischen 0,5 und 30 pro 100.000 Einwohner (Rössler et al. 2012). Auswertungen der freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg zeigen, dass die Anzahl der beantragten und genehmigten Soziotherapien in den Jahren 2006 bis 2012 stark abgenommen hat (Liga Wohlfahrtspflege 2013). Versorgungsanalysen zur Ergotherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen nicht vor. Laut dem Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER GEK beträgt die Anzahl der Patienten, die eine Ergotherapie erhalten, als Anteil an Patienten mit einer Indikation zu Ergotherapie, 23 %. In Bremen und Hessen beträgt dieser Anteil weniger als 20 %, in Brandenburg und Sachsen liegt der Anteil zwischen 27 und 29 % (BARMER GEK 2013). Diese Zahlen beziehen sich allerdings auf alle Patienten und nicht ausschließlich auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Nach Zahlen der AOK werden etwa 17,7 % aller Ergotherapieleistungen von Psychotherapeuten und Fachärzten verordnet (WiDO 2013).

Aufgrund der uneinheitlich vorliegenden Daten und den regionalen Unterschieden in der Praxis der Verordnung und Leistungserbringung von ergänzenden Therapien, die in den verschiedensten Sektoren erfolgen kann, lassen sich in diesem Bereich nur schwer konkrete Qualitätsdefizite identifizieren. Wohl aber ist der Einbezug von ergänzenden Therapien bei der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose ein Qualitätspotenzial.

### 3.4.2 Pharmakotherapie

Pharmakotherapie ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose. Dabei steht die Verordnung von Antipsychotika im Vordergrund (NICE 2014; SIGN 2013; Berger 2012; Hasan et al. 2012b; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).

Antipsychotika reduzieren im Akutstadium die Positivsymptome einer Psychose und verringern im weiteren Verlauf das Risiko eines Rezidivs (Leucht et al. 2012; Leucht et al. 2009a; Leucht et al. 2009b). Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie setzen sich intensiv mit der antipsychotischen Pharmakotherapie auseinander. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Empfehlungen zu ausgewählten Aspekten der Pharmakotherapie bei Schizophrenie. Die Auswahl der aufgeführten Aspekte erfolgte danach, ob mindestens die Hälfte der untersuchten Leitlinien zu diesen eine klare Empfehlung formuliert. Empfehlungen mit mehreren Ausnahmen oder Empfehlungen zu sehr spezifischer Pharmakotherapie wurden nicht berücksichtigt.

<sup>5</sup> Der Terminus „ergänzende Therapien“ entstammt der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze. Sachlich angemessener wäre das Qualitätspotenzial mit „psychosoziale Interventionen“ zu beschreiben. Da sich das AQUA-Institut begrifflich auf die Formulierung des Auftragsrahmens bezieht, wurde der Terminus beibehalten.

Tabelle 7: Leitlinienempfehlungen zu ausgewählten Aspekten der Pharmakotherapie bei schizophrenen Erkrankungen

	RANZCP 2004	Addington 2005	DGPPN 2006	CAHTA 2006	MOH 2009	PORT 2009	APA 2010	CADTH 2011	Barnes 2011	Singapur 2011	Hasan 2012	SIGN 2013	NICE 2014
Langzeittherapie mit Antipsychotika	+	k.A.	+	+	+	+	+/-	k.A.	+	+	+	+	+
Orale Applikation	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	k.A.	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Kontinuierliche statt intermittierende Gabe	k.A.	+	+	+	k.A.	+	k.A.	k.A.	+	k.A.	k.A.	+	+
Kombination von zwei Antipsychotika (Ausnahmen: Clozapin, Umstellung)	-	k.A.	-	-	+	-	k.A.	-*	+	-	+	+	-
Kombination von Clozapin mit Antipsychotika möglich	-	k.A.	+	+	+	-	k.A.	-	+	+	+	+	+
<b>Bei Ersterkrankung</b>													
Gabe von Antipsychotika	+	+	+	+	k.A.	+	k.A.	k.A.	+	+	+	+	+
Präferenz Atypika	+	+	+	+	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	-	-	-**	-	-
Niedrige Dosis	+	+	+	k.A.	k.A.	+	k.A.	k.A.	+	+	+	+	+
<b>Langzeittherapie</b>													
Gabe von Antipsychotika	k.A.	+	+	+	+	+	+	k.A.	+	+	+	+	+
Präferenz Atypika	k.A.	-	+	+	-	-	-	k.A.	-	-	-**	-	-
<b>Gabe von Clozapin</b>													
Bei Therapieresistenz (vorher mind. 2 verschiedene Antipsychotika getestet)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bei Suizidalität	+	+	+	+	+	+	+	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

**Legende:**

- + = Empfehlung \* bezieht sich nur auf die Kombination zweier atypischer Antipsychotika
- +/- = eingeschränkte Empfehlung \*\* in der ausführlichen Darstellung der Empfehlungen werden mehrfach Atypika aufgrund des Nebenwirkungsprofils favorisiert, in den generellen Empfehlungen nicht
- = Leitlinie empfiehlt dies nicht
- k.A. = nicht thematisiert

Folgende fünf Empfehlungen für die antipsychotische Pharmakotherapie werden in allen Leitlinien übereinstimmend gegeben (sofern dieser Punkt in den Leitlinien thematisiert wurde):

1. Die Behandlung mit Antipsychotika wird für alle Erkrankungsphasen empfohlen (NICE 2014; Hasan et al. 2012b; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004).
2. Medikamente mit oraler Applikation werden Depot-Präparaten vorgezogen (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).
3. Von einer intermittierenden Gabe von Antipsychotika wird abgeraten. Empfohlen wird eine kontinuierliche Gabe (NICE 2014; SIGN 2013; Barnes et al. 2011a; Buchanan et al. 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a).

4. Bei Ersterkrankung soll zunächst mit der niedrigsten noch wirksamen Dosis Antipsychotika begonnen werden (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; Buchanan et al. 2010; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).
5. Die Gabe von Clozapin wird bei Therapieresistenz empfohlen, sofern vorher mindestens zwei verschiedene Antipsychotika getestet wurden (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011b; CADTH 2011; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).

Antipsychotika werden anhand des Wirkungs- und Nebenwirkungsprofils in Atypika und Typika unterschieden. Nur wenige, meist ältere Leitlinien, darunter auch die deutsche S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, präferieren Atypika (Hasan et al. 2012a; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004). Neuere Leitlinien hingegen sprechen sich nicht mehr für einen bestimmten Antipsychotikatypp aus (NICE 2014; SIGN 2013; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009).

Nach Meinung einiger vom AQUA-Institut befragter Experten sollten nicht alle Menschen mit Schizophrenie grundsätzlich Antipsychotika erhalten. Je nach Patientenwunsch kann versucht werden, Antipsychotika abzusetzen. Einige Experten vertreten die Meinung, dass eine gute Versorgungsqualität daran zu erkennen ist, dass versucht wird, so spät wie möglich eine Antipsychotikatherapie einzusetzen und dass zunächst auf andere Therapieformen wie Psychotherapie oder psychoedukative Maßnahmen zurückgegriffen werden sollte (vgl. Anhang A.2.4).

Antipsychotika gehen, je nach Wirkstoff, mit einer Vielzahl von unerwünschten Arzneimittelwirkungen einher, wie beispielsweise extrapyramidal-motorischen Symptomen, Stoffwechselstörungen oder kardiovaskulären Beeinträchtigungen, die einer regelmäßigen Kontrolle bedürfen (NICE 2014; Laux et al. 2012; APA 2010; MOH 2009; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Im Abschnitt 3.4.3 wird auf die Kontrolle von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in Bezug auf somatische Erkrankungen näher eingegangen.

Um das Risiko eines Rückfalls zu minimieren, empfehlen die meisten Leitlinien eine Langzeittherapie mit Antipsychotika (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011a; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006). Aktuelle Studien zeigen jedoch, dass eine Langzeittherapie mit Antipsychotika in hoher Dosierung das Risiko für Veränderungen der Hirnstrukturen und kognitive Defizite erhöhen kann (Jääskeläinen et al. 2015).

Antipsychotische Kombinationstherapie, d.h. eine gleichzeitige Gabe von mehreren verschiedenen Antipsychotika, wird von Leitlinien grundsätzlich nicht empfohlen. Ausnahmen sind der Zeitraum während der Umstellung von einem Antipsychotikum auf ein anderes sowie die Kombinationstherapie mit Clozapin, die mehrheitlich von den Leitlinien befürwortet wird (NICE 2014; CADTH 2011; MOH 2011; Buchanan et al. 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Nur einige wenige Leitlinien lassen individuelle Ausnahmen zu (SIGN 2013; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2009).

Hinweise auf mögliche Qualitätsdefizite in der Pharmakotherapie finden sich für die Kombinationstherapie von Antipsychotika und für die Verordnungen von Benzodiazepin: Etwas mehr als 20 % der Patienten mit einer F2-Diagnose in ambulanter Behandlung erhalten mehr als ein Antipsychotikum (einschließlich Clozapin) gleichzeitig (Weinbrenner et al. 2009). Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigen, dass 16,8 % der Patienten mit einer F2-Diagnose, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen haben, gleichzeitig zwei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe (exklusive Clozapin) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet bekamen. Benzodiazepine können zur Behandlung von Angstzuständen und von Agitiertheit als Tranquillantien eingesetzt werden (Hasan et al. 2012b; Buchanan et al. 2010; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004). Diese Wirkstoffe dürfen nach Arzneimittelrichtlinie nur als Kurzzeittherapie über eine Dauer von bis zu vier Wochen verordnet werden. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können die Wirkstoffe auch länger als vier Wochen eingesetzt werden (G-BA 2009a). Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigen, dass bei 26,7 % der Patienten mit einer F2-Diagnose, die innerhalb eines Jahres ein Benzodiazepin verordnet bekommen haben, die von der Arzneimittelrichtlinie vorge-

gebene maximal vierwöchige Behandlungsdauer überschritten wird. Inwieweit es sich hierbei um medizinisch begründete Ausnahmefälle handelt, kann den Daten nicht entnommen werden.

### 3.4.3 Somatische Versorgung

Menschen mit Schizophrenie haben eine erhöhte Prävalenz von bestimmten somatischen Erkrankungen (Dickerson et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Laursen et al. 2011; Leucht et al. 2007). Sie erkranken häufiger an Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, Hypertonie, Adipositas, HIV-Infektionen, Hepatitis, Dyslipidämie, Nieren- und Lebererkrankungen (Dickerson et al. 2014; Laursen 2011; Leucht et al. 2007). Die vorzeitige Mortalität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wird zu ca. 50 % durch somatische Erkrankungen verursacht (Laursen et al. 2011). Je nach Studie haben Menschen mit Schizophrenie eine zwischen 7,2 und 25 Jahren verkürzte Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Dickerson et al. 2014; Laursen et al. 2012; Laursen 2011; Druss et al. 2006). Koronare Herzkrankheiten gelten als Hauptursache für die verfrühte Sterblichkeit (Hennekens et al. 2005). Die hohe somatische Komorbidität kann durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Laux et al. 2012) oder den Lebensstil begünstigt werden (Bradshaw et al. 2005).

Leitlinien zur Versorgung von Psychosen bzw. Schizophrenie empfehlen, somatische Kontrolluntersuchungen regelhaft durchzuführen. Empfohlen werden regelmäßige Erhebungen des Body Mass Index (BMI) (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; APA 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004), regelmäßige, mindestens jährliche, Messungen des Blutdrucks (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; MOH 2009; DGPPN 2006; RANZCP 2004), regelmäßiges bzw. jährliches Messen der Blutfettwerte (NICE 2014; Hasan et al. 2012a; Barnes et al. 2011a; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004) bzw. Messung mindestens alle zwei Jahre (MOH 2009; Addington et al. 2005a) sowie ein jährliches Diabetes-Screening (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011a; APA 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).

Bei Ersterkrankung empfehlen die Leitlinien folgende somatische Untersuchungen durchzuführen: Messung des Gewichts und Berechnung des BMI, Erhebung von Hüftumfang, Blutfettwerten, Blutzucker und Blutdruck (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012a; APA 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).

Tabelle 8 stellt die Empfehlungen der S3-Leitlinie Schizophrenie zur Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit antipsychotischer Pharmakotherapie dar.

*Tabelle 8: Zeitpunkt und Frequenz von Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Pharmakotherapie*

Bestimmung	zu Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	halbjährlich	jährlich
Körpergewicht (BMI)	X	X	X	X		
Hüftumfang	X	X	X	X		
Blutdruck	X	X	X	X		
Nüchternserumglukose	X	X	X			X
Nüchternblutfettwerte	X	X	X			X
Blutbild	X	X	X	X		
Kreatinin	X	X	X		X	
Leberenzyme	X	X	X	X		
Blutdruck/Puls	X	X	X	X	X	
EKG	X	X			X	

In Anlehnung an die S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006); die Frequenz der Kontrolluntersuchungen kann bei einigen Antipsychotikawirkstoffen von den Angaben in der Tabelle abweichen.

Untersuchungen zufolge weist die somatische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemein (Wahlbeck et al. 2011) sowie von Menschen mit Schizophrenie im Speziellen (Leucht et al. 2007) Defizite auf. Eine Studie mit 674 Patienten mit einer F2-Diagnose in 49 stationären Einrichtungen und PIA in Deutschland konnte nachweisen, dass Häufigkeit und Qualität der Kontrolluntersuchungen für ein metabolisches Syndrom nicht den Empfehlungen der Leitlinien entsprachen. Bis auf die Erfassung des BMI (bei 54 % der Patienten) wurden alle weiteren Parameter nur für eine Minderheit der Patienten dokumentiert: Hüftumfang (23 %), Cholesterolverwert (28 %), Nüchternblutzucker (19 %), Triglyzeridwert (25 %), Blutdruck (37 %) (Deuschle et al. 2013).

Da die hohe Komorbidität somatischer Erkrankungen unter anderem auch durch die antipsychotische Pharmakotherapie begünstigt werden kann, sollte der verordnende Facharzt eine aktive Rolle in der Diagnostik, Prävention und Behandlung haben (NICE 2014; Leucht et al. 2007).

#### **3.4.4 Restriktive Maßnahmen**

Restriktive Maßnahmen sind freiheitsentziehende Maßnahmen, weshalb ihre Anwendung nur als Ultima Ratio der psychiatrischen Behandlung infrage kommt. Dies impliziert, dass restriktive Maßnahmen möglichst vermieden werden sollen (NICE 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004); (APA 2010; NICE 2005; WHO 2005).

Aus rechtlicher Perspektive zählen zu den restriktiven Maßnahmen Unterbringungen, d.h. richterlich bzw. gesetzlich legitimierte Einweisungen in geschlossene psychiatrische Abteilungen, sowie die Anwendung unterbringungsähnlicher freiheitsentziehender Maßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen von Patienten (DGPPN 2014). Zwangsmedikationen zählen ebenfalls zu den restriktiven Maßnahmen. Da alle Maßnahmen gegen den Willen des Patienten geschehen, und dies von Patienten auch so wahrgenommen wird, sind alle Maßnahmen als gleichermaßen restriktiv zu begreifen (Bergk et al. 2011; DGPPN 2009). Restriktive Maßnahmen erfolgen ausschließlich in stationären Einrichtungen.

Wenn restriktive Maßnahmen unvermeidbar sind, sollten sie nur den jeweils unbedingt notwendigen Zeitraum andauern (DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991). Während der restriktiven Maßnahme sollte der Patient kontinuierlich oder zumindest engmaschig überwacht werden (DGPPN 2009; NICE 2005; WHO 2005; UN 1991). Im Anschluss an restriktive Maßnahmen sollte dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, über seine Erfahrungen zu sprechen (NICE 2011; DGPPN 2009; DGPPN 2006).

Restriktive Maßnahmen werden in Deutschland unterschiedlich häufig angewendet. Ergebnisse einer Untersuchung des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie im Jahr 2004 in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken haben gezeigt, dass zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren (Steinert et al. 2007). Eine Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland im Jahr 2012 (88 von 447 angefragten Kliniken beteiligten sich) ergab, dass 92 % der Kliniken und Abteilungen Fixierungen mit kontinuierlicher Überwachung durchführten und 26,1 % der Fixierungen ohne kontinuierliche Überwachung stattfanden. Isolierung mit kontinuierlicher Überwachung erfolgte in 35,2 % der Einrichtungen, in 15,9 % der Einrichtungen erfolgte Isolierung ohne kontinuierliche Überwachung. Zwangsmedikation wurde in 84,1 % der Einrichtungen eingesetzt (Steinert et al. 2014a). Die Raten von Unterbringungen pro 100.000 Einwohnern gemessen in fünf deutschen stationären Einrichtungen zeigten ebenfalls erhebliche Unterschiede. Sie lagen zwischen 16,6 und 97,6 Unterbringungen pro 100.000 Einwohner während eines dreimonatigen Beobachtungszeitraums. Der Anteil der Unterbringungen an allen Aufnahmen lag in den fünf untersuchten Einrichtungen zwischen 3,2 und 25,8 %. Insgesamt wurden 244 Unterbringungen in den fünf Kliniken während der dreimonatigen Beobachtung registriert (Brieger et al. 2014).

Bei einer Untersuchung von je sieben Kliniken aus Deutschland und der Schweiz kam es in den deutschen Kliniken in 7,8 % der Fälle zu einer Isolierung, wobei im Durchschnitt 4,2 Maßnahmen pro Fall durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Isolierungsdauer betrug 7,4 Stunden pro Fall. Fixierungen wurden in den deutschen Kliniken etwas häufiger als Isolierungen eingesetzt, nämlich in 10,4 % der Fälle. Im Durchschnitt wurden 3,4 Fixierungsmaßnahmen pro Fall durchgeführt, wobei die durchschnittliche Gesamtfixierungsdauer pro Fall 9,6 Stunden betrug (Martin et al. 2007). Einen Trend zur Abnahme oder Zunahme an Zwangsmaßnahmen (Iso-

lierung und Fixierung) bei Menschen mit Schizophrenie konnte in einer Auswertung von fünf Kliniken über neun Jahre (2004 bis 2012) nicht beobachtet werden (Steinert et al. 2014b).

### 3.4.5 Psychotherapie

Psychotherapie<sup>6</sup> ist ein wichtiger Bestandteil bei der Gesamtbehandlung von Schizophrenie (NICE 2014; SIGN 2013; Berger 2012; CAHTA 2006; DGPPN 2006). Insbesondere für die kognitive Verhaltenstherapie hat sich in zahlreichen Studien erwiesen, dass sie zur Symptomreduktion, zur Verbesserung der Funktionalität, zur Rückfallvermeidung, zur Verringerung der Wiederaufnahmen und zur Verbesserung der Behandlungsdhärenz beiträgt (Rector et al. 2012; Sarin et al. 2011; Bird et al. 2010; Wykes et al. 2008; Zimmermann et al. 2005; Pilling et al. 2002; Huxley et al. 2000; NHS et al. 2000). Nur wenige Untersuchungen konnten in Bezug auf einzelne Outcomes (Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, Vermeidung von Wiederaufnahmen) keine signifikant bessere Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber anderen Behandlungsformen feststellen (Jones et al. 2012; Lynch et al. 2010; Durham et al. 2005; Henry et al. 2004).

Leitlinien empfehlen dementsprechend, dass Patienten zusätzlich zu einer medikamentösen Behandlung auch immer eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden sollte (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004), insbesondere bei Ersterkrankung (NICE 2014; SIGN 2013; CAHTA 2006) (RANZCP 2004) sowie bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie und daraus resultierenden persistierenden psychotischen Symptomen (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf die Akutphase (NICE 2014; SIGN 2013) als auch auf die Stabilisierungsphase (DGPPN 2006). Die meisten Leitlinien empfehlen eine kognitive Verhaltenstherapie auch in der Remissionsphase (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; RANZCP 2004), für einige wenige ist die Therapie hingegen an persistierende psychotische Symptome geknüpft (MOH 2009; Garety et al. 2008).

Psychotherapie kann je nach individueller Indikation und Patientenpräferenz sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Das Spektrum von Psychotherapie reicht dabei von ungeplanten einzelnen Kurzinterventionen bzw. Kurzgesprächen mit psychotherapeutischen Ansätzen bis hin zu strukturierten Langzeittherapien wie Richtlinien-Psychotherapie.

Ein Gutachten zu Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung im Auftrag der KBV fand Hinweise, dass der Zugang zu Psychotherapie für Menschen mit schweren und schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen in Deutschland defizitär sein könnte (Melchinger 2008). Auch die Mehrheit der vom AQUA-Institut befragten Experten wies wiederholt auf einen eingeschränkten Zugang zu ambulanter Psychotherapie für Patienten mit einer F2-Diagnose hin und stellte dies als ein relevantes Defizit in der ambulanten Versorgung heraus (vgl. Anhang A.2.4). Eigene Analysen anhand von Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigten, dass ca. 5,1 % der Patienten mit einer F2-Diagnose eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erhalten haben<sup>7</sup>.

Auch in stationären Einrichtungen lässt sich ein Defizit hinsichtlich des Zugangs zu psychotherapeutischer Versorgung vermuten. Allerdings wird das Versorgungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern insbesondere bei den psychotherapeutischen Leistungen von Experten als „weitgehend intransparent“ bewertet (BPtK 2014). Die genannte Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer bei über 1.500 stationär tätigen Psychotherapeuten zur stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigte, dass in den beteiligten Kliniken 57 % der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie eine stationäre Psychotherapie erhalten. Nach Angaben dieser Umfrage steht in fast allen dieser Kliniken (94 %) eine psychopharmazeutische Behandlung für alle Patienten mit Schizophrenie zur Verfügung. In 46 % der Einrichtungen wird auch allen Patienten mit Schizophrenie eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und in 42 % der Krankenhäuser zumindest einem Teil der Patienten mit Schizophrenie. 11 % der Krankenhäuser bieten keine Psychotherapie an (BPtK 2014).

<sup>6</sup> Psychotherapie wird hier gemäß der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA in drei anerkannte Psychotherapieverfahren unterteilt: die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie, allerdings nicht in dem in der Richtlinie vorgegebenen Umfang von Psychotherapie (G-BA 2009b).

<sup>7</sup> Zu diesem Zeitpunkt war die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen gegeben. Mit Änderung der Richtlinie ist Psychotherapie seit 2015 nunmehr bei einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen uneingeschränkt indiziert (BMJV 2015).

### 3.4.6 Empowerment und Angehörigenbeteiligung

Die Selbstbestimmung bzw. der Erhalt oder das Erreichen eines höchstmöglichen Maßes an Patientenautonomie gehört zu den ethischen Prinzipien jeder medizinisch-pflegerischen Behandlung (Berger 2012: 946). Gerade weil Patienten mit Schizophrenie in ihrer Selbstwirksamkeit oft eingeschränkt sind, sollte die Förderung der Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit Bestandteil der Versorgung der Patienten sein. Dazu gehört einerseits das Fördern von Empowerment, andererseits das Einbeziehen von außerprofessionellen sozialen Bezugspersonen wie Angehörige oder Selbsthilfegruppen, die die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Patienten unterstützen.

#### Psychoedukation

Eine wichtige Maßnahme des Empowerments von Patienten mit einer F2-Diagnose ist die Psychoedukation. Sie ist die Grundlage für eine partizipative Entscheidungsfindung und Voraussetzung für gesundheitsförderliches Verhalten (DGPPN 2006). Mit Psychoedukation können Rückfälle und Wiederaufnahmen vermieden und die Medikamentenadhärenz verbessert werden (Xia et al. 2011; Bäuml et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2006), wobei der Einbezug von Angehörigen in die Psychoedukation die Effektivität der Maßnahme hinsichtlich einer Symptomreduktion und Rückfallvermeidung steigert (Lincoln et al. 2007). Mehrere Leitlinien empfehlen daher Psychoedukation als regelhaften Bestandteil der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (NICE 2014; SIGN 2013; CAHTA 2006; DGPPN 2006).

Eine Umfrage unter 507 psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen zeigte, dass im Jahr 2003 88 % der 291 Einrichtungen, die geantwortet hatten, Psychoedukation anboten. 84 % dieser Einrichtungen boten Psychoedukation auch für Menschen mit Schizophrenie an (Rummel-Kluge et al. 2006). Eine anschließende Befragung der Einrichtungen, die Psychoedukation für Menschen mit Schizophrenie anboten, ergab, dass in diesen Einrichtungen 42 % der Patienten mit Schizophrenie und 13 % ihrer Angehörigen Psychoedukation in Anspruch nahmen. Hochgerechnet auf die Patienten aller Einrichtungen, einschließlich jener Einrichtungen, die keine Psychoedukation für Menschen mit Schizophrenie anboten, nahmen 21 % der Menschen mit Schizophrenie und 2 % der Angehörigen Psychoedukation in Anspruch (Rummel-Kluge et al. 2006). Ein positiver Trend hinsichtlich des Angebots an Psychoedukation konnte in einer erneuten Befragung festgestellt werden. Der Anteil der Einrichtungen, die Psychoedukation anbieten, stieg von 88 % im Jahr 2003 auf 93 % im Jahr 2008 (Rummel-Kluge et al. 2013).

Die vom AQUA-Institut befragten Experten vertraten die Auffassung, dass eine ambulante Psychoedukation für Patienten mit einer F2-Diagnose weiter ausgebaut werden muss (vgl. Anhang A.2.4).

#### Partizipative Entscheidungsfindung

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung entspricht im Regelfall gleichermaßen dem Wunsch von Ärzten und Patienten (Beitinger et al. 2014). Die Beteiligung des Patienten an Behandlungsentscheidungen fördert die Autonomie und Selbstbestimmung und erhöht seine Zufriedenheit; negative Einflüsse einer partizipativen Entscheidungsfindung auf die Versorgung der Patienten konnten nicht nachgewiesen werden (Duncan et al. 2010). Deshalb sollten Patienten in alle sie betreffenden Versorgungsentscheidungen einbezogen werden (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006).

Allerdings gibt es Hinweise, dass eine partizipative Entscheidungsfindung nicht von allen Ärzten regelmäßig praktiziert wird. Eine Umfrage unter 352 deutschen Fachärzten (Responsequote ca. 80 %) ergab, dass 51 % der Ärzte „meistens“ eine gemeinsame Entscheidungsfindung suchen oder den „informed consent“ (5 %) anstreben. 44 % der befragten Ärzte versuchen dagegen, den Patienten von der Alternative zu überzeugen, die sie für die Beste halten (paternalistische Entscheidung) (Hamann et al. 2009).



## Angehörigenpartizipation

Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten (DGPPN 2006). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentencompliance verbessern (Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Darüber hinaus fördert der Einbezug der Angehörigen das Krankheitsverständnis, was auch zur Entlastung der Angehörigen beiträgt (Lobban et al. 2013; DGPPN 2006). Deshalb empfehlen nationale und internationale Leitlinien, dass, mit Zustimmung des Patienten, Maßnahmen zur Beteiligung von Angehörigen erfolgen sollten. Grundlage aller Maßnahmen zur Angehörigenpartizipation ist die Durchführung einer Psychoedukation des Patienten unter Einbezug der Angehörigen (NICE 2014; DGPPN 2011; APA 2010; DGPPN 2006).

Studien weisen darauf hin, dass nur eine Minderheit der Kliniken Psychoedukation für Angehörige von Menschen mit Schizophrenie anbietet (Rummel-Kluge et al. 2006). Ambulant ist von einem noch geringeren Angebot an Psychoedukation für Angehörige von Menschen mit Schizophrenie auszugehen. Dies ist insbesondere ungünstig, da stationäre Psychoedukation aufgrund der vergleichsweise kurzen Behandlungsdauer nur begrenzt Wirkung entfalten kann.

Weitere Maßnahmen der Angehörigenpartizipation sind Familieninterventionen/-betreuung. Diese Maßnahmen tragen zur Vermeidung von Rückfällen und Krankenhausaufhalten bei und sollten daher Bestandteil der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie sein (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006). Aufbauend auf die Psychoedukation des Patienten unter Einbezug der Angehörigen werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Beteiligung der Angehörigen an Entscheidungen, z.B. Wahl der Medikation (NICE 2014; DGPPN 2006)
- Einbezug von Angehörigen in die Entwicklung des Gesamtbehandlungsplans (NICE 2014; DGPPN 2006)
- Förderung der Selbsthilfe von Angehörigen (DGPPN 2011; DGPPN 2006)
- Nutzung von Angehörigengruppen (DGPPN 2006)

## Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind in Deutschland eine etablierte Form des nichtprofessionellen Hilfesystems und sollten in den Gesamtbehandlungsplan der Patienten integriert werden (DGPPN 2006).

Selbsthilfegruppen können beim Erkennen von Frühwarnzeichen helfen (DGPPN 2006), Symptome und Substanzmissbrauch senken und damit einhergehend Krisen, Krankenhausaufnahmen und eine Inanspruchnahme der Versorgung reduzieren (DGPPN 2006; Knight 2006; Burti et al. 2005). Darüber hinaus kann die Teilnahme an Selbsthilfegruppen die sozialen Kompetenzen und das soziale Netzwerk der Patienten verbessern (DGPPN 2006; Knight 2006) sowie gesundheitsförderndes Verhalten und die Wahrnehmung von Wohlbefinden unterstützen (Knight 2006). Daher sollten Patienten zum Besuch von Selbsthilfegruppen motiviert werden (DGPPN 2006). Auch Studien zur Unterstützung der Patienten durch Menschen mit ähnlichen Problemen bzw. Erkrankungen (Peers) konnten zeigen, dass eine Unterstützung durch diese Peers positive Effekte auf beispielsweise Recovery, Empowerment, Motivation, Symptomreduktion oder die Inanspruchnahme stationärer Versorgung hat (Mahlke et al. 2015; Pfeiffer et al. 2011).

### 3.4.7 Strukturbezogene Potenziale

Die Beauftragung zur Entwicklung einer Konzeptskizze für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen vom 15. März 2012 adressierte ein QS-Verfahren „mit besonderem Bezug zur Prozess- und Ergebnisqualität“. Dieser Beauftragung und der vorangehenden Diskussionen um Aspekte der Strukturqualität in der vorbereitenden Arbeitsgruppe (AG) folgend, berücksichtigte das AQUA-Institut Fragen der Strukturqualität in der Konzeptskizze vom 10. September 2012 nur am Rande.

Zur Konkretisierung des Auftrags wurde die Relevanz von Strukturqualität im Verlauf weiterer Sitzungen der AG „Qualitätssicherung psychische Erkrankungen“ wiederholt thematisiert. Dabei schrieben die verschiedenen Beteiligten der AG der Strukturqualität unterschiedliche Bedeutung zu, und es wurde erwogen, die Strukturqualität in einem künftigen Qualitätssicherungsverfahren möglicherweise zu berücksichtigen. Aus diesem Grund bat die AG das AQUA-Institut in ihrer Sitzung am 3. Februar 2014, die Inhalte und das methodische Vorgehen

einer Themenerschließung zur Strukturqualität in der Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen darzulegen. Dies solle als Entscheidungshilfe dienen, inwieweit die Strukturqualität im zu beauftragenden QS-Verfahren berücksichtigt werden soll.

In der Themenerschließung des AQUA-Instituts zur Strukturqualität wurde deutlich, dass die Strukturqualität, anders als die Prozess- und Ergebnisqualität, nicht immer erkrankungsspezifisch ist. So kommt z.B. eine gute Ausstattung von geschlossenen Stationen auch Patienten zugute, die wegen anderer Erkrankungen auf diesen Stationen behandelt werden und ein flächendeckendes Angebot ergänzender Therapien würde auch Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Die Qualitätspotenziale im Bereich der Strukturqualität beziehen sich daher vor allem auf Strukturmerkmale, die – zwar nicht ausschließlich, aber sehr häufig – in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose von Bedeutung sind.

### **Ausstattung und Größe von Stationen**

Die bauliche, innenarchitektonische Ausstattung sowie die Größe des Behandlungssettings sind für die stationäre Versorgung, und insbesondere für die Versorgung auf geschlossenen und fakultativ geschlossenen Stationen, bedeutend (Richter et al. 2014; Mühlich-von Staden et al. 2000). Dies betrifft vor allem Patienten mit einer F2-Diagnose, die einen erheblichen Anteil der auf geschlossenen und fakultativ geschlossenen Stationen behandelten Patienten ausmachen.

Mehrere Studien weisen einen Zusammenhang zwischen der Überbelegung von Stationen und gewalttätigen Ereignissen auf diesen Stationen nach (Virtanen et al. 2011; Ng et al. 2001). So werden auf großen Stationen mit vielen Patienten eher restriktive Maßnahmen ergriffen als auf kleineren Stationen (van der Schaaf et al. 2013). Das britische Royal College of Psychiatrists empfiehlt eine Stationsgröße von nicht mehr als 18 Patienten, da eine größere Anzahl an Patienten der Station eher einen institutionellen Charakter verleihen würde (RCPsych 2011). Die vom AQUA-Institut befragten Experten bestätigten die oben genannten Zusammenhänge und empfahlen aus vergleichbaren Gründen eine Stationsgröße von 10 bis 18 Betten.

### **Personal**

Aus der somatischen Medizin ist bekannt, dass ein größerer Anteil an examiniertem Pflegepersonal in der Versorgung mit besseren Behandlungsergebnissen einhergeht (Aiken et al. 2014; IQWiG 2006; Lankshear et al. 2005). Darüber hinaus ermöglicht eine gute Ausstattung mit Personal auf geschlossenen und fakultativ geschlossenen Stationen das Durchführen von personalintensiven Maßnahmen, wie beispielsweise Zeit und Zuwendung für Patientengespräche (Zander et al. 2014) oder Überwachung von fremd- oder eigengefährdenden Patienten (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006). Ferner zeigt sich, dass eine gute Ausstattung mit Personal gewalttätige Ereignisse (Bowers et al. 2011; Bowers et al. 2007a; Gerolamo 2006), insbesondere den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vermeiden kann (Bowers et al. 2013; Gerolamo 2006).

Inwieweit die Schulung von Personal in Deeskalationsmaßnahmen geeignet ist, Gewalt und restriktive Maßnahmen auf Stationen zu verringern, wird kontrovers diskutiert (Bowers et al. 2007b). Die S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ empfiehlt das Durchführen von Deeskalationstrainings neben einer Fülle von weiteren Maßnahmen zur Prävention von Gewalt auf Stationen (DGPPN 2009). Wichtig scheint unter anderem zu sein, dass im Rahmen der Schulung des Personals, kritische Situationen nicht unterbesetzt sind (Bowers et al. 2007b). Eine Befragung von 89 deutschen Kliniken zur gegenwärtigen Praxis von Zwangsmaßnahmen ergab, dass fast alle Kliniken Deeskalationstrainings durchführen, etwa die Hälfte davon schult jährlich die Hälfte ihrer Mitarbeiter. Drei Viertel der Kliniken schulen systematisch (Steinert et al. 2014a).

### **Regionale Versorgungsstruktur**

Die Qualität der psychiatrischen Versorgung erfolgt immer im Zusammenspiel mehrerer ambulanter und stationärer Leistungserbringer einer Region; idealerweise in einem gemeindepsychiatrischen multiprofessionellen ambulanten Team in einer definierten Region, das bei Bedarf aufsuchend versorgt (DGPPN 2011). Grundlage einer guten regionalen Strukturqualität ist das in einer Region vorhandene Versorgungsangebot. Unter anderem hängt es von den vorhandenen ambulanten Strukturen und ihrer Flexibilität ab, inwieweit Krisen außerhalb einer Eigen- oder Fremdgefährdung ambulant bewältigt werden können oder einer stationären Einweisung bedürfen (Burns 2007). Die Struktur der ambulanten psychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Versorgung unterscheidet sich in Deutschland regional (Ungewitter et al. 2010). Für Patienten mit einer F2-Diagnose ist dabei

nicht nur die Versorgung, die im SGB V geregelt wird, relevant, sondern auch die gemeindepsychiatrische Versorgung, die von den Kommunen und Ländern im SGB IX bereitgestellt wird.

Eine systemtische Übersicht über das regionale psychiatrische und gemeindepsychiatrische Versorgungsangebot existiert außerhalb von Studien nicht (AOLG 2012; Böcker et al. 2001). In fast allen vom AQUA-Institut geführten Expertengesprächen wurde auf die weitestgehend fehlende aufsuchende Versorgung und die regionalen Unterschiede in den Versorgungsangeboten hingewiesen. Diese regional unterschiedlichen Strukturen tragen nach Meinung der Experten zu einer unterschiedlich guten Qualität der Versorgung bei. Dies bezieht sich vor allem auf ergänzende Therapien wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflege, Arbeitsrehabilitationsmöglichkeiten oder Soziotherapie sowie aufsuchende multiprofessionelle Versorgung bzw. Krisendienste und präventiv arbeitende Dienste und Einrichtungen, die nicht flächendeckend vorhanden sind. Abbildung 5 zeigt die Qualitätspotenziale der Versorgung<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Zugunsten der Lesbarkeit der Abbildung wurden die einzelnen Versorgungsbereiche nicht adäquat zum Anteil an der Versorgung bzw. der Relevanz für die Versorgung der Patienten mit einer F2-Diagnose dargestellt. Die Abbildung gibt damit keine Gewichtung von Bereichen oder Inhalten wieder und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

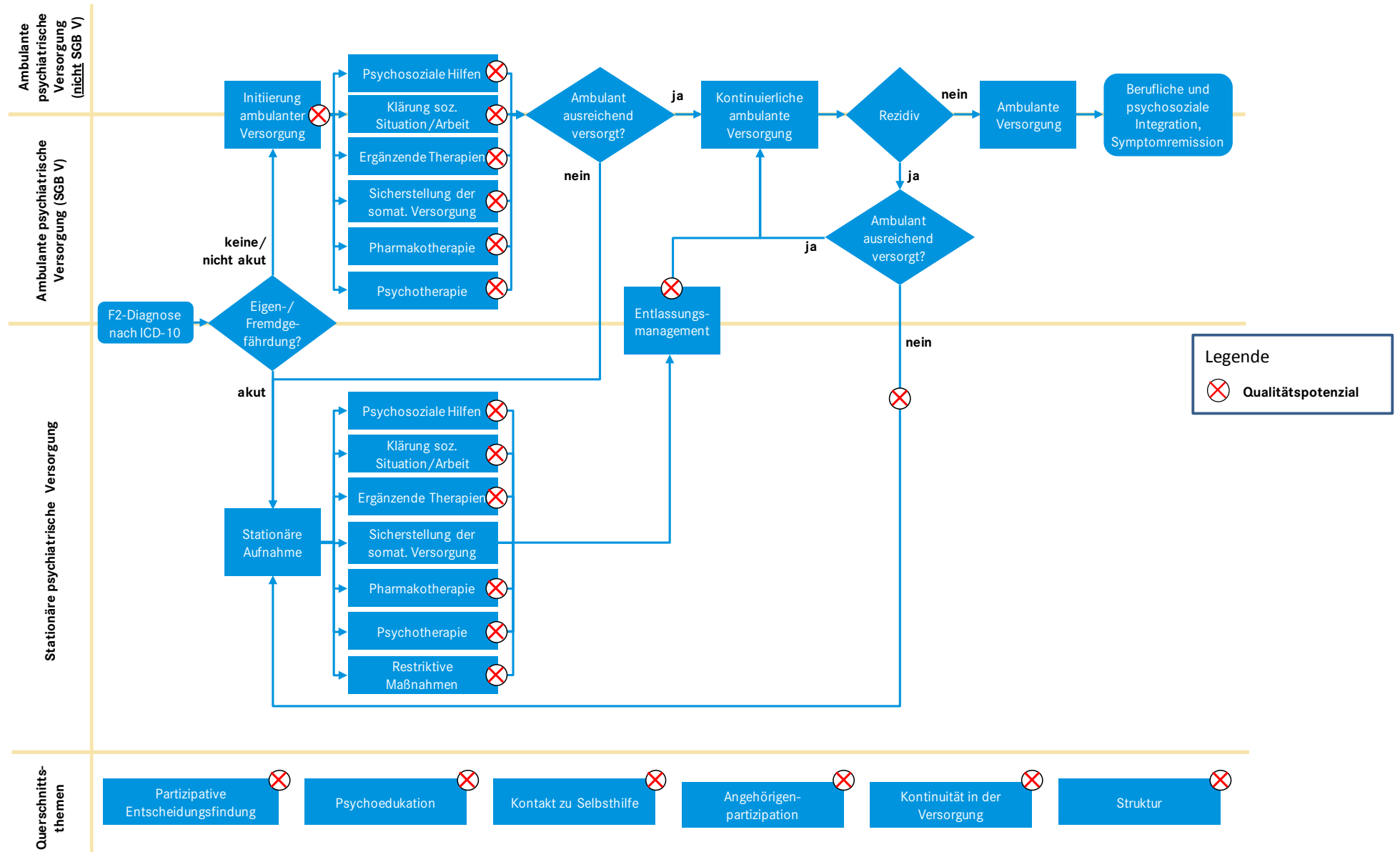


Abbildung 5: Versorgungspfad mit Qualitätspotenzialen

### 3.4.8 Patientenrelevante Endpunkte

#### Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus

Patienten mit Schizophrenie haben häufig deutliche Einschränkungen im sozialen Funktionsniveau (Berger 2012; RKI 2010; DGPPN 2006). Insbesondere bei chronischen Verläufen kann trotz intensiven Bemühens um eine soziale und berufliche Rehabilitation das vor der Erkrankung bestehende Funktionsniveau nicht mehr erreicht werden bzw. bleibt deutlich darunter (RKI 2010).

Ziel der Versorgung ist es, ein möglichst hohes psychosoziales Funktionsniveau der Patienten aufrechtzuerhalten und die individuellen Möglichkeiten der Patienten, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, zu verbessern. Die Patienten sollen zu einer weitgehend freien und selbstbestimmten Lebensführung befähigt werden. Dazu gehört, dass die Patienten in Kenntnis des Nutzens und der Risiken den Einsatz von therapeutische Maßnahmen selbstständig abwägen (DGPPN 2011; DGPPN 2006).

#### Integration in den Arbeitsmarkt

Die (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Arbeitswelt ist ein bedeutendes Ziel therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung. Insbesondere bei Patienten mit einer F2-Diagnose ist die berufliche Integration gering. In Deutschland sind deutlich weniger als 50 % der an Schizophrenie erkrankten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (Längle et al. 2006; Angermeyer et al. 1996). Eine häufige Folge der Erkrankung ist der Abbruch der beruflichen Ausbildung oder der Verlust des Arbeitsplatzes bis hin zur Erwerbsunfähigkeit (DGPPN 2006). Die Analyse einer zufällig ausgewählten und anonymisierten 20 %-Stichprobe aller Berentungen wegen einer Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit bzw. Behinderung der Gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2003 zeigt, dass 16,5 % der Berentungen auf eine Schizophrenie zurückzuführen sind (Richter et al. 2006).

Folgen der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit können zum Verlust der Tagesstruktur, zur Ausdünnung sozialer Kontakte, zu finanziellen Schwierigkeiten, Stigmatisierung sowie zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls führen (DGPPN 2011).

Studien zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, bzw. der Unterstützung zur Wiedereingliederung in den Beruf haben gezeigt, dass Menschen mit Schizophrenie in Arbeit vermittelt werden können, einen Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt erhalten können und beruflich tätig sind (Kinoshita et al. 2013; Kilian et al. 2012; Cook et al. 2008; Twamley et al. 2003). Es liegen Hinweise auf die Verbesserung der Negativsymptomatik und der Lebensqualität durch Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen vor (Bio et al. 2011).

#### Vermeidung von Hospitalisierung

In den letzten Jahren wurde im psychiatrischen Versorgungssystem bereits durch strukturelle Maßnahmen eine Verminderung der stationären Aufnahmen in Gang gesetzt und eine – möglichst wohnortnahe – Versorgung, insbesondere durch teilstationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen, ausgeweitet (RKI 2010). An welchem Punkt der Krankheitsentwicklung ein Patient stationär eingewiesen werden muss, hängt – abgesehen von Eigen- und Fremdgefährdung – von dem Zugang zu interdisziplinärer hochfrequenter ambulanter Therapie und Krisendiensten ab (Burns et al. 2001).

Darüber hinaus sollten auch Wiederaufnahmen von Patienten vermieden werden. Die Wiederaufnahmeraten sind bei Patienten mit Schizophrenie vergleichsweise hoch. Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 haben gezeigt, dass 18,9 % aller Fälle von Patienten mit einer F2-Diagnose innerhalb von 30 Tagen aufgrund einer psychischen Erkrankung wieder stationär aufgenommen wurden. Wiederaufnahmen werden häufig als Surrogatparameter für Rückfälle oder das Auftreten von poststationären Komplikationen genutzt (Weinmann et al. 2009). Doch auch andere Faktoren spielen eine Rolle: Funktionalität (Odes et al. 2011; Warnke et al. 2010), Entlassungsplanung (Steffen et al. 2009) und die ambulante Versorgung (Spießl et al. 2006). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass sinkende Verweildauern, wie sie in Deutschland in den letzten 15 Jahren zu beobachten sind, mit häufigeren Wiederaufnahmen einhergehen. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ sollte jedoch vermieden werden und die Patienten sollten möglichst lange in ambulanter Behandlung bleiben (Boaz et al. 2013; Spießl et al. 2006).

## Vermeidung des Einzugs in ein Heim

Wohnen stellt neben der Arbeit einen wesentlichen Bestandteil gesellschaftlicher Teilhabe dar. Differenzierte Wohnangebote sollten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Förderung von Teilhabe und Selbstständigkeit zur Verfügung stehen. Auch bei Hilfen im Bereich Wohnen sind gemeindenahere ambulante Lösungen, wie z.B. betreutes Wohnen, gegenüber stationären Lösungen in Heimen, zu bevorzugen, um soziale Kontaktmöglichkeiten der Patienten zu erhalten bzw. zu fördern. Welche Wohnform im Bedarfsfall zum Einsatz kommt, hängt nicht nur von der Schwere der Einschränkungen durch die psychische Erkrankung ab, sondern auch von dem Angebot vor Ort (DGPPN 2011).

In einer Studie, in der verschiedene Wohnformen in Dresden verglichen wurden (Pflegeheime, sozialtherapeutische Einrichtungen, ambulant betreutes Wohnen und ohne Betreuung allein oder mit Familie lebend) zeigte sich eine stärkere Verschlechterung der Negativsymptomatik sowie eine schlechtere subjektive Lebensqualität in der Gruppe derer, die in Pflegeheimen lebten (Kallert et al. 2007).

## Vermeidung von vorzeitiger Sterblichkeit

Eine Vielzahl an Studien weist eine erhöhte Sterblichkeit von Menschen mit Schizophrenie gegenüber der allgemeinen Bevölkerung nach (Dickerson et al. 2014; Laursen et al. 2014; Ringen et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Crump et al. 2013; Hoye et al. 2012; Lahti et al. 2012; Laursen et al. 2012; Hoang et al. 2011; Laursen et al. 2011; Mitchell et al. 2010; Druss et al. 2006; Heilä et al. 2005; Hennekens et al. 2005). Die Lebenserwartung von Menschen mit Schizophrenie ist zwischen 7,2 und 25 Jahre kürzer als die der Allgemeinbevölkerung (Dickerson et al. 2014; Ringen et al. 2014; Crump et al. 2013; Laursen et al. 2012; Laursen 2011; Wahlbeck et al. 2011; Druss et al. 2006). Dabei ist die verfrühte Sterblichkeit überwiegend nicht auf unnatürliche Todesursachen, wie Suizid, Unfälle oder Tötungsdelikte, sondern auf eine erhöhte Sterblichkeit infolge somatischer Erkrankungen zurückzuführen (Ringen et al. 2014; Crump et al. 2013; Schoepf et al. 2012; Casey et al. 2011; Mitchell et al. 2010; Heilä et al. 2005; Hennekens et al. 2005). Longitudinale Beobachtungen zeigen, dass sich die Unterschiede in der Lebenserwartung von an Schizophrenie erkrankten Menschen und der Allgemeinbevölkerung tendenziell vergrößern (Laursen et al. 2014; Hoye et al. 2012).

Vor diesem Hintergrund sollte das Verhindern vorzeitiger Sterblichkeit ein weiteres Ziel der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein (Thornicroft 2011).

## 3.5 Exkurs: Qualitätspotenzialanalyse PIA

Gegenstand der Beauftragung war auch die Analyse der Qualitätspotenziale/-defizite in Psychiatrischen Institutsambulanzen, da diese aufgrund der eingeschränkten Datengrundlage, die für die Konzeptskizze und ihre Konkretisierungen vorlag, nicht durchgeführt werden konnte.

### 3.5.1 Datengrundlage

Um Qualitätspotenziale/-defizite in PIA zu identifizieren, wurde eine Analyse auf der Grundlage von Routinedaten aus dem Jahr 2012 durchgeführt. Hierfür wurde vorwiegend auf den Datenbestand nach § 118 SGB V (Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen) zurückgegriffen. Folgende Informationen sind in diesem Datenbestand enthalten:

- in PIA dokumentierte Diagnosen,
- in PIA abgerechnete EBM-Leistungen (inkl. Datumsangabe),
- in PIA abgerechnete OPS-Kodes und
- das Aufnahme- und Entlassungsdatum für jedes Quartal, in dem ein Patient Kontakt zur PIA hatte.

Diese dem AQUA-Institut vorliegenden Daten zu den PIA sind nach Aussage der liefernden Krankenkasse unvollständig. Was in diesem Zusammenhang unvollständig bedeutet – ob beispielsweise einzelne Datenfelder (ICD-Kodes, OPS-Kodes) zu bestimmten Fällen fehlen oder womöglich ganze Datensätze einzelner KV-Regionen – wurde auch auf Nachfrage nicht mitgeteilt. Aus diesem Grund sind alle nachstehenden Aussagen, die auf den Hochrechnungen dieser Ergebnisse beruhen, mit Vorbehalt zu interpretieren.

## Datenprüfung

Bei der Prüfung auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten wurden folgende Punkte festgestellt, die für die weiteren Analysen und Interpretationen von Relevanz sind.

Im Gegensatz zu den Gebührenordnungspositionen der vertragsärztlichen Versorgung, die im EBM-Katalog der KBV aufgelistet sind, für alle Vertragsärzte Anwendung finden und anhand derer Einzelleistungen eindeutig zugeordnet werden können, existierte im Jahr 2012 im Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen kein bundeseinheitlicher Dokumentationskatalog, der alle gültigen Abrechnungsziffern enthält und damit einheitliche Dokumentationsstandards für PIA setzt. Ein entsprechender Dokumentationskatalog wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erst für 2013 vereinbart (DKG/GKV/PKV 2012). Nach diesem Katalog sind ab dem Jahr 2013 alle Einrichtungen verpflichtet, bundeseinheitlich zu dokumentieren. Dementsprechend lagen für das Jahr 2012 nur eingeschränkt einheitliche Daten zur Leistungsdokumentation der PIA vor:

- Es sind sowohl bundeseinheitliche Gebührennummern als auch Gebührennummern aus Landeskatalogen oder krankenhausespezifischen Katalogen vorhanden, sodass hier einzelne Gebührennummern mehrfach belegt sein könnten (DKG 2011). Diese heterogene Dokumentation spiegelt sich folglich in den vorliegenden Daten wider: Betrachtet man die 20 am häufigsten abgerechneten Gebührennummern (Tabelle 9), so zeigt sich, dass lediglich 6 dieser Ziffern einer Leistung gemäß der Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen zugeordnet werden können. 10 weitere Gebührennummern sind Leistungen des Landeskataloges (DKG 2011) und 4 Gebührennummern können gar nicht zugeordnet werden. Da aus den Gebührennummern des Landeskataloges nicht auf die medizinischen Inhalte geschlossen werden kann, können keine Aussagen über tatsächliche Behandlungen gemacht werden.
- Als zusätzliche Angabe zu den abgerechneten Gebührennummern, die inklusive Datumsangabe vorliegen, liegt zu den Patienten das jeweilige Aufnahme- und Entlassungsdatum eines jeden Quartals vor. In ca. 30 % der Fälle stimmt das Aufnahmedatum jedoch nicht mit einer abgerechneten Gebührennummer überein. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine PIA wurde also keine Gebührennummer dokumentiert, sodass nicht ersichtlich ist, ob der erste Kontakt bereits zum Zeitpunkt des Aufnahmedatums erfolgte oder erst bei der ersten abgerechneten Gebührennummer. In 3 % der Fälle stimmt das Entlassungsdatum nicht mit dem letzten Kontakt (laut Datumsangabe der abgerechneten Gebührennummer) in einem Quartal überein. Auch hier ist deshalb nicht ersichtlich, ob der letzte Kontakt zum Zeitpunkt des Entlassungsdatums erfolgte oder bei der letzten abgerechneten Gebührennummer. Für alle folgenden Berechnungen, die Datumsangaben benötigen, wurde ausschließlich mit den Datumsangaben abgerechneter Gebührennummern gerechnet. Das Aufnahme- bzw. Entlassungsdatum wurde nicht berücksichtigt.
- Für 95 % aller PIA-Fälle<sup>9</sup> wurde kein OPS-Kode abgerechnet. Für 93 % der insgesamt abgerechneten OPS-Kodes wurde der Pseudo-Kode „9999“ angegeben, der nicht im OPS-Katalog verzeichnet ist und somit keine inhaltliche Übersetzung in eine Leistung ermöglicht. Da die restlichen OPS-Kodes so selten dokumentiert wurden und bei nur 5 % aller Fälle überhaupt ein OPS-Kode abgerechnet wurde, wurde auf eine weitere Auswertung von OPS-Kodes verzichtet.

Tabelle 9: Die 20 am häufigsten abgerechneten Gebührennummern (in absteigender Reihenfolge)

Gebührennummer	Leistungsbeschreibung
35210110	Pauschale nach Katalog Landeskatalog, Erwachsene Ärztliche Leistungen bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Nachbehandlung
35210170	
35210112	
35210311	
35210310	

<sup>9</sup> Ein Fall ist definiert durch die Behandlung desselben Patienten durch dieselbe PIA in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse.

Gebührennummer	Leistungsbeschreibung
31040000	Quartalspauschale Erwachsene
35210111	
31000000	Quartalspauschale ohne Differenzierung
35210312	
31240001	
35210113	
35210313	
35210361	
35210362	
35210101	
32000000	Pauschale je Behandlungseinheit ab 5 Behandlungstage, Erwachsene
33000000	Quartalspauschale Erwachsene, nichtärztliche Leistung
30021220	
34210001	Pauschale je Behandlungseinheit je 1-2 Behandlungstage, Erwachsene
34210314	

### Charakterisierung der PIA-Grundgesamtheit

Von der dem AQUA-Institut vorliegenden Grundgesamtheit (definiert nach den im Abschnitt 3.1.3 definierten Kriterien) waren 21,7 % der Patienten im Jahr 2012 in einer PIA (PIA-Patienten). Diese hatten ein Durchschnittsalter von 49,3 Jahren und waren damit etwas jünger als der Durchschnitt der Patienten in der Grundgesamtheit. Männer stellten mit einem Anteil von 51,8 % die etwas größere Gruppe dar. Der Großteil der PIA-Patienten, nämlich 63,2 %, war in allen 4 Quartalen in einer PIA.

Die in den PIA dokumentierten Diagnosen zeigen, dass über die Hälfte der dort behandelten Patienten (56,2 %) der Grundgesamtheit eine F20.-Diagnose erhalten hat. Bei weiteren 13,4 % der Patienten wurde eine F25-Diagnose gestellt. 27,7 % der PIA-Patienten haben keine Diagnose aus dem F2-Bereich erhalten, obwohl sie entsprechende Diagnosen im stationären oder niedergelassenen Bereich erhalten hatten. Die Hälfte dieser Patienten ohne F2-Diagnose hat darüber hinaus gar keine Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (F00.-\* bis F99 nach ICD-10) bekommen.

Etwa ein Viertel der PIA-Patienten (23,8 %) hatte im selben Jahr aufgrund einer F2-Haupt- oder Nebendiagnose einen psychiatrischen Aufenthalt im Krankenhaus. 17,5 % der PIA-Patienten waren neben ihrem Besuch der PIA zusätzlich noch bei einem niedergelassenen Facharzt.

### 3.5.2 Qualitätspotenziale

Die Qualitätspotenziale/-defizite in PIA wurden mit den im Abschnitt 3.4 genannten Qualitätspotenzialen abgeglichen. Dabei ergaben sich zahlreiche Einschränkungen, teils weil bestimmte Potenziale nicht auf PIA übertragbar sind, teils weil bestimmte notwendige Informationen der Datengrundlage nicht entnommen werden können.

Folgende Qualitätspotenziale/-defizite konnten nicht in die Analysen einbezogen werden, weil sie auf PIA nicht übertragbar sind:

- Restriktive Maßnahmen: In PIA werden keine restriktiven Maßnahmen angewendet. Diese dürfen ausschließlich im vollstationären Bereich angewendet werden.



- Empowerment und Angehörigenpartizipation: Sozialdaten bei den Krankenkassen sind nicht für die Abbildung dieses Qualitätspotenzials geeignet, da es sich nicht um abrechnungsrelevante Leistungen handelt (vgl. auch Abschnitt 3.6.6).
- Strukturbezogene Potenziale: In den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen keine verwertbaren Informationen vor, um dieses Qualitätspotenzial/-defizit abbilden zu können.
- Patientenbezogene Endpunkte: Bis auf den patientenbezogenen Endpunkt Mortalität liegen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen für den Bereich der PIA keine patientenrelevanten Endpunkte vor.<sup>10</sup>

Folgende Qualitätspotenziale konnten nicht in die Analysen einbezogen werden, weil die notwendigen Informationen der vorliegenden Datengrundlage nicht entnommen werden konnten:

- Pharmakotherapie: Zwar erfolgt die Verordnung von Arzneimitteln analog zu der der niedergelassenen Vertragsärzte und die entsprechenden Verordnungen sind im Datenbestand nach §300 SGB V in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen vorhanden, aber in den Verordnungsdaten liegt nur die Nummer der verordnenden Betriebsstätte (BSNR) vor und keine Information darüber, ob es sich dabei um einen niedergelassenen Arzt oder um eine PIA handelt. In den Abrechnungsdaten der PIA (nach § 118 SGB V) werden PIA nicht mit einer BSNR gekennzeichnet, sondern mit IK-Nummern, die jedoch nicht mit den BSNR aus den Daten nach §300 SGB V verknüpft werden können. Aus diesem Grund können keine gesonderten Analysen für PIA in diesem Bereich erfolgen. Eine Auswertung der Verordnungsdaten aller Ärzte (und damit auch der PIA) schien nicht zielführend zu sein, da PIA im Verhältnis zu den in den Daten vorkommenden niedergelassenen Ärzten nur einen sehr geringen Anteil haben.
- Somatische Versorgung: Aufgrund der uneinheitlich dokumentierten Gebührennummern (landesspezifische Gebührennummern) konnten Kontrolluntersuchungen nicht analysiert werden, da für diese keine Informationen gefunden werden konnten.
- Psychotherapie: Auch für das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ konnten aufgrund der Problematik der Gebührennummern und der fehlenden OPS-Kodes keine Analysen durchgeführt werden.

Die Analyse bezieht sich folglich auf das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“.

### **Koordination, Kooperation und Kontinuität**

Wie im Abschnitt 3.4.1 ausführlich thematisiert, sind Qualitätspotenziale/-defizite mit Blick auf den Versorgungspfad v.a. an den Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu finden, insbesondere am Übergang von stationär zu ambulant. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Qualitätspotenzialanalyse der PIA der Übergang von einem stationären Aufenthalt nach einer PIA untersucht und mit den Übergängen zu niedergelassenen Fachärzten und sonstigen Ärzten (Hausärzten, Neurologen und Psychotherapeuten) verglichen.

In die Berechnungen gingen alle vollstationären Fälle mit der Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie Fälle mit der Hauptdiagnose F00.-\* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 ein, die in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2012 entlassen wurden. Diese zeitliche Beschränkung wurde gesetzt, da dem AQUA-Institut keine Daten aus dem Jahr 2013 vorlagen. Dementsprechend wurden alle Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und PIA berücksichtigt, die innerhalb von 180 Tagen stattgefunden haben. Tabelle 10 stellt die Ergebnisse dar.

---

<sup>10</sup> Die Mortalität innerhalb des Jahres 2012 lag bei PIA-Patienten bei 1,8 %, während sie bei Patienten, die bei einem niedergelassenen Facharzt waren, bei 2,1 % lag.

Tabelle 10: Übergangszeiten stationärer Fälle zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern

Betrachtete ambulante Leistungserbringer	Übergangszeit zur PIA Mittelwert (Median)	Übergangszeit zum Facharzt Mittelwert (Median)	Übergangszeit zu sonstigen Ärzten Mittelwert (Median)
PIA/Facharzt <sup>1</sup>	24,3 Tage (12 Tage)	16,1 Tage (6 Tage)	—
PIA/Facharzt/sonstigeÄrzte <sup>1, 3</sup>	13,9 Tage (5 Tage)	7,7 Tage (3 Tage)	9,5 Tage (3 Tage)
PIA/Facharzt/sonstige Ärzte (unabhängig davon, wo der erste Kontakt stattfand) <sup>2, 3</sup>	39,4 Tage (24 Tage)	27,4 Tage (10 Tage)	23,6 Tage (8 Tage)

<sup>1</sup> Hier wurde jeweils nur der erste Kontakt eines Patienten entweder zur PIA oder zum Facharzt (oder zu sonstigen Ärzten) gezählt. D.h. war der Patient innerhalb von 5 Tagen bei einem Facharzt und innerhalb von 10 Tagen in einer PIA, ging in die Berechnung zur Übergangszeit bei der PIA der Wert von 10 Tagen nicht mit ein, da er vorher bereits beim Facharzt war.

<sup>2</sup> Hier wurde jeweils jeder erste Kontakt eines Patienten zur PIA oder zum Facharzt oder zu sonstigen Ärzten gezählt. D.h. wenn der Patient beispielsweise innerhalb von 5 Tagen bei einem Facharzt und innerhalb von 10 Tagen in einer PIA war, ging in die Berechnung zur Übergangszeit zur PIA der Wert von 10 Tagen auch ein.

<sup>3</sup> Sonstige Ärzte: Hausärzte, Neurologen und Psychotherapeuten

Bei der Betrachtung des Übergangs vom stationären in den ambulanten Sektor ist zunächst festzustellen, dass 17,5 % der Fälle keinen Anschlusskontakt zu den drei genannten Arztgruppen innerhalb von 180 Tagen hatten. Werden ausschließlich die Übergänge zu PIA und niedergelassenen Fachärzten betrachtet, hatten 35 % der Fälle keinen Anschlusskontakt innerhalb von 180 Tagen.

Wurde zuerst eine PIA aufgesucht, dauerte der Übergang durchschnittlich 24,3 Tage, wobei die Hälfte der Patienten, die eine PIA aufsuchten, diese bereits nach 12 Tagen aufsuchten. Personen, die zuerst Kontakt zu einem niedergelassenen Facharzt hatten, kontaktierten diesen nach durchschnittlich 16 Tagen, wobei die Hälfte dieser Personen bereits nach 6 Tagen beim Facharzt war. Werden neben den PIA und niedergelassenen Fachärzten auch sonstige Ärzte (Hausärzte, Neurologen und Psychotherapeuten) betrachtet, zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Übergangszeit zu einer PIA im Vergleich zum Facharzt und zu sonstigen Ärzten war im Durchschnitt länger, und die Hälfte der Patienten, die eine PIA aufsuchten, tat dies innerhalb von 5 Tagen, während die Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Fachärzten und sonstigen Ärzten bereits nach drei Tagen stattfand.

Wird nicht nur der erste Kontakt zum ambulanten Bereich betrachtet, sondern die allgemeine Übergangszeit zur PIA bzw. zum Facharzt oder zu sonstigen Ärzten (unabhängig davon, ob die Person bereits vorher anderswo behandelt wurde), zeigt sich auch hier, dass die Übergangszeit zur PIA deutlich über der zum niedergelassenen Facharzt oder zu einem sonstigen ambulanten tätigen Arzt lag (39,4 vs. 27,4 vs. 23,6 Tage).

Anhand der dargestellten Ergebnisse zeigt sich, dass der Übergang von stationärer Versorgung in eine PIA länger dauert als zu anderen ambulanten Leistungserbringern. Dies überrascht, weil fast alle PIA an psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. psychiatrische Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert sind und ein Aufgabenschwerpunkt die Nachsorge stationärer Aufenthalte ist. Deswegen wäre zu erwarten gewesen, dass hier ein vergleichsweise schnellerer Übergang in die ambulante Weiterversorgung erfolgt.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Einschränkung muss hier allerdings nochmals auf die Unvollständigkeit der Daten hingewiesen werden.

### 3.6 Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

Entsprechend dem Auftrag sollen konkrete Erhebungsinstrumente entwickelt werden: Für eine stationäre QS-Dokumentation, eine ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und eine Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Darüber hinaus sollen die spezifischen Potenziale einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Bereich sowie einer Patientenbefragung dargelegt werden. Wie Tabelle 11 zeigt, sind die verschiedenen Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale unterschiedlich gut geeignet.

Tabelle 11: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale

Qualitätspotenziale	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	Stationäre QS-Dokumentation	Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Ambulante fallbezogene QS-Dokumentation	Patientenbefragung
Koordination, Kooperation und Kontinuität	(+)	(+)	(+)	(+)	+
Entlassungsmanagement	(+)	(+)	-	-	+
Soziale Hilfen	-	(+)	(+)	(+)	+
Ergänzende Therapien	(+)	(+)	(+)	(+)	+
Pharmakotherapie	(+)	(+)	-	(+)	-
Somatische Versorgung	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
Restriktive Maßnahmen	-	+	-	-	+
Psychotherapie	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
Empowerment und Angehörigenpartizipation	-	(+)	(+)	(+)	+
Psychoedukation	-	(+)	-	(+)	+
Partizipative Entscheidungsfindung	-	(+)	-	(+)	+
Angehörigenpartizipation	(+)	(+)	(+)	(+)	+
Kontakt zur Selbsthilfe	-	(+)	-	(+)	+
Strukturbezogene Potenziale	-	(+)	(+)	-	-
Patientenrelevante Endpunkte	(+)	(+)	-	(+)	(+)

**Legende:**

+ = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann ohne erhebliche Einschränkung aus der Datenquelle mit einem entsprechend spezifizierten Instrument erhoben werden. Dabei kann es aber z.B. sein, dass eine Datenquelle allein nicht ausreicht, sondern die gewünschten Informationen erst im Zusammenspiel mit anderen Datenquellen erhoben werden können.

(+) = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann nur mit erheblichen Einschränkungen aus der Datenquelle erhoben werden. Darunter ist zu verstehen, dass eine Erhebung der gewünschten Informationen entweder nur eingeschränkt möglich ist (z.B. durch Ausschluss von Teilpopulationen) oder aber mit einem unverhältnismäßigen Erhebungsaufwand (z.B. sehr aufwendige Spezifizierung eines Instruments) verbunden ist.

- = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation ist in der Datenquelle nicht verfügbar bzw. sie kann auch mit einem entsprechend spezifizierten Instrument nicht oder in nicht ausreichender Güte erhoben werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Qualitätspotenziale in Bezug auf ihre Abbildbarkeit in den unterschiedlichen Datenquellen und mit den verschiedenen Erhebungsinstrumenten diskutiert. Vorangestellt werden muss dabei zum einen, dass es sich hier um ein sektorenübergreifendes und multiprofessionelles Versorgungsgeschehen handelt, bei dem im ambulanten und im stationären Bereich unterschiedliche, sich ergänzende Leistungen erbracht werden, was mit dem einrichtungsvergleichenden Ansatz der gegenwärtigen Qualitätssicherung nicht immer adäquat möglich ist. Zum anderen ist es bei einigen Qualitätspotenzialen, die im ambulanten und stationären Bereich gleichermaßen vorhanden sind (wie etwa die Pharmakotherapie), hinderlich, dass die verfügbaren Erhebungsinstrumente nicht in gleicher Weise geeignet sind, auf die jeweils benötigten Informationen in den unterschiedlichen Datenquellen zuzugreifen. Aus dem letztgenannten Grund werden in der folgenden Darstellung die Qualitätspotenziale zunächst mit Blick auf die verfügbaren Datenquellen (Sozialdaten und Leistungserbringer) und Erhebungsinstrumente (Sozialdatenspezifikation, fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im stationären Bereich, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich) diskutiert. Die Diskussion der ggf. zu einem späteren Zeitpunkt zu entwickelnden Erhebungsinstrumente (Patientenbefragung und ambulante fallbezogene QS-Dokumentation) erfolgt in separaten Abschnitten im Anschluss.

### 3.6.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität

Mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen können potenzielle Ergebnisparameter des Qualitätspotenzials „Entlassungsmanagement“ erhoben werden. So kann abgebildet werden ob, wo und nach welcher Übergangszeit eine ambulante Weiterbehandlung nach einer stationären Behandlung stattgefunden hat. Ferner können stationäre Wiederaufnahmen, einschließlich der Dauer bis zur Wiederaufnahme und des Ortes der Wiederaufnahme dargestellt werden. Mittels einer stationären QS-Dokumentation können Wiederaufnahmen nur dann abgebildet werden, wenn sie im selben Krankenhaus erfolgen oder sogenannte patientenidentifizierende Daten (PID) verwendet werden, um Krankenhausfälle derselben Patienten, unabhängig von der leistungserbringenden Einrichtung, verknüpfen zu können. Die Mehrzahl der Prozessparameter zum Entlassungsmanagement können dagegen nur über fall- oder einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen abgebildet werden.

Das Qualitätspotenzial „Soziale Hilfen“ (berufliche Wiedereingliederung, Hilfen zum Wohnen, Alltagshilfen usw.) realisiert sich überwiegend im ambulanten Bereich, wobei der Zugang zu diesen Hilfen durchaus stationär angebahnt werden kann. In den Sozialdaten sind hierzu keine Informationen verfügbar. Ob also beispielsweise eine systematische Erfassung des Hilfebedarfs stattgefunden hat und entsprechende Maßnahmen eingeleitet wurden, kann nur über entsprechende QS-Dokumentationen erfasst werden. Hierfür scheinen einrichtungsbezogene Erhebungen im ambulanten Bereich bedingt geeignet. Wenn allerdings der konkrete Erhalt der Hilfen gemessen werden sollte, müssen fallbezogene Informationen dokumentiert und erhoben werden.

Auch das Qualitätspotenzial „Ergänzende Therapien“ ist ganz überwiegend im ambulanten Bereich zu verorten, obwohl es auch in der stationären Versorgung eine gewisse Rolle spielt und beispielsweise bei der Entlassung berücksichtigt werden sollte. Wenn es sich bei den ergänzenden Therapien um Therapien handelt, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören (APP, Ergotherapie und Soziotherapie), liegen hierzu Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vor. Allerdings ist dies nur der Fall, wenn diese im ambulanten Bereich erbracht wurden, da die stationär erbrachten ergänzenden Therapien im Rahmen von Regel- oder Intensivbehandlung abgerechnet werden und dementsprechend nur in Form von abgerechneten Pauschalen vorliegen, die nicht auf die Durchführung einzelner Therapien schließen lassen. Unabhängig von der Erhebbarkeit dieses Potenzials ist allerdings darauf zu verweisen, dass es auch weitere „ergänzende“ Therapieangebote gibt (z.B. Kunsttherapie, Musiktherapie), die über die Regelleistung des SGB V hinausgehen, weshalb die Sozialdaten nur sehr eingeschränkt nutzbar sind. Mit entsprechenden fallbezogenen QS-Dokumentationen ließen sich sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich bessere Informationen gewinnen. Soweit man den Schwerpunkt dieser Leistungen im ambulanten Bereich sieht, scheint auch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bedingt geeignet, dieses Qualitätspotenzial zu erfassen.

### 3.6.2 Pharmakotherapie

Das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ kann nur fallbezogen erhoben werden, da die Verordnung von Antipsychotika immer individuell ist. Die entsprechenden patientenindividuellen Informationen liegen in Form der Abrechnungsdaten der Apotheken gem. §300 SGB V in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vor. Im Einzelnen enthält die Datenquelle Informationen zum verordneten Wirkstoff, zur Dosis und zur abgegebenen

Menge einer Verordnung. Allerdings beschränken sich die Informationen auf den ambulanten Bereich. Angaben über die Pharmakotherapie während eines stationären Aufenthaltes müssten bei Bedarf durch eine fallbezogene QS-Dokumentation erhoben werden, die aber mit Blick auf die Ausnahmesituation der stationären Behandlung vom Aufwand her nicht gerechtfertigt scheint.

### **3.6.3 Somatische Versorgung**

Für das Qualitätspotenzial „Somatische Versorgung“ liegen in Bezug auf die stationäre Behandlung keine nennenswerten Informationen in den Sozialdaten vor. Entsprechende Informationen über körperliche Untersuchungen müssten fallbezogen mittels einer QS-Dokumentation erhoben werden. Für den ambulanten Bereich können einige wenige Aspekte mittels der Sozialdaten abgebildet werden, so etwa der Erhalt von gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen oder die Kontrolle von Blutwerten aus Laboren. Entscheidende qualitätsrelevante Aspekte, wie etwa das Durchführen von allgemeinen körperlichen Untersuchungen, die Kontrolle des Körpergewichts oder die Information des Patienten über Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung, können nur durch QS-Dokumentationen abgebildet werden, wobei einrichtungsbezogene Erhebungen hier nur bedingt ausreichend scheinen. Fallbezogene Informationen würden hier eine präzisere Erfassung des Qualitätspotenzials ermöglichen.

### **3.6.4 Restriktive Maßnahmen**

Das Qualitätspotenzial „Restriktive Maßnahmen“ adressiert ausschließlich den stationären Bereich. Da in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen dazu vorliegen und die entsprechenden Fälle individuell abgebildet werden müssen, kommt hierfür nur eine stationäre fallbezogene QS-Dokumentation infrage. Hier ist überdies davon auszugehen, dass die Erhebung wenig Probleme bereitet, da bereits jetzt mehr oder weniger alle notwendigen Informationen in den Einrichtungen dokumentiert werden.

### **3.6.5 Psychotherapie**

Für das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ ist zwischen den Aspekten „Erhalt“ und „Zugang“ zu unterscheiden. Erhaltene Psychotherapien bilden sich quantitativ in den Sozialdaten bei den Krankenkassen ab – sowohl stationär (Psychotherapie) als auch ambulant (Richtlinien-Psychotherapie, psychotherapeutische Gespräche). Allerdings sind die entscheidenden Qualitätsaspekte im Zusammenhang mit diesem Qualitätspotenzial eher qualitativer und individueller Natur, nämlich ob den Patienten überhaupt ein Zugang zu Psychotherapie eröffnet wurde, ob eine Psychotherapie im Einzelfall indiziert war und ob ggf. eine angebotene Therapie vom Patienten abgelehnt wurde. Dementsprechend müssen die qualitätsrelevanten Informationen individuell, d.h. fallbezogen erhoben werden. Eine einrichtungsbezogene Erhebung im ambulanten Bereich ist dafür eher nicht geeignet.

### **3.6.6 Empowerment und Angehörigenpartizipation**

Das Qualitätspotenzial „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ besteht aus mehreren Qualitätsaspekten, die sämtlich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von Bedeutung sind. Zur Abbildung dieses vielschichtigen Qualitätspotenzials sind die Sozialdaten bei den Krankenkassen prinzipiell nicht geeignet, da es sich bei den Inhalten (Psychoedukation, partizipative Entscheidungsfindung, Angehörigenpartizipation, Kontakt zur Selbsthilfe) nicht um abrechnungsrelevante Leistungen handelt – mit Ausnahme der GOP 21216 („Fremdanamnese“) für Kontakte zu Angehörigen im ambulanten Bereich.

Der Zugang zu bzw. der Erhalt von „Psychoedukation“ ist wesentlich fallbezogen zu erfassen, zumal hier eine im Regelfall chronische Erkrankung zugrunde liegt, wo nicht jeder Patient zu jedem Zeitpunkt (erneute) psychoedukative Maßnahmen benötigt. Dementsprechend ist das Qualitätspotenzial nur mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation adäquat zu erfassen. Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich würde wesentliche patientenindividuelle Informationen nicht enthalten und scheint deshalb eher weniger geeignet.

Für die Abbildung von „partizipativer Entscheidungsfindung“ gilt im Grundsatz das Gleiche wie für die Psychoedukation, allerdings mit dem Unterschied, dass hier die individuelle Patientensicht von so erheblicher Bedeutung ist, dass auch mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation wesentliche qualitätsrelevante Informationen nur sehr eingeschränkt erfasst werden könnten.

Auch für die „Angehörigenpartizipation“ gilt, dass eine adäquate Erfassung der qualitätsrelevanten Parameter letztlich nicht mit den hier zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumenten erfolgen werden kann. Informationen können lediglich in Bezug auf den generellen Umgang mit dem Einbezug von Angehörigen erhoben werden. Hierfür scheinen neben fallbezogenen auch einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen geeignet.

Zuletzt ist auch der Aspekt der Herstellung eines „Kontaktes zu Selbsthilfegruppen“ mit den verfügbaren Erhebungsinstrumenten nicht adäquat abzubilden. Mit fallbezogenen Dokumentationen ließe sich erheben, ob Patienten über solche Gruppen informiert wurden und ob sie bei der Kontaktaufnahme unterstützt wurden, nicht aber, ob solche Maßnahmen erfolgreich waren oder überhaupt vom Patienten erwünscht bzw. abgelehnt wurden. Insofern ließe sich auch hier nur ein generelles Anbieten dieser Leistungen abbilden, das auch einrichtungsbezogen erhoben werden kann.

### **3.6.7 Strukturbezogene Potenziale**

Strukturbezogene Qualitätspotenziale lassen sich grundsätzlich über einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen erheben. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass die Realisierung vieler Qualitätspotenziale nicht mit den Mitteln der Qualitätssicherung erreicht werden kann.

### **3.6.8 Patientenrelevante Endpunkte**

Die Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten (z.B. Sterblichkeit, Hospitalisierung, psychosoziale Funktionalität, Integration in den Arbeitsmarkt) kann nur fallbezogen erfolgen, weshalb Einrichtungsbefragungen als prinzipiell ungeeignet zu bewerten sind.

In den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen einige, eher indirekte Informationen zu patientenrelevanten Endpunkten, wie etwa zur Sterblichkeit oder zur Hospitalisierung, vor. Wesentliche andere Endpunkte jedoch, wie etwa das psychosoziale Funktionsniveau oder die Integration in den Arbeitsmarkt, können nur fallbezogen erhoben werden – wobei die Integration in den Arbeitsmarkt in den Routinedaten anderer Sozialversicherungsträger durchaus vorliegen. Eine fallbezogene Erhebung patientenrelevanter Endpunkte mittels einer QS-Dokumentation im stationären Bereich ist theoretisch möglich, aber mit Blick auf die kurzfristige oder im besten Fall gar nicht stattfindende stationäre Episode von untergeordneter Bedeutung.

## 4 Erstellung des Indikatorenregisters

Kern der Indikatorenentwicklung ist die Auswahl- und Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Rand Appropriateness Method-Prozesses (RAM-Prozess). Um hierfür die Grundlagen zu schaffen, wurden vom AQUA-Institut umfangreiche Recherchen nach Indikatoren und ergänzender Literatur durchgeführt. Ziel dieser Recherchen ist die Erstellung eines themenspezifischen Indikatorenregisters, das anschließend dem RAM-Panel als Grundlage für den Auswahl- und Bewertungsprozess dient.

Nachfolgend werden die einzelnen Schritte von den durchgeführten Recherchen bis zur Erstellung des Indikatorenregisters dargestellt.

### 4.1 Indikatorenrecherche

Die Suche nach etablierten/publizierten Indikatoren erfolgte anhand der zentralen Aspekte des Versorgungspfad zunächst in nationalen und internationalen Indikatorensystemen und -datenbanken nach Maßgabe der dort zur Verfügung stehenden Suchoptionen. Darüber hinaus wurde eine systematische Literaturrecherche nach Indikatoren durchgeführt, die Studien fokussierte, die über Indikatoren berichten.

#### 4.1.1 Recherche in nationalen und internationalen Indikatorensystemen und -datenbanken

Die Recherche nach bereits entwickelten Indikatoren und etablierten Indikatorensystemen in entsprechenden Datenbanken bzw. in ggf. direkt über die Webseiten der entsprechenden Agenturen und Institutionen abzurufofindenden Publikationen erfolgte im Zeitraum vom 6. August bis zum 7. Oktober 2014. Insgesamt wurden 56 Institutionen und Portale durchsucht (siehe Anhang A.6).

Die Datenbanken wurden primär mit krankheitsspezifischen Begriffen wie Schizophrenie, Psychose, Wahn oder schizoaffektiv durchsucht. Wurden keine themenspezifischen Indikatoren in einem Indikatorensystem oder einer -datenbank gefunden, wurde die Suche um krankheitsunspezifische Indikatoren zur psychiatrischen Versorgung ergänzt. Diese Suche erfolgte vorwiegend anhand der Begriffe psychische Erkrankung oder psychiatrisch. Bei 25 Institutionen und Portalen wurden insgesamt 484 potenziell relevante Indikatoren gefunden (vgl. Tabelle 1 im Anhang A.6).

#### 4.1.2 Systematische Literaturrecherche nach Indikatoren

Die systematische Literaturrecherche nach Indikatoren wurde zunächst in der Datenbank Excerpta Medica Database (EMBASE) durchgeführt, was gleichzeitig eine Abfrage der Datenbank der National Library of Medicine (Medline) ermöglicht. Da es spezifische Literaturdatenbanken zu psychologischen/psychiatrischen Themen gibt, wurde ergänzend in der themenspezifischen Datenbank PsycINFO (Zugang über EBSCOhost) recherchiert. In beiden Suchmodellen (vgl. Tabellen 1 und 2 im Anhang A.3) wurde die Zielpopulation mit krankheitsspezifischen Begrifflichkeiten wie Schizophrenie, Psychose, schizoaffektive Störung usw. konkretisiert und mit konkreten Begriffen zu Qualitätsindikatoren, beispielsweise Maßen für Qualität, Performance oder Benchmark, kombiniert.

Für die systematische Literaturrecherche nach Indikatoren wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

##### Inhaltliche Ausschlusskriterien:

- Inadäquates Studiendesign der publizierten Studien
- Publikation fokussiert auf eine zu eng definierte Population (z.B. ausschließlich Männer, Patienten, die in Heimen wohnen)
- Publikation fokussiert auf Erkrankte jünger als 18 Jahre
- Publikation fokussiert auf das Versorgungssetting Forensik
- Die publizierten Studien lassen sich nicht auf den deutschen Versorgungskontext übertragen.

**Formale Einschlusskriterien:**

- Sprache der Publikation: Englisch, Deutsch
- Publikationen mit Abstract
- Publikationen veröffentlicht später als 1. Januar 2000

Aufgrund der notwendigerweise eher sensitiv als präzise angelegten Recherche in bibliografischen Datenbanken ist nicht jede in der systematischen Literaturrecherche ermittelte Quelle tatsächlich relevant. Dementsprechend schloss sich ein zweistufiges, datenbankgestütztes Auswahlverfahren an, das durch zwei Wissenschaftler des AQUA-Instituts vorgenommen wurde, die unabhängig voneinander die Relevanz jeder ermittelten Quelle beurteilten.

Die systematische Literaturrecherche nach Indikatoren fand am 15. Oktober 2014 statt. Aus den 933 identifizierten Treffern (vgl. Tabelle 1 und 2 im Anhang A.4), wovon nach Ausschluss von Dubletten 713 Publikationen für das Titel-/Abstractscreening übrig blieben, wurden 40 Publikationen von beiden Gutachtern als relevant bewertet. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer Handrecherche weitere vier relevante Publikationen identifiziert. Den relevanten Publikationen konnten weitere 685 Indikatoren entnommen werden (vgl. Tabelle 2 und 3 im Anhang A.6).

**4.1.3 Themenspezifisch relevante Indikatoren**

Mit der Zielsetzung, den Auswahl- und Bewertungsprozess der Indikatoren so effektiv wie möglich zu gestalten, werden die recherchierten Indikatoren grundsätzlich im Vorfeld des RAM-Prozesses zunächst dahin gehend geprüft, ob sie Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse erfassen, die im Geltungsbereich des SGB V liegen. Alle Indikatoren, die diese Bedingung nicht erfüllten, beispielsweise Indikatoren, die die Versorgungsqualität in Wohnheimen erfassen, oder Indikatoren, die sich nicht auf das deutsche Versorgungssystem übertragen lassen sowie Indikatoren, die sich auf ein Assertive Community Treatment beziehen, wurden ausgeschlossen. Des Weiteren wurden Indikatoren ausgeschlossen, die nicht den Vorgaben und Zielen des Auftrags entsprachen, wie beispielsweise Indikatoren, die auf die hausärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen fokussieren. Auch Indikatoren, die sich nicht auf die konsentierten Qualitätspotenziale beziehen, wurden ausgeschlossen. Zuletzt wurden für das Indikatorenregister nur jene Indikatoren ausgewählt, für die erwartet werden konnte, dass sie mittels der im Auftrag vorgegebenen Datenquellen/Erhebungsinstrumente umsetzbar sind. Indikatoren, die offensichtlich anderer Datenquellen/Erhebungsinstrumente bedürfen, wie z.B. die Erfassung von Patientenzufriedenheit oder Lebensqualität, wurden dementsprechend ebenfalls ausgeschlossen.

Eine wesentliche Reduzierung der Indikatoren erfolgte durch die Zusammenfassung von sehr ähnlichen Indikatoren. Beispielsweise wurden Indikatoren, die geringfügige Unterschiede in der Nennerpopulation aufweisen, wie die Einschränkung auf Patienten unter 65 Jahre oder Indikatoren, die unterschiedliche Follow-up-Zeiträume haben, zusammengeführt und einem Originalindikator als Variante zugeordnet. Für das Indikatorenregister konnten insgesamt 255 Indikatoren als themenspezifisch relevant bewertet werden (siehe Abbildung 6).



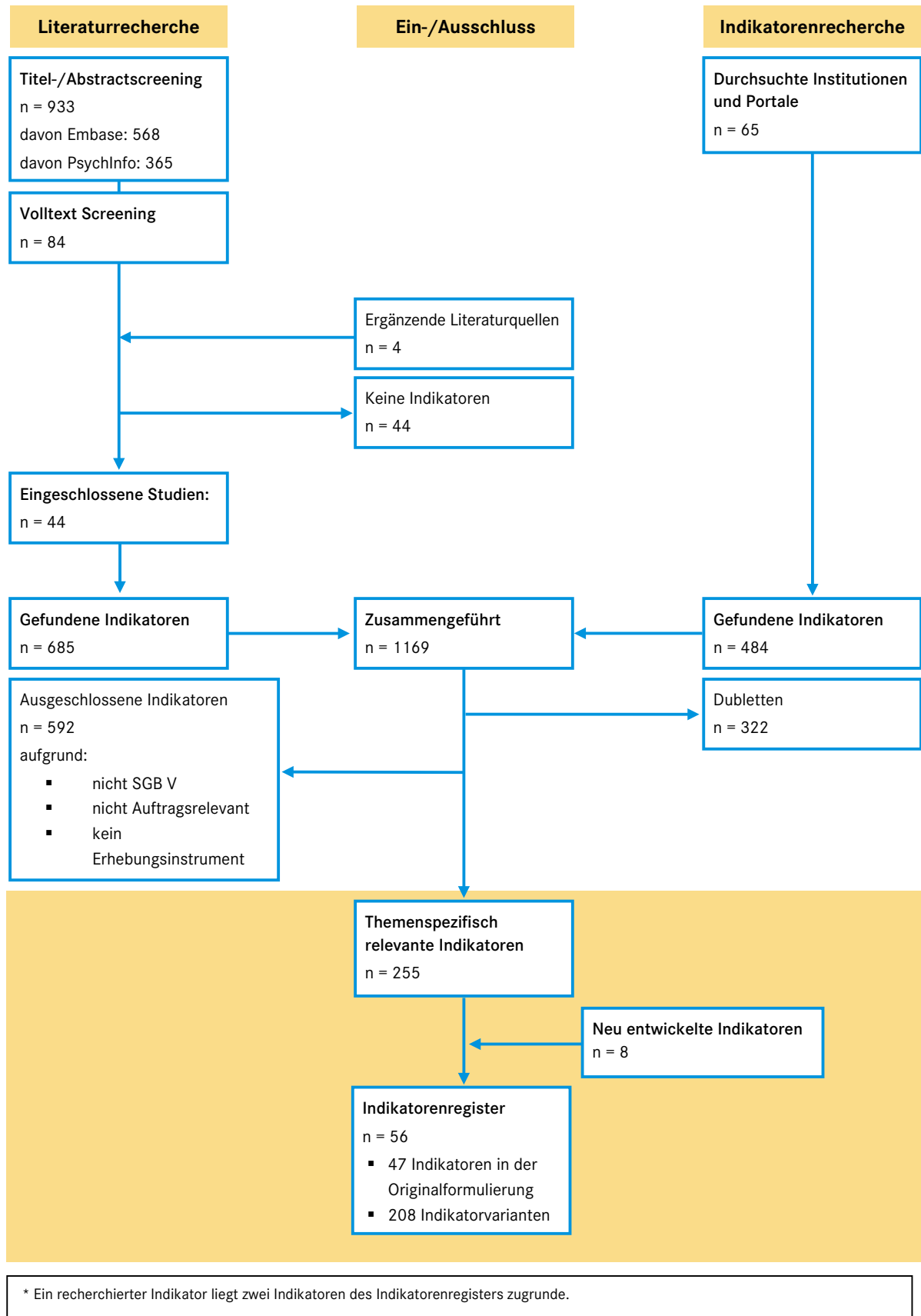


Abbildung 6: Ergebnisse der Indikatorenrecherche

## 4.2 Systematische Literaturrecherche nach ergänzender Literatur

Die systematische Literaturrecherche nach ergänzender Literatur wurde ebenfalls in der Datenbank EMBASE und in der themenspezifischen Datenbank PsycINFO durchgeführt. Beide Recherchen haben am 17. Oktober 2014 stattgefunden.

### 4.2.1 Suchbegriffe

Die gesuchte Zielpopulation umfasste – wie auch bei den durchgeführten Indikatorenrecherchen – alle Patienten mit einer F2-Diagnose. Da in den Datenbanken keine Möglichkeit zur Suche anhand von Diagnoseziffern besteht, wurde anhand der krankheitsspezifischen Begrifflichkeiten (Schizophrenie, Psychose, schizoaffektive Störung usw.) recherchiert.

Als Versorgungsleistung wurde insbesondere nach Aspekten, die die definierten Qualitätspotenziale betreffen, gesucht. Die gewählten Suchbegriffe umfassten Aspekte der Koordination, Kooperation und Kontinuität der Versorgung, der Pharmakotherapie, der somatischen Versorgung, der Durchführung von restriktiven Maßnahmen, der Anwendung von psychotherapeutischen Maßnahmen sowie des Empowerments und der Angehörigenbeteiligung. Es wurde ebenfalls nach strukturbezogenen Potenzialen gesucht.

Als relevante Evaluationsfelder wurden Aspekte der patientenbezogenen Ergebnisqualität festgelegt. Gesucht wurde nach allgemeinen positiven und negativen medizinischen Outcomes, die insbesondere folgende Endpunkte umfassen: Sterblichkeit, Suizid, Funktionalität, stationäre Wiederaufnahmen, Symptomreduktion, Remission usw. Zusätzlich fokussierten die Recherchen dezidiert Aspekte der Ergebnisqualität aus Patientensicht (Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Empowerment usw.).

Die Suchbegriffe innerhalb der jeweiligen „Suchsäulen“ wurden durch den Booleschen Operator „OR“ verknüpft. Die drei Säulen wiederum wurden untereinander mit dem einschränkenden Operator „AND“ verbunden (alle Details zur Suchstrategie finden sich in den Tabellen 3 und 4 im Anhang A.3).

### 4.2.2 Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche ergab insgesamt 7.842 Treffer (vgl. Tabelle 3 und 4 im Anhang A.4), nach Ausschluss der Dubletten 7.263 Treffer. Der sich anschließende mehrstufige Auswahlprozess (Titel- und Abstractscreening, Volltextscreening) zur Ermittlung der tatsächlich relevanten Literatur wurde gemäß Methodenpapier des AQUA-Instituts – wie auch bereits bei der systematischen Literaturrecherche nach Indikatoren – durch zwei Wissenschaftler vorgenommen, die die ermittelte Literatur unabhängig voneinander bewerteten. Die Auswahl der relevanten Quellen erfolgte unter Berücksichtigung der bereits in Abschnitt 4.1.2 dargestellten verfahrensspezifischen Ausschlusskriterien. Darüber hinaus wurden Studien ausgeschlossen, die kein identifiziertes Qualitätspotenzial adressieren.

Nach dem Titel- und Abstractscreening verblieben 267 potenziell relevante Volltexte zur Erstellung des Indikatorenregisters. Zusätzlich konnten durch Handsuchen bzw. Expertenhinweise weitere 69 potenziell relevante Literaturquellen detektiert werden. Nach dem Volltextscreening konnten 217 Texte in die Erstellung der Indikatordatenblätter einbezogen werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Auswahlprozess der für das Indikatorenregister verwendeten Literatur aus der Evidenzrecherche (vgl. Abschnitt 3.1.1) sowie der systematischen Literaturrecherche.

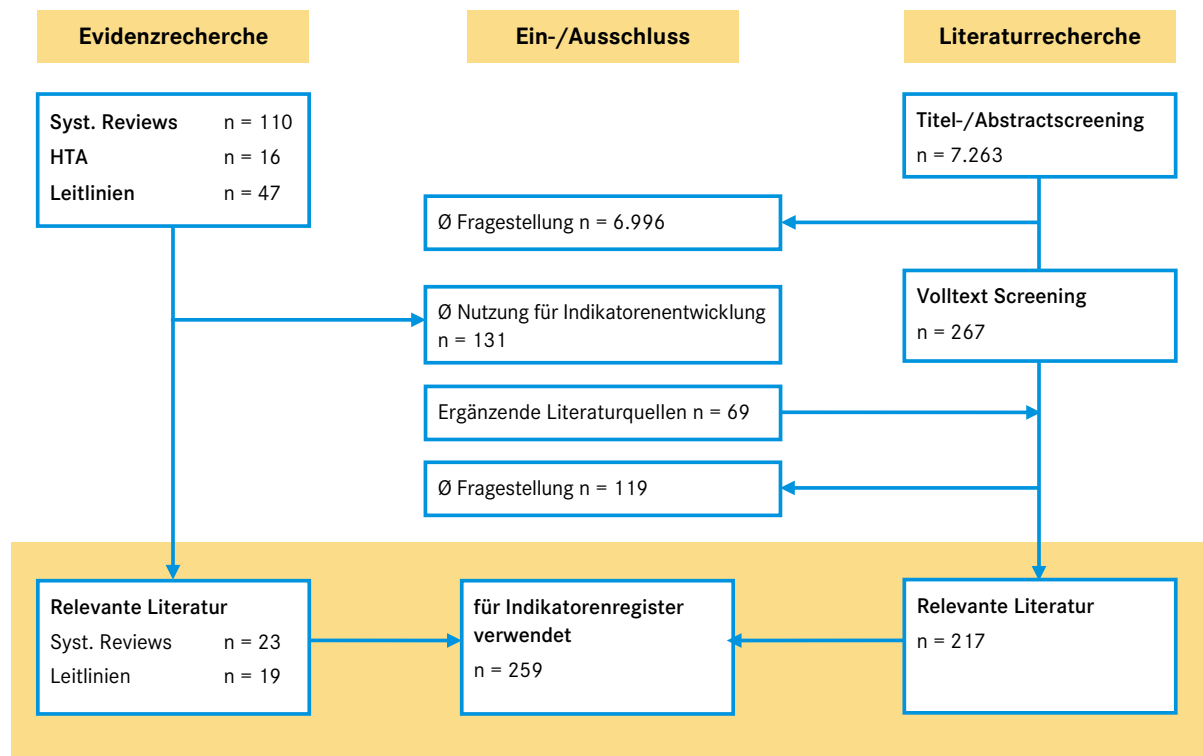


Abbildung 7: Ergebnisse der Evidenz- und Literaturrecherche

## 4.3 Indikatorenregister

Die durch die Recherchen ermittelten Indikatoren wurden für den RAM-Prozess in Form eines Indikatorenregisters, bestehend aus einzelnen Indikatordatenblättern, aufbereitet. Insgesamt bilden 56 Indikatoren das Register für die Bewertungsrunde 1.

Jedes Indikatordatenblatt ist ein standardisiertes Formular, das alle relevanten, aus den vorliegenden Quellen extrahierten Informationen zum Indikator enthält. Neben einer Indikatorbeschreibung enthält das Datenblatt die wesentlichen Operationalisierungsaspekte, inklusive der Angaben zur Prozess-, Ergebnis- und Dokumentationsverantwortung sowie zur Stärke einzelner Leitlinienempfehlungen. Wenn möglich, wird auch zu den zur Begründung (Rationale) angeführten (Therapie-)Studien auf den Indikatordatenblättern die jeweilige Evidenzklasse angegeben (vgl. Anhang A.5). Für alle Indikatoren stehen zudem methodische oder fachlich-inhaltliche Besonderheiten in einem gesonderten Anmerkungsfeld als Hintergrundinformation zur Verfügung. Änderungen im Verlauf des Panelprozesses werden in Form eines Änderungsprotokolls direkt auf dem Indikatordatenblatt festgehalten.

### 4.3.1 Recherchierte Indikatoren

Als Ergebnis des Auswahl- und Bewertungsprozesses im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden 255 Indikatoren als themenspezifisch relevant bewertet (siehe Abbildung 6). Von den 255 Indikatoren wurden 47 Indikatoren in der Originalformulierung sowie 208 Indikatoren als Varianten in die Indikatordatenblätter überführt. Die 47 Indikatoren in der Originalformulierung wurden im Abgleich mit der recherchierten Literatur sowie anhand der Erkenntnisse der Themerschließung verfahrensspezifisch aufgearbeitet und hinsichtlich des Erhebungskonzeptes weiter operationalisiert. Dabei wurde ein recherchiertes Indikator als Originalformulierung für zwei verschiedene Indikatoren des Indikatorenregisters zugrunde gelegt. Am Ende wurden 48 Indikatoren aus der Indikatorenrecherche für das aus 56 Indikatoren bestehende Register ausgearbeitet.

### 4.3.2 Neu entwickelte Indikatoren

Ergänzend zu den recherchierten Indikatoren wurden auch neue Indikatoren vom AQUA-Institut entwickelt, wofür die Literatur aus den systematischen Literaturrecherchen sowie der Evidenzrecherche im Rahmen der Themerschließung herangezogen wurde. Insgesamt wurden 8 Indikatoren neu entwickelt, wobei 5 dieser 8 Indikatoren bereits entwickelte und recherchierte Indikatoren sind, die aber aufgrund der notwendigen Anpassung an die hier verfügbaren Erhebungsinstrumente (z.B. einrichtungsbezogene statt fallbezogene Erhebung) so stark verändert wurden, dass sie nicht mehr als Originalindikator, sondern nur als Indikatorvariante ausgewiesen wurden.

### 4.3.3 Ergebnis

Das aus 56 Indikatoren bestehende Indikatorenregister setzt sich aus 5 Struktur-, 40 Prozess- und 11 Ergebnisindikatoren zusammen. Diese decken alle Qualitätsdimensionen ab, wobei den Qualitätsdimensionen Effektivität mit 27 Indikatoren und Patientensicherheit mit 26 Indikatoren die meisten Indikatoren zugeordnet sind. Für die Qualitätsdimension Zugang zur und Koordination der Versorgung wurden 10 Indikatoren aufbereitet sowie 3 Indikatoren für die Dimension Patientenorientierung. 9 Indikatoren adressieren dabei jeweils Aspekte der Qualitätsdimension Zugang zur und Koordination der Versorgung sowie der Qualitätsdimension Effektivität. 1 Indikator adressiert sowohl Aspekte der Dimension Patientensicherheit als auch der Dimension Patientenorientierung.

Nachfolgend werden alle 56 ermittelten Indikatoren des Indikatorenregisters tabellarisch sortiert nach Indikatortyp und unter Angabe der Qualitätsdimension aufgeführt.

Tabelle 12: Übersicht der ermittelten Indikatoren nach Indikatortyp und unter Angabe der Qualitätsdimension

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Qualitätsdimension(en)
<b>Strukturindikatoren</b>		
13	Regelung zur Informationsübermittlung	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
34	Regelungen zu Vorausverfügungen	Patientenorientierung
48	Stationsgröße	Patientensicherheit, Patientenorientierung
49	Fachpflegerische Versorgung	Patientensicherheit
50	Deeskalationstraining	Patientensicherheit
<b>Prozessindikatoren</b>		
01	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
02	Übergangszeit zwischen Entlassung und ambulanter Anschlussbehandlung	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
03	Kontinuierliche ambulante Behandlung nach Entlassung	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
04	Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
07	Verweildauer im Krankenhaus	Effektivität
08	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Effektivität
09	Vorliegen eines Behandlungsplans (stationär)	Effektivität
10	Erfassung von Hilfebedarf – stationär	Effektivität
11	Vorhandensein eines Entlassungsplans	Effektivität

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Qualitätsdimension(en)
12	Rechtzeitiges Festlegen des Entlassungsdatums	Effektivität
14	Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Zugang zur und Koordination der Versorgung
15	Leitlinienorientierter Umgang mit Behandlungsplänen	Effektivität
16	Erfassung von Hilfebedarf – ambulant	Effektivität
17	Anbieten von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen	Effektivität
18	Messung der Funktionalität – ambulant	Effektivität
19	Vermeiden von psychotroper Polypharmazie	Patientensicherheit
20	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Patientensicherheit
21	Vermeiden von Benzodiazepinabhängigkeit	Patientensicherheit
22	Dokumentation des Körpergewichts	Patientensicherheit
23	Diabetes-Screening	Patientensicherheit
24	Kontrolle der Cholesterinwerte	Patientensicherheit
25	Kontrolle des Kreatininwertes	Patientensicherheit
26	Kontrolle des Blutbildes	Patientensicherheit
27	Kontrolle der Leberwerte	Patientensicherheit
28	Körperliche Untersuchung	Effektivität
29	Darmkrebs-Screening	Patientensicherheit
30	Zervix-Screening	Patientensicherheit
31	Gesundheitsfördernde Maßnahmen	Patientensicherheit
32	Erhebung des Raucherstatus	Patientensicherheit
33	Körperliche Untersuchung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme	Patientensicherheit
37	Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Fall	Patientensicherheit
38	Dauer von Zwangsmaßnahmen	Patientensicherheit
39	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Patientensicherheit
41	Überwachung von Zwangsmaßnahmen	Patientensicherheit
42	Anbieten von Psychotherapie	Effektivität
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Effektivität
44	Psychoedukation in der stationären Versorgung	Effektivität
45	Ambulante Psychoedukation für Patienten	Effektivität
46	Ambulante Psychoedukation für Angehörige	Effektivität
47	Selbsthilfe	Patientenorientierung

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Qualitätsdimension(en)
<b>Ergebnisindikatoren</b>		
05	Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
06	Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen ohne ambulanten Kontakt	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
35	Körperliche Übergriffe	Patientensicherheit
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Patientensicherheit
40	Anteil der Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer	Patientensicherheit
51	Häufigkeit stationärer Aufnahmen	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
52	Anteil Patienten mit stationärem psychiatrischen Aufenthalt	Zugang zur und Koordination der Versorgung, Effektivität
53	Suizidversuche	Patientensicherheit
54	Suizid	Patientensicherheit
55	Sterblichkeit	Effektivität
56	Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts	Effektivität

## 5 Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters

Der RAM-Prozess ist das methodische Herzstück der Indikatorenentwicklung. Im Methodenpapier des AQUA-Instituts ist der RAM-Prozess ausführlich beschrieben (AQUA 2015; AQUA 2013b). Im Zuge des RAM-Prozesses hatten die Experten des Panels die Aufgabe, die vom AQUA-Institut recherchierten und/oder neu entwickelten und in einem Register zusammengestellten Indikatoren zu bewerten und ggf. zu modifizieren. Abbildung 8 zeigt den schematisierten Ablauf des RAM-Prozesses.

Indikatorenbewertung		
	online	Treffen
Auftaktveranstaltung		Einführung in die Bewertungsmethodik
Bewertungsrunde 1	Relevanz + Klarheit/Verständlichkeit	Relevanz
Bewertungsrunde 2	Praktikabilität	Praktikabilität
Optionales Treffen		Gesamtwürdigung

Abbildung 8: Ablauf des RAM-Prozesses

In der Bewertungsrunde 1 wurden die Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz und ihrer formal-sprachlichen Eigenschaften (Klarheit und Verständlichkeit) beurteilt.

In der Bewertungsrunde 2 wurden dann alle als *relevant* bewerteten Indikatoren bezüglich ihrer Praktikabilität beurteilt. Dafür wurden die als *relevant* konsentierten Indikatoren vom AQUA-Institut im Laufe des RAM-Prozesses weiter operationalisiert, d.h. um die für eine Umsetzung erforderlichen Erhebungsinstrumente und die zur Dokumentation erforderlichen Datenfelder ergänzt.

Im Folgenden wird zunächst die Zusammensetzung des RAM-Panels beschrieben. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Bewertungsrunden dargestellt. Nach der Beschreibung des RAM-Prozesses würdigt das AQUA-Institut die als inhaltlich relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren sowohl einzeln als auch insgesamt als konsentiertes Indikatorenset mit Blick auf die Zielsetzung des zu entwickelnden QS-Verfahrens.

## 5.1 Auswahl und Zusammensetzung des RAM-Panels

### 5.1.1 Zusammensetzung des RAM-Panels

Die öffentliche Ausschreibung für das RAM-Panel erfolgte am 15. September 2014 auf der Webseite [www.sqg.de](http://www.sqg.de). Zusätzlich wurden alle Personen, die bereits nach dem Scoping-Workshop am 2. Juli 2012 (dieser wurde im Rahmen der Konzeptskizzenerstellung durchgeführt) Interesse an der Teilnahme an einem RAM-Panel bekundet hatten, die relevanten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen und Träger des G-BA über die Ausschreibung informiert. Die Experten konnten sich bis zum 12. Oktober 2014 für die Teilnahme am RAM-Panel bewerben. Die fachliche und personelle Zusammensetzung des Panels erfolgte im Anschluss an die Ausschreibungsfrist nach vorab durch das AQUA-Institut definierten Auswahlkriterien. Dazu wurden die eingegangenen Bewerbungsunterlagen systematisch aufbereitet und nach einem einheitlichen Raster bewertet. Relevante Merkmale der Bewerber, wie Berufsgruppen- und Sektorenzugehörigkeit, Geschlecht und verfahrensspezifische Kompetenzkriterien (fachliche und methodische Expertise) flossen in den Auswahlprozess ein.

Zwei zunächst unabhängig voneinander tätige Gutachter wählten aus den insgesamt 83 eingegangenen Bewerbungen 13 Experten aus. Zudem wurden 2 Patientenvertreter gemäß § 140f SGB V über die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene benannt. Es ergab sich damit folgende Panelzusammensetzung mit 15 gleichberechtigten Teilnehmern:

Tabelle 13: Zusammensetzung des RAM-Panels

Name	Ausbildung	Funktion	Fachgesellschaft
Brenner, Gabriele	Diplom-Ernährungswissenschaftlerin	Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.; Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.
Gaebel, Wolfgang, Prof. Dr.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; Ärztlicher Direktor LVR-Klinikum Düsseldorf; Leiter des WHO Collaborating Centre for Quality Assurance and Empowerment in Mental Health; Leiter des LVR-Instituts für Versorgungsforschung	World Psychiatric Association; World Federation of Societies of Biological Psychiatry; World Health Organization; American Psychiatric Association; European Psychiatric Association; European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychoses; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.; Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie; Nervenärztliche Gesellschaft Düsseldorf e.V.; Elan Gesellschaft für Psychohygiene e.V.; Open the doors e.V.; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; PsychoseNetz e.V.; Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften; Aktionsbündnis Seelische Gesundheit; Aktionskreis Psychiatrie e.V.



Name	Ausbildung	Funktion	Fachgesellschaft
Greve, Nils	Diplom-Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Chefarzt der Tagesklinik und Institutsambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie Solingen; Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V.; Geschäftsführer der Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gGmbH	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.; Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.; Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.; Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung
Heberlein, Ilse, Prof. Dr. Dr.	Diplom-Psychologin; Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	Patientenvertreterin; Deutscher Behindertenrat; Sozialverband Deutschland e.V.	
Mayer-Amberg, Norbert, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Niedergelassener Facharzt; Landesvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V.	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.
Möhrmann, Karl Heinz		Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.; Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.; Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.; Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen in Bayern e.V.
Mönter, Norbert, Dr.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse	Leiter des Versorgungsnetzes Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg GmbH; Tutor und Ausbilder der QZ-Moderatoren (KBV)	
Munk, Ingrid, Dr.	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln	
Salize, Hans Joachim, Prof. Dr.	Diplom-Soziologe	Leitung der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	
Sauter, Dorothea	Krankenschwester	Präsidiumsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.
Waller, Heiko, Prof. Dr.	Soziologe, Arzt	Patientenvertreter; Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	
Wienforth, Egbert	Facharzt für Psychiatrie	Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie	

Name	Ausbildung	Funktion	Fachgesellschaft
Wolff-Menzler, Claus, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Geschäftsführender Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Universitätsmedizin Göttingen)	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.; Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.; Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V.; Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie; Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.; Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.; Sozialverband VdK Deutschland e.V.; Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.
Zemke, Gabriele	Fachkrankenschwester für Psychiatrie/Neurologie	Pflegedienstleiterin der Martin Gropius Krankenhaus GmbH	
Zinkler, Martin, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	

### 5.1.2 Interessenkonflikte

Alle Panelexperten legten ihre Interessenkonflikte untereinander und dem AQUA-Institut gegenüber offen.

In Tabelle 1 des Anhangs B.1 sind die Angaben zu potenziellen Interessenkonflikten der an der Indikatorenentwicklung beteiligten Fachexperten und der Patientenvertreter dargestellt. Alle diesbezüglichen Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen, die sie mit dem verbindlichen Formblatt „Angaben zu potenziellen Interessenkonflikten“ abgegeben haben (siehe auch Anhang B.1).

### 5.1.3 Auftaktveranstaltung

Die Auftaktveranstaltung zum RAM-Prozess fand am 14. Januar 2015 in den Räumlichkeiten des AQUA-Instituts in Göttingen statt. Aufgrund der Erkrankung eines Experten und einer Absage (bzw. der zu kurzfristigen Nachbenennung eines Experten) nahmen 13 Experten an der Auftaktveranstaltung teil.<sup>12</sup> Das erste Treffen diente dazu, den Teilnehmern den Ablauf und die Methodik des Verfahrens zu erläutern sowie Raum für die Diskussion kritischer Fragen zu geben.

Zunächst wurden die Rahmenbedingungen und die Methodik der Entwicklung von Qualitätsindikatoren vom AQUA-Institut erläutert. Des Weiteren wurde den Panelexperten die Zielsetzung und das Konzept des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens sowie die der Indikatorenentwicklung zugrunde liegenden Qualitätspotenziale und die zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente erläutert. In einem anschließenden Vortrag legte das Projektteam des AQUA-Instituts die Methoden und Verfahren der Indikatoren- und Literaturrecherche dar. In einer Gruppenarbeit wurden drei Indikatoren exemplarisch hinsichtlich Relevanz und Klarheit/Verständlichkeit diskutiert und bewertet, um den Panelexperten die Methodik des Bewertungsprozesses zu verdeutlichen und eine Vorstellung für die später erfolgende Operationalisierung der Indikatoren zu geben. Abschließend wurde

<sup>12</sup> Die Experten, die nicht am Auftaktworkshop teilnehmen konnten, wurden jeweils in einer separaten Schulungsveranstaltung (31. Januar 2015 und 2. Februar 2015) in die Bewertungsmethodik und den Verfahrensablauf eingeführt.

den Panelexperten die Möglichkeit gegeben, Fragen zur Methodik und zum Konzept zu stellen und weitere Aspekte zu diskutieren.

Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung erhielten die Panelexperten alle Indikatoren des Indikatorenregisters für die Bewertungsrunde 1 sowie ein Manual mit allen wichtigen methodischen und inhaltlichen Informationen zum zu entwickelnden QS-Verfahren sowie zum RAM-Prozess. Da die Bewertung zunächst online erfolgen sollte, wurde den Panelexperten der dafür benötigte persönliche Zugang zum Bewertungstool am darauffolgenden Tag bereitgestellt.

## 5.2 Ergebnisse

Im Rahmen des Auswahl- und Bewertungsprozesses der Indikatoren wurden auf Anregung der Experten insgesamt 6 Indikatoren während der Bewertungsrunde 1 neu definiert. Weitere 39 Indikatoren wurden von Panelexperten nachgereicht, teilweise erst nach Abschluss der Bewertungsrunde 1. Auch im Verlauf der Bewertungsrunde 2 haben die Experten 3 weitere Indikatoren definiert sowie 3 zuvor nicht als *relevant* bewertete Indikatoren erneut diskutiert und anschließend als *relevant* bewertet. Die Indikatoren, die zunächst nicht Bestandteil des Indikatorenregisters waren, wurden von den Panelexperten nachträglich hinsichtlich der Relevanz bewertet. Um die Ergebnisse übersichtlich und nachvollziehbar darzustellen, wurden die nachgereichten, die wieder aufgenommenen sowie die während der Bewertungsrunde 2 neu definierten Indikatoren in einem eigenen Abschnitt der Relevanz-Bewertung dargestellt. Abbildung 9 gibt einen Überblick zum Verlauf der Indikatorenbewertung.

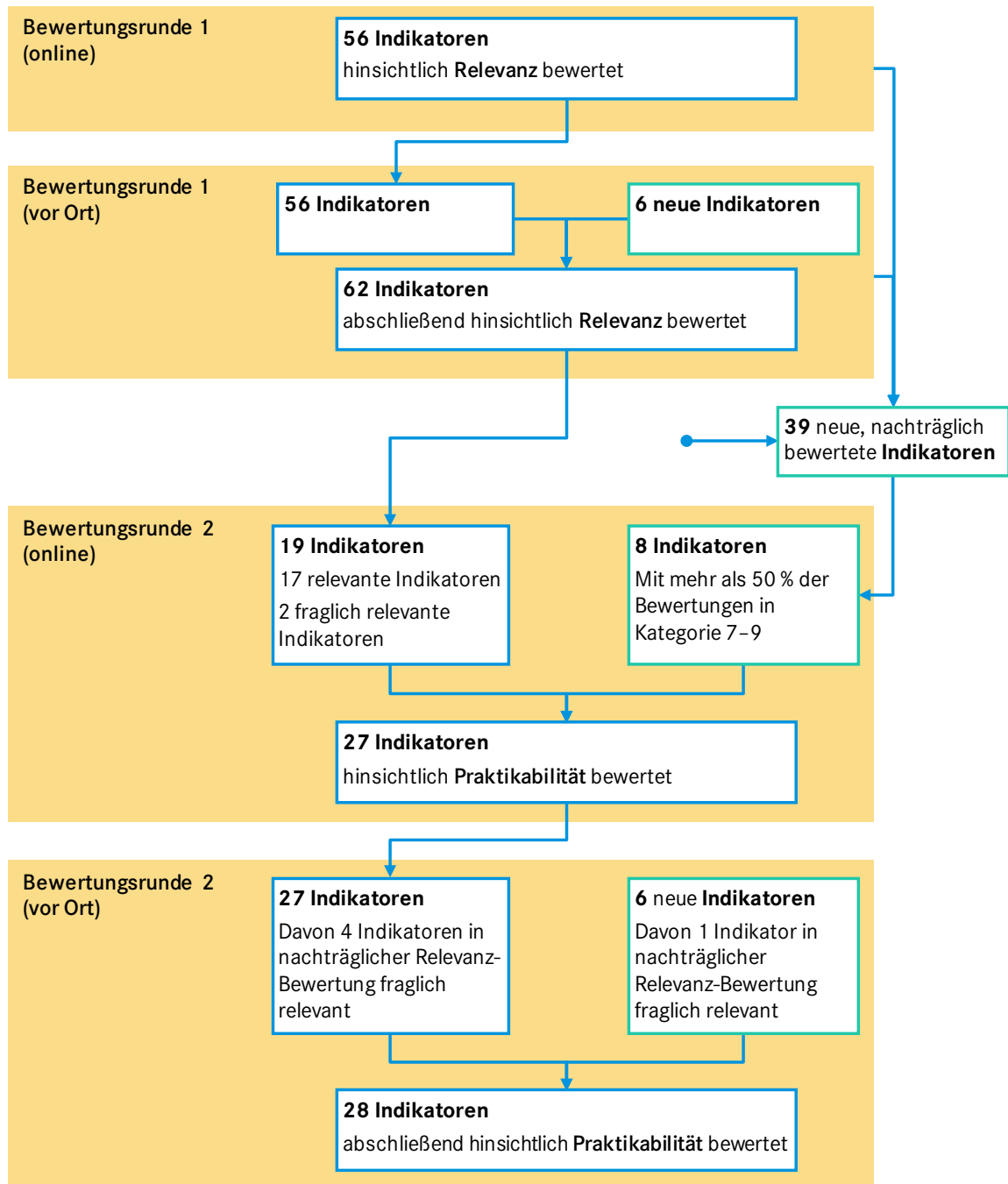


Abbildung 9: Übersicht zum Verlauf der Indikatorenbewertung

## 5.2.1 Bewertung der Relevanz

### Bewertungsrunde 1 (online)

Diese fand vom 15. Januar bis 8. Februar 2015 als Online-Bewertung statt. Neben der Bewertung der Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz und ihrer Klarheit/Verständlichkeit hatten die Teilnehmer des RAM-Panels die Möglichkeit, Kommentare zu jedem Indikator sowie zum Indikatorenregister insgesamt abzugeben. Alle 15 Experten des RAM-Panels haben die Online-Bewertung abgeschlossen, sodass dem AQUA-Institut für die Auswertung 15 vollständige Bewertungen für alle Indikatoren des Registers vorlagen.

Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln ergab sich unter den 56 zu bewertenden Indikatoren folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Bewertungskategorie „Relevanz“<sup>13</sup>:

- *Relevante* Indikatoren: 24
- *Fraglich relevante* Indikatoren: 32
- *Nicht relevante* Indikatoren: 0

Auf Basis der anonymen Rückmeldungen wurden die Indikatoren für das folgende Paneltreffen aufbereitet. Für jeden Indikator wurde ein Bewertungsblatt vorbereitet, das neben dem Bewertungsfeld für die Bewertung beim Paneltreffen auch alle Ergebnisse inklusive aller Kommentare und Anmerkungen der Online-Bewertung beinhaltet sowie die Bewertung des jeweiligen Panelexperten.

### Bewertungsrunde 1 (Paneltreffen)

Im Rahmen des Paneltreffens am 18. Februar 2015 wurden die Ergebnisse der Online-Bewertung vorgestellt und für jeden Indikator diskutiert. Alle 15 Experten waren vor Ort, wobei zwei Experten das Treffen früher verlassen mussten. Die beiden Experten haben ihre ausstehenden Bewertungen postalisch nachgereicht.

Zur Vorbereitung auf das Paneltreffen wurden vom AQUA-Institut anhand der Anmerkungen und Kommentare aus der Online-Bewertung redaktionelle Änderungen und Modifikationen an den Indikatoren vorgenommen. Die Änderungen wurden den Experten im „Korrekturmodus“ präsentiert, sodass sie diese nachvollziehen konnten. Während des Paneltreffens wurde den Experten die Möglichkeit gegeben, weitere Modifikationen an den Indikatoren vorzunehmen. Die Indikatoren wurden sowohl in ihrer ursprünglichen als auch in ihren modifizierten Formen erneut hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet. Die ID der modifizierten Indikatoren wurde durch einen zusätzlichen Kleinbuchstaben (a-e) kenntlich gemacht.

Die Modifikationen umfassten vornehmlich:

- Definition der im Indikator berücksichtigten Leistung (z.B.: Richtlinien-Psychotherapie oder kognitive Verhaltenstherapie)
- Definition der im Indikator berücksichtigten Krankenhausaufenthalte (z.B.: Krankenhausaufenthalte der Zielpopulation mit Hauptdiagnose F00.-\* bis F99.- oder mit Hauptdiagnose F20.- bis F29)
- Definition der im Indikator berücksichtigten ambulanten Leistungserbringer (z.B.: Fachärzte oder Fachärzte und Hausärzte)
- Berücksichtigung von „Erhalten“ oder „Anbieten“ von Leistungen im Indikator
- Definition des im Indikator berücksichtigten stationären Personals (z.B.: Pflegepersonal oder Pflegefachpersonal)

Während des Paneltreffens wurden von den Experten 6 weitere Indikatoren definiert bzw. neu entwickelt. Für 5 Indikatoren des Registers (ID 23 bis 27) wurde von den Experten konsensuell entschieden, dass diese zu einem Indikator zusammengefasst werden sollten. Diese Indikatoren wurden daraufhin bewertet, ob sie in den Indikator einbezogen werden sollen (*relevante* Indikatoren) oder nicht (*fraglich* und *nicht relevante* Indikatoren).

Insgesamt wurden den Panelexperten 62 Indikatoren in der ursprünglichen Fassung und 65 Indikatorvarianten zur Relevanz-Bewertung vorgelegt, sodass 127 Bewertungen vorzunehmen waren. Aufgrund der Vielzahl der Indikatoren konnten 18 Indikatoren nicht während des Paneltreffens diskutiert und bewertet werden. In Ab-

<sup>13</sup> Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.2 differenziert dargestellt.

sprache mit den Teilnehmern wurde die Bewertung dieser Indikatoren schriftlich nachgereicht. Hierfür standen den Panelexperten alle Kommentare und Anmerkungen aus der Online-Bewertung zur Verfügung.

Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Kategorie „Relevanz“<sup>14</sup>:

- *Relevante* Indikatoren: 17 (+ 3\*)
- *Fraglich relevante* Indikatoren: 38 (+ 2\*)
- *Nicht relevante* Indikatoren: 2

\*Die Zahlen in Klammern stehen für die Indikatoren, die nicht einzeln bewertet wurden, weil sie in einen anderen Indikator aufgenommen worden sind.

Von den 38 *fraglich relevanten* Indikatoren, wurden 2 Indikatoren mit in die Bewertungsrunde 2 übernommen, da sie das Relevanzkriterium nur aufgrund eines einzigen Bewertungspunktes nicht erreicht hatten, aber zu jenen oben genannten 18 Indikatoren gehörten, über die aus Zeitgründen keine ausführliche Paneldiskussion stattfinden konnte. Diese Indikatoren sollten im nächsten Paneltreffen diskutiert und dort abschließend hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet werden. Demnach wurden insgesamt 19 Indikatoren (statt 17) in die Bewertungsrunde 2 übernommen.

Die Mehrzahl der als *relevant* bewerteten Indikatoren deckt die Qualitätsdimension Patientensicherheit ab (13 Indikatoren). 5 Indikatoren sind der Qualitätsdimension Effektivität und jeweils 2 Indikatoren der Qualitätsdimensionen Patientenorientierung und Zugang zur bzw. Koordination der Versorgung zugeordnet. 13 Indikatoren sind Prozessindikatoren und jeweils 3 Indikatoren sind Struktur- und Ergebnisindikatoren.

Die Modifikationen, die an den einzelnen Indikatoren vorgenommen wurden sowie die Paneldiskussion zu den als *relevant* bewerteten Indikatoren sind im Abschnitt 5.3 dargestellt.

Die nachstehende Tabelle 14 führt alle als *relevant* bewerteten Indikatoren der Bewertungsrunde 1 auf, geordnet nach den definierten Qualitätspotenzialen (siehe Abschnitt 3.4).

Tabelle 14: Relevante Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
01e	Ambulanter Anschlussstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Prozessindikator
<b>Pharmakotherapie</b>		
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	Prozessindikator
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozessindikator
21a	Vermeiden von Benzodiazepinabhängigkeit	Prozessindikator
<b>Somatische Versorgung</b>		
22	Dokumentation des Körpergewichts	Prozessindikator
31	Gesundheitsfördernde Maßnahmen	Prozessindikator
59	Kontrolluntersuchungen	Prozessindikator

<sup>14</sup> Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.3 differenziert dargestellt

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
35	Körperliche Übergriffe	Ergebnisindikator
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Ergebnisindikator
41a	Betreuung bei Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ergebnisindikator
62	Gesetzliche Unterbringungen	Strukturindikator
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
34b	Behandlungsvereinbarungen	Prozessindikator
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Prozessindikator
44c	Psychoedukation in der stationären Versorgung	Prozessindikator
<b>Struktur</b>		
50c	Deeskalationstraining	Strukturindikator

### Ausgeschlossene Indikatoren

Aus dem Indikatorenregister wurden insgesamt 43 Indikatoren im Verlauf der Bewertungsrunde 1 von den Experten ausgeschlossen (Tabelle 15). Der folgende Abschnitt fasst die Diskussion zu den während der Bewertungsrunde 1 ausgeschlossenen Indikatoren zusammen und dokumentiert synoptisch die vorgebrachten Argumente.

Tabelle 15: Ausgeschlossene Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
02, 02a, 02b, 02c	Übergangszeit zwischen Entlassung und ambulanter Anschlussbehandlung	Prozessindikator
03	Kontinuierliche ambulante Behandlung nach Entlassung	Prozessindikator
04, 04a	Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
05, 05a	Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen	Ergebnisindikator
06, 06a, 06b, 06c	Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen ohne ambulanten Kontakt	Ergebnisindikator
07, 07a	Verweildauer im Krankenhaus	Prozess-, Ergebnisindikator
09, 09a	Vorliegen eines Behandlungsplans (stationär)	Prozessindikator
10	Erfassung von Hilfebedarf – stationär	Prozessindikator
11	Vorhandensein eines Entlassungsplans	Prozessindikator
12, 12a	Rechtzeitiges Festlegen des Entlassungsdatums	Prozessindikator
13, 13a	Regelung zur Informationsübermittlung	Strukturindikator
14, 14a	Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Prozessindikator
15	Leitlinienorientierter Umgang mit Behandlungsplänen	Prozessindikator
16	Erfassung von Hilfebedarf – ambulant	Prozessindikator
17, 17a, 17b	Anbieten von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen	Prozessindikator

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
18, 18a	Messung der Funktionalität – ambulant	Prozessindikator
58	Vorhandensein eines ambulanten Anschlusstermins	Prozessindikator
63, 63a	Organisation der Entlassung	Prozessindikator
<b>Somatische Versorgung</b>		
23 <sup>1</sup>	Diabetes-Screening	Prozessindikator
24	Kontrolle der Cholesterinwerte	Prozessindikator
25	Kontrolle des Kreatininwertes	Prozessindikator
26 <sup>1</sup>	Kontrolle des Blutbildes	Prozessindikator
27 <sup>1</sup>	Kontrolle der Leberwerte	Prozessindikator
28	Körperliche Untersuchung	Prozessindikator
29	Darmkrebs-Screening	Prozessindikator
30	Zervix-Screening	Prozessindikator
32	Erhebung des Raucherstatus	Prozessindikator
33, 33a	Körperliche Untersuchung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme	Prozessindikator
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
37	Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
38	Dauer von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
39	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
40	Anteil der Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer	Ergebnisindikator
60	Nichtanwenden von Vorausverfügungen	Prozessindikator
<b>Psychotherapie</b>		
42, 42a, 42b, 42c	Anbieten von Psychotherapie	Prozessindikator
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
45	Ambulante Psychoedukation für Patienten	Prozessindikator
46	Ambulante Psychoedukation für Angehörige	Prozessindikator
47	Selbsthilfe	Prozessindikator
<b>Struktur</b>		
48, 48a, 48b, 48c	Stationsgröße	Strukturindikator
49b	Fachpflegerische Versorgung	Strukturindikator
<b>Patientenrelevante Endpunkte</b>		
51, 51a	Häufigkeit stationärer Aufnahmen	Ergebnisindikator
52, 52a	Anteil Patienten mit stationärem psychiatrischen Aufenthalt	Ergebnisindikator
53, 53a, 53b, 53c	Suizidversuche	Ergebnisindikator
54, 54a	Suizid	Ergebnisindikator
55	Sterblichkeit	Ergebnisindikator
56, 56a, 56b	Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts	Ergebnisindikator

<sup>1</sup> Diese Indikatoren sollen in einem Indikator zusammengefasst werden (Indikator-ID 59). Als einzelne Indikatoren wurden diese Indikatoren ausgeschlossen.



### Koordination, Kooperation und Kontinuität

Von den 18 vorgeschlagenen Indikatoren zu „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ wurden 15 Indikatoren nicht als *relevant* (d.h. weniger als 75 % der Bewertungen lagen in Kategorie 7 bis 9) bewertet. Zwei zusätzliche während des Paneltreffens von den Experten definierte Indikatoren wurden ebenfalls nicht als *relevant* bewertet.

Zum Themenbereich **ambulante Anschlussversorgung** wurden insgesamt 4 Indikatoren diskutiert und bewertet.

- ID 01: Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (mit fünf Varianten)
- ID 02: Übergangszeit zwischen Entlassung und ambulanter Anschlussbehandlung (mit drei Varianten)
- ID 03: Kontinuierliche ambulante Behandlung nach Entlassung (mit drei Varianten)
- ID 58: Vorhandensein eines ambulanten Anschlusstermins

Der Indikator 01 wurde als *relevant* bewertet.

Nicht als *relevant* bewertet wurden die Indikatoren 02, 03 und 58, wobei dem Indikator 03 lediglich ein Bewertungspunkt zur Bewertung als *relevant* fehlte.<sup>15</sup> Beim Indikator 02 sahen die Experten den sich ergebenden Durchschnittswert (auch in allen Varianten), der bei einer Begrenzung des Follow-up-Zeitraums für einen ambulanten Kontakt entsteht, als verzerrt an. Wäre dieser Zeitraum bis zum Kontakt auf bspw. 180 Tage nach Entlassung begrenzt, hätten alle Patienten, die keinen Kontakt gehabt haben, entweder ausgeschlossen werden oder immer mit exakt 180 Tagen in die Berechnung des Indikators einfließen müssen; beides verzerrt den Durchschnittswert. Der ambulante Anschlusstermin kann aus Sicht der Experten mit Indikator 01 präziser erfasst werden. Der Indikator 58 wurde nicht als *relevant* bewertet, da er lediglich darstellen kann, für wie viele Patienten ein ambulanter Termin bereits vor Entlassung organisiert wurde, nicht aber inwieweit der Termin tatsächlich vom Patienten wahrgenommen werden konnte. Die Teilnehmer favorisierten daher die tatsächliche Inanspruchnahme eines ambulanten Termins (Indikator 01).

Zum Themenbereich **stationäre Wiederaufnahmen und stationäre Verweildauer** wurden insgesamt 4 Indikatoren diskutiert und bewertet:

- ID 04: Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme (mit einer Variante)
- ID 05: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen (mit einer Variante)
- ID 06: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen ohne ambulanten Kontakt (mit drei Varianten)
- ID 07: Verweildauer im Krankenhaus (mit einer Variante)

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

Die 3 Indikatoren zur stationären Wiederaufnahme wurden zunächst nicht als *relevant* bewertet. Hier wurde von den Experten grundlegend darüber diskutiert, welche Aussagekraft stationäre Wiederaufnahmen für die Qualität der Versorgung haben. Es wurde angeführt, dass die Ursachen für eine frühzeitige Wiederaufnahme vielfältig sein können und nicht ausschließlich auf das Handeln der in diesem QS-Verfahren betrachteten Leistungserbringer zurückzuführen sei. Ein entscheidender Faktor ist z.B. die Verfügbarkeit einer ambulanten Versorgungsstruktur auch außerhalb der fachärztlichen Versorgung, in die die Patienten entlassen werden können. Überdies kann eine zeitnahe Wiederaufnahme auch geplant oder beim Versuch, einen Patienten frühzeitig in die ambulante Versorgung zu entlassen, notwendig sein. Zuletzt könnten durch diese Indikatoren auch Fehlanreize zur Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus gesetzt werden. Beim Indikator 04 zeige sich darüber hinaus ebenfalls wie bei Indikator 02 (s.o.) das Problem der Verzerrung des Durchschnitts durch die Begrenzung des Follow-up-Zeitraums.

---

<sup>15</sup> Da der Indikator im Verlauf des Panel-Prozesses nochmals hinsichtlich seiner Relevanz bewertet wurde (vgl. Abschnitt 5.2.2), wird die Diskussion zum Indikator erst im Abschnitt 5.2.2 dargestellt.

Ähnlich wie bei den Indikatoren zu den Wiederaufnahmen wurde auch der Indikator zur Verweildauer (ID 07) grundsätzlich in seiner Eignung als ein Qualitätsmaß infrage gestellt. Es wurde betont, dass es keine Evidenz für eine angemessene Verweildauer für Patienten mit einer F2-Diagnose gibt. Außerdem lägen die Ursachen für eine kürzere oder längere Verweildauer nicht ausschließlich bei den im QS-Verfahren betrachteten Leistungserbringern. Und auch hier ist unter anderem die ambulante Versorgungsstruktur ein bedeutender Faktor, ohne dessen Berücksichtigung die Ergebnisse des Indikators nur eine eingeschränkte Aussage zur Qualität geben können.

Zum Themenbereich **Entlassungsmanagement** wurden von den Experten des RAM-Panels insgesamt 6 Indikatoren diskutiert und bewertet.

- ID 08: Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (mit drei Varianten)
- ID 09: Vorliegen eines Behandlungsplans (stationär) (mit einer Variante)
- ID 10: Erfassung von Hilfebedarf – stationär
- ID 11: Vorhandensein eines Entlassungsplans
- ID 12: Rechtzeitiges Festlegen des Entlassungsdatums (mit einer Variante)
- ID 63: Organisation der Entlassung (mit einer Variante)

Der Indikator wurden 08 (in der Variante ID 08c) wurde als *relevant* bewertet.

Alle anderen Indikatoren dieses Themenbereichs wurden von den Experten als zu detailliert eingeschätzt und damit als *fraglich relevant* bewertet.

Von den Experten wurde hervorgehoben, dass der Indikator zum Vorliegen eines Behandlungsplans (ID 09) nur dann relevant sei, wenn berücksichtigt werde, ob der Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten, im Sinne eines Shared-Decision-Making, sowie unter Einbezug von Angehörigen und weiteren relevanten Leistungserbringern erstellt wurde. Hierzu wurde eine Variante a formuliert. Darüber hinaus wurde von den Teilnehmern darauf hingewiesen, dass der OPS-Katalog (z.B. OPS-Kodes: 9-60, 9-61, 9-62 (DIMDI 2014b)) bereits eine therapiezielorientierte Behandlung in der stationären Versorgung verlangt. Zum Indikator 10 führten die Experten an, dass der Hilfebedarf sehr detailliert definiert werden müsste, um das Intendierte zu erheben. Überdies betonten die Experten, dass nach ihrer Erfahrung nicht das Erfassen des Hilfebedarfs relevant ist, sondern die Umsetzung der daraus folgenden patientenindividuellen Maßnahmen entscheidend sei. Für den Indikator 11 wurde festgestellt, dass der Begriff des Entlassungsplans nicht eindeutig zu fassen bzw. zu operationalisieren sei. Auch hier wurde angeführt, dass Entlassungspläne zwar erstellt, aber anschließend nicht umgesetzt werden würden. Das rechtzeitige Festlegen des Entlassungsdatums (Indikator 12) wurde von den Teilnehmern als *fraglich relevant* eingeschätzt, da der individuelle Behandlungsverlauf bei Patienten mit einer F2-Diagnose oft nicht vorhersehbar sei und sich somit der Entlassungstermin vorab schwer bestimmen ließe und ggf. revidiert werden müsse.

Aufgrund einiger Überschneidungen der Indikatoren 09, 10, 11 und 12 wurde von den Experten ein neuer, verschiedene Aspekte zusammenführender Indikator definiert (ID 63: Organisation der Entlassung). Dieser Indikator (sowie eine definierte Variante) bilden ab, ob einzelne Maßnahmen im Rahmen der Entlassung durchgeführt wurden. Da allerdings die Relevanz der einzelnen Maßnahmen kritisch betrachtet wurde, wurde auch dieser Indikator letztlich nicht als *relevant* bewertet.

Zur Erfassung von **Strukturen zum Informationsaustausch** zwischen den stationären und den ambulanten Leistungserbringern wurde ein Indikator diskutiert und bewertet:

- ID 13: Regelung zur Informationsübermittlung (mit einer Variante)

Auch dieser Indikator wurde von den Panelexperten als zu speziell angesehen. Einerseits wurde zwar das Weiterleiten von Informationen von ambulant nach stationär und von stationär nach ambulant als wichtig erachtet. Andererseits sei aber das Vereinbaren und Vorliegen von Regeln zur Weiterleitung von Informationen mit jedem Krankenhaus bzw. mit jedem ambulanten Leistungserbringer weit weniger relevant, als die Umsetzung bzw. die Einhaltung der getroffenen Vereinbarungen. Wichtiger fanden die Experten, dass tatsächlich ein Aus-

tausch stattfindet. Auch und gerade dort, wo bereits ein guter Informationsaustausch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen ohne schriftliche Vereinbarungen stattfindet, sei der Nutzen zusätzlicher schriftlicher Regelungen eher zweifelhaft. Die Panelexperten stellten in Frage, dass der Indikator zwischen guten und schlechten Leistungen einer Einrichtung differenzieren kann.

Zum Themenbereich **Koordination und Kooperation in der ambulanten Versorgung** wurden insgesamt 5 Indikatoren diskutiert und bewertet:

- ID 14: Kooperation mit anderen Leistungserbringern (mit einer Variante)
- ID 15: Leitlinienorientierter Umgang mit Behandlungsplänen
- ID 16: Erfassung von Hilfebedarf – ambulant
- ID 17: Anbieten von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen (mit zwei Varianten)
- ID 18: Messung der Funktionalität – ambulant (mit einer Variante)

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

Für die Indikatoren 15, 16, 17 und 18 wurden zwar die jeweiligen Qualitätsaspekte von den Experten als relevant erachtet, hier seien aber zwingend fallbezogene Angaben notwendig.

Die Relevanz des Indikators 15 wurde von den Experten zudem aufgrund der Komplexität und der Individualität von Behandlungsplänen infrage gestellt. Für die Experten war nicht eindeutig, was konkret unter einem leitlinienorientierten Umgang zu verstehen ist und wie ein leitlinienorientierter Umgang mit Behandlungsplänen einrichtungsbezogen erfasst werden könne.

Für den Indikator 16 teilten alle Experten, ähnlich wie beim Indikator 10 (Erfassen von Hilfebedarf – stationär) die Ansicht, dass die Ermittlung des Hilfebedarfs und die Koordination von Hilfen wichtige Aspekte der Versorgungsqualität sind. Das Erfassen des Hilfebedarfs (ID 16) allein sei aber auch hier nicht ausreichend. Entscheidend sei vielmehr das Einleiten von individuellen Maßnahmen, um den Hilfebedarf des Patienten zu befriedigen. Die Formulierung als einrichtungsbezogener Indikator schien den Panelexperten nicht zielführend.

In der Diskussion zum Indikator 17 – inklusive seiner Varianten, die sich hinsichtlich der Definition von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen unterscheiden – stellten die Experten heraus, dass es entscheidend sei, ob Patienten in Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen ankommen bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Darüber hinaus müsse berücksichtigt werden, dass nicht alle Patienten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen oder in Anspruch nehmen wollen bzw. können. Patienten können sich beispielsweise bereits in Arbeit befinden oder aufgrund der gegenwärtigen Krankheitsphase durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Druck gesetzt fühlen. Daher erschien den Panelexperten ein Indikator, in dem nicht abgefragt werden kann, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind, als schwer interpretierbar. Dies kann nur im Rahmen einer fallbezogenen Erhebung erfragt werden.

In Bezug auf Indikator 18 verdeutlichten die Experten, dass das Erfassen der Funktionalität zwar sehr relevant ist, für ein QS-Verfahren aber eher die Ergebnisse der Messungen relevant sind, als das Vorhandensein von Messergebnissen. Eine einrichtungsbezogene Erfassung schien den Panelexperten nicht geeignet, um zwischen guten und schlechten Leistungen differenzieren zu können.

Für den Indikator 14 fehlte den Experten eine hinreichende Definition von den zu erhebenden Arbeitskreisen bzw. Treffen mit Leistungserbringern gleicher und anderer Professionen. Auch eine formulierte Variante des Indikators (ID 14a) mit teilweise anderen Leistungserbringern, die den Treffen oder Arbeitskreisen beiwohnen sollten, wurde als nicht *relevant* bewertet. Eine alternative Möglichkeit, Kooperationen zwischen Leistungserbringern zu erfassen, konnte auch von den Experten nicht definiert werden.

## Somatische Versorgung

Für die Erfassung der „Somatischen Versorgung“ wurden von den Experten 12 Indikatoren diskutiert und bewertet:

- ID 22: Dokumentation des Körpergewichts
- ID 23: Diabetes-Screening
- ID 24: Kontrolle der Cholesterinwerte
- ID 25: Kontrolle des Kreatininwertes
- ID 26: Kontrolle des Blutbildes
- ID 27: Kontrolle der Leberwerte
- ID 28: Körperliche Untersuchung
- ID 29: Darmkrebs-Screening
- ID 30: Zervix-Screening
- ID 31: Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- ID 32: Erhebung des Raucherstatus
- ID 33: Körperliche Untersuchung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme (mit einer Variante)

Die Indikatoren 22 und 31 wurden als *relevant* bewertet.

10 vorgeschlagene Indikatoren wurden letztlich nicht als *relevant* bewertet, wobei die Kontrolluntersuchungen (ID 23 bis ID 27) von den Experten in einem neuen Indikator (ID 59 – Kontrolluntersuchungen) zusammengefasst wurden, der am Ende als *relevant* bewertet wurde.

Die Indikatoren ID 23 bis ID 27 erfassen einzelne Kontrolluntersuchungen, die bei Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie regelmäßig durchgeführt werden sollten (DGPPN 2006). Die Aufteilung der Kontrolluntersuchungen auf einzelne Indikatoren erschien den Experten in der Gesamtschau des Indikatorensets als ungeeignet. Diese Kontrolluntersuchungen seien zwar durchweg relevant und würden auch als solches bewertet werden, durch 5 diesbezügliche Indikatoren würde aber die somatische Versorgung im Indikatorenset überproportional berücksichtigt werden. Bei den Experten bestand daher Konsens, alle Kontrolluntersuchungen in einem Indikator zusammenzufassen.

Die körperliche Untersuchung von Patienten (ID 28) mit einer F2-Diagnose wurde als ein sehr relevantes Thema erachtet. In den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegt allerdings keine geeignete Abrechnungsziffer für eine körperliche Untersuchung vor. Die Information zur körperlichen Untersuchung ist oft in Grundpauschalen enthalten, wobei von den Grundpauschalen nicht eindeutig auf die Durchführung einer körperlichen Untersuchung geschlossen werden kann. Daher konnte für einen Indikator lediglich auf die GOP 01732 für den Check-up 35 zurückgegriffen werden, der für Patienten ab 35 Jahren alle zwei Jahre abgerechnet werden kann. Die Einschränkung des Indikators auf Patienten älter als 34 Jahre stelle die Relevanz dieses Indikators infrage, da große Teile der Zielpopulation, insbesondere im typischen Ersterkrankungsalter, nicht erfasst würden. Auch die andiskutierte Alternative, stattdessen zu erfassen, wie viele Patienten einen Hausarztkontakt hatten<sup>16</sup>, erschien den Experten nicht angemessen, da ein Hausarztkontakt nicht mit einer körperlichen Untersuchung gleichzusetzen sei. Eine alternative Definition des Indikators, die eine Erfassung über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ermöglicht, schien den Experten ebenfalls nicht ausreichend. Aufgrund der hohen Relevanz der körperlichen Untersuchung wurde dieser Aspekt in die Operationalisierung des Indikators ID 31 integriert.

Die Indikatoren zur Durchführung von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (ID 29, ID 30) wurden von den Experten als *nicht relevant* bewertet, da die Krebsfrüherkennung keine spezifische Leistung der psychiatrischen Versorgung sei. Die Experten sehen die Verantwortung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen vor allem bei dem Patienten und bei dessen Hausarzt. Der Facharzt sollte trotzdem seine Patienten auf Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung hinweisen. Die Teilnehmer favorisierten, dass dies im Indikator 31 im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Operationalisierung des Indikators aufgenommen wird

---

<sup>16</sup> Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigten, dass 94,0 % der Patienten mit einer F2-Diagnose einen Hausarztkontakt hatten.

und nicht als einzelne Indikatoren erhoben werden sollte. Analog zu den Indikatoren zur Krebsfrüherkennung sprachen sich die Experten auch dafür aus, den Indikator zur Erhebung des Raucherstatus (ID 32) in die Operationalisierung des Indikators ID 31 aufzunehmen. Auch hier handele es sich zwar um wichtige Zusatzinformationen (v.a. im Hinblick auf Nebenwirkungen und Sterblichkeit), aber Maßnahmen wie die Motivation des Patienten zur Raucherentwöhnung müssen sich an die Erhebung des Status anschließen. Dies kann von anderen Leistungserbringern, wie der ambulanten psychiatrischen Pflege oder dem sozialpsychiatrischen Dienst, erbracht werden.

Die Relevanz des Indikators 33, der ein Zeitfenster bis zur körperlichen Untersuchung bei stationärer Aufnahme definiert, wurde von den Teilnehmern infrage gestellt, da eine körperliche Untersuchung bei einer stationären Aufnahme prinzipiell durchgeführt werde. Allerdings gestalte es sich schwierig, einen geeigneten Zeitraum, innerhalb dessen die körperliche Untersuchung erfolgen sollte, festzulegen (Variante a). Je nach individueller Situation sollte dies unmittelbar nach Aufnahme erfolgen, um beispielsweise Intoxikationen ausschließen zu können. Bei anderen Patienten stehe dagegen zunächst die Behandlung von psychischen Symptomen im Vordergrund, bevor eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden kann. Eine geeignete Definition bzw. Konkretisierung des Indikators wurde nicht gefunden.

### Restriktive Maßnahmen

Für das Qualitätspotenzial „Restriktive Maßnahmen“ wurden insgesamt 10 Indikatoren diskutiert und bewertet, wobei die Indikatoren 60, 61 und 62 von den Experten im Rahmen der Bewertungsrunde 1 neu definiert wurden.

- ID 35: Körperliche Übergriffe (mit zwei Varianten)
- ID 36: Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
- ID 37: Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Fall
- ID 38: Dauer von Zwangsmaßnahmen
- ID 39: Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
- ID 40: Anteil der Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer
- ID 41: Überwachung von Zwangsmaßnahmen (mit einer Variante)
- ID 60: Nichtanwenden von Vorausverfügungen
- ID 61: Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
- ID 62: Gesetzliche Unterbringungen

Die Indikatoren 35, 36, 41, 61 und 62 wurden als *relevant* bewertet.

Alle Experten des RAM-Panels bewerteten die Häufigkeit und den Umfang von Zwangsmaßnahmen als ein sehr relevantes Qualitätsmaß für die stationäre Versorgung. Trotzdem sollten die Indikatoren in Relation zu allen relevanten Indikatoren nach Abschluss der Bewertung nicht dominieren. In der Diskussion zu diesen Indikatoren sprachen sich die Teilnehmer deshalb dafür aus, nur den Anteil der Patienten zu erheben, der Zwangsmaßnahmen ausgesetzt ist (ID 36), wengleich auch die Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei einem Patienten (ID 37) und die Dauer der Zwangsmaßnahmen (ID 38, ID 39, ID 40) aus Perspektive der Experten ebenfalls sehr relevant sind.

Der von den Experten neu definierte Indikator zur Umsetzung von Vorausverfügungen (ID 60) wurde letztlich nicht als *relevant* bewertet, da sich der Indikator aufgrund der Individualität der Vereinbarungen nicht eindeutig definieren ließ.

### Psychotherapie

Für das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ wurde von den Experten ein Indikator diskutiert und bewertet:

- ID 42: Anbieten von Psychotherapie (mit drei Varianten).

Das Qualitätspotenzial Psychotherapie inklusive des dazugehörigen Indikators wurde im Panel umfänglich und intensiv diskutiert. In der Ursprungsversion wurde vom AQUA-Institut ein entsprechender Indikator für den stationären Bereich definiert. Die Varianten bezogen sich einerseits auf das Therapieverfahren, das angeboten

werden sollte, andererseits auf die Einschränkung der Nennerpopulation. Eine weitere Variante des Indikators sollte erfassen, wie viele Patienten Psychotherapie erhalten haben, anstatt wie vielen Patienten eine Psychotherapie angeboten wurde. Generell herrschten unter den Experten unterschiedliche Vorstellungen darüber vor, wie eine Psychotherapie in der stationären Versorgung hinsichtlich der Definition, Abgrenzung und Quantifizierung für einen Indikator zu beschreiben ist. Beispielsweise konnte kein Konsens über die Möglichkeit einer klaren Trennung von Psychotherapie im Sinne einer längerfristigen Therapie und kurzen psychotherapeutischen Gesprächen gefunden werden. Einige Experten sprachen sich dafür aus, nur geplante Gespräche mit einem konkreten therapeutischen Ansatz (im Sinne von z.B. kognitiver Verhaltenstherapie) im Indikator zu erfassen. Andere Experten führten hingegen an, dass jedes Gespräch mit therapeutischem Ansatz, ob geplant oder nicht, unter Psychotherapie in der stationären Versorgung erfasst werden sollte. Auch über die Quantität von Psychotherapie oder psychotherapeutischen Interventionen in der stationären Versorgung konnte kein Konsens hergestellt werden, da die Indikation zu Psychotherapie und zu deren Häufigkeit und Dauer individuell, idealerweise im Rahmen des Shared-Decision-Making mit dem Patienten besprochen werden sollte. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Definition, der Abgrenzung und der Quantifizierung von stationär durchgeführter Psychotherapie für Patienten mit einer F2-Diagnose stellten die Experten nach intensiver Diskussion die Relevanz des Indikators für dieses QS-Verfahren infrage. Darüber hinaus wurde von den Experten im Zusammenhang mit dem Indikator ID 44 (s.u.) diskutiert, ob psychotherapeutische Interventionen gemeinsam mit psychoedukativen Interventionen in einem Indikator erfasst werden sollten.

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

Für das Qualitätspotenzial „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ wurden 6 Indikatoren diskutiert und bewertet.

- ID 34: Regelungen zu Vorausverfügungen (mit zwei Varianten)
- ID 43: Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme (mit zwei Varianten)
- ID 44: Psychoedukation in der stationären Versorgung (mit vier Varianten)
- ID 45: Ambulante Psychoedukation für Patienten
- ID 46: Ambulante Psychoedukation für Angehörige
- ID 47: Selbsthilfe

Die Indikatoren 34, 43 und 44 wurden als *relevant* bewertet.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass Psychoedukation sowohl für den Patienten (ID 45) als auch für Angehörige (ID 46) als ein wichtiges Qualitätsmaß der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu betrachten ist. Allerdings zeigte die Diskussion, dass es, ähnlich wie bei psychotherapeutischen Interventionen, sehr unterschiedliche Auffassungen von psychoedukativen Interventionen gibt und Evidenz nur zu spezifischen Interventionen vorliegt. Des Weiteren wurde die Definition eines aus Sicht des Panels geeigneten Indikators durch die Tatsache erschwert, dass Patienten mit einer F2-Diagnose und deren Angehörige nicht regelmäßig (z.B. jährlich) eine psychoedukative Intervention benötigen. Die Experten des RAM-Panels stellten daher die Relevanz der Indikatoren ID 45 und ID 46 infrage. Der Vorschlag, die psychoedukativen Interventionen in einen noch zu formulierenden Indikator zur Psychotherapie in der ambulanten Versorgung zu integrieren, wurde aufgenommen.

Selbsthilfegruppen (ID 47) können nach Meinung der Experten eine wichtige Unterstützung für Patienten mit einer F2-Diagnose sein. Deswegen sollte der psychiatrische Facharzt Patienten auf solche Angebote hinweisen und sie motivieren, an Selbsthilfeangeboten teilzunehmen. Allerdings übernehmen auch andere Leistungserbringer, wie die ambulante psychiatrische Pflege oder Soziotherapeuten, diese Aufgabe. Nach Ansicht der Experten ist auch hier weniger entscheidend, wer solche Hilfs- und Förderungsangebote unterbreitet, sondern eher wie viele Patienten solche Angebote in Anspruch nehmen. Da auch nicht in allen Regionen Selbsthilfegruppen vorhanden sind, wurde die Relevanz des Indikators 47 für Qualitätssicherungszwecke grundsätzlich infrage gestellt.

## Struktur

Zu Strukturqualität wurden 4 Indikatoren diskutiert und bewertet.

- ID 13: Regelung zur Informationsübermittlung (mit einer Variante)<sup>17</sup>
- ID 48: Stationsgröße (mit drei Varianten)
- ID 49: Fachpflegerische Versorgung (mit zwei Varianten)
- ID 50: Deeskalationstraining (mit drei Varianten)

Der Indikator 50 wurde als *relevant* bewertet. Dem Indikator 49 fehlte ein Bewertungspunkt zur Bewertung als *relevant*.<sup>18</sup>

Die Stationsgröße bzw. die Belegung von Stationen (Indikator 48) ist aus Sicht der Teilnehmer nur schwer durch die Einrichtungen zu beeinflussen, v.a. bei Krankenhäusern mit Pflichtversorgung. Diese Krankenhäuser müssen jeden Patienten mit psychischen Symptomen aus ihrem Einzugsgebiet aufnehmen und können diese Patienten nicht an andere Krankenhäuser verweisen. Die Teilnehmer wiesen hier deutlich auf die Gefahr von Fehlansetzen hin, die mit diesem Indikator entstehen können (z.B. frühzeitiges Entlassen von Patienten, Verlegung auf andere Stationen). Auch die Varianten des Indikators, die sich einerseits auf die im Nenner berücksichtigten Stationen (keine Einschränkung; Einschränkung auf Stationen mit mehr als 18 Betten) und andererseits auf das Zählen der Stationen mit mehr als 18 Betten bezogen, wurden von den Teilnehmern unter den gegebenen Bedingungen ebenfalls nicht als geeignetes Qualitätsmaß eingeschätzt.

## Patientenrelevante Endpunkte

Zu den patientenrelevanten Endpunkten wurden von den Experten 6 Indikatoren diskutiert und bewertet.

- ID 51: Häufigkeit stationärer Aufnahmen (mit einer Variante)
- ID 52: Anteil Patienten mit stationärem psychiatrischen Aufenthalt (mit einer Variante)
- ID 53: Suizidversuche (mit drei Varianten)
- ID 54: Suizid (mit einer Variante)
- ID 55: Sterblichkeit
- ID 56: Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts (mit zwei Varianten)

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

Die Relevanz der Indikatoren zu stationären Aufnahmen (ID 51, ID 52) und ihrer Varianten (jeweils eine Änderung der Nennerpopulation) wurde von den Teilnehmern kritisch diskutiert, da die Ursachen für eine stationäre Aufnahme sehr vielfältig sein können. Der Indikator kann einen Hinweis zur Qualität der gesamten ambulanten Versorgung geben, aber die Ergebnisse des Indikators lassen sich nach Ansicht der Experten nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuordnen. Auch können stationäre Aufenthalte notwendig für die Behandlung des Patienten sein. Insofern könnten mit diesen Indikatoren nur sehr bedingte Aussagen zur Qualität der in diesem QS-Verfahren betrachteten Leistungserbringer gemacht werden. Zudem bestehe die Gefahr, mit diesen Indikatoren Fehlanreize dahin gehend zu setzen, dass notwendige Krankenhausaufenthalte nicht erfolgen.

Suizide und Suizidversuche (ID 53, ID 54) sind für die Experten ein wichtiges Qualitätsmaß. Allerdings sei die Beschränkung der Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen auf den stationären Bereich problematisch, da Suizide und Suizidversuche am häufigsten unmittelbar nach stationärer Aufnahme aber auch unmittelbar nach Entlassung aus der stationären Versorgung erfolgen (Bowers et al. 2010; Nordentoft et al. 2007; Qin et al. 2005). Die letztgenannten Fälle könnten mit dem Indikator nicht erfasst werden. Dass mit der alleinigen Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen nach stationärer Aufnahme Rückschlüsse auf die Qualität der stationären Versorgung gezogen werden können, wurde von den Panelexperten allgemein angezweifelt. Darüber hinaus lassen gängige Definitionen für Suizidversuche in der konkreten Situation Interpretationsspielräume, ob ein Verhalten als Suizidversuch gewertet werden muss. Ein entscheidendes Argument gegen die Relevanz der Indi-

<sup>17</sup> Vgl. Diskussion zum Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“.

<sup>18</sup> Da der Indikator im Verlauf des Panel-Prozesses nochmals hinsichtlich seiner Relevanz bewertet wurde (vgl. Abschnitt 5.2.2), wird die Diskussion zum Indikator erst in Abschnitt 5.2.2 dargestellt.

katoren 53 und 54 sei zudem die Gefahr für Fehlanreize hinsichtlich einer vermehrt restriktiven Versorgung, um ggf. das Suizidrisiko während des stationären Aufenthalts zu senken. Auch die Varianten der Indikatoren, die eine gemeinsame Betrachtung von Suiziden und Suizidversuchen sowie den Einbezug der teilstationären Versorgung vorsahen, wurden nicht als *relevant* bewertet.

Auch die Sterblichkeit wurde in der Diskussion von den Experten des RAM-Panels als ein sehr relevantes Qualitätsmaß für die gesamte Versorgung einer Region gewürdigt. Da die Ursachen für eine erhöhte Sterblichkeit von Patienten mit einer F2-Diagnose aber auf sehr verschiedene Ursachen, wie somatische Komorbiditäten oder Suizid zurückzuführen sind, erachten es die Experten als sehr kritisch, ähnlich wie bei den Indikatoren zu stationären Aufnahmen (ID 51, ID 52), dass dieser Indikator lediglich dem ambulanten Facharzt als „Ergebnis“ zurückgespiegelt werden kann. Ohne einen regionalen Ansprechpartner scheint dieser Indikator als Qualitätsmaß ungeeignet, da nur eine sehr beschränkte Aussage zur Qualität der Versorgung durch den ambulanten Facharzt erfolgen könnte. Darüber hinaus sprachen sich die Experten dafür aus, dass nur Todesfälle, die im weitesten Sinn auf die psychische Erkrankung zurückzuführen sind, in einem solchen Indikator berücksichtigt werden sollten, was jedoch nicht möglich sei.

Die Funktionalität wurde von den Teilnehmern ebenfalls als ein relevantes Ergebnis der psychiatrischen Versorgung aufgeführt. Kritisch wurde von den Panelexperten jedoch die Beschränkung des Indikators (ID 56) auf den stationären Bereich gesehen. Die Funktionalität von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte im realen Lebensbezug und nicht in der stationären Versorgung gemessen werden, wo die Funktionalität zudem durch Arzneimittelwirkungen eingeschränkt sein kann. Ggf. wäre die Veränderung der Symptomatik ein geeigneteres Outcome, da in Studien viele pharmakologische und therapeutische Behandlungen eher hinsichtlich der Verbesserung der Symptomatik untersucht wurden. Die Relevanz des Indikators zur Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthaltes (auch in den beiden diskutierten Varianten: Einschränkung des Nenners auf Patienten mit Verweildauer > 14 Tage und Anteil der Patienten, deren Funktionalität sich nicht verschlechtert hat) stellte sich daher insgesamt als fraglich dar.

### Weitere Ergebnisse

Neben der Relevanz haben die Teilnehmer in der Bewertungsrunde 1 auch die Klarheit/Verständlichkeit der Indikatoren beurteilt. Die Beurteilung fand im Rahmen der Bewertungsrunde 1 ausschließlich online statt. Die Ergebnisse dieser Bewertungen wurden genutzt, um Schwächen in den Formulierungen der Indikatoren aufzudecken und gemeinsam mit den Experten während des Paneltreffens Konkretisierungen an den Indikatoren vorzunehmen.

### Nachgereichte Indikatoren (Zusatzbefragung Bewertungsrunde 1: Relevanz)

Die Experten haben sowohl während, vor allem aber im Anschluss an die intensive Diskussion der Bewertungsrunde 1 insgesamt 39 weitere Indikatoren vorgeschlagen. Zu 8 dieser Indikatoren wurden zusätzlich insgesamt 14 Varianten formuliert (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Übersicht über die nachgereichten Indikatoren

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
64	Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen	Strukturindikator
65	Diagnostik psychischer Komorbiditäten – stationär	Prozessindikator
66	Diagnostik psychischer Komorbiditäten – ambulant	Prozessqualität
67, 67a, 67b, 67c	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	Prozessqualität
68, 68a	Ambulante Psychotherapie	Prozessindikator
69	Psychotherapeutische/edukative Intervention – stationär	Prozessindikator
70	Einbezug von Angehörigen – ambulant	Prozessqualität
71	Psychoedukation für Angehörige – stationär	Prozessqualität



Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatorotyp
72	Antipsychotische Pharmakotherapie	Prozessqualität
73	Dosierung von Antipsychotika – ambulant	Prozessqualität
74	Dosierung von Antipsychotika – stationär	Prozessqualität
75	Messung der kognitiven Fähigkeiten – ambulant	Prozessqualität
76, 76a	Messung der kognitiven Fähigkeiten – stationär	Prozess-, Ergebnisqualität*
77, 77a, 77b, 77c	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Prozess-, Ergebnisqualität*
78	Veränderung der Symptomatik	Ergebnisindikator
79	Qualitätsindex zur stationären Versorgung	Ergebnisindikator
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
81	Intensive Betreuung	Prozessindikator
82	Behandlungsdauer in geschlossenen Bereichen	Prozessindikator
83	Deeskalationstraining – ambulant	Strukturindikator
84	Supervision nach körperlichen Übergriffen	Prozessindikator
85	Muttersprachliche Kommunikation	Prozessindikator
86, 86a	Frühzeitiger Versand von Entlassungsbriefen	Prozessindikator
87	Bezugspflege	Strukturindikator
88	Überbelegung	Prozessindikator
89	Erfassung des Suizidrisikos – ambulant	Prozessindikator
90	Erfassung des Suizidrisikos – stationär	Prozessindikator
91	Hausärztliche Versorgung	Prozessindikator
92, 92a, 92b	Bearbeitung von Krankheitsverursachern, Gesundheitsfehlern und Stärkung von individuellen Gesundheitsverstärkern	Prozessindikator
93, 93a, 93b	Realitätsanbindung	Prozessindikator
94, 94a	Salutogenese ohne Medikamente ermöglichen	Prozessindikator
95	Unterbringung in Einrichtungen des SGB XI	Prozessindikator
96	Medikamente als Hilfe zur Selbsthilfe	Prozessindikator
97	Ausschleichen von Medikamenten	Prozessindikator
98	Verifizieren von patientenbezogenen Berichten, Gutachten und Attesten	Prozessindikator
99	Krisen- und Notfalldienste	Ergebnisindikator
100	Zwangsmedikation und Sterblichkeit	Ergebnisindikator
101	Raucherentwöhnung – stationär	Prozessindikator
102	Bestehende Krankheitszeichen bei Aufnahme	Ergebnisindikator

\*je nach Variante des Indikators

Da diese Vorschläge nicht während des Paneltreffens diskutiert und bewertet werden konnten – zumal ein Großteil der nachgereichten Indikatoren zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlag – wurde vereinbart, die Relevanz-Bewertung dieser Indikatoren mittels einer weiteren schriftlichen Befragung nachzureichen und die relevanten Indikatoren mit in die Bewertungsrunde 2 zu übernehmen und bei Bedarf zu diskutieren.

Das Projektteam des AQUA-Instituts hat folglich diese 39 Indikatoren standardisiert und für eine Bewertung aufbereitet. Die Bewertung wurde am 27. Februar 2015 gestartet und am 16. März 2015 beendet. An der zusätzlichen Bewertung haben alle 15 Experten teilgenommen.

Nach der Auswertung zeigte sich, dass kein Indikator in der Summe der Expertenbewertungen als *relevant* bewertet wurde<sup>19</sup>.

- *Relevante* Indikatoren: 0
- *Fraglich relevante* Indikatoren: 37\*
- *Nicht relevante* Indikatoren: 2

\*8 Indikatoren, bei denen mehr als 50 % der Bewertungen in der Kategorie 7 bis 9 lagen.

Da die 39 nachgereichten Indikatoren nicht explizit im Panel diskutiert werden konnten und überdies absehbar war, dass die ausführliche Diskussion auch nicht für alle Indikatoren im Verlauf der Bewertungsrunde 2 nachzuholen sein würde, wurde auf Vorschlag des Projektteams und in Rücksprache mit den Experten folgendes Vorgehen vereinbart: Alle Indikatoren, die nach der Auswertung der Bewertung im Ergebnis als *fraglich relevant*, aber von mindestens 50 % der Panelexperten als *relevant* bewertet wurden (Bewertung der Relevanz mit 7, 8 oder 9), sollten im Rahmen des nächsten Paneltreffens diskutiert und nochmals abschließend hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet werden. Dies traf auf 8 Indikatoren zu. Die abschließende Relevanz-Bewertung der 8 Indikatoren wird im Abschnitt zu den Ergebnissen der Bewertungsrunde 2 (Paneltreffen) dargestellt.

## 5.2.2 Bewertung der Praktikabilität

### Methodische Besonderheiten: Nachgereichte Indikatoren und revidierte Relevanz-Bewertungen

Wie bereits einleitend zu diesem Abschnitt (5.2) erwähnt, haben verschiedene Gründe dazu geführt, dass für einige Indikatoren von der üblichen Bewertungschronologie abgewichen wurde, weil Relevanz-Bewertungen und -diskussionen von Indikatoren nachgeholt werden mussten. Dies betraf insgesamt 17 Indikatoren.

Mit Blick auf den gegebenen Zeitrahmen des Auftrags bzw. des RAM-Prozesses stand hierfür nur das Paneltreffen der Bewertungsrunde 2 zur Verfügung. Zu diesem Zeitpunkt sollte aber die Online-Bewertung der Praktikabilität für die in der Bewertungsrunde 1 als *relevant* bewerteten Indikatoren bereits abgeschlossen sein. Da aber eine solche abschließende Relevanz-Bewertung auf der Basis von Diskussionen noch nicht für alle Indikatoren vorlag und der Zeitplan eingehalten werden musste, hat sich das Projektteam in Absprache mit dem Panel entschieden, die entsprechenden Indikatoren ohne abschließende Relevanz-Bewertung zu operationalisieren und die Bewertungsrunde 2 (online) vorzuziehen. Für diese Indikatoren wurde also eine Praktikabilitätsbewertung (online) vorgenommen, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine abschließende Relevanz-Bewertung vorlag. Dies trifft für 11 der 17 Indikatoren zu. Im Einzelnen handelt es sich um:

- 2 Indikatoren, die in der Bewertungsrunde 1 sehr knapp an der Erfüllung des Relevanzkriteriums gescheitert waren, aber während des Paneltreffens aus Zeitgründen nicht diskutiert werden konnten.
- 8 nachgereichte Indikatoren, die in einer zusätzlich durchgeführten Bewertung ebenfalls knapp an der Erfüllung des Relevanzkriteriums gescheitert waren und nicht diskutiert werden konnten.
- 1 Indikator aus dem Ursprungsregister, der in der Bewertungsrunde 1 als *relevant* bewertet wurde, am Ende aber so substantielle Änderungen aufwies, dass beschlossen wurde, diesen Indikator nicht nur hinsichtlich seiner Praktikabilität, sondern auch nochmals hinsichtlich seiner Relevanz zu diskutieren und bewerten zu lassen.

<sup>19</sup> Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind im Anhang B.4 differenziert dargestellt.

Für die verbleibenden 6 Indikatoren, die während der Bewertungsrunde 2 auch hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet wurden, liegt nur eine abschließende Praktikabilitätsbewertung aus dem Paneltreffen vor. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

- 3 Indikatoren aus dem ursprünglichen Register, die in der Bewertungsrunde 1 nicht als *relevant* bewertet wurden und folglich zunächst nicht für die Bewertungsrunde 2 operationalisiert wurden. Im Zuge der gemeinsamen Diskussion über die Ergebnisse der Relevanz-Bewertungen wurde festgestellt, dass aufgrund der Variantenbildung und der Stimmverteilung zu den Varianten 2 Indikatoren nicht als *relevant* bewertet wurden, obwohl Einigkeit darüber bestand, dass der grundsätzlich zu messende Qualitätsaspekt sehr wohl relevant sei. Dies trifft im Grunde auch auf den dritten Indikator zu, wobei hier allerdings keine Variantenbildung, sondern eine zunächst erfolgte Zusammenlegung von zwei Qualitätsaspekten in einem Indikator und die spätere Wiederaufteilung in zwei Indikatoren ursächlich war.
- 3 Indikatoren, die von den Experten im Verlauf der Bewertungsrunde 2 neu definiert wurden.

### **Bewertungsrunde 2 (online)**

Aufgrund der einleitend geschilderten Umstände wurden zunächst insgesamt 27 Indikatoren für die Bewertung (Bewertungsrunde 2, online) der Praktikabilität operationalisiert. Dabei handelt es sich um die 17 relevanten Indikatoren des ursprünglichen Registers, 2 (knapp) nicht *relevante* Indikatoren des ursprünglichen Registers, die nicht diskutiert werden konnten, sowie um die 8 nachgereichten Indikatoren, die das definierte Kriterium (50 % der Bewertungen in der Kategorie [7–9]) erfüllt haben (vgl. Abschnitt Nachgereichte Indikatoren (Zusatzbefragung Bewertungsrunde 1: Relevanz)).

Die Bewertungsrunde 2 fand vom 27. März bis zum 19. April 2015 anhand einer Online-Bewertung statt. In dieser Runde wurde die Praktikabilität der 27 Indikatoren bewertet. Hierfür wurden die Indikatoren im Vorfeld der Bewertung vom AQUA-Institut operationalisiert. Für Indikatoren, die mittels einer Spezifizierung für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden sollen, wurden Angaben zu ICD-Kodes, GOP sowie Datumsangaben gemacht, die zur Berechnung des jeweiligen Indikators genutzt werden sollen. Für Indikatoren, die über eine stationäre fallbezogene QS-Dokumentation erhoben werden sollen, wurden Datenfelder definiert, mit denen Informationen zur Berechnung des Indikators erhoben werden sollen. Ggf. wurden ebenfalls Felder angelegt, um Informationen zu möglichen Risikofaktoren für eine später zu entwickelnde Risikoadjustierung zu erheben. Für Indikatoren, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden sollen, wurden ebenfalls entsprechende Datenfelder mit möglichen Antwortoptionen definiert. Bei der Operationalisierung der Indikatoren sind die Kommentare aus der Bewertungsrunde 1 sowie die Diskussionen im Paneltreffen der Bewertungsrunde 1 eingeflossen.

Bei dieser Bewertung wurde es den Experten ebenfalls ermöglicht, über Freitextfelder jeden Indikator zu kommentieren und Anregungen zur Operationalisierung der Indikatoren zu geben.

Die Bewertungsrunde wurde von allen 15 Experten abgeschlossen. Somit lagen zur Auswertung von allen 27 Indikatoren 15 Bewertungen vor.

Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln (AQUA 2015; AQUA 2013b) ergab sich unter den 27 zu bewertenden Indikatoren folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Praktikabilität<sup>20</sup>:

- Praktikable Indikatoren: 27
- Nicht praktikable Indikatoren: 0

<sup>20</sup> Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind im Anhang B.5 differenziert dargestellt.

## Bewertungsrunde 2 (Paneltreffen)

Auch für das Paneltreffen zur Bewertungsrunde 2 wurden die Rückmeldungen der Experten aufbereitet. Ebenso wurde die Verteilung der Bewertungsergebnisse der Praktikabilität für jeden Indikator dargestellt.

Das Treffen zur Bewertungsrunde 2 fand am 6. Mai 2015 statt. Alle 15 Experten haben an dem Treffen teilgenommen. Die Indikatorenbewertung und -modifikationen im Rahmen dieses Treffens wurden entsprechend dem Prozedere der vorherigen Bewertungsrunde durchgeführt.

Zunächst stand für 11 der 27 Indikatoren (ID 03, ID 44c, ID 49b, ID 67, ID 69, ID 70, ID 76, ID 77, ID 80, ID 83, ID 85) mit insgesamt 2 Varianten die abschließende Relevanz-Bewertung an. Das Ergebnis der Relevanz-Bewertung für diese 11 Indikatoren stellte sich folgendermaßen dar<sup>21</sup>:

- *Relevante* Indikatoren: 7
- *Fraglich relevante* Indikatoren: 4
- *Nicht relevante* Indikatoren: 0

Dementsprechend entfiel für 4 Indikatoren die Notwendigkeit einer abschließenden Praktikabilitätsbewertung.

Zusätzlich wurden von den Experten 3 nicht als *relevant* bewertete Indikatoren (ID 05, ID 39, ID 45) mit insgesamt 3 Varianten erneut diskutiert und nochmals hinsichtlich der Relevanz sowie anschließend bezüglich ihrer Praktikabilität bewertet. Die Experten haben zudem 3 neue Indikatoren definiert (ID 57, ID 103, ID 104), die ebenfalls in diesem Treffen hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet wurden. Die Bewertung der Relevanz dieser Indikatoren führte zu folgendem Ergebnis<sup>22</sup>:

- *Relevante* Indikatoren: 5
- *Fraglich relevante* Indikatoren: 1
- *Nicht relevante* Indikatoren: 0

Dementsprechend musste für 5 weitere Indikatoren eine abschließende Praktikabilitätsbewertung erfolgen. Insofern wurde die abschließende Praktikabilitätsbewertung für insgesamt 28 Indikatoren durchgeführt (27 minus 4 plus 5).

Im Paneltreffen definierte Indikatorvarianten wurden durch die Ergänzung der Indikator-ID durch „\_a“ kenntlich gemacht. Die Modifikationen umfassten vornehmlich das Zusammenfassen, Überarbeiten oder Ergänzen von Datenfeldern, Änderungen des Nenners, Ergänzen von Definitionen zu einzelnen Inhalten der Datenfelder.

Es wurden 28 Indikatoren in der ursprünglichen Fassung und 5 Indikatorvarianten zur Bewertung angeboten, sodass die Panelexperten insgesamt 33 Praktikabilitätsbewertungen vorzunehmen hatten. Unter Anwendung der definierten Auswertungsregeln ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung<sup>23</sup>:

- Praktikable Indikatoren: 27
- Nicht praktikable Indikatoren: 1

Durch die Praktikabilitätsbewertung wurde die Gesamtzahl der Indikatoren auf insgesamt 27 verringert. Die Mehrzahl der Indikatoren (insgesamt 17) deckt die Qualitätsdimension Patientensicherheit ab. Jeweils 4 Indikatoren wurden den Qualitätsdimensionen Patientensicherheit und Zugang zur und Koordination der Versorgung zugeordnet. 7 Indikatoren decken die Qualitätsdimension Effektivität ab. Von den 27 als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren sind jeweils 4 Indikatoren Struktur oder Ergebnisindikatoren, 19 Indikatoren sind Prozessindikatoren.

Die Modifikationen, die an den einzelnen Indikatoren vorgenommen wurden, sowie die Paneldiskussion zu den als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren sind im Abschnitt 5.3 dargestellt.

<sup>21</sup> Die Einzelergebnisse zu diesen 11 Indikatoren sind im Anhang B.6 detailliert dargestellt.

<sup>22</sup> Die Einzelergebnisse zu den 6 Indikatoren sind im Anhang B.6 detailliert dargestellt.

<sup>23</sup> Die Einzelbewertungen zu jedem Indikator sind im Anhang B.7 differenziert dargestellt.

Nachfolgend werden alle inhaltlich relevanten und praktikablen Indikatoren tabellarisch und nach Qualitätspotenzialen sortiert aufgeführt (Tabelle 17).

Tabelle 17: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
01e	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
05a <sup>2</sup>	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Prozessindikator
<b>Pharmakotherapie</b>		
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	Prozessindikator
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozessindikator
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	Prozessindikator
77a <sup>1</sup>	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Prozessindikator
<b>Somatische Versorgung</b>		
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	Prozessindikator
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Prozessindikator
59	Kontrolluntersuchungen	Prozessindikator
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
35	Körperliche Übergriffe	Ergebnisindikator
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Ergebnisindikator
39a <sup>2</sup>	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ergebnisindikator
62	Unterbringungen	Strukturindikator
80 <sup>1</sup>	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
<b>Psychotherapie</b>		
67b <sup>1</sup>	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	Prozessindikator
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
34	Behandlungsvereinbarungen	Prozessindikator
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Prozessindikator
70_a <sup>1</sup>	Einbezug von Angehörigen	Prozessindikator
85 <sup>1</sup>	Muttersprachliche Kommunikation	Prozessindikator
103 <sup>1</sup>	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	Prozessindikator
104 <sup>1</sup>	Gesprächsangebote für Angehörige	Prozessindikator
<b>Struktur</b>		
49b <sup>1</sup>	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	Strukturindikator
50c	Deeskalationstraining – stationär	Strukturindikator
57 <sup>1</sup>	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	Strukturindikator

<sup>1</sup> Indikatoren, deren Relevanz-Bewertung in der Bewertungsrunde 2 nachträglich abgeschlossen wurde.

<sup>2</sup> Indikatoren, die zunächst nicht als *relevant* bewertet wurden, in der Bewertungsrunde 2 noch einmal diskutiert und anschließend als *relevant* bewertet wurden.

## Ausgeschlossene Indikatoren

Von den 28 zu bewertenden Indikatoren wurde ein Indikator als nicht praktikabel bewertet und aus dem abschließenden Indikatorenset ausgeschlossen.

Der relevante Indikator „Kontinuierliche ambulante Behandlung nach Entlassung“ (ID 03) wurde von den Experten als nicht praktikabel bewertet. Die Experten sprachen sich für einen kontinuierlichen ambulanten Kontakt innerhalb des ersten halben Jahres nach Entlassung aus der stationären Versorgung aus. Hierfür liegen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen aber lediglich Informationen zu Arztkontakten vor. Die Experten argumentierten, dass es nicht ausschließlich Fach- und Hausärzte seien, die kontinuierliche ambulante Kontakte sicherstellen. So tragen beispielsweise auch sozialpsychiatrische Dienste oder die ambulante psychiatrische Pflege einen entscheidenden Teil dazu bei. Da aber zu diesen Leistungserbringer-Kontakten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine systematischen Informationen vorliegen und diese auch mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation oder einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand erfasst werden können, wurde der Indikator als nicht praktikabel bewertet.

## Optionales Paneltreffen

Das optionale Paneltreffen fand am 3. Juni 2015 statt. Hieran haben 13 der 15 Experten teilgenommen. Zweck des zusätzlichen Treffens war, den Experten die Gelegenheit zu geben, das abgestimmte Indikatorenset in einer Gesamtschau und mit Blick auf die Ziele des QS-Verfahrens einzuschätzen sowie Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des QS-Verfahrens zu diskutieren. Hierfür wurden den Experten die Ergebnisse der abschließenden Bewertungen vorgestellt und anschließend Raum für ausführliche Diskussion gegeben. Des Weiteren wurden den Experten die in § 17 Qesü-RL vorgesehenen möglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgestellt. Auch diese wurden von den Experten hinsichtlich ihrer Eignung für das hier entwickelte QS-Verfahren diskutiert.

Die relevanten Punkte, die beim optionalen Treffen diskutiert wurden, werden in den nächsten Abschnitten an geeigneter Stelle aufgegriffen und dargestellt.

### 5.2.3 Anregungen aus dem Panel

Im Verlauf des RAM-Prozesses gab es von den Experten einige fachliche Anregungen, welche in den weiteren Bearbeitungsprozess der Indikatoren und in das Bewertungsverfahren eingeflossen sind. Sowohl die Kommentare aus der Online-Bewertung als auch die Expertendiskussion der Paneltreffen wurden inhaltlich berücksichtigt. Folgende Punkte wurden durch die Teilnehmer des RAM-Panels schwerpunktmäßig thematisiert.

## Tageskliniken

Die Experten diskutierten im Rahmen der Bewertung der Indikatoren zum Einbezug von Angehörigen, ob Tages- und Nachtkliniken, also teilstationäre Einrichtungen, in das QS-Verfahren einbezogen werden sollten. In teilstationären Einrichtungen würden dann die gleichen Indikatoren erhoben wie in stationären Einrichtungen. Die Experten des Panels diskutierten vor allem die Tageskliniken als einen wichtigen Leistungserbringer, um Patienten den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu erleichtern und damit eventuell auch die Verweildauer im Krankenhaus verkürzen zu können. Bei Betrachtung der Indikatoren für stationäre Einrichtungen stellten die Experten allerdings fest, dass sich die Indikatoren zumeist zwar erheben lassen würden, aber die Ergebnisse von Tageskliniken nicht mit den Ergebnissen der stationären Einrichtungen verglichen werden können. Der unterschiedliche Versorgungsansatz von stationären und teilstationären Einrichtungen führt dazu, dass diese Einrichtungen unterschiedliche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse aufweisen. Beispielsweise beträgt die Verweildauer in einer stationären Einrichtung durchschnittlich 24,9 Tage, wobei die Verweildauer bei Tageskliniken im Durchschnitt bei 34,5 Tagen liegt. Auch dürfen in teilstationären Einrichtungen keine Zwangsmaßnahmen erfolgen. Somit sollten die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen für teilstationäre Einrichtungen nicht ausgewiesen werden. Die Experten haben daher davon abgesehen, die Indikatoren für stationäre Einrichtungen ebenfalls bei teilstationären Einrichtungen erheben zu lassen. Aus Sicht der Experten müssten für teilstationäre Einrichtungen die Indikatoren angepasst oder mindestens separat ausgewertet werden.

Diese zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs würde für das QS-Verfahren Folgendes bedeuten:

- Für teilstationäre Einrichtungen würden dem Indikatorenset bis zu 12 weitere Indikatoren hinzugefügt.
- Es müssten zwei weitere QS-Dokumentationsbögen erstellt werden (fallbezogen und einrichtungsbezogen), da nicht alle Indikatoren sinnvoll im teilstationären Bereich erhoben werden können (z.B. sind die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen nicht relevant).
- Eine getrennte Auswertung würde neben dem Bereich stationäre Einrichtungen und dem Bereich vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und PIA einen dritten Bereich, für den ein gesondertes Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden muss, nach sich ziehen.

Unter Berücksichtigung:

- der Steigerung der Komplexität des bereits komplexen QS-Verfahrens (s.o.),
- des Inaussichtstellens eines weiteren Erhebungsinstrumentes (Patientenbefragung),
- der Diskussion von weiteren Erhebungsinstrumenten (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Angehörigenbefragung) und
- der noch ausstehenden Überprüfung der Qualitätspotenziale/-defizite von teilstationären Einrichtungen

hat sich das AQUA-Institut entschieden, dem Vorschlag der Panelexperten nicht zu folgen.

Das AQUA-Institut empfiehlt, im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs zu adressieren.

### **Hausärzte, Neurologen und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als Leistungserbringer in der psychiatrischen Versorgung**

Hausärzte, Neurologen und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sind auftragsgemäß keine Adressaten des QS-Verfahrens. Den Experten ist es aber wichtig, die Indikatoren so zu definieren, dass sie die tatsächlichen strukturellen Bedingungen berücksichtigen. So wurde angemerkt, dass vor allem in strukturschwachen Regionen, wo nicht ausreichend psychiatrische und nervenärztliche Praxen bzw. PIA vorhanden sind, die psychiatrische Versorgung von Hausärzten und Neurologen übernommen wird.<sup>24</sup> Dementsprechend waren die Experten der Meinung, dass Hausärzte, Neurologen sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten ebenfalls, neben vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie PIA, in einige Indikatoren eingeschlossen werden sollten.

Da Informationen zur hausärztlichen Versorgung, zur Versorgung durch Neurologen und zur Versorgung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung stehen, könnten sie theoretisch zur Berechnung einiger Indikatoren genutzt werden. In der Berechnung der entsprechenden Indikatoren werden Hausärzte, Neurologen sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten äquivalent zu psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen bzw. PIA einbezogen. Dies betrifft die Indikatoren 01e und 08c. Da Hausärzte, Neurologen und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten aber keine Adressaten des QS-Verfahrens sind, können Patienten, die ausschließlich durch diese versorgt werden, in der Berechnung von Indikatoren nicht berücksichtigt werden. Dies betrifft die Indikatoren 01e, 19, 20b, 21a und 59.

Beispielsweise wird der Indikator 01e, der erfasst, wie viele Patienten innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus der stationären Versorgung einen ambulanten Termin haben, sowohl den Krankenhäusern als auch den vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen bzw. PIA zurückgemeldet. In der Berechnung des Indikators für vertragsärztliche und nervenärztliche Praxen sowie PIA werden alle Patienten einer Praxis bzw. PIA berücksichtigt, die einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt hatten. Patienten, die nicht von einer PIA bzw. psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis betreut werden, können keinem Leistungserbringer zurückgemeldet werden. In der Berechnung des Indikators für stationäre Einrichtungen werden hingegen

<sup>24</sup> Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 haben gezeigt, dass 24,6 % aller Patienten mit einer F2-Diagnose keine psychiatrische oder nervenärztliche Praxis oder eine PIA besucht haben, aber Hausarztkontakte hatten. 4,8 % aller Patienten mit einer F2-Diagnose hatten Kontakt zu Neurologen, aber nicht zu psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen oder einer PIA.

alle entlassenen Patienten berücksichtigt. Der Zähler erfasst hier auch Patienten, die innerhalb von sieben Tagen einen Kontakt zu einem Hausarzt oder Neurologen hatten.

### **Patienten mit einer Demenzerkrankung (F00.-\* bis F03)**

Bei den Indikatoren zur Pharmakotherapie wurde die Grundgesamtheit der Indikatoren, die mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden sollen, diskutiert. Zur Berechnung der Grundgesamtheit wurde zunächst vorgeschlagen, alle Patienten zu berücksichtigen, die im Erfassungsjahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Die Experten regten hierzu an, Patienten mit einer Demenzerkrankung auszuschließen. Begründet wurde dies damit, dass, um diesen Patienten ein Antipsychotikum verordnen zu können, eine F2-Diagnose hinzukodiert wird, ohne dass eine entsprechende Erkrankung vorhanden ist. Andererseits argumentierten die Experten, dass Patienten mit einer F2-Diagnose durchaus auch eine Demenzerkrankung entwickeln können. Dies kann anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen allerdings nicht differenziert werden. Damit die Grundgesamtheit nicht verzerrt wird, sprachen sich die Experten dafür aus, die Patienten mit einer Demenzdiagnose (ICD-10 F00.-\* bis F03) auszuschließen.<sup>25</sup> Patienten mit einer F2-Diagnose, die eine Demenzerkrankung entwickelt haben, werden demnach ausgeschlossen, was aber auch inhaltlich vertretbar ist, da die Demenzerkrankung bei diesen Patienten zumeist im Vordergrund steht.

### **Anregungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 Qesü-RL**

Die Experten diskutierten im Rahmen des optionalen Paneltreffens die gemäß § 17 Qesü-RL möglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen dahin gehend, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen aus ihrer Sicht am geeignetsten sind. Hierbei haben die Panelexperten die Maßnahmen *Teilnahme am Qualitätszirkel* und *Durchführung von Audits* hervorgehoben. Die Teilnehmer berichteten über sehr gute Erfahrungen mit Qualitätszirkeln der KBV bzw. KV im ambulanten Bereich. Für den stationären Bereich berichteten die Experten von guten Erfahrungen mit Audits im Rahmen von Zertifizierungen. Diese Maßnahmen sind in der Praxis bekannt und bewährt und für die Experten deshalb als Qualitätssicherungsmaßnahme gut vorstellbar.

Die Experten haben im Rahmen der Diskussionen überdies auf bereits vorhandene Strukturen der psychiatrischen Versorgung hingewiesen, die im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden könnten. Einerseits bestehen in mehreren Bundesländern Besuchskommissionen, die Audits in stationären psychiatrischen Einrichtungen im Rahmen des jeweils geltenden Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz) durchführen. Diese Besuchskommissionen sind in der Regel trialogisch, d.h. zu je einem Drittel mit Betroffenen, Angehörigen und Fachärzten besetzt. Eine weitere Struktur, die sich in vielen Regionen etabliert hat, ist der Gemeindepsychiatrische Verbund (Deutscher Bundestag 1975), der die sektorenübergreifende, regionale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen organisieren und koordinieren soll.

Alle Experten haben sich in der Diskussion zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen dafür ausgesprochen, sowohl Betroffene als auch Angehörige in einem geeigneten Maß in die Vereinbarung bzw. Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen einzubinden.

### **Feedback zum Panelprozess**

Die Experten nutzten das optionale Paneltreffen auch für ein Feedback zum Verlauf des Panelprozesses.

Die Experten haben die Atmosphäre des interdisziplinär besetzten Panels als sehr angenehm und diskussionsfördernd wahrgenommen. Trotz sehr unterschiedlicher Erfahrungshorizonte und professioneller Arbeitsfelder war jederzeit eine Diskussion „auf Augenhöhe“ möglich, und in Bezug auf die Versorgungsprobleme herrschte ein hoher Konsens. Darüber hinaus wurden der Ablauf, das Online-Bewertungsverfahren und die Organisation des Panelprozesses gelobt. Aus Perspektive der Experten war das Panel ausgewogen zusammengesetzt. Besonders positiv wurde hervorgehoben, dass über die zwei Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA gemäß Patientenbeteiligungsverordnung hinaus, jeweils ein weiterer Patienten- und ein Angehörigenvertreter als Experte in das Panel einbezogen wurden.

<sup>25</sup> Eigene Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 haben gezeigt, dass 9,8 % aller Patienten mit einer F2-Diagnose ebenfalls eine Demenzerkrankung (F00.-\* bis F03.-) haben.



Allerdings bedauerten die Experten den vorgegebenen Zeitrahmen, in dem das QS-Verfahren zu entwickeln war. In Anbetracht der Komplexität des Auftrags, der Komplexität von psychiatrischer Versorgung und der Menge an möglichen Indikatoren wurde der Zeitrahmen als zu eng empfunden. Die Panelexperten hätten gern mehr Zeit für grundsätzliche Diskussionen zur Relevanz einzelner Indikatoren sowie zur Diskussion und Definition weiterer Indikatoren zur Verfügung gehabt. Darüber hinaus sahen die Experten die Diskussion einiger Aspekte der Operationalisierung der Indikatoren als nicht abgeschlossen an.

### 5.3 Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren

Im Folgenden sind die Diskussionen der Panelexperten und die vorgenommenen Modifikationen der als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren zusammenfassend dargestellt. Ebenso werden die Indikatoren vom AQUA-Institut gewürdigt. Dabei werden zunächst die Indikatoren aufgeführt, die mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden. Anschließend folgen die Indikatoren, die mit einer stationären fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden. Abschließend sind die Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, ausgeführt.

<b>Indikator-ID 01e</b>	<b>Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>
Beschreibung	Der Indikator misst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb der ersten sieben Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung einen ambulanten Anschlusstermin hatten.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle von Patienten, die eine F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 hatten; der Zähler erfasst alle Fälle, die innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus der stationären Versorgung einen Kontakt mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung hatten.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er den oftmals problematischen Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung abbildet. Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Nennerpopulation des Indikators</li> <li>▪ die für den ambulanten Kontakt relevanten Fachgruppen</li> <li>▪ der Follow-up-Zeitraum</li> </ul> <p>Insgesamt standen neben dem Ursprungsindikator fünf weitere Varianten zur Diskussion, die sich jeweils geringfügig in der Nenner- und/oder Zählerpopulation voneinander unterschieden.</p> <p>Bezüglich der Nennerpopulation stellte sich die Frage, welche Fälle von Patienten mit einer F2-Diagnose betrachtet werden sollen. Infrage kamen Fälle mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose oder alle psychiatrischen Krankenhausaufenthalte (F00.-* bis F99 nach ICD-10). Bei der Betrachtung aller Fälle mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose, ist die Nennerpopulation zwar sehr spezifisch, jedoch besteht die Gefahr, relevante Fälle auszuschließen. Hier würden beispielsweise alle Fälle ausgeschlossen werden, bei denen andere Symptomatiken (z.B. eine depressive Symptomatik oder Suchterkrankungen) im Vordergrund des Krankenhausaufenthalts stehen, welche aber oftmals zusammen mit einer F2-Diagnose auftreten. Werden alle psychiatrischen Krankenhausaufenthalte erfasst, besteht wiederum das Problem, dass für das QS-Verfahren irrelevante Krankenhausaufenthalte erfasst werden. Die Experten haben sich darauf geeinigt, alle Fälle in die Grundgesamtheit einzuschließen, die eine F2-Diagnose als Hauptdiagnose haben sowie alle Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer F2-Diagnose als Nebendiagnose bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.</p>

<b>Indikator-ID 01e</b>	<b>Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>
	<p>Als zweiter Punkt standen die Fachgruppen zur Diskussion, die für den ambulanten Kontakt nach einem stationären Aufenthalt als relevant erachtet werden sollen. Neben der ambulanten psychiatrischen Versorgung und den PIA wurde diskutiert, ob Kontakte zu Hausärzten, Neurologen und/oder psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ebenfalls zu den relevanten Fachgruppen gehören. Die Panelexperten führten an, dass vor allem in strukturschwachen Regionen, wo nicht ausreichend psychiatrische und nervenärztliche Praxen vorhanden sind, die psychiatrische Versorgung von Hausärzten und Neurologen übernommen wird. Darüber hinaus präferieren einige Patienten den Kontakt zu Psychotherapeuten. Um diese Aspekte nicht zu vernachlässigen, wurden die Kontakte zu Hausärzten, Neurologen und Psychotherapeuten für diesen Indikator als <i>relevant</i> bewertet.</p> <p>Als dritter Punkt wurde die Länge des Follow-up-Zeitraums diskutiert. Neben einem Follow-up-Zeitraum von 7 Tagen wurde ein Zeitraum von 7 bis 30 Tagen zur Diskussion gestellt. Ein weiterer Vorschlag belief sich auf 2 Kontakte innerhalb von 30 Tagen, wobei der erste Kontakt innerhalb von 7 Tagen stattfinden sollte. Die Panelexperten führten an, dass ein Follow-up-Zeitraum von 7 Tagen eventuell zu kurz sein könnte, da ein Kontakt innerhalb von 7 Tagen von den niedergelassenen Ärzten nicht immer gewährleistet werden kann. Dem gegenüber gestellt werden kann, dass dem Patienten bei seiner Entlassung die Medikation in der Regel nur für den gleichen Tag bzw. bis nach dem Wochenende mit gegeben wird. Um eine kontinuierliche Pharmakotherapie nach Entlassung zu ermöglichen, sollte der Patient innerhalb einer Woche möglichst einen Facharzt aufgesucht haben, um sich Folgerezepte ausstellen zu lassen. Zudem ist die Zeit nach Entlassung eine sensible Phase in der Versorgung des Patienten, da Suizide häufig unmittelbar nach Entlassung auftreten. Die Lebenssituation des Patienten nach einem stationären Aufenthalt sollte von der ambulanten Versorgung unmittelbar eingeschätzt werden, um auf veränderte Situationen reagieren zu können und benötigte Hilfen bzw. Dienste zeitnah zu organisieren. Aus diesen Gründen wurde der Follow-up-Zeitraum bei 7 Tagen belassen.</p>
<b>Würdigung</b>	<p>Der Indikator erfasst den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung und ist somit geeignet, die Kontinuität der Versorgung i.S.e. lückenlosen Übergangs abzubilden. Darüber hinaus kann er Hinweise auf Probleme beim Entlassungsmanagement bei den stationären Leistungserbringern sowie auf unzureichende Kooperationen zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern geben. Der Indikator kann somit sowohl zu einer besseren Entlassungsplanung als auch zu besseren Absprachen bzw. Kooperationen zwischen Klinik und ambulanten Leistungserbringern beitragen.</p> <p>Der Indikator ist ein „Standardindikator“ in anderen Indikatorensets, die sich ebenfalls mit der Qualität in der psychiatrischen Versorgung beschäftigen. Dementsprechend ist er in der Praxis gut etabliert. Aus diesem Grund bietet der Indikator gute internationale Vergleichsmöglichkeiten.</p> <p>Die Probleme des Indikators sind zum einen in der Begrenztheit verfügbarer Informationen in der Datenquelle zu sehen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen z.B. keine Informationen zur Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Diensten in den Sozialdaten vor, da sie nicht dem Regelungsbereich des SGB V unterliegen. Zu anderen Leistungserbringern, z.B. APP oder Soziotherapie, liegen zwar Informationen bei den Krankenkassen vor, aber nicht in einer einheitlichen Form, weswegen sie für die Zwecke der Qualitätssicherung nicht genutzt werden können. Zum anderen unterliegt der Indikator strukturellen Einschränkungen, die nicht durch die Leistungserbringer direkt beeinflusst werden können. Je nach vorhandenem regionalen vertragsärztlichen Versorgungsangebot sind in den Praxen unterschiedlich viele Termine kurzfristig verfügbar, die für einen schnellen Anschlusstermin zur Verfügung stehen. In stark ausgelasteten Praxen können Kontakte nur mit einer vorherigen Terminierung wahrgenommen werden. Diese</p>

<b>Indikator-ID 01e</b>	<b>Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>
	<p>strukturelle Gegebenheit kann sich somit negativ auf das Indikatorergebnis auswirken und ist gleichzeitig nicht direkt durch die Leistungserbringer beeinflussbar.</p> <p>Wünschenswert wäre eine Erweiterung des Indikators um ambulante Kontakte, wie die ambulante psychiatrische Pflege, den sozialpsychiatrischen Dienst, Soziotherapeuten oder andere Therapeuten. Kontakte zu diesen Leistungserbringern können für Patienten ebenso bedeutsam sein wie Kontakte zur (fach-)ärztlichen Versorgung und dementsprechend auch einen sinnvollen und wichtigen Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung darstellen.</p> <p>Fälle mit einer kurzfristigen Wiederaufnahme sollen zukünftig im pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zusammengefasst werden (vgl. §2 PIA-Doku-Vereinbarung (GKV-SV et al. 2015)). Durch diese Fallzusammenfassungen können nicht alle stationären Fälle in den Indikator einbezogen werden.</p>

<b>Indikator-ID 05a</b>	<b>Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme</b>
Beschreibung	Der Indikator misst die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme aufgrund einer psychischen Erkrankung.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle von Patienten, die eine F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 hatten; der Zähler erfasst die Summe an Tagen ohne stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da Wiederaufnahmen oftmals Hinweise auf Rückfälle oder poststationäre Komplikationen, aber auch unzureichende ambulante Strukturen geben.</p> <p>Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ generelle Aussagekraft von stationären Wiederaufnahmen</li> <li>▪ die Länge des Follow-up-Zeitraums bei diesem Indikator. Es stand zur Diskussion, einerseits die Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme oder andererseits die Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen zu erfassen.</li> </ul> <p>Rasche Wiederaufnahmen geben nach Meinung einiger Panelexperten Hinweise darauf, dass Mängel bei der Versorgung eines Patienten bestehen. Dies kann sich sowohl auf den stationären als auch auf den ambulanten Leistungserbringer beziehen. Der stationäre Leistungserbringer kann den Patienten einerseits zu früh entlassen haben, das in der stationären Einrichtung praktizierte Entlassungsmanagement kann unzureichend sein oder die Kooperation mit den ambulanten Leistungserbringern ist ungenügend. Die Folge wäre jeweils, dass der Patient nach einer Entlassung im ambulanten System „verloren geht“ und es so zu einer raschen Wiederaufnahme kommen kann. Der ambulante Leistungserbringer wiederum kann selbst auch ungenügend mit den stationären Leistungserbringern kooperieren oder nicht die nötige umfangreiche Versorgung bieten, die Patienten nach Entlassung aus der stationären Versorgung brauchen. Andere Panelexperten vertreten die Meinung, dass rasche Wiederaufnahmen durchaus auch als positiv zu bewerten sind, z.B., wenn Aufnahmen über ein Wochenende stattfinden, weil kein ambulanter Krisendienst in der Region vorhanden ist. Die Gründe für Wiederaufnahmen seien vielfältig und nicht nachvollziehbar, deshalb bietet ein entsprechender Indikator erhebliche Fehlsteuerungsanreize. Als Ergebnis hat sich das Panel jedoch dafür ausgesprochen, einen Indikator mit in das Indikatorenset aufzunehmen, der sich mit Wiederaufnahmen beschäftigt.</p> <p>Im Rahmen der Diskussion zum Follow-up-Zeitraum wurden 30 Tage einerseits von einigen Experten als zu kurz angesehen, da auch Wiederaufnahmen nach diesem Zeitpunkt durchaus noch dem Indexaufenthalt zuzuschreiben sind. Eine Grenze sei</p>

Indikator-ID 05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
	<p>hier schwierig zu finden und somit eher willkürlich festzulegen. Andererseits kann man bei Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen wohl davon ausgehen, dass diese mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit mit dem Indexaufenthalt zusammenhängen. Würde man den Zeitraum beliebig erweitern, so ist fraglich, wann es sich noch um eine Wiederaufnahme handelt und wann nicht. Es wurde zudem angemerkt, dass auch Wiederaufnahmen nach einem Jahr noch als relevant erachtet werden müssen, da es sehr lange dauern kann, bis sich Patienten von einer akuten Phase erholen.</p> <p>Aufgrund dieser Diskussion hat man sich auf die Berechnung der Dauer der Wiederaufnahme fokussiert, zumal dort durch die gelieferten Informationen die Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen berechnet werden könnten.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die durchschnittliche Dauer bis zur Wiederaufnahme und berücksichtigt damit zum einen die Kontinuität im Übergang von stationär nach ambulant und zum anderen die Kooperation zwischen den stationären und ambulanten Leistungserbringern. Dieser Indikator kann zu einer besseren Entlassungsplanung und einer gezielteren Planung der nachstationären Versorgung, auch unter Einbezug von niedergelassenen Ärzten, beitragen.</p> <p>Der Indikator ist ein „Standardindikator“ in anderen Indikatorensets, die sich ebenfalls mit der Qualität in der psychiatrischen Versorgung beschäftigen. Dementsprechend ist er in der Praxis gut etabliert. Aus diesem Grund bietet der Indikator gute internationale Vergleichsmöglichkeiten.</p> <p>Die Grenzen des Indikators sind darin zu sehen, dass Wiederaufnahmen von strukturellen Gegebenheiten abhängig sind, beispielsweise von der ambulanten Versorgungslage oder dem Vorhandensein von Krisendiensten. Diese Faktoren sind in den Sozialdaten nicht enthalten, sodass sie in einer möglichen Risikoadjustierung des Indikators nicht berücksichtigt werden können. Um aussagefähigere Ergebnisse zu erhalten, müssten solche Aspekte jedoch erfasst und bei der Auswertung und Rückspiegelung an die Leistungserbringer bedacht werden.</p> <p>Hinsichtlich des Follow-up-Zeitraums muss einschränkend angemerkt werden, dass der Indikator umso später ausgewertet werden kann, je länger der Follow-up-Zeitraum gewählt wird. Die Ergebnisse verlieren somit an Aktualität. Dies sollte ebenfalls bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden.</p> <p>Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass dieser Indikator einen Fehlsteuerungsanreiz dahin gehend bewirken kann, dass eigentlich notwendige Wiederaufnahmen vermieden werden, um ein möglichst positives Indikatorergebnis zu erzielen.</p> <p>Fälle mit einer kurzfristigen Wiederaufnahme sollen zukünftig im pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zusammengefasst werden (vgl. §2 PIA-Doku-Vereinbarung (GKV-SV et al. 2015)). Durch diese Fallzusammenfassungen können nicht alle stationären Fälle in den Indikator einbezogen werden.</p>

Indikator-ID 19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen erhalten haben.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen psychotropen Wirkstoff erhalten haben; der Zähler erfasst all diejenigen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe erhalten haben.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die Verordnung unterschiedlicher Wirkstoffe adressiert, die ein Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist.</p> <p>Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die im Zähler des Indikators zu erfassende Anzahl an unterschiedlichen psychotropen Wirkstoffen</li> <li>▪ die Anzahl an Quartalen, in denen die psychotropen Wirkstoffe nacheinander verordnet werden</li> </ul> <p>Neben dem Ursprungsindikator wurden zwei weitere Varianten gebildet.</p> <p>Bezüglich der Anzahl an unterschiedlichen psychotropen Wirkstoffen gaben einige Panelexperten zu bedenken, dass das Spektrum der Medikamente so groß ist, dass eine Qualitätsaussage dieses Indikators generell fraglich sei. Es wurde diskutiert, ob bereits drei unterschiedliche Wirkstoffe in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen als auffällig zu bewerten sind. Aufgrund der Schwere der Erkrankung votierte jedoch der Großteil der Panelexperten für vier Wirkstoffe, da die Verordnung von bis zu drei unterschiedlichen Wirkstoffen durchaus bei vielen Patienten gerechtfertigt sei.</p> <p>Als weiterer Punkt stand die Anzahl an Quartalen zur Diskussion. Einige Panelexperten befürworteten, dass bereits ein Quartal mit vier unterschiedlichen Wirkstoffen als auffällig zu bewerten sei. Da dies jedoch in akuten Phasen oder bei Medikamentenwechseln häufiger vorkommt und dieser Indikator auf langfristige Kombinationstherapien mit zu vielen Wirkstoffen abzielt, entschied sich die Mehrheit der Panelexperten für eine Betrachtung von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst Kombinationstherapien mit psychotropen Wirkstoffen und bildet somit einen Aspekt der Patientensicherheit ab. Er kann dazu beitragen, Leistungserbringer für Kombinationstherapien zu sensibilisieren und dadurch nicht notwendige Kombinationstherapien zu reduzieren oder zumindest die Behandlung mit psychotropen Wirkstoffen zu strukturieren und ein systematisches und therapeutisches Drug-Monitoring zu etablieren.</p> <p>Generell sind in dem Datenbestand nach Abrechnungskontext §300 SGB V Angaben zu allen verschreibungspflichtigen Medikamenten eines Patienten enthalten, unabhängig davon, von welchem Leistungserbringer diese verordnet wurden. Somit können mit dem Indikator auch Kombinationstherapien identifiziert werden, die aus der Verordnung verschiedener Ärzte resultieren. Durch diese übergreifende Erfassung von verordneten Medikamenten können die ambulanten Adressaten des QS-Verfahrens dafür sensibilisiert werden, neben den eigenen Verordnungen auch auf die Verordnungen anderer Ärzte zu achten.</p> <p>Die Grenzen des Indikators sind darin zu sehen, dass in der Datenquelle nach §300 SGB V nur verschreibungspflichtige Verordnungen dokumentiert sind. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (sogenannte Over-the-counter-Produkte, OTC) dagegen werden nicht erfasst und sind somit in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht enthalten. Dies betrifft vor allem Verordnungen in den Wirkstoffklassen N05CP (Pflanzliche Hypnotika und Sedativa), N05CM (Andere Hypnotika und Sedativa), N05H Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika), N06AP (Pflanzliche Antidepressiva) und N06DP (Pflanzliche Antidementiva).</p> <p>Zur Bewertung des Indikatorenergebnisses sollte zusätzlich der Anteil der Patienten</p>

Indikator-ID 19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
	<p>mit einer F2-Diagnose und einer psychotropen Pharmakotherapie an allen Patienten mit einer F2-Diagnose als Kennzahl im Rückmeldebericht ausgewiesen werden, da dies im Indikator nicht erfasst wird.</p> <p>Eine Kombinationstherapie mit zu vielen Wirkstoffen wird erst dann als auffällig bewertet, wenn diese über mindestens zwei Quartale erfolgt. Auf diese Weise sollen mögliche Medikamentenwechsel und akute Phasen ausgeschlossen werden. Erfolgt ein Medikamentenwechsel jedoch zufällig in der Zeit eines Quartalswechsels, wird dies trotzdem als Auffälligkeit bewertet, was allein dem (zufälligen) Zeitpunkt geschuldet ist.</p> <p>Zu berücksichtigen ist, dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nur Angaben von Verordnungen enthalten sind, die ein Patient in einer Apotheke auch eingelöst hat. Verordnungen, die der Patient nicht eingelöst hat, können nicht im Indikator berücksichtigt werden. Daher lässt der Indikator nur einen eingeschränkten Hinweis auf das Ordnungsverhalten des Leistungserbringers zu. Dies sollte bei der Bewertung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden. Zu den Arzneimitteln, die die Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhalten haben, sind ebenfalls keine Daten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten. Dieser Indikator kann daher nur im ambulanten Bereich erhoben werden.</p>

Indikator-ID 20	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Kombinationstherapie.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die im Beobachtungszeitraum mindestens ein Antipsychotikum erhalten haben; der Zähler erfasst all diejenigen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen drei oder mehr verschiedene antipsychotische Wirkstoffe gleichzeitig erhalten haben.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die Verordnung unterschiedlicher Wirkstoffe adressiert, die ein Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen darstellt.</p> <p>Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Anzahl an Quartalen, in denen mehrere Antipsychotika gleichzeitig verordnet wurden</li> <li>▪ welche und wie viele Antipsychotika in die Bestimmung einer antipsychotischen Kombinationstherapie mit eingeschlossen werden</li> <li>▪ Berücksichtigung von Clozapin im Indikator</li> </ul> <p>Neben dem Ursprungsindikator wurden drei weitere Varianten gebildet.</p> <p>Einige Panelexperten befürworteten, dass bereits ein Quartal mit zwei oder mehr unterschiedlichen Antipsychotika als auffällig zu bewerten sei. Da dies jedoch in akuten Phasen oder bei Medikamentenumstellungen häufiger vorkommt und dieser Indikator auf langfristige Kombinationstherapien mit zu vielen Wirkstoffen abzielt, entschied sich die Mehrheit der Panelexperten für eine Betrachtung von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen.</p> <p>Als weiterer Diskussionspunkt stand die Auswahl und Anzahl der für den Indikator relevanten Antipsychotika im Raum. Es wurde diskutiert, ob neben den hoch- und mittelpotenten Antipsychotika auch niederpotente Antipsychotika sowie Clozapin in den Indikator einfließen sollten. Dagegen spricht, dass eine gleichzeitige Verordnung von niederpotenten mit einem mittel- oder hochpotenten Antipsychotikum im Praxisalltag eher zur Behandlung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und nicht zur Behandlung der Symptome angewendet wird. Auch eine Kombination bestimmter Antipsychotika mit Clozapin widerspreche nicht immer einer leitliniengerechten Be-</p>

Indikator-ID 20	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
	<p>handlung, sodass die Verordnung nicht immer als auffällig eingestuft werden dürfe. Ein Einschluss von niederpotenten Antipsychotika und Clozapin wiederum sei aus dem Grund gerechtfertigt, dass das eigentliche Ziel eine antipsychotische Monotherapie sei.</p> <p>Somit wurden vor allem zwei Varianten des Indikators diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden nur hoch- und mittelpotente Antipsychotika (ohne Clozapin) in die Berechnung einbezogen, und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens zwei Antipsychotika erhalten haben.</li> <li>▪ Es werden alle Antipsychotika erfasst (auch Clozapin und niederpotente Antipsychotika), und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens drei Antipsychotika erhalten haben.</li> </ul> <p>Da in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen darüber enthalten sind, wann eine Kombinationstherapie indiziert ist (z.B. bei Vorliegen einer Therapieresistenz), entschieden sich die Panelexperten dazu, drei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe als auffällig zu betrachten, wobei niederpotente Antipsychotika sowie Clozapin mit aufgenommen werden.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst antipsychotische Kombinationstherapien und bildet somit einen Aspekt der Patientensicherheit ab. Er kann dazu beitragen, Leistungserbringer für Kombinationstherapien zu sensibilisieren und dadurch nicht notwendige Kombinationstherapien zu reduzieren oder zumindest die Behandlung mit Antipsychotika zu strukturieren und ein systematisches und therapeutisches Drug-Monitoring zu etablieren.</p> <p>Der Indikator ist ein „Standardindikator“ in anderen Indikatorensets, die sich ebenfalls mit der Qualität in der Psychiatrie beschäftigen. Dementsprechend ist er in der Praxis gut etabliert. Aus diesem Grund bietet der Indikator gute internationale Vergleichsmöglichkeiten.</p> <p>Generell sind in dem Datenbestand nach Abrechnungskontext §300 SGB V Angaben zu allen verschreibungspflichtigen Medikamenten eines Patienten enthalten, unabhängig davon, von welchem Leistungserbringer diese verordnet wurden. Somit können mit dem Indikator auch Kombinationstherapien identifiziert werden, die aus der Verordnung verschiedener Ärzte resultieren. Durch diese übergreifende Erfassung von verordneten Medikamenten können die ambulanten Adressaten des QS-Verfahrens dahin gehend sensibilisiert werden, neben den eigenen Verordnungen auch auf die Verordnungen anderer Ärzte zu achten.</p> <p>Zur Bewertung des Indikatorergebnisses sollte zusätzlich der Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose und einer antipsychotischen Pharmakotherapie an allen Patienten mit einer F2-Diagnose als Kennzahl im Rückmeldebericht ausgewiesen werden, da dies im Indikator nicht erfasst wird.</p> <p>Eine antipsychotische Kombinationstherapie mit zu vielen Wirkstoffen wird erst dann als auffällig bewertet, wenn diese über mindestens zwei Quartale erfolgt. Auf diese Weise sollen mögliche Medikamentenwechsel und akute Phasen ausgeschlossen werden. Erfolgt ein Medikamentenwechsel jedoch zufällig in der Zeit eines Quartalswechsels, wird dies trotzdem als Auffälligkeit bewertet, was allein dem (zufälligen) Zeitpunkt geschuldet ist.</p> <p>Zu berücksichtigen ist, dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nur Angaben von Verordnungen enthalten sind, die ein Patient in einer Apotheke auch eingelöst hat. Verordnungen, die der Patient nicht eingelöst hat, können nicht im Indikator berücksichtigt werden. Daher lässt der Indikator nur einen eingeschränkten Hinweis auf das Ordnungsverhalten des Leistungserbringers zu. Dies sollte bei der Bewertung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden. Zu den Arzneimitteln, die die Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhalten haben, sind ebenfalls keine Daten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten. Dieser Indikator kann daher nur im ambulanten Bereich erhoben werden.</p>

Indikator-ID 21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine dauerhafte Benzodiazepinmedikation erhalten haben.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die im Erfassungsjahr mindestens ein Benzodiazepin erhalten haben; der Zähler erfasst all diejenigen Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen mehr als 20 DDD (Defined Daily Dose) an Benzodiazepinen verordnet bekommen haben.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die oftmals problematische Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen adressiert, die unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Abhängigkeit hervorrufen kann.</p> <p>Diskutiert wurde die Grenze der DDD, die in zwei aufeinanderfolgende Quartale verordnet werden kann, ohne im Zähler des Indikators erfasst zu werden. Zur Diskussion standen 10 DDD, 20 DDD sowie 40 DDD. Aufgrund gängiger Packungsgrößen von Benzodiazepinen, die oftmals 20 DDD umfassen, wurde dort auch die tolerierbare Grenze gesetzt: Mit der Grenze von 20 DDD wird zugelassen, dass Patienten in einem Quartal mehr als 20 DDD, z.B. entsprechend der Arzneimittelrichtlinie 40 DDD, erhalten können. Im Folgequartal können dann erneut bis zu 20 DDD (dies trifft für die meisten N1- und N2-Packung zu) verordnet werden. Erst wenn der Patient im Folgequartal erneut mehr als 20 DDD erhält (entspricht in der Regel einer N3-Packung oder mehreren N1- bzw. N2-Packungen), wird der Patient im Zähler des Indikators erfasst.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die Benzodiazepinübersorgung und bildet somit einen Aspekt der Patientensicherheit ab. Er kann dazu beitragen, Leistungserbringer für Kombinationstherapien zu sensibilisieren und dadurch nicht unbedingt notwendige Verordnungen zu reduzieren oder zumindest die Behandlung mit Benzodiazepinen zu strukturieren und ein systematisches und therapeutisches Drug-Monitoring zu etablieren.</p> <p>Generell sind in dem Datenbestand nach Abrechnungskontext §300 SGB V Angaben zu allen verschreibungspflichtigen Medikamenten eines Patienten enthalten, unabhängig davon, von welchem Leistungserbringer diese verordnet wurden. Somit können mit dem Indikator auch Kombinationstherapien identifiziert werden, die aus der Verordnung verschiedener Ärzte resultieren. Durch diese übergreifende Erfassung von verordneten Medikamenten können die ambulanten Adressaten des QS-Verfahrens dafür sensibilisiert werden, neben den eigenen Verordnungen auch auf die Verordnungen anderer Ärzte zu achten.</p> <p>Über Medikamente, die auf Privatrezept verordnet werden, liegen dagegen keine Informationen in den Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen vor, weshalb sie bei der Berechnung des Indikators nicht berücksichtigt werden können. Darüber hinaus muss die Dosisempfehlung des Arztes nicht immer mit der theoretischen Größe der DDD übereinstimmen. Der Indikator kann deshalb nur einen eingeschränkten Hinweis darauf geben, wie viele Medikamente der Patient tatsächlich einnimmt und in welcher Dosis.</p> <p>Zur Bewertung des Indikatorergebnisses sollte zusätzlich der Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose und mindestens einer Benzodiazepin-Verordnung an allen Patienten mit einer F2-Diagnose als Kennzahl im Rückmeldebericht ausgewiesen werden, da dies im Indikator nicht erfasst wird.</p> <p>Zu berücksichtigen ist außerdem, dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nur Angaben von Verordnungen enthalten sind, die ein Patient in einer Apotheke auch eingelöst hat. Verordnungen, die der Patient nicht eingelöst hat, können nicht im Indikator berücksichtigt werden. Daher lässt der Indikator nur einen eingeschränkten Hinweis auf das Ordnungsverhalten des Leistungserbringers zu. Dies sollte bei der Bewertung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden. Zu den Arzneimitteln, die die Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhalten haben, sind ebenfalls keine Information in den Sozialdaten enthalten. Dieser Indikator kann daher nur im ambulanten Bereich erhoben werden.</p>



Indikator-ID 59	Kontrolluntersuchungen
Beschreibung	Der Indikator misst, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 durchschnittlich erhalten.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Der Nenner umfasst alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie; der Zähler erfasst die Summe aller mindestens einmal pro Jahr durchgeführten Kontrolluntersuchungen je Patient mit F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die oftmals nicht regelmäßig durchgeführten Kontrolluntersuchungen bei antipsychotischer Pharmakotherapie adressiert. Diese werden in Leitlinien empfohlen, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die eine antipsychotische Pharmakotherapie hervorrufen kann, frühzeitig zu erkennen und entsprechend reagieren zu können.</p> <p>In diesem Indikator wurden fünf einzelne Indikatoren zusammengefasst: Diabetes-Screening, Kontrolle der Cholesterinwerte, Kontrolle des Kreatininwertes, Kontrolle des Blutbildes und Kontrolle der Leberwerte.</p> <p>Diskutiert wurde, welche konkreten Kontrolluntersuchungen im Indikator berücksichtigt werden sollten. Da der Indikator über die Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden soll, ist ein Erhebungsaufwand für den Leistungserbringer faktisch nicht vorhanden. Aus diesem Grund sollen alle fünf Kontrolluntersuchungen, für die Empfehlungen in der S3-Leitlinie der DGPPN vorhanden sind, mit einbezogen werden.</p> <p>Ein weiterer Diskussionspunkt war die im Indikator berücksichtigte Frequenz der Kontrolluntersuchungen. Es wurde diskutiert, ob die in den Leitlinien dargestellten Frequenzen der einzelnen Kontrolluntersuchungen auch im Indikator berücksichtigt werden sollten. In den Leitlinien wurden jedoch unterschiedliche Intervalle zwischen den Kontrolluntersuchungen festgelegt; diese erstrecken sich von 3-Monats-Intervallen bis hin zu jährlichen Untersuchungen. Die Panelexperten haben sich darauf geeinigt, dass von einer derartigen differenzierten Darstellung im Indikator jedoch abgesehen werden sollte, da Hochrechnungen vom AQUA-Institut anhand von Routinedaten des Jahres 2012 gezeigt haben, dass von sehr vielen Leistungserbringern einzelne Kontrolluntersuchungen in einem Jahr nur sehr selten durchgeführt werden.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst notwendige Kontrolluntersuchungen bei antipsychotischer Pharmakotherapie und bildet somit einen Aspekt der Patientensicherheit ab. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei antipsychotischer Pharmakotherapie sind ein wichtiger Bestandteil der somatischen Versorgung, da Antipsychotika verschiedene unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen können.</p> <p>Mögliche Handlungskonsequenzen, die sich aus diesem Indikator ergeben können, sind einerseits ein erhöhtes Bewusstsein aufseiten der Ärzte für die Relevanz von Kontrolluntersuchungen und damit für ein frühzeitiges Erkennen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen durch Antipsychotika und deren Behandlung sowie die Gabe von Wirkstoffen mit einem günstigeren Nebenwirkungsprofil.</p> <p>Eine Grenze des Indikators besteht darin, dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen kein Bezug zwischen einer abgerechneten Leistung und einer Diagnose besteht. Für den vorliegenden Indikator bedeutet das, dass die abgerechneten Kontrolluntersuchungen nicht zwangsläufig aufgrund einer F2-Diagnose gemacht wurden.</p>

Indikator-ID 08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einbezug von ambulanten Leistungserbringern in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung.
Paneldiskussion	<p>Der Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst alle Fälle, bei denen ein therapiebezogenes Gespräch mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung oder anderen Leistungserbringern der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung während des stationären Aufenthalts stattfand.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da mit diesem Indikator die stationären Einrichtungen dazu angeregt werden, ambulante Leistungserbringer regelhaft in die Versorgung von Patienten einzubeziehen. Die Experten sahen dadurch Anreize, dass stationäre und ambulante Leistungserbringer häufiger miteinander kommunizieren und enger zusammenarbeiten. Für Patienten können bessere Absprachen und eine bessere Koordination der Behandlung gefördert werden.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wie Einbezug in die Leistungserbringung zu definieren ist und</li> <li>▪ welche Leistungserbringer in dem Indikator berücksichtigt werden sollten</li> </ul> <p>Es wurden neben dem Ursprungsindikator 3 Varianten gebildet, die den Einbezug verschiedener Leistungserbringer erfassen.</p> <p>Die ursprüngliche Definition des Zählers, ob entsprechende Leistungserbringer einbezogen wurden, erschien den Experten als zu ungenau. Im Rahmen der anschließenden Operationalisierung des Indikators wurde Einbezug als Durchführung eines therapiebezogenen Gesprächs definiert. Einzelne Experten äußerten Bedenken, dass therapiebezogene Gespräche in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ausgelegt werden könnten.</p> <p>Parallel zur Definition von Einbezug wurde von den Panelexperten diskutiert, welche Leistungserbringer geeignet sind, in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen zu werden. Prinzipiell sollte es möglich sein, Patientenwünsche und die regionalen Strukturen zu berücksichtigen. Daher haben sich die Panelexperten entschieden, über Fachärzte hinaus eine Vielzahl von Leistungserbringern in den Zähler des Indikators einzuschließen, die die Koordination der Gesamtversorgung des Patienten übernehmen könnten. Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanzen</li> <li>▪ Fachärzte (der Fachgruppenkennung FG 51 – Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie; FG 58 – Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ Neurologen (FG 53), Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60) oder Hausärzte (FG 01, 02, 03), wenn kein Facharzt die psychiatrische Versorgung des Patienten übernehmen kann</li> <li>▪ Sozialpsychiatrischer Dienst</li> <li>▪ Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII)</li> <li>▪ Ambulante psychiatrische Pflege</li> <li>▪ Soziotherapeuten</li> <li>▪ Ergotherapeuten</li> <li>▪ Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten</li> </ul>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, ob im Rahmen des stationären Aufenthalts Kontakt mit einem ambulanten Leistungserbringer aufgenommen wurde, der die Gesamtversorgung des Patienten koordiniert und mit dem die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert wurden, die Behandlung abgestimmt wurde und ggf. Absprachen zur Entlassung getroffen werden konnten.</p> <p>Mit dem Erfassen von therapiebezogenen Gesprächen mit ambulanten Leistungserbr-</p>

Indikator-ID 08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
	<p>ringern während des stationären Aufenthalts könnte die Kommunikation und der Austausch von Informationen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich verstärkt und gefördert werden. Gerade bei Patienten in einer akuten Krankheitsphase können nicht immer alle relevanten Informationen und Erfahrungen vom Patienten erfragt werden. Der ambulante Leistungserbringer kann hier eine wichtige Informationsquelle für Erfahrungen mit der bisherigen Behandlung der Erkrankung sein, beispielsweise, auf welche Medikamente der Patient gut anspricht oder welche unerwünschten Arzneimittelwirkungen bisher aufgetreten sind. Darüber hinaus bietet ein solches Gespräch die Möglichkeit, einen ambulanten Leistungserbringer regelmäßig in die Entlassungsplanung von Patienten einzubeziehen.</p> <p>Aufgrund der unterschiedlichen Versorgung und der höchst individuellen Situation des Patienten konnten keine konkreten inhaltlichen Vorgaben für therapiebezogene Gespräche definiert werden. Dies eröffnet einen gewissen Interpretationsspielraum für die Einrichtungen, was als ein therapiebezogenes Gespräch erfasst werden kann. Mit der Definition des therapiebezogenen Gespräches wurde versucht, eine Abgrenzung zur bloßen Information des ambulanten Leistungserbringers über den Krankenhausaufenthalt des Patienten zu schaffen.</p> <p>Eine aktive Teilnahme von Patienten an diesen therapiebezogenen Gesprächen wäre eine Forderung im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung. Da in der Praxis diese Gespräche wohl eher telefonisch als im persönlichen Kontakt erfolgen, gestaltet sich eine Beteiligung des Patienten schwer. Trotzdem sollten Patienten, wenn möglich, an den Gesprächen teilnehmen können.</p>

Indikator-ID 34b	Behandlungsvereinbarungen
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Vorhandensein von aktuellen Behandlungsvereinbarungen.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst alle Fälle, bei denen eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen wurde bzw. aktualisiert wurde, wenn bereits eine Behandlungsvereinbarung vorliegt. Fälle, bei denen Patienten dies ablehnen, werden aus dem Indikator ausgeschlossen.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da die Behandlungsvereinbarung ein wichtiges Instrument ist, um Wünsche und Präferenzen von Patienten festzuhalten und diese in Situationen, in denen Patienten nicht in der Lage sind ihre Wünsche zu äußern, zu kennen und berücksichtigen zu können. Behandlungsvereinbarungen werden jedoch aus Sicht der Experten noch zu selten abgeschlossen. Der Indikator soll das Abschließen aber auch die Aktualisierung von Behandlungsvereinbarungen fördern.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ob erfasst werden sollte, wie der Umgang mit Behandlungsvereinbarungen geregelt ist oder wie viele Vereinbarungen vorhanden sind</li> <li>▪ ob es sich grundlegend um Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen handelt</li> <li>▪ ob und wenn ja, inwieweit die Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen erfasst werden kann</li> <li>▪ ob besonders auf Patienten mit Zwangsmaßnahmen eingegangen werden kann</li> </ul> <p>Insgesamt wurden im Rahmen der Bewertungsrunde 1 zwei Varianten und in der Bewertungsrunde 2 eine Variante gebildet.</p> <p>Der Ursprungsindikator war als Strukturindikator angelegt, der Vorschriften bzw. Regeln zum Umgang mit Behandlungsvereinbarungen erfassen sollte. Den Experten erschien es einerseits wichtig, dies zu erfassen, da dabei detailliert der grundlegende</p>

Indikator-ID 34b	Behandlungsvereinbarungen
	<p>Umgang der stationären Einrichtung mit Behandlungsvereinbarungen erhoben werden kann, wie beispielsweise der Einbezug von Patienten in die Erstellung von Formularen oder der Zugang zu Behandlungsvereinbarungen für alle berechtigten Mitarbeiter einer Einrichtung. Andererseits erschien es den Experten ebenfalls wichtig zu erfassen, wie viele Patienten über eine aktuelle Behandlungsvereinbarung verfügen. Die Experten erhofften sich dadurch, das Abschließen und Aktualisieren von Behandlungsvereinbarungen zu fördern. Daher definierten die Experten den Strukturindikator in einen Prozessindikator um, der erfasst, ob Behandlungsvereinbarungen erstellt bzw. aktualisiert wurden.</p> <p>Im Rahmen dieser Diskussion wurde ebenfalls erörtert, inwieweit Patientenverfügungen im Indikator berücksichtigt bzw. äquivalent zu Behandlungsvereinbarungen behandelt werden sollten, da Patientenverfügungen eine Alternative zu Behandlungsvereinbarungen darstellen. Da beide Dokumente eine unterschiedliche rechtliche Grundlage haben sowie unterschiedliche Geltungsbereiche (Patientenverfügung einrichtungsunabhängig, Behandlungsvereinbarung einrichtungsspezifisch) und Patientenverfügungen damit allgemeingültig und nicht, wie Behandlungsvereinbarungen, auf eine Einrichtung beschränkt sind, haben sich die Experten entschieden, Patientenverfügungen nicht im Indikator zu berücksichtigen.</p> <p>Die Experten haben im Rahmen der Bewertungsrunde 2 diskutiert, ob mit dem Indikator erhoben werden kann, inwieweit Behandlungsvereinbarungen umgesetzt werden. Da die Vereinbarungen sehr individuell sind und die über eine QS-Dokumentation zu erhebenden Informationen nicht als sehr valide eingeschätzt wurden, wurde dies nicht in den Indikator integriert.</p> <p>Abschließend wurde von den Experten diskutiert, ob Patienten, die Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren, in dem Indikator besonders berücksichtigt werden könnten, da Behandlungsvereinbarungen besonders für diese Patienten wichtig sind. Die Einschränkung des Indikators auf Patienten mit Zwangsmaßnahmen erschien den Experten ungeeignet, da es dadurch zu einer Fehlsteuerung zu Ungunsten der Patienten ohne Zwangsmaßnahmen kommen könnte.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, ob während oder nach dem Krankenhausaufenthalt Behandlungsvereinbarungen aktualisiert wurden bzw. wenn noch keine Behandlungsvereinbarung vorliegt, diese erstellt wurde. Mit diesem Indikator können stationäre Einrichtungen für Behandlungsvereinbarungen sensibilisiert werden und gleichzeitig das Bewusstsein für das Aktualisieren von Behandlungsvereinbarungen gefördert werden. Behandlungsvereinbarungen sind ein geeignetes Instrument, um die Wünsche von Patienten systematisch und für die stationäre Einrichtung verbindlich zu erfassen.</p> <p>Gleichzeitig wird durch den Ausschluss von Fällen, bei denen der Patient die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung ablehnt, zugestanden, dass der Patient sich auch gegen eine Vereinbarung entscheiden kann. Zwar muss der Patient keine Behandlungsvereinbarung abschließen, sollte aber von den Mitarbeitern auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.</p> <p>Gleiches gilt für die Aktualisierung von Behandlungsvereinbarungen: Die Vereinbarung muss nicht nach jedem Krankenhausaufenthalt aktualisiert werden, sondern nur dann, wenn der Patient es für notwendig erachtet. Auf jeden Fall sollte der Patient auf die Möglichkeit einer Aktualisierung angesprochen werden.</p> <p>Mit diesem Indikator kann nicht erfasst werden, inwieweit Behandlungsvereinbarungen auch umgesetzt werden. Der Indikator gibt lediglich Hinweise darauf, ob den Patienten angeboten wurde, Behandlungsvereinbarungen abzuschließen bzw. zu aktualisieren.</p>

Indikator-ID 35	Körperliche Übergriffe
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Häufigkeit körperlicher Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während eines stationären Aufenthalts auf das Personal, andere Patienten oder Besucher.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Behandlungstage aller Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Anzahl körperlicher Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er Gewaltsituationen auf Stationen in Form von körperlichen Übergriffen adressiert.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ob statt der Anzahl an Übergriffen die identifizierten Auslöser und die damit einhergehenden Maßnahmen in dem Indikator erfasst werden sollten</li> </ul> <p>Neben dem Ursprungsindikator wurden zwei Varianten gebildet.</p> <p>Es wurde vorgeschlagen, die Anzahl identifizierter Auslöser von Übergriffen ins Verhältnis zu der Anzahl an Übergriffen zu setzen. Außerdem sollte nach Meinung eines Panelexperten erfasst werden, welche Maßnahmen eingeleitet wurden, um diese Auslöser zu identifizieren. Andere Panelexperten waren der Meinung, dass nur die Anzahl an Übergriffen erfasst werden sollte, da der Umgang mit Übergriffen sehr individuell ist und sich schlecht regulieren und erfassen lässt. Darüber hinaus würde der Umgang mit Übergriffen eher einen Aspekt von Qualitätsmanagement darstellen und sollte nicht Gegenstand des vorliegenden QS-Verfahrens sein. Somit wurde sich darauf verständigt, ausschließlich die Häufigkeit körperlicher Übergriffe zu erfassen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die Anzahl an körperlichen Übergriffen, die von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgehen und stellt diese als Anteil an den stationären Behandlungstagen der Patienten dar.</p> <p>Die Häufigkeit körperlicher Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher spiegelt einen wichtigen Aspekt der Patientensicherheit wider. Aggressives Verhalten von Patienten hängt zwar von patientenseitigen Faktoren ab, kann aber auch maßgeblich durch die stationäre Einrichtung beeinflusst werden, wie z.B. Schulung des Personals in Deeskalationsmaßnahmen, Stationsgröße, Belegung oder Personaldichte.</p> <p>Eine mögliche Handlungskonsequenz, die sich aus diesem Indikator ergeben kann, ist die Sensibilisierung des Personals für die Prävention und Früherkennung von kritischen Situationen sowie eine Motivation der Krankenhausleitung zum Ergreifen von strukturellen Maßnahmen zur Gewaltprävention.</p> <p>Eine Grenze des Indikators ist darin zu sehen, dass verbale Gewalt gegen Personal, andere Patienten und Besucher nicht erfasst werden kann, da für verbale Gewalt keine geeignete Definition gefunden wurde.</p>

Indikator-ID 36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle mit mindestens einer Zwangsmaßnahme.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er Zwangsmaßnahmen adressiert, die einen schwerwiegenden Eingriff in die Freiheitsrechte darstellen und auf Patientenseite mit starken Belastungen bis hin zur Traumatisierung einhergehen können.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ob Zwangsmedikationen im Indikator berücksichtigt werden sollen</li> <li>▪ ob das Festhalten zur Immobilisierung als Zwangsmaßnahme zu verstehen ist</li> </ul> <p>Es wurden keine weiteren Varianten gebildet.</p> <p>Zwangsmedikationen, entweder richterlich angeordnet oder aufgrund eines rechtfertigenden Notstands, sind aus Sicht der Experten mit Zwangsmaßnahmen zur körperlichen Fixierung oder Isolation nicht gleichzusetzen. Sie sollten aufgrund dessen nicht in einem Indikator zusammen erfasst werden. Zwangsmedikationen treten zum einen selten auf und würden, wenn sie mit Fixierung oder Isolierung zusammen erfasst würden, kaum Beachtung finden. Dies würde ihrer Bedeutung nicht gerecht. Das Panel verständigte sich daher darauf, Zwangsmedikationen in einem eigenständigen Indikator zu erfassen (ID 61). Fixierungen, die zur Gabe von Zwangsmedikationen durchgeführt werden, sollen jedoch als Fixierung in dem vorliegenden Indikator berücksichtigt werden.</p> <p>Die Experten diskutierten, inwieweit Immobilisieren durch Festhalten ebenfalls als eine Zwangsmaßnahme im Indikator berücksichtigt werden sollte. Immobilisieren durch Festhalten kann als Deeskalationsmaßnahme zum Vermeiden anderer Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Dabei ist die Dauer der Immobilisierung durch Festhalten deutlich kürzer als die damit vermiedene Zwangsmaßnahme (Fixierung oder Isolierung). Auch sollte während der Immobilisierung viel mit dem Patienten kommuniziert werden, was das Vertrauen der Patienten in das Personal unterstützt. Die Experten hatten daher Bedenken, Immobilisierungen durch Festhalten in dem Indikator zu berücksichtigen, da diese Maßnahme zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eingesetzt wird und durch den Indikator Fehlanreize gesetzt werden könnten. Da es sich aber beim Immobilisieren durch Festhalten faktisch um eine Maßnahmen handelt, die die Bewegungsfreiheit des Patienten gegen seinen Willen einschränkt, haben sich die Experten entschieden, Immobilisierung durch Festhalten im Indikator zu erfassen. Die Datenfelder für die Berechnung wurden daher durch die Frage ergänzt: Wurde ein Patient einmal oder mehrfach durch Festhalten immobilisiert?</p>
Würdigung	<p>Dieser Ergebnisindikator erfasst von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten und spiegelt somit einen Aspekt der Patientensicherheit wider. Aufgrund des mit einer Zwangsmaßnahme einhergehenden schwerwiegenden Eingriffs in die Autonomie des Patienten und der fortwährenden Diskussion um die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen ist dieser Indikator für das vorliegende Indikatorenset sehr bedeutend.</p> <p>Der Indikator soll die stationären Leistungserbringer durch die vergleichende Darstellung dazu motivieren, die eigene Praxis in Bezug auf Zwangsmaßnahmen zu hinterfragen.</p> <p>Mögliche Konsequenzen, die mit diesem Indikator einhergehen können, sind eine Verbesserung der Behandlungsqualität in Bezug auf Patientorientierung und auf andere zwangsmaßnahmenvermeidende Interventionen, Fortbildungen zu Deeskalationsmaßnahmen oder Programme zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen. Ziel ist</p>

Indikator-ID 36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
	<p>jeweils, auftretende kritische Situationen zu lösen, ohne dass Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden müssen. Dabei ist hervorzuheben, dass dieser Indikator, keine Aussagen zur Indikation von Zwangsmaßnahmen machen soll, da in jedem Einzelfall einer Zwangsmaßnahme die rechtliche Grundlage vorliegen muss. Somit ist der Referenzbereich nicht als Auffälligkeitskriterium für strafrechtliche Verstöße zu interpretieren. Auffälligkeiten von Einrichtungen, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, können im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geklärt werden. Der Indikator ist ein „Standardindikator“ in internationalen Indikatorensets zur Qualität in der Psychiatrie. Dementsprechend ist er in der Praxis gut etabliert und bietet gute internationale Vergleichsmöglichkeiten. Auch in Deutschland wird ein ähnlicher Indikator im Rahmen des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie bereits in einigen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erhoben und vergleichend ausgewertet.</p> <p>Zu Beachten sind mögliche Fehlanreize, die eine Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen könnte. Es könnte beispielsweise dazu kommen, dass weniger Zwangsmaßnahmen als nötig eingesetzt werden. Dies könnte die Sicherheit des Patienten sowie anderer Personen auf der Station gefährden. Darüber hinaus kann der Indikator dazu führen, dass Einrichtungen ohne Pflichtversorgung Patienten bewusst nach ihrer Schwere der Erkrankung selektieren und es somit zu einer Verzerrung des Indikators kommen könnte.</p>

Indikator-ID 39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
Beschreibung	Der Indikator misst die durchschnittliche kumulative Gesamtzeit, während der ein Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb eines stationären Aufenthalts Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) ausgesetzt ist.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Gesamtdauer aller einzelnen Zwangsmaßnahmen.</p> <p>Die Panelexperten erachteten einen Indikator zur Dauer von Zwangsmaßnahmen als wichtig, da er zeigt, inwiefern Kliniken es schaffen, Zwangsmaßnahmen schnell wieder aufzulösen.</p> <p>Zunächst wurden den Experten 3 Indikatoren zur Dauer von Zwangsmaßnahmen vorgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ durchschnittliche Dauer einer einzelnen Zwangsmaßnahme</li> <li>▪ die kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall</li> <li>▪ der Anteil der Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen an der gesamten Aufenthaltsdauer aller Fälle</li> </ul> <p>Alle Indikatoren wurden von den Experten zunächst nicht als <i>relevant</i> bewertet. Im Rahmen der Bewertungsrunde 2 haben die Experten die Dauer von Zwangsmaßnahmen als Indikator wieder aufgegriffen und einen Indikator mit 2 Varianten definiert und anschließend als relevant und praktikabel bewertet.</p> <p>Nach Meinung der Experten ist die durchschnittliche Dauer einer einzelnen Zwangsmaßnahme nicht aussagekräftig, da hier keine Aussage zum Ausmaß von Zwangsmaßnahmen für den einzelnen Fall getroffen werden könne. Im Durchschnitt kann eine Zwangsmaßnahme nur kurz andauern, aber der Patient kann mehrmals während des Aufenthaltes fixiert, isoliert oder immobilisiert werden. Dies würde über den Indikator nicht erfasst werden. Mit dem Indikator zur kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen pro betroffenen Fall kann dies berücksichtigt werden. Somit lässt der Indikator, unabhängig ob eine längere oder mehrere kurze Zwangsmaßnahmen erfol-</p>

Indikator-ID 39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
	<p>gen, eine Aussage zum Ausmaß von Zwangsmaßnahmen zu. Der Indikator, der die Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen als Anteil an der gesamten Aufenthaltsdauer aller Fälle erfasst, erschien den Experten nicht geeignet, um das Ausmaß von Zwangsmaßnahmen für den einzelnen Fall abzubilden.</p> <p>Als Ergebnis wurde die kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall als am relevantesten bewertet.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator misst, wie lange ein Patient während seines stationären Aufenthalts Zwangsmaßnahmen ausgesetzt ist und spiegelt somit einen Aspekt der Patientensicherheit wider.</p> <p>Aufgrund des mit einer Zwangsmaßnahme einhergehenden schwerwiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte und der fortwährenden Diskussion um die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen ist dieser Indikator für das vorliegende Indikatorenset sehr bedeutend.</p> <p>Eine mögliche Konsequenz, die mit diesem Indikator einhergehen kann, ist eine Sensibilisierung des Personals dafür, Patienten möglichst schnell wieder aus Zwangsmaßnahmen herauszuholen.</p> <p>Durch die Erfassung der Dauer von Zwangsmaßnahmen über den gesamten stationären Aufenthalt wird berücksichtigt, dass Patienten während ihres Aufenthaltes mehrfach Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden können.</p> <p>Bei einer eventuellen Entwicklung einer Risikoadjustierung für diesen Indikator sollte die stationäre Verweildauer berücksichtigt werden. Bei einer längeren Verweildauer kann ein Patient auch häufiger Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden, sodass die Verweildauer ein wichtiger Parameter für eine Risikoadjustierung darstellen würde.</p> <p>Zu beachten sind mögliche Fehlanreize, die eine Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen könnte. Es könnte beispielsweise dazu kommen, dass weniger, eigentlich notwendige Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden oder dass Zwangsmaßnahmen vorzeitig beendet werden. Dies könnte die Sicherheit des Patienten sowie anderer Personen auf der Station gefährden. Darüber hinaus kann der Indikator dazu führen, dass Einrichtungen ohne Pflichtversorgung Patienten bewusst nach ihrer Schwere der Erkrankung selektieren und es somit zu einer Verzerrung des Indikators kommen könnte.</p>

Indikator-ID 41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Betreuung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während Zwangsmaßnahmen (Fixierungen und Isolierungen).
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst alle Fixierungen und Isolierungen mit kontinuierlicher 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die Betreuung bei Zwangsmaßnahmen adressiert, die in der gegenwärtigen Praxis in vielen Fällen als unzureichend wahrgenommen wird, aber aufgrund von möglichen schwerwiegenden Komplikationen (bis hin zum Versterben des Patienten) von den Experten als notwendig erachtet wird.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ob eine halbstündliche Überwachung von Zwangsmaßnahmen ausreichend ist oder ob eine kontinuierliche 1:1-Betreuung stattfinden sollte</li> <li>▪ das für die Betreuung einzusetzende Personal</li> </ul> <p>Es wurde neben dem Ursprungsindikator eine Variante gebildet.</p>



Indikator-ID 4 1 a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
	<p>Laut Paneelexperten ist eine halbstündliche Überwachung von Zwangsmaßnahmen nicht ausreichend. Wegen möglicher schwerwiegender Komplikationen ist aus Sicht der Experten eine durchgängige Betreuung erforderlich. Dadurch kann ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sichergestellt werden, zudem kann jederzeit auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden und das frühzeitige Auflösen von Zwangsmaßnahmen gefördert werden. Die Leitlinien sehen eine durchgehende Begleitung aller Zwangsmaßnahmen vor, und zwar durch eine Pflegefachperson. Es ist den Experten wichtig, im Indikator festzuhalten, dass die 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen erfolgen muss. Würde dies im Indikator nicht festgehalten werden, wird zugelassen, dass diese Aufgabe von anderem, geringer qualifizierten Personal ausgeführt werden kann (z.B. Hilfskräfte). Dadurch besteht die Gefahr, dass mögliche Komplikationen nicht rechtzeitig erkannt werden und nicht adäquat reagiert werden kann. In Anbetracht der Risiken und Komplikationen bei Zwangsmaßnahmen ist die Betreuung durch Pflegefachpersonen gerechtfertigt und sollte auch dementsprechend im Indikator umgesetzt werden. Im Klinikalltag ist eine kontinuierliche 1:1-Betreuung zwar theoretisch selbstverständlich, jedoch wird sie oftmals nicht umgesetzt.</p> <p>Die Experten sprachen sich während der Diskussion dafür aus, in diesem Indikator nur Fixierungen und Isolierungen zu berücksichtigen, da bei Immobilisieren durch Festhalten mindestens ein Mitarbeiter anwesend ist, um die Maßnahme durchzuführen.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator erfasst die Betreuung von Patienten während Zwangsmaßnahmen und spiegelt somit einen Aspekt der Patientensicherheit wider.</p> <p>Aufgrund des mit einer Zwangsbehandlung einhergehenden schwerwiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte und der fortwährenden Diskussion um die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen ist dieser Indikator für das vorliegende Indikatorenset sehr bedeutend.</p> <p>Mit diesem Indikator wird die Verbesserung der Betreuungssituation von Patienten bei Zwangsmaßnahmen angestrebt. Dies umfasst zum einen eine kontinuierliche 1:1-Betreuung und zum anderen eine Betreuung durch entsprechend qualifizierte Personen. Mögliche auftretende Komplikationen bei Zwangsmaßnahmen, wie Strangulation und Asphyxie können damit vermieden werden und die emotionale Belastung möglicherweise verringert werden. Auch ein frühzeitiges Auflösen der Zwangsmaßnahme kann durch diesen Indikator gefördert werden. Darüber hinaus kann auf die Bedürfnisse der Patienten bei einer kontinuierlichen Betreuung rechtzeitig eingegangen werden und ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sichergestellt werden.</p> <p>Zu beachten sind mögliche Fehlanreize, die eine Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen könnte. Es könnte beispielsweise dazu kommen, dass weniger, eigentlich notwendige Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden oder dass Zwangsmaßnahmen vorzeitig beendet werden, da nicht ausreichend Personal zur Betreuung vorhanden ist. Dies könnte die Sicherheit des Patienten sowie anderer Personen auf der Station gefährden. Darüber hinaus kann der Indikator dazu führen, dass Einrichtungen ohne Pflichtversorgung Patienten bewusst nach ihrer Schwere der Erkrankung selektieren und es somit zu einer Verzerrung des Indikators kommen könnte.</p>

Indikator-ID 43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
Beschreibung	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen, oder gesetzlichen Betreuern in die stationäre Behandlung.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, die Angehörige, Bezugspersonen oder einen gesetzlichen Betreuer haben; der Zähler erfasst alle Fälle, bei denen innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer erfolgte.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da Angehörige eine wichtige Unterstützung für Patienten sein können. Angehörige sollten regelhaft, und besonders in Krisensituationen frühzeitig, in die Versorgung einbezogen werden.</p> <p>Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berücksichtigung des gesetzlichen Betreuers</li> <li>▪ Patienten ohne Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuer</li> <li>▪ Patient lehnt Gespräch ab</li> <li>▪ Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht</li> <li>▪ Zeitraum des therapiebezogenen Gesprächs von 72 Stunden nach Aufnahme</li> </ul> <p>Im Rahmen der Bewertungsrunde 1 wurden 2 Varianten gebildet.</p> <p>Die Experten diskutierten, ob der gesetzliche Betreuer in den Zähler des Indikators eingeschlossen werden sollte. Gesetzliche Betreuer, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, müssen in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Daher müsste der gesetzliche Betreuer nicht explizit in dem Indikator berücksichtigt werden. Andererseits können gesetzliche Betreuer durchaus auch von der Gesundheitsversorgung ausgenommen sein und könnten trotzdem ein geeigneter Ansprechpartner des Patienten sein. Da der Indikator durch den Einbezug von gesetzlichen Betreuern, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, nicht verzerrt wird, haben sich die Experten entschieden, gesetzliche Betreuer als mögliche Personen zur Abstimmung der Behandlungsplanung im Indikator zu berücksichtigen.</p> <p>Die Experten führten darüber hinaus an, dass es Patienten gibt, die keine Angehörigen oder Bezugspersonen haben und keinen gesetzlichen Betreuer benötigen. Dies sollte bei der Operationalisierung berücksichtigt werden, indem diese Patienten aus dem Indikator ausgeschlossen werden.</p> <p>Den Experten war es des Weiteren wichtig, dass der Indikator die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zulassen muss. Patienten müssen ein therapiebezogenes Gespräch mit ihren Angehörigen, ihren Bezugspersonen oder ihrem gesetzlichen Betreuer (soweit nicht verantwortlich für die Gesundheitsversorgung) ablehnen dürfen. Daraufhin wurde vorgeschlagen, auch diese Fälle aus dem Indikator auszuschließen.</p> <p>Im Rahmen der Bewertungsrunde 2 wurde diskutiert, ob die Zeitvorgabe von 72 Stunden nach Aufnahme für ein therapiebezogenes Gespräch ein geeigneter Zeitraum ist. Einerseits gibt es Fälle, bei denen Angehörige, Bezugspersonen bzw. der gesetzliche Betreuer umgehend nach Aufnahme hinzugezogen werden sollten. Andererseits sind diese nicht immer umgehend zu erreichen oder können kurzfristig kein Gespräch mit der stationären Einrichtung realisieren. Nach Abwägung möglicher anderer Zeitvorgaben haben sich die Experten entschieden, die 72 Stunden aus dem Originalindikator beizubehalten.</p>
Würdigung	Der Indikator erfasst, ob Angehörige, Bezugspersonen oder der gesetzliche Betreuer frühzeitig nach einer stationären Aufnahme kontaktiert und in die Behandlungsplanung einbezogen wurden. Hierfür sollte die stationäre Einrichtung innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer durchführen. In diesem Gespräch sollte die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert, die Behandlung abgestimmt und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können.

Indikator-ID 43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
	<p>Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p>Mit dem Indikator kann der Einbezug der Angehörigen, Bezugspersonen oder der gesetzlichen Betreuer in die stationäre Versorgung gefördert werden und die stationären Einrichtungen dazu angehalten werden, frühzeitig die Behandlungsplanung abzustimmen sowie relevante Informationen von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern zu erfragen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p>In der Definition des Indikators wurde versucht, soweit wie möglich zu berücksichtigen, dass manche Patienten keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben und dass einige Patienten solche Gespräche nicht wünschen. Ebenso wurde sichergestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden kann.</p> <p>In dem Indikator kann nicht erfasst werden, inwieweit sich Angehörige in die Behandlungsplanung einbezogen fühlen. Hierfür ist eine Angehörigenbefragung notwendig.</p>

Indikator-ID 61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmedikation betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle mit mindestens einer Zwangsmedikation.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er Zwangsmedikationen adressiert, die einen schwerwiegenden Eingriff in die Freiheitsrechte darstellen und auf Patientenseite mit einer starken Belastungssituation und langwierigen negativen Emotionen einhergehen können.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integration von Zwangsmedikationen im Indikator 36 (Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten) oder Erfassung in eigenem Indikator</li> <li>▪ Differenzierung zwischen Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Genehmigung und aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes</li> </ul> <p>Zwangsmedikationen, entweder richterlich angeordnet oder aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes, sind aus Sicht der Experten mit Zwangsmaßnahmen zur körperlichen Fixierung oder Isolation nicht gleichzusetzen. Sie sollten aufgrund dessen nicht in einem Indikator zusammen erfasst werden. Zwangsmedikationen treten selten auf und würden, wenn sie mit Fixierung oder Isolierung zusammen erfasst würden, kaum Beachtung finden. Dies würde ihrer Bedeutung nicht gerecht. Das Panel verständigte sich daher darauf, Zwangsmedikationen in einem eigenständigen Indikator zu erfassen. Fixierungen, die zur Gabe von Zwangsmedikationen durchgeführt werden, sollen jedoch als Fixierung in dem vorliegenden Indikator berücksichtigt werden. Konsens ist, dass sowohl die Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Genehmigung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes mit im Indikator erfasst werden sollen, da Kliniken nicht ohne Begründung eine Zwangsmedikation ansetzen dürfen.</p> <p>Zur Diskussion, ob Zwangsmedikationen aufgrund einer richterlichen Anordnung oder aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes getrennt erfasst werden sollten, wiesen die Experten darauf hin, dass die mit rechtfertigendem Notstand begründete Zwangsmedikation eine Aussage über die Klinik ermöglicht, die Einrichtungen hingegen keinen Einfluss auf richterlich angeordnete Zwangsmedikationen haben. Die Diskussion zeigt, dass die Differenzierung wünschenswert wäre, da eine Differenzie-</p>

Indikator-ID 61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
	<p>zung im Indikator auch zu einer differenzierten Erfassung im Krankenhausinformationssystem führen könnte. Die Experten haben sich jedoch gegen eine Differenzierung des Indikators entschieden, da eine Differenzierung zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen verursacht, ohne Informationsgewinn für den Indikator.</p>
Würdigung	<p>Dieser Ergebnisindikator erfasst von Zwangsmedikationen betroffene Patienten und spiegelt somit einen Aspekt der Patientensicherheit wider.</p> <p>Aufgrund des mit einer Zwangsmedikation einhergehenden schwerwiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte und der fortwährenden Diskussion um die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen ist dieser Indikator für das vorliegende Indikatorenset sehr bedeutend.</p> <p>Mit dem Indikator sollen die Leistungserbringer für Zwangsmedikationen sensibilisiert werden und mithilfe spezifischer Maßnahmen sollen Situationen vermieden werden, in denen Zwangsmedikationen angewandt werden. Zu diesen Maßnahmen können vertrauensbildende Maßnahmen zur Förderung der Behandlungcompliance zählen, Maßnahmen zur rechtzeitigen Deeskalation oder die Schaffung einer guten therapeutischen Atmosphäre der Einrichtung.</p> <p>Dabei ist hervorzuheben, dass dieser Indikator keine Aussagen zur Indikation von Zwangsmedikationen machen soll, da in jedem Einzelfall einer Zwangsmedikation die rechtliche Grundlage vorliegen muss. Somit ist der Referenzbereich nicht als Auffälligkeitskriterium für strafrechtliche Verstöße zu interpretieren. Auffälligkeiten von Einrichtungen, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, können im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geklärt werden.</p> <p>Zu beachten sind mögliche Fehlanreize, die eine Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen könnte. Es könnte beispielsweise dazu kommen, dass weniger Zwangsmedikation als eigentlich nötig eingesetzt wird. Dies könnte die Sicherheit des Patienten sowie anderer Personen auf der Station gefährden. Darüber hinaus kann der Indikator dazu führen, dass Einrichtungen ohne Pflichtversorgung Patienten bewusst nach ihrer Schwere der Erkrankung selektieren und es somit zu einer Verzerrung des Indikators kommen könnte.</p>

Indikator-ID 62	Unterbringung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 untergebracht sind.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle, die während ihres stationären Aufenthaltes untergebracht waren.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da Unterbringungen bei Betroffenen schwere psychische und soziale Belastungen hervorrufen können, wie Traumatisierung oder die Ablehnung weiterer psychiatrischer Hilfen.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ inwieweit der Indikator ein Qualitätsmerkmal einer Einrichtung sein kann</li> <li>▪ ob eine Differenzierung nach richterlich verfügter Aufnahme („Zwangsaufnahme“) und der Verfügung der Unterbringung während eines Klinikaufenthaltes erfolgen sollte</li> </ul> <p>Einige Panelexperten waren der Meinung, dass der Indikator nicht die Qualität eines Krankenhauses messen kann, da ein Krankenhaus v.a. bei gerichtlich verfügten Aufnahmen kaum Einfluss auf eine Unterbringung hat. Unterbringungen sind eher ein Indikator für die gesamte psychiatrische Versorgung einer Region und eher ein sektorenübergreifendes und regionales epidemiologisches Merkmal. Sie werden beeinflusst vom Handeln und Zusammenspiel diverser Akteure sowie des unterschiedlichen Landesrechts (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz). Aus diesem Grund sahen es einige Experten kritisch, wenn das Ergebnis dieses Indikators einem einzelnen Akteur, hier den Krankenhäusern, zurückgespiegelt wird. Der Indikator soll dennoch erfasst werden, da Informationen bzgl. Unterbringungen bislang im Gesundheitswesen nicht bundesweit einheitlich vorliegen.</p> <p>Eine Differenzierung nach richterlich verfügten Aufnahmen und der Verfügung der Unterbringung während eines Klinikaufenthaltes wurde von den Experten für die Aussage des Indikators als nicht notwendig erachtet.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst gerichtliche Unterbringungen und spiegelt damit einen Aspekt der Patientensicherheit wider.</p> <p>Mit dem Indikator können Angaben zur Unterbringung von Patienten mit einer F2-Diagnose erfasst werden und die Einrichtungen für Unterbringungen sensibilisiert werden.</p> <p>Unterschiede zwischen Einrichtungen in Bezug auf diesen Indikator können nur in einem geringen Maß Hinweise auf eine unterschiedliche Qualität der Einrichtungen geben, da die Ursachen für Unterbringungen multifaktoriell sind und somit nicht eindeutig einer Einrichtung zuzuschreiben sind. Dies sollte bei der Bewertung der Ergebnisse dieses Indikators bei Einrichtungen individuell berücksichtigt werden.</p> <p>Obwohl Einrichtungen kaum Einfluss auf gerichtlich verfügte Aufnahmen haben, könnte dieser Indikator Anreize für Einrichtungen setzen, Verfügungen von Unterbringungen während eines Krankenhausaufenthaltes zu vermeiden.</p> <p>In diesem Indikator sollen sowohl Unterbringungen gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch bzw. dem Betreuungsrecht als auch gemäß dem jeweils geltenden Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz) erfasst werden. Daher sind bei der Bewertung der Indikatorergebnisse die unterschiedlichen Landesgesetzgebungen (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz) zu berücksichtigen.</p>

Indikator-ID 77a	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
Beschreibung	Der Indikator misst die systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen während des stationären Aufenthalts bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfasst wurden.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da er die im Krankenhaus auftretenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen von psychotropen Wirkstoffen erfasst und das Personal hierfür sensibilisieren kann. Ziel ist es, bei der Gabe von unterschiedlichen Wirkstoffen auf ein akzeptables Nebenwirkungsprofil zu achten. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass Patienten von sich aus nicht alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen ansprechen würden und damit ein systematisches, gezieltes Nachfragen notwendig ist.</p> <p>Diskutiert wurde von den Experten, wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen am sinnvollsten zu erheben sind. Die Diskussion zeigte, dass eine systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen am besten über standardisierte Instrumente erfolgen sollte. Die Stärke der Arzneimittelwirkung wurde ebenfalls als wichtig erachtet, was das gewählte Instrument berücksichtigen sollte. Ein konkretes Instrument zur Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen im Rahmen dieses Indikators soll den Kliniken jedoch nicht vorgeschrieben werden; hier sollen die Kliniken selbst die Entscheidung für ein bestimmtes Instrument treffen können.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator misst bei Patienten, die psychotrope Wirkstoffe erhalten, ob unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfasst wurden und bildet somit einen Aspekt der Patientensicherheit ab. Ziel dieses Indikators ist es, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen so gut wie möglich erfasst werden, um darauf aufbauend – falls nötig – Strategien zu entwickeln, diese zu minimieren. Dies kann geschehen, indem auf andere Arzneimittel umgestellt wird, nicht unbedingt notwendige Kombinationstherapien reduziert werden, die Behandlung mit psychotropen Wirkstoffen strukturiert oder ein systematisches und therapeutisches Drug-Monitoring etabliert wird.</p> <p>Die Grenzen des Indikators sind darin zu sehen, dass er nur misst, ob die unerwünschten Arzneimittelwirkungen systematisch erfasst wurden. Welche unerwünschten Arzneimittelwirkungen tatsächlich bei den Patienten aufgetreten sind, wird nicht erfasst. Um einen solchen Indikator einrichtungsübergreifend vergleichen zu können, müsste ein einheitliches Instrument eingesetzt werden. Auch die Maßnahmen, die zur Behebung oder Minderung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen eingesetzt werden, werden durch diesen Indikator nicht erfasst.</p>

Indikator-ID 80	Nachbesprechung Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob Zwangsmaßnahmen mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen werden.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst alle Zwangsmaßnahmen, die mit dem betroffenen Patienten und unter Einbezug von an der Zwangsmaßnahme Beteiligten nachbesprochen wurden.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da Patienten, die einer Zwangsmaßnahme ausgesetzt waren, die Möglichkeit gegeben werden sollte, ihre Meinung dazu zu äußern und ihre Erfahrungen zu diskutieren.</p> <p>Die Experten sprachen sich zunächst dafür aus, dass bei diesen Nachbesprechungen alle Personen, die an der Situation beteiligt waren, teilnehmen sollten. Im Zuge der Diskussion der Praktikabilität haben die Experten jedoch hervorgehoben, dass dies in der Praxis in den meisten Fällen nicht umgesetzt werden könne. Die Experten haben sich daraufhin entschieden, die Nachbesprechungen so zu definieren, dass der Patient und an der Zwangsmaßnahme beteiligte Personen (nicht alle beteiligten Personen) an der Nachbesprechung teilnehmen sollen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst das Nachbesprechen von Zwangsmaßnahmen und spiegelt damit einen Aspekt der Patientensicherheit wider.</p> <p>Aufgrund des mit einer Zwangsmaßnahme einhergehenden schwerwiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte und der fortwährenden Diskussion um die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen ist dieser Indikator für das vorliegende Indikatorenset sehr bedeutend.</p> <p>Eine mögliche Konsequenz, die sich aus diesem Indikator ergeben könnte, ist, dass das Personal dafür sensibilisiert werden kann, mit Patienten in einen Erfahrungsaustausch und Dialog über die zurückliegende Zwangsmaßnahme einzutreten und gemeinsam mit dem Patienten Strategien zu entwickeln, wie zukünftige Zwangsmaßnahmen vermieden werden können.</p>

Indikator-ID 85	Muttersprachliche Kommunikation
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen muttersprachliche Kommunikation angeboten wurde.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit deutlich eingeschränkten Sprachkenntnissen; der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle, denen muttersprachliche Kommunikation bei Bedarf angeboten wurde.</p> <p>Die Panelexperten erachteten diesen Indikator als wichtig, da alle Patienten in die für sie relevanten Versorgungsentscheidungen mit einbezogen werden sollten. Sprachbarrieren können dazu führen, dass Patienten keine selbstbestimmten Entscheidungen treffen können, da sie die dafür relevanten Informationen bzgl. der Erkrankung nicht verstehen. Eine muttersprachliche Kommunikation sollte aus diesem Grund zumindest in therapierelevanten Situationen, wie der stationären Aufnahme, Therapieplanung und Entlassung sowie in Krisensituationen ermöglicht werden.</p> <p>Diskutiert wurde von den Experten, ob ein Dolmetschereinsatz innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden muss. Die Diskussion brachte zum Ausdruck, dass ein Dolmetschereinsatz oftmals sehr kostspielig ist und in den ersten 24 Stunden nach Aufnahme von den Kliniken auch nicht garantiert werden kann. Im Gegensatz dazu wird betont, dass in vielen Kliniken eine Reihe von Mitarbeitern mit Kenntnissen in den gängigen Sprachen beschäftigt ist und zur Kommunikation rasch über Listen hinzugezogen werden könnten. Damit könnten außer der wichtigen Aufnahmesituation auch krisenhafte Episoden kommunikativ abgedeckt und krankheitsrelevante Belange besprochen werden. Allerdings sei dies in Krankenhäusern in ländlichen Regionen deutlich schwerer zu realisieren als in Großstädten. Als Konsens wurde folgende Frage in der Spezifizierung dieses Indikators aufgenommen: Muttersprachliche Kommunikation konnte bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden.</p>
Würdigung	<p>Die muttersprachliche Kommunikation spiegelt einen Aspekt der Patientenorientierung wider. Für Patienten mit eingeschränkten Sprachkenntnissen ist es wichtig, dass sie die für sie relevanten Informationen in ihrer Muttersprache erhalten, damit sie an Behandlungsentscheidungen teilhaben können. Eine Beteiligung im Sinne eines Shared-Decision-Making fördert die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten und darüber hinaus auch seine Zufriedenheit.</p> <p>Die Grenzen des Indikators sind darin zu sehen, dass eine systematische Beurteilung der Sprachkenntnisse, z.B. anhand der Sprachniveau Globalskala grundsätzlich möglich wäre, im klinischen Alltag in keiner Hinsicht praktikabel ist. Es bleibt dem Personal damit selbst überlassen zu entscheiden, wann eine muttersprachliche Kommunikation ermöglicht werden muss. Darüber hinaus sind kleinere Kliniken im Nachteil gegenüber großen Kliniken, da in kleineren Kliniken weniger Mitarbeiter beschäftigt sind und damit auch die Sprachvielfalt tendenziell geringer ist als in großen Kliniken.</p> <p>Eine gewisse Begrenzung erfährt der Indikator darin, dass die Bereitstellung einer muttersprachlichen Kommunikationsmöglichkeit keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.</p>



<b>Indikator-ID 103</b>	<b>Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung</b>
Beschreibung	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die Entlassungsplanung.
Paneldiskussion	<p>Der Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation in stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Aufnahme-diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10; der Zähler erfasst Patienten, bei denen ein therapiebezogenes Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer mindestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte.</p> <p>Der Indikator wurde während des Paneltreffens zur Bewertungsrunde 2 neu definiert. Es wurden keine Varianten gebildet. Der Indikator ist aus der Diskussion des Indikators 43 (Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme) entstanden.</p> <p>Die Experten haben hervor gehoben, dass es nicht nur wichtig ist, Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer im Zusammenhang mit der stationären Aufnahme einzubeziehen. Sie sollten darüber hinaus auch rechtzeitig in die Planung der Entlassung einbezogen werden, um auf diese vorbereitet zu sein und ggf. benötigte Hilfen oder Unterstützung organisieren zu können. Von den Experten wurde ein Zeitraum, in dem das therapiebezogene Gespräch erfolgen sollte, von mindestens 72 Stunden vor Entlassung vorgeschlagen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle, bei denen mit Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern nicht frühzeitig ein therapiebezogenes Gespräch zur Entlassung stattgefunden hat.</p> <p>Mit diesem Indikator kann dargestellt werden, ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer frühzeitig über die Entlassung informiert wurden. Aufgrund der Erfassung von therapiebezogenen Gesprächen vor Entlassung wird gefordert, dass Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer nicht nur über den Entlassungstermin informiert werden, sondern die Gelegenheit haben, den Entlassungsprozess gemeinsam zu besprechen.</p> <p>Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p>In der Definition des Indikators wurde versucht, soweit wie möglich zu berücksichtigen, dass manche Patienten keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben und dass einige Patienten solche Gespräche nicht wünschen. Diese Fälle sollen aus dem Indikator ausgeschlossen werden. Mit der definierten Antwortoption, dass der Patient ein Gespräch abgelehnt hat, wird sichergestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden kann.</p> <p>Aufgrund der höchst individuellen Situation des Patienten konnten keine konkreten inhaltlichen Vorgaben für therapiebezogene Gespräche definiert werden. Dies eröffnet Interpretationsspielraum für die Einrichtungen, was als ein therapiebezogenes Gespräch erfasst werden kann. Mit der Definition des therapiebezogenen Gespräches wurde versucht, eine Abgrenzung zur bloßen Information von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern über die Entlassung des Patienten zu schaffen.</p>

Indikator-ID 104	Gesprächsangebote für Angehörige
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob auf Gesprächswünsche von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern eingegangen wird.
Paneldiskussion	<p>Der Indikator wird mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit stationären Leistungserbringern gewünscht haben; der Zähler erfasst die Fälle, bei denen kein Gespräch stattgefunden hat.</p> <p>Der Indikator wurde während des Paneltreffens zur Bewertungsrunde 2 neu definiert. Es wurden keine Varianten gebildet. Der Indikator ist aus der Diskussion des Indikators 70_a (Einbezug von Angehörigen) entstanden.</p> <p>Die Experten haben den Indikator vorgeschlagen, da in der Praxis solche Gesprächswünsche vonseiten der Leistungserbringer abgelehnt werden können. Den Experten erschien es aber wichtig, dass auch der Einbezug ausgehend von Angehörigen, Bezugspersonen bzw. dem gesetzlichen Betreuer ermöglicht wird. Die Experten haben hervor gehoben, dass dabei keine therapie- bzw. patientenbezogenen Inhalte thematisiert werden sollten, solange keine Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht vorliegt. Den Angehörigen, Bezugspersonen bzw. gesetzlichen Betreuern soll aber die Möglichkeit gegeben werden, ihre Sorgen und ihren Hilfebedarf anzusprechen und ggf. Unterstützung zu erhalten.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, inwieweit Gespräche ermöglicht werden, die von Angehörigen, Bezugspersonen bzw. gesetzlichen Betreuern gewünscht werden.</p> <p>Mit diesem Indikator können stationäre Einrichtungen für die Bedürfnisse der Angehörigen sensibilisiert werden, die im Laufe einer stationären Behandlung entstehen. Da Angehörige eine der wichtigsten Ressourcen der Patienten, v.a. in der anschließenden ambulanten Versorgung, sind, sollten diese nicht aus dem Behandlungsprozess ausgeschlossen werden.</p> <p>Der Indikator kann nicht erfassen, inwieweit die Gespräche inhaltlich den Wünschen der Angehörigen, Bezugspersonen bzw. dem gesetzlichen Betreuer entsprechen. Dies kann nur mittels einer Angehörigenbefragung erhoben werden.</p>

Indikator-ID 49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung; der Zähler erfasst die Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da pflegerisches Personal einen wichtigen Anteil an der stationären Versorgung des Patienten hat, oft eine Bezugsperson des Patienten während des stationären Aufenthalts ist und viele wichtige Leistungen erbringt, die sich nur sehr schwer und mit viel Aufwand in Indikatoren abbilden lassen würden, wie z.B. Präsenz, Kurzkontakte oder Assistenz im Alltag.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ von welchen Pflegemitarbeitern die Personentage erfasst werden sollen</li> <li>▪ ob eine Beschränkung auf geschlossene Stationen vorgenommen werden sollte.</li> </ul> <p>Insgesamt wurden 2 Varianten gebildet.</p> <p>Die Experten diskutierten, welche Pflegepersonen, im Sinne der beruflichen Qualifikation, im Indikator erfasst werden bzw. wie diese benannt werden sollten. Prinzipiell</p>

Indikator-ID 49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
	<p>waren sich die Experten einig, dass in dem Indikator Personentage von examinierten Pflegepersonen berücksichtigt werden sollten. Nicht im Indikator erfasst werden sollten Pflegekräfte ohne pflegerische Berufsausbildung. Alternativ wurde von den Experten vorgeschlagen, nur Pflegepersonen zu berücksichtigen, die eine psychiatrische Fachweiterbildung besitzen, da Personen mit dieser Qualifikation spezifisch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgebildet wurden. Da die Panelexperten beide Angaben als wichtig für die Versorgungsqualität einschätzten, wurde in der Bewertungsrunde 2 ein neuer Indikator zur fachpflegerischen Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung definiert (siehe ID 57).</p> <p>Im Rahmen der Diskussion um Pflegepersonen mit pflegerischer Berufsausbildung haben sich die Experten entschieden, den Wortlaut <i>Pflegefachpersonen</i> aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel zu übernehmen. Für stationäre Einrichtungen sei eindeutig geklärt, welche beruflichen Ausbildungen unter den Begriff der Pflegefachpersonen zu fassen sind.</p> <p>Darüber hinaus wurde diskutiert, ob der Indikator, wie ursprünglich vorgeschlagen, nur für (fakultativ) geschlossene Stationen erhoben werden sollte. Die Experten sprachen sich im Konsens gegen diese Einschränkung aus, da sie dadurch Fehlanreize für die Verteilung der Pflegefachpersonen auf den unterschiedlichen Stationen vermuten. Durch das Erfassen der Pflegefachpersonen auf geschlossenen Stationen könnten die Pflegefachpersonen weg von offenen Stationen und hin zu geschlossenen Stationen umverteilt werden und damit offene Stationen mit zu wenigen Pflegefachpersonen besetzt werden.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen und setzt sie ins Verhältnis zur Anzahl der Behandlungstage der Fälle.</p> <p>Mit diesem Indikator kann daher dargestellt werden, wie viele Pflegefachpersonen zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen auf einer Station verfügbar sind. Durch die Darstellung als Personentage werden Aspekte wie Teilzeitarbeit berücksichtigt und durch die Darstellung als Anteil an Behandlungstagen kann die Belegungssituation der einzelnen Stationen, unabhängig von der Anzahl der vorhandenen Betten, ebenfalls berücksichtigt werden.</p> <p>Pflegefachpersonen leisten einen wichtigen, oft nicht quantifizierbaren Anteil an qualitativ guter stationärer Versorgung. Nach Einschätzungen sowohl vieler Experten, die im Rahmen der Themenerschließung vom AQUA-Institut befragt wurden, als auch der Panelexperten können die qualitätsrelevanten Leistungen, wie „präsent sein“ und somit stets Kurzgespräche anbieten zu können, nur mit ausreichend ausgebildetem Personal, v.a. durch Pflegefachpersonen, geleistet werden.</p> <p>Ziel des Indikators ist es nicht einen Standard, im Sinne einer Mindestanzahl an Pflegefachpersonen, festzulegen. Es soll vielmehr verglichen werden, wie viele Pflegefachkräfte im Verhältnis zur Anzahl von Behandlungstagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorhanden sind.</p> <p>Der Indikator konnte aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands nicht zielgruppenspezifisch für alle Patienten mit einer F2-Diagnose definiert werden. Bei einer zielgruppenspezifischen Definition und Operationalisierung des Indikators müssten die Arbeitsstunden der Pflegefachpersonen einzelnen Patienten zugeordnet werden, was einen immensen Erfassungsaufwand bedeuten würde. Zudem ist eine eindeutige Zuordnung nicht immer möglich. Der Aufwand für eine zielgruppenspezifische Definition des Indikators, insbesondere für eine zielgruppenspezifische Erhebung des Indikators, steht in keinem Verhältnis zur Qualitätsinformation eines solchen Indikators.</p> <p>Somit gibt der Indikator Hinweise auf einen wichtigen Aspekt der Strukturqualität bei der Versorgung aller Patienten mit einer psychischen Erkrankung und nicht spezifisch zu Patienten mit einer F2-Diagnose.</p>

Indikator-ID 50c	Deeskalationstraining – stationär
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult wurden.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die mehr als 100 Tage im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben; der Zähler erfasst die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da mit diesem Indikator das Bewusstsein zur Schulung aller Mitarbeiter hinsichtlich des Umgangs mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation gefördert werden kann. Durch die Deeskalation von kritischen Situationen soll das Vertrauen des Patienten in die Mitarbeiter erhalten bleiben und Zwangsmaßnahmen bzw. Zwangsmedikationen vermieden werden.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Zeitraum, innerhalb dessen eine Auffrischung mindestens erfolgen sollte</li> <li>▪ welche Mitarbeiter im Indikator erfasst werden sollen</li> <li>▪ welche Stationen im Indikator erfasst werden sollen</li> </ul> <p>Insgesamt wurden 3 Indikatorvarianten gebildet.</p> <p>Die Experten diskutierten den Zeitraum, in dem eine Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation erfolgen sollte. Da es keine Evidenz für einen geeigneten Zeitraum gibt, haben sich die Experten in ihrer Entscheidung an der gegenwärtigen Praxis orientiert und an dem, was ihrer Einschätzung nach von den stationären Einrichtungen geleistet werden kann. Die Experten schätzten aus ihrer praktischen Erfahrung heraus einen Zeitraum von 2 Jahren als nicht realistisch ein und haben sich daher für den Zeitraum von 3 Jahren, innerhalb dessen eine Auffrischung mindestens erfolgen sollte, entschieden.</p> <p>Darüber hinaus plädierten die Experten dafür, dass alle Mitarbeiter einer Station, die viel Patientenkontakt haben, ein entsprechendes Training bzw. eine Auffrischung erhalten sollten, nicht nur Pflegekräfte und Ärzte. Es ist nicht einzuschätzen, wann und in welchen Situationen Deeskalationsmaßnahmen notwendig sein können. Daher sollten alle Mitarbeiter, die häufig Kontakt mit Patienten haben, in der Lage sein, kritische Situationen zu deeskalieren. Die Experten einigten sich darauf, alle pflegerisch-therapeutische Mitarbeiter (Ärzte, Pflegekräfte und andere Therapeuten) im Indikator zu berücksichtigen.</p> <p>Für die ursprünglich vorgesehene Einschränkung des Indikators auf akutpsychiatrische Stationen sahen die Experten keine triftige Begründung. Die Panelexperten befürchteten, dass durch diese Einschränkung des Indikators Fehlanreize dahingehend gesetzt werden könnten, dass auf anderen psychiatrischen Stationen die Mitarbeiter nicht hinsichtlich des Umgangs mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult werden.</p> <p>Die Panelexperten hoben hervor, dass es wichtig sei, einige inhaltliche Anforderungen an die im Indikator erfragten Trainings bzw. Auffrischungen zu stellen. Im Rahmen der Operationalisierung des Indikators wurden daraufhin Anforderungen an die Trainings bzw. Auffrischungen formuliert.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, wie viele Mitarbeiter nicht alle 3 Jahre im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult wurden.</p> <p>Mit diesem Indikator kann erfasst werden, inwieweit die stationären Einrichtungen ihre Mitarbeiter von psychiatrischen Stationen regelmäßig im Umgang mit kritischen</p>

<b>Indikator-ID 50c</b>	<b>Deeskalationstraining – stationär</b>
	<p>Situationen bzw. deren Deeskalation schulen. Durch das Training bzw. die Auffrischung sollen restriktive Maßnahmen vermieden werden, und die Mitarbeiter sollen durch geeignetes Kommunikationstraining angeleitet werden, während Krisenphasen das Vertrauen des Patienten in die Mitarbeiter aufrechtzuerhalten.</p> <p>Im Indikator werden Mitarbeiter ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Tage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben, was in etwa einem halben Arbeitsjahr entspricht. Damit wird den stationären Einrichtungen etwa ein halbes Jahr Zeit zugesprochen, neue Mitarbeiter im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation zu schulen. Es werden dadurch auch Mitarbeiter ausgeschlossen, die nur vorübergehend auf psychiatrischen Stationen arbeiten.</p> <p>Der Indikator konnte nicht zielgruppenspezifisch definiert werden, da die Mitarbeiter Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen behandeln. Somit gibt der Indikator Hinweise auf einen wichtigen Aspekt der Strukturqualität bei der Versorgung aller Patienten mit einer psychischen Erkrankung und nicht spezifisch zu Patienten mit einer F2-Diagnose.</p>

<b>Indikator-ID 57</b>	<b>Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung</b>
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in stationären Einrichtungen erhoben. Der Nenner umfasst die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung; der Zähler erfasst die Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung.</p> <p>Der Indikator wurde während des Paneltreffens zur Bewertungsrunde 2 neu definiert. Es wurden keine Varianten gebildet.</p> <p>Die Experten haben sich zur Definition dieses Indikators entschieden, da es neben dem Verhältnis von Pflegefachkräften zu Behandlungstagen den Experten ebenfalls wichtig war, das Verhältnis von Pflegefachkräften mit psychiatrischer Fachweiterbildung zu Behandlungstagen zu erfassen. Die Experten begründeten dies mit dem möglichen Anreiz des Indikators, mehr Fachpersonal auf psychiatrischen Stationen zu etablieren, besonders in Hinblick auf das Außerkräfttreten der Psych-PV. Auch ist aus Sicht der Experten die Versorgung durch Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung notwendig, um Patienten Kurzkontakte zu qualifiziertem Personal zu ermöglichen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung und setzt sie ins Verhältnis zur Anzahl der Behandlungstage der Fälle.</p> <p>Mit diesem Indikator kann daher dargestellt werden, wie viele Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen auf Station sind. Durch die Darstellung als Personentage werden Aspekte wie Teilzeit berücksichtigt; durch die Darstellung als Anteil an Behandlungstagen kann die Belegungssituation der einzelnen Stationen, unabhängig von der Anzahl der vorhandenen Betten, ebenfalls berücksichtigt werden.</p> <p>Pflegefachpersonen leisten einen wichtigen, oft nicht quantifizierbaren Anteil an qualitativ guter stationärer Versorgung. Nach Einschätzungen sowohl vieler Experten, die im Rahmen der Themenerschließung vom AQUA-Institut befragt wurden, als auch der Panelexperten können die qualitätsrelevanten Leistungen, wie „präsent sein“ und somit stets Kurzgespräche anbieten zu können, nur mit ausreichend ausgebildeten Personal, v.a. durch Pflegefachpersonen geleistet werden. Besonders im Umgang mit</p>

<b>Indikator-ID 57</b>	<b>Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung</b>
	<p>Patienten mit einer psychischen Erkrankung sind weitere Qualifikationen wichtig, um angemessen auf den spezifischen Unterstützungs- und Betreuungsbedarf einzugehen. Ziel des Indikators ist es nicht einen Standard, im Sinne einer Mindestanzahl an Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung, festzulegen. Es soll lediglich verglichen werden, wie viele Pflegefachkräfte mit psychiatrischer Fachweiterbildung im Verhältnis zu den Behandlungstagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorhanden sind.</p> <p>Der Indikator konnte aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands nicht zielgruppenspezifisch definiert werden. Bei einer zielgruppenspezifischen Definition und Operationalisierung des Indikators müssten die Arbeitsstunden der Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung einzelnen Patienten zugeordnet werden. Abgesehen von dem sich daraus ergebenden immensen Erfassungsaufwand ist eine eindeutige Zuordnung nicht immer möglich. Der Aufwand für eine zielgruppenspezifische Definition des Indikators, insbesondere für eine zielgruppenspezifische Erhebung des Indikators, steht in keinem Verhältnis zur Qualitätsinformation eines solchen Indikators.</p> <p>Somit gibt der Indikator Hinweise darauf, inwieweit allen Patienten mit einer psychischen Erkrankung Kurzkontakte zu qualifiziertem Personal ermöglicht werden und nicht spezifisch Patienten mit einer F2-Diagnose.</p>

<b>Indikator-ID 22_a</b>	<b>Dokumentation des Körpergewichts</b>
Beschreibung	Der Indikator misst die regelmäßige Erfassung des Körpergewichts durch den Arzt.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie bei PIA erhoben. Anhand von drei Fragen werden die Gewichtserfassung und das Besprechen von relevanten Gewichtsveränderungen erhoben.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da Gewichtsveränderungen ein für den Leistungserbringer einfach zu erfassendes Anzeichen für mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein können. Große Gewichtszunahmen können nicht nur zu weiteren somatischen Erkrankungen führen, sondern können auch die Adhärenz des Patienten senken. Bei frühzeitigem Erkennen von Gewichtsveränderungen kann der ambulante Leistungserbringer z.B. mit Ernährungsberatung oder Medikamentenumstellungen zeitnah mögliche Folgen vermeiden. Der Indikator soll das Bewusstsein der ambulanten Leistungserbringer für die Bedeutung von Gewichtsveränderungen bei Patienten mit einer F2-Diagnose verstärken.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ob dieser Indikator mit anderen Indikatoren zur somatischen Versorgung in einem Indikator zusammengefasst werden könnte</li> <li>▪ Detailgrad der einzelnen Fragen zum Indikator</li> </ul> <p>Darauf beruhend wurde im Rahmen der Bewertungsrunde 2 eine Variante gebildet. Von der Zusammenfassung dieses Indikators mit anderen Indikatoren der somatischen Versorgung, explizit der Indikatoren zu weiteren Kontrolluntersuchungen, wurde nach Erläuterung der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente abgesehen. Da, anders als bei den anderen angesprochenen Indikatoren zu Kontrolluntersuchungen, keine Informationen zur Erfassung des Körpergewichts in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, kann der Indikator nur mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, bei der keine fallbezogenen Informationen vorliegen. Dieser Umstand lässt keine Zusammenlegung aller Indikatoren der somatischen Versorgung zu.</p> <p>Darüber hinaus erachteten die Experten die vorgeschlagenen Datenfelder für die Berechnung des Indikators im Vergleich zu den anderen Indikatoren als zu detailliert.</p>

Indikator-ID 22_a	Dokumentation des Körpergewichts
	Aufgrund dessen bewerteten die Experten den modifizierten Indikator, bei dem drei Fragen zu einer Frage zusammengefasst wurden, als praktikabler.
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, inwieweit im Versorgungsalltag von ambulanten Einrichtungen ein Monitoring des Körpergewichts stattfindet. Mit diesem Indikator wird es ermöglicht, ambulante Leistungserbringer für die Relevanz von Gewichtsveränderungen als unerwünschte Arzneimittelwirkung zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen zur Gewichtsveränderung einleiten zu können.</p> <p>Die longitudinale Beobachtung des Körpergewichts bzw. möglicher Gewichtsveränderungen sollte in der ambulanten Versorgung erfolgen. Da in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen zur Erfassung des Körpergewichts vorliegen und im ambulanten Bereich noch keine fallbezogenen Informationen erhoben werden können, muss der Indikator mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden. Im Abgleich mit anderen entwickelten Indikatoren zu weiteren Kontrolluntersuchungen wäre es wünschenswert, mit einer fallbezogenen Erhebung diesen Indikator mit den anderen Indikatoren zu Kontrolluntersuchungen zusammenzufassen. Derzeit muss dieser Indikator separat, neben dem Indikator zu Kontrolluntersuchungen, stehen bleiben. Andererseits besteht durch die einrichtungsbezogene Erhebung des Indikators die Möglichkeit, über das Erfassen des Körpergewichts hinaus, umfassendere Fragen – hier: Inwieweit wurden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen? Ist das Gewicht für jeden Patienten im Erfassungsjahr dokumentiert? – in die Berechnung des Indikators einzubeziehen. Somit wird vom Indikator ebenfalls abgedeckt, ob Veränderungen des Körpergewichts in die Therapiediskussion mit dem Patienten einfließen.</p>

Indikator-ID 31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung informiert werden.
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie bei PIA erhoben. Anhand von sieben Fragen bzw. Items wird erfasst, in welchem Umfang Patienten auf präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen hingewiesen werden.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da mit diesem Indikator das Bewusstsein des ambulanten Leistungserbringers für eine umfassende Gesundheitsversorgung des Patienten verstärkt werden kann. Zudem legt der Indikator den Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung und setzt damit vor dem Auftreten von Erkrankungen bzw. Komplikationen an.</p> <p>Während des Panelprozesses wurde von den Experten diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ welche Maßnahmen in der Berechnung des Indikators berücksichtigt werden sollten</li> <li>▪ inwieweit der ambulante Leistungserbringer die Leistung selbst erbringen sollte</li> <li>▪ die Erfassung von „angebotenen“ oder „erhaltenen“ Leistungen</li> <li>▪ die Formulierung „körperliche Untersuchung“</li> </ul> <p>Darauf beruhend wurde im Rahmen der Bewertungsrunde 2 eine Variante gebildet. Der Indikator wurde von den Panelexperten als ein Indikator diskutiert, in dem mehrere andere Indikatoren mit Fokus auf die somatische Versorgung integriert werden könnten. Zunächst waren für den Indikator Fragen zu Raucherentwöhnung, Ernährungs- und Bewegungsberatung angedacht. Im Rahmen der Bewertungsrunde 1 haben die Experten angeregt, diesen Indikator im Zuge der Operationalisierung um weitere Aspekte zu erweitern. Dies sollten die Inhalte der Indikatoren der somati-</p>

Indikator-ID 31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
	<p>schen Versorgung sein, die in der Gesamtschau des Indikatorenregisters weniger relevant waren (Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Raucherstatus). Durch diese Zusammenfassung der Indikatoren würden die Aspekte der somatischen Versorgung, trotz Ausschluss des jeweiligen Indikators, dem QS-Verfahren erhalten bleiben.</p> <p>Im Rahmen der Definition der Datenfelder für die Berechnung der Indikatoren wurde diskutiert, inwieweit die Beratungsleistungen, Therapien und Untersuchungen von den ambulanten Leistungserbringern selbst oder durch andere geeignete Berufsgruppen erbracht werden könnten. Die Experten sprachen sich dafür aus, dass Beratungsleistungen auch von anderen Berufsgruppen erbracht werden können und Therapien und Untersuchungen von anderen Leistungserbringern durchgeführt werden müssen soweit der Facharzt nicht die hierfür notwendigen Voraussetzungen erfüllt. Der Facharzt sollte den Patienten jedoch motivieren, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p> <p>Darüber hinaus wurde diskutiert, ob im Indikator das Anbieten oder das Erhalten bestimmter Leistungen erfasst werden sollte. Einerseits sollten die Patienten in ihrer Selbstbestimmung zur Inanspruchnahme der Leistungen nicht eingeschränkt werden, andererseits ist es wichtig, dass die Leistungen bei den Patienten auch ankommen. Die Experten haben sich darauf geeinigt, dass Fachärzte ihre Patienten auf Präventionsmaßnahmen hinweisen sollten und sicherstellen, dass bei bestimmten Indikationen Patienten eine geeignete Beratung erhalten. Für konkrete Therapien soll nach dem Anbieten gefragt werden. Inwieweit der Patient sich anschließend dazu entscheidet, eine Therapie zu beginnen, soll und kann nicht erfasst werden.</p> <p>Ein weiterer Diskussionspunkt war die Formulierung „körperliche Untersuchung“ im Rahmen der Frage, ob alle Patienten im Erfassungsjahr einmal körperlich untersucht wurden. Als Diskussionsergebnis haben sich die Experten entschieden, die Formulierung „allgemeinärztliche Untersuchung“ zu nutzen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, inwieweit präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Versorgungsalltag der ambulanten Einrichtung berücksichtigt werden.</p> <p>Mit diesem mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhobenen Indikator können verschiedene Aspekte der Prävention und von gesundheitsfördernden Maßnahmen berücksichtigt werden, die fallbezogen in einzelnen Indikatoren erfragt werden müssten. Mit diesem Indikator wird es ermöglicht, ambulante Leistungserbringer für die Relevanz von Prävention und gesundheitsfördernden Maßnahmen zu sensibilisieren und dadurch deren Durchführung zu fördern. Auch kann in dem vorliegenden Indikator berücksichtigt werden, dass die Leistungen durch andere Professionen erbracht wurden, wie Hausärzte (allgemeinärztliche Untersuchung) oder Ökotrophologen (Ernährungswissenschaftler).</p> <p>Die einrichtungsbezogene Erhebung ermöglicht einerseits, dass verschiedene Aspekte von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Indikator berücksichtigt werden können, andererseits gehen damit fallbezogene Informationen verloren. Beispielsweise wäre es zielführender fallbezogen zu fragen, ob eine allgemeinärztliche Untersuchung im Erfassungsjahr stattfand.</p> <p>Im Indikator konnte nicht berücksichtigt werden, dass beispielsweise das bloße Hinweisen auf Therapiemöglichkeiten bei Substanzmissbrauch oft nicht ausreichend ist, um Patienten zur Inanspruchnahme von Therapien oder anderen Angeboten zu motivieren. Hierfür sind weitere Aspekte, die nicht erfasst werden können, wie motivierende Gesprächsführung oder Begleitung, wichtig, die in der Regel durch andere Berufsgruppen erfolgen.</p>



Indikator-ID 67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant
Beschreibung	<p>Der Indikator misst, inwieweit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden, Psychotherapie erhalten haben bzw. diese angeboten wird.</p>
Paneldiskussion	<p>Dieser Indikator wird mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie bei PIA erhoben. Anhand von sechs Fragen werden das Aufklären und Informieren über Psychotherapieverfahren und deren Möglichkeiten sowie Aspekte des Zugangs zu Psychotherapie, wie das Vorhandensein von Adressen von Therapeuten, bzw. Anbieten von Psychotherapie durch die ambulante Einrichtung selber erfasst.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da Psychotherapie ein wichtiger Therapiebaustein in der Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose ist, der aber gegenwärtig noch zu wenig eingesetzt wird, obwohl Leitlinien dies ausdrücklich empfehlen. Die Experten hoffen, mit diesem Indikator die Leistungserbringer stärker für die Psychotherapie zu sensibilisieren und sie in Therapieplanungen präsenter zu machen. Bei der Entwicklung des Indikators wurden folgende Varianten erörtert: Erhalten von Psychotherapie ambulant und stationär, das Anbieten von Psychotherapie stationär, das Anbieten/Erhalten von Psychotherapie oder Psychoedukation ambulant und stationär.</p> <p>Die Diskussion um Indikatoren zur Psychotherapie und damit zusammenhängend auch zur Psychoedukation war mit eine der längsten und kontroversesten im gesamten RAM-Prozess. Es bestand im Panel Einigkeit darüber, dass Psychotherapie für Patienten mit einer F2-Diagnose zur Krankheitsbewältigung wichtig ist. Vier Themen dominierten die Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Berücksichtigung der spezifischen Indikation zur Psychotherapie: Das Messen des Anteils der Patienten, die Psychotherapie erhalten (z.B. mittels Sozialdaten) ist ohne Berücksichtigung der Indikation und der Präferenz des Patienten für Psychotherapie nicht aussagekräftig. Die Indikation für Psychotherapie ist sehr individuell. Aussagekräftig wäre, wie viele Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert ist und die eine Psychotherapie wünschen, diese auch erhalten. Dies ist mit den zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumenten nicht zu erfassen.</li> <li>▪ Die Abgrenzung der Psychotherapie vom therapeutisch-psychiatrischen Gespräch: Auch psychotherapeutische Interventionen jenseits der Richtlinien-Psychotherapie sind gerechtfertigt und können indiziert sein. Viele Patienten mit einer F2-Diagnose profitieren von kürzeren psychotherapeutischen Interventionen. Eine eindeutige Definition dieser kürzeren psychotherapeutischen Interventionen und eine eindeutige Abgrenzung gegenüber längeren Gesprächen mit Ärzten konnte nicht gefunden werden.</li> <li>▪ Der Vorschlag, den Begriff Psychotherapie zu öffnen und auch andere auf Krankheitsbewältigung ausgerichtete Interventionen wie Psychoedukation, Psychoseseinare u.ä. einzuschließen, wurde erörtert, aber verworfen. Die Konzepte dieser Interventionen sind noch schwerer als die Psychotherapie zu definieren.</li> <li>▪ Der Umstand, dass Psychotherapie vor allem im ambulanten Setting relevant ist.</li> </ul> <p>Im Ergebnis fokussiert der Indikator auf das Anbieten von Psychotherapie und lässt angrenzende Interventionen wie Psychoedukation unberücksichtigt. Auf einen eigenen Indikator für die stationäre Psychotherapie wurde aufgrund der geschilderten Definitionsprobleme und der geringeren Relevanz im Vergleich zur ambulanten Therapie verzichtet.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst die grundsätzliche Praxis der ambulanten Leistungserbringer, Patienten mit einer F2-Diagnose Psychotherapie als Behandlungsoption anzubieten. Dadurch könnte die ambulante Versorgung generell für die Indikation zur Psychothe-</p>

<b>Indikator-ID 67b</b>	<b>Anbieten von Psychotherapie – ambulant</b>
	<p>rapie für Patienten mit einer F2-Diagnose sensibilisiert werden. Dies soll letztendlich auch den Zugang zur Psychotherapie für diese Patienten verbessern.</p> <p>Da der Indikator nur mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann und somit keine fallbezogenen Informationen vorliegen, kann nicht erfasst werden, ob Patienten bei einer Indikation zur Psychotherapie diese auch erhalten haben. Andererseits besteht durch die einrichtungsbezogene Erhebung des Indikators die Möglichkeit, über mehrere Fragen die generelle Praxis des Leistungserbringers hinsichtlich des Aufklärens und Informierens über Psychotherapie sowie verschiedene Aspekte des Zugangs zu Psychotherapie in die Berechnung des Indikators einzubeziehen.</p> <p>Wünschenswert wäre die Indikation, den Zugang und den Erhalt von Psychotherapie mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation ambulant bzw. mittels Patientenbefragung erheben zu können.</p>

<b>Indikator-ID 70_a</b>	<b>Einbezug von Angehörigen</b>
Beschreibung	Der Indikator misst, ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen werden.
Paneldiskussion	<p>Der Indikator wird mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie bei PIA erhoben. Anhand von fünf Fragen wird erfasst, inwieweit der ambulante Leistungserbringer den Patienten nach Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern fragt und den Patienten um eine Einwilligung zum Einbezug in die Behandlungs- und Therapieplanung bittet. Darüber hinaus wird erhoben, inwieweit Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer generell einbezogen werden und inwieweit der Leistungserbringer Gespräche für Angehörige ermöglicht.</p> <p>Die Experten des Panels schätzten den Indikator als <i>relevant</i> ein, da Angehörige einen wichtigen Teil der Versorgung und Unterstützung für den Patienten in seinem Lebensumfeld leisten, dies gilt v.a. für die ambulante Versorgung. Angehörige können die Behandlung des Patienten unterstützen und wichtige zusätzliche Informationen zum Patienten bieten. Darüber hinaus sind Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer für Patienten meist erster Ansprechpartner in Krisensituationen.</p> <p>Während des Panelprozesses wurden von den Experten folgende Punkte diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rolle des gesetzlichen Betreuers im Indikator</li> <li>▪ Einwilligung des Patienten bzw. Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht</li> <li>▪ Operationalisierung des Einbezugs</li> </ul> <p>Im Rahmen der Bewertungsrunde 2 wurde eine Variante definiert.</p> <p>Die Experten diskutierten, ob der gesetzliche Betreuer in den Indikator eingeschlossen werden sollte. Gesetzliche Betreuer, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, müssen in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Daher müsste der gesetzliche Betreuer nicht explizit in dem Indikator berücksichtigt werden. Andererseits sind gesetzliche Betreuer durchaus auch von der Gesundheitsversorgung ausgenommen und könnten trotzdem ein geeigneter Ansprechpartner des Patienten sein. Da der Indikator durch den Einbezug von gesetzlichen Betreuern, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, nicht verzerrt wird, haben sich die Experten entschieden, gesetzliche Betreuer als mögliche Personen zum Einbezug in die Therapie- und Behandlungsplanung im Indikator zu berücksichtigen.</p> <p>Die Experten führten darüber hinaus an, dass es Patienten gibt, die keine Angehörigen oder Bezugspersonen haben und keinen gesetzlichen Betreuer benötigen. Dies wurde bei der Definition der Datenfelder für die Berechnung des Indikators berücksichtigt.</p> <p>Den Experten war es des Weiteren wichtig, dass der Indikator die Wahrung der ärzt-</p>

Indikator-ID 70_a	Einbezug von Angehörigen
	<p>lichen Schweigepflicht gewährleisten muss. Patienten müssen ein therapiebezogenes Gespräch ihres behandelnden Arztes mit ihren Angehörigen, ihren Bezugspersonen oder ihrem gesetzlichen Betreuer (soweit nicht verantwortlich für die Gesundheitsvorsorge) ablehnen dürfen. Auch dies wurde bei der Definition der Datenfelder für die Berechnung des Indikators berücksichtigt.</p> <p>Vor allem im Rahmen der Bewertungsrunde 1 stellten die Experten in Frage, inwieweit das komplexe Konstrukt – Einbezug von Angehörigen – in einem einzelnen Indikator erfasst werden kann. Nach der Definition der Datenfelder für die Berechnung des Indikators blieben einige Experten skeptisch gegenüber der Operationalisierung des Indikators, da die Fragen einerseits viel Raum für unterschiedliche Interpretationen lassen und andererseits teilweise auch Prozesse abfragen, die kein Qualitätspotenzial sind, wie z.B. das generelle Erfragen ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer vorhanden sind. Auch wurde kritisiert, dass für die Frage nach dem therapiebezogenen Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen bzw. dem gesetzlichen Betreuer innerhalb der ersten 3 Kontakte bei neuen Patienten keine Evidenz vorhanden ist. Trotz der Bedenken einiger Experten wurde der Indikator von fast allen Experten als praktikabel bewertet.</p> <p>Im Rahmen der Bewertungsrunde 2 haben die Experten dafür plädiert, eine weitere Frage in die Operationalisierung des Indikators aufzunehmen – Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch? – um den Gesprächswunsch der Angehörigen selbst zu berücksichtigen. Dies erschien einigen Experten sehr wichtig, da in der Praxis solche Gespräche auch vonseiten der Leistungserbringer häufig abgelehnt werden. Die Experten haben im Zuge dieser Frage ausdrücklich auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, soweit nicht davon entbunden, hingewiesen.</p> <p>Anhand der Diskussionen entschieden sich die Panelexperten, den Indikator zu modifizieren und in der Operationalisierung für die Bewertungsrunde 2 eine weitere Frage zu ergänzen.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst, inwieweit Angehörige, Bezugspersonen oder der gesetzliche Betreuer vom ambulanten Leistungserbringer in die Versorgung einbezogen werden. Mit diesem Indikator können ambulante Leistungserbringer für den Einbezug von Angehörigen sensibilisiert werden, die somit als wichtige Ressource für die Versorgung des Patienten mobilisiert werden können. Der Indikator zielt darauf ab, Angehörige frühzeitig in die Therapie- und Behandlungsplanung einzubeziehen.</p> <p>Die einrichtungsbezogene Erhebung des Indikators ermöglicht einerseits, dass verschiedene Aspekte des Einbezugs berücksichtigt werden können, andererseits gehen damit fallbezogene Informationen verloren. Beispielsweise wäre es zielführender fallbezogen zu fragen, ob ein therapiebezogenes Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer im Erfassungsjahr stattfand.</p> <p>Die Datenfelder für die Berechnung der Indikatoren wurden so formuliert, dass der ambulante Leistungserbringer aktiv den Patienten fragt, ob er mit dem Einbezug des Angehörigen, der Bezugsperson oder des gesetzlichen Betreuers einverstanden ist. Somit kann der Patient ein Gespräch auch ablehnen und die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt.</p> <p>Generell gestaltete sich die Operationalisierung des Indikators aufgrund der verschiedenen Möglichkeiten, Angehörige, Bezugspersonen oder den gesetzlichen Betreuer einzubeziehen, schwer. Mit der vorliegenden Operationalisierung wurde versucht, die relevantesten Aspekte des Einbezugs zu erfassen. Inwieweit der Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer gelungen ist, müsste mittels einer Angehörigenbefragung erhoben werden.</p>

## 5.4 Würdigung des Indikatorensets

Nach der Darstellung der Paneldiskussionen zu den einzelnen Indikatoren wird im Folgenden das gesamte Indikatorenset vor dem Hintergrund der Versorgung und der definierten Qualitätspotenziale (siehe Abschnitt 3.4) gewürdigt. Zunächst wird die ausführliche Würdigung durch die Panelexperten wiedergegeben, die im Rahmen des letzten und nur dafür vorgesehenen Treffens erarbeitet wurde. Im Anschluss wird das Indikatorenset vonseiten des AQUA-Instituts zunächst in Bezug auf die Zielsetzungen des Auftrags gewürdigt. Daran anschließend wird in einem weiteren Abschnitt die Problematik einer scheinbaren „Unausgewogenheit“ des Indikatorensets erläutert und diskutiert.

### Bewertung des Indikatorenset in Bezug auf die Versorgung (Panelexperten)

Die folgende Würdigung spiegelt die Ansicht der Panelexperten zum Indikatorenset und zu dem zu entwickelnden QS-Verfahren wider. Diese Meinungen wurden im Rahmen des optionalen Paneltreffens von insgesamt 13 anwesenden Experten geäußert, vom AQUA-Institut protokolliert, in ihren Kernaussagen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zusammengefasst und den Teilnehmern mit der Bitte um Prüfung und „Abnahme“ vorgelegt.

Grundsätzlich begrüßten alle Experten die Entwicklung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* sehr. Sie gaben der Hoffnung Ausdruck, dass das QS-Verfahren in der Lage sein wird, relevante Verbesserungen der Versorgung von Menschen mit einer F2-Diagnose zu bewirken. Unter Berücksichtigung der im Auftrag formulierten Vorgaben äußerten sich die Experten zudem als zufrieden mit dem abgestimmten Indikatorenset. Allerdings ist es allen Experten wichtig, auf einige Probleme und Konsequenzen hinzuweisen, die sich aus dem Auftrag ergeben und damit auch ursächlich für Einschränkungen des entwickelten Indikatorensets sind. Diese Probleme entstehen vor allem aus der Beschränkung auf die stationären und niedergelassen-ärztlichen Sektoren, die viele relevante Leistungserbringer der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnosen unberücksichtigt lässt.

Die Experten merkten an, dass die Messung der Qualität ausschließlich über Qualitätsindikatoren zu einer verzerrten Wahrnehmung der Qualität führen kann: Wenn allein messbare Aspekte zur Bewertung der Qualität berücksichtigt werden, könnte dies implizieren, dass nicht direkt messbare Aspekte marginal für die Beurteilung von Qualität sind, obwohl sie für eine gute psychiatrische Versorgung elementar sind. Beispiele dafür seien u.a. wertschätzender Umgang bzw. Kommunikation mit dem Patienten oder die therapeutische Atmosphäre in Einrichtungen.

Der im Auftrag vorgegebene institutionsbezogene Ansatz der Qualitätssicherung entspricht nach Ansicht der Experten des Panels nicht dem gegenwärtigen Verständnis einer umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gilt in der wissenschaftlichen Diskussion national sowie international als überholt. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung könne nicht adäquat anhand der Leistungen einzelner Institutionen bewertet werden, wie dies hier auftragsmäßig vorgesehen ist, sondern nur patienten- und funktionsbezogen. Ein patienten- und funktionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung bewerte die Versorgung danach, wie es dem gesamten psychiatrischen Versorgungssystem gelingt, den Hilfebedarf der Patienten zu decken. Durch diesen Ansatz könne die Versorgung im regionalen Kontext sowie über Sektorengrenzen und unabhängig von der konkreten sozialrechtlichen Verortung der jeweiligen Leistungen hinaus bewertet werden. Außerdem könnten so die für die Versorgung zentral wichtigen ambulanten Hilfen, sowohl die medizinischen als auch die sozialen, und ihre Zusammenarbeit berücksichtigt werden.

Die Experten betonten, dass eine patienten- und funktionsbezogene Qualitätssicherung, die die Versorgung im regionalen Kontext bewertet, unabhängig von den Sektoren wäre und die Möglichkeit bieten würde, alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer im Sinne eines regionalen multiprofessionellen Teams in die Versorgungsverantwortung mit einzubeziehen. Dies schließe stationäre Leistungserbringer, niedergelassene Ärzte, psychiatrische Pflege, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziotherapeuten, betreute Wohneinrichtungen, Einrichtungen der beruflichen und Arbeitsrehabilitation, weitere niedrigschwellige Angebote, kommunale Dienste und andere Leistungserbringer der Versorgungskette mit ein. Nur eine gemeinsame regionale Versorgungsverantwortung habe das Potenzial, die regionale multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, wie dies auch die S3-Praxisleitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ fordert.

Der auf den Leistungskatalog des SGB V beschränkte und institutionsbezogene Ansatz des jetzt entwickelten QS-Verfahrens birgt aus Sicht der Panelexperten das Risiko, die Sektorengrenzen in der Versorgung weiter festzuschreiben, anstatt sie zu überwinden. Auch wenn das entwickelte Indikatorenset unter den Rahmenbedingungen des Auftrags das bestmögliche sei, so könne es allenfalls einen geringen Beitrag zum Überwinden der Sektorengrenzen und der Integration der Versorgung leisten. Aus Sicht der Experten müssten die Ergebnisse der Qualitätsmessungen daher immer unter Berücksichtigung der geschilderten Einschränkungen interpretiert werden, insbesondere unter Berücksichtigung des überholten Institutionsbezugs des QS-Verfahrens.

Für eine Weiterentwicklung des QS-Verfahrens schlugen die Experten vor, die Qualitätsindikatoren regional bzw. populationsbezogen auszuwerten. Ein großes Interesse in den Regionen an vergleichenden Informationen zur Qualität der psychiatrischen Versorgung sei vorhanden. Als Adressaten für die regionalen Ergebnisse könne auf bereits vorhandene Strukturen in den Regionen zurückgegriffen werden wie z. B. gemeindepsychiatrische Verbände. Überdies würde eine regionale Auswertung der Qualitätsmessungen die Möglichkeit eröffnen, regionale Merkmale, wie beispielsweise eine Deprivation der Region oder die allgemeine soziale Situation, in einer Risikoadjustierung zu berücksichtigen.

Die Experten bedauerten einhellig, dass wichtige Akteure der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weder als mögliche Datenquellen noch als Adressaten des QS-Verfahrens in die Entwicklung des QS-Verfahrens einbezogen sind. Insbesondere in Bezug auf die ambulante Versorgung sei die Beschränkung auf psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie PIA als qualitätsrelevante Leistungserbringer nicht ausreichend. Bei einer sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen lägen entscheidende qualitätsrelevante Informationen, die über die medizinische Behandlung hinausgehen, oftmals (auch) bei anderen Leistungserbringern. Genannt wurden beispielsweise die psychiatrische Pflege, Hausärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Eingliederungshilfe oder andere Einrichtungen, von denen einige ebenfalls dafür infrage kommen, die Gesamtkoordination der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose zu übernehmen. Bedauert wurde zudem, dass im Zuge der Verfahrensentwicklung andere für die Versorgung wichtige SGB-Bereiche nicht angemessen berücksichtigt werden konnten, da diese außerhalb des Regelungsbereichs des G-BA liegen.

Einen besonders großen Nachteil des gegenwärtigen QS-Verfahrens sehen die Experten darin, dass auf den Einbezug von Patienten und Angehörigen als Datenquelle zunächst verzichtet wurde. Befragungen von Patienten und Angehörigen seien in der psychiatrischen Versorgung gut etabliert und der Einbezug der Betroffenen in alle relevanten Versorgungsvorgänge sei Standard. Ohne Patienten- und Angehörigenbefragung können für die Qualität der Versorgung zentrale Prozesse der Patientenorientierung, wie z.B. Shared-Decision-Making oder wertschätzende Kommunikation, nicht sinnvoll erfasst werden. Vor allem fehlen dem QS-Verfahren mit dem Verzicht auf Patienten- und Angehörigenbefragungen wichtige Endpunkte der psychiatrischen Versorgung, insbesondere die Lebensqualität. Insgesamt erfasst das Indikatorenset daher zu wenig relevante fallbezogene Ergebnisse psychiatrischer Versorgung, was von allen Experten des Panels als großes Manko betrachtet wird. Auch Aspekte wie beispielsweise Selbstwirksamkeit oder Empowerment wären wichtige Outcome-Parameter.

Eine weitere schwerwiegende Einschränkung des QS-Verfahrens sehen die Experten darin, dass aktuell noch keine fallbezogene QS-Dokumentation in der ambulanten Versorgung entwickelt werden soll. Mit der gegenwärtig angebotenen einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation können relevante Aspekte der ambulanten Versorgung nur ungenügend oder gar nicht abgebildet werden. Insbesondere könne deshalb nicht erfasst werden, welche Maßnahmen und Interventionen bei einzelnen Patienten indiziert sind und inwieweit diese den Patienten tatsächlich erreichen. Dementsprechend seien Indikatoren zu wichtigen Qualitätspotenzialen wie z.B. zum Erhalt von Psychoedukation in der ambulanten Versorgung nicht sinnvoll zu erheben, weshalb diesbezüglich formulierte Indikatoren auch nicht als *relevant* bewertet wurden.

Zuletzt bedauerten die Experten des Panels, dass verschiedene Aspekte der Strukturqualität keinen Eingang in das QS-Verfahren gefunden haben. Dazu zählen Indikatoren zur Personalausstattung, die über die Berufsgruppe der Pflege hinausgehen sowie zum Ausbildungsniveau und zur Multiprofessionalität von Teams. Weiterhin fehlen den Experten Indikatoren zum Thema sektorenübergreifende Kommunikation, Krisenintervention und aufsuchende Behandlungsangebote, die wesentlich von Strukturvoraussetzungen abhängen.

In der Gesamtwürdigung stellten die Experten fest, dass sich alle entwickelten Indikatoren auf sehr relevante Qualitätspotenziale in der Versorgung von Menschen mit einer F2-Diagnose beziehen. Gleichzeitig wurde betont, dass dies nicht bedeute, dass Versorgungsaspekte, die nicht im konsentierten Indikatorenset abgebildet werden, nicht relevant sind. Vielmehr ist es dem vorgegebenen Auftragsrahmen bzw. den hierin enthaltenen Einschränkungen geschuldet, dass viele qualitätsrelevante Aspekte nicht sinnvoll erhoben werden können. Dies bezieht sich einerseits auf die nicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu entwickelnden Erhebungsinstrumente der Patienten- und Angehörigenbefragung und einer fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Bereich sowie andererseits auf die Entwicklung einer regionalen Qualitätsmessung. Mit Bezug auf die eigentlich sektorenübergreifend angelegte Intention des QS-Verfahrens kritisierten die Experten, dass der institutionsbezogene Ansatz der Qualitätsmessung gerade die sektorenübergreifenden Aspekte der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vernachlässigt.

Trotz der genannten Einschränkungen begrüßen und schätzen die Experten die Absichten und Bemühungen des G-BA zur Entwicklung eines QS-Verfahrens und erwarten mit Spannung dessen Implementierung. Das vorliegende Indikatorenset sei als Einstieg in die Qualitätssicherung für die psychiatrische Versorgung zu werten, das stetig unter Bezugnahme auf die angeführten Aspekte weiterentwickelt und an die Versorgungsrealität angepasst werden sollte. Als prioritär für die Weiterentwicklung nannten die Experten folgende Bereiche:

- Die Implementierung einer regional vergleichenden Auswertung und regionalen Stellungnahme.
- Die Implementierung einer Patienten- und möglichst auch einer Angehörigenbefragung.
- Die Implementierung einer fallbezogenen QS-Dokumentation in der ambulanten Versorgung.
- Die kontinuierliche Erweiterung des Indikatorensets über die bisher eingeschlossenen Sektoren hinaus auf alle Leistungserbringer aus dem ambulanten, rehabilitativen und sog. komplementären Sektor der Versorgung psychisch Kranker.
- Entwicklung von aussagekräftigen fall- und regionalbezogenen Indikatoren zur Ergebnisqualität.
- Besondere Berücksichtigung der Strukturqualität in Verbindung und in Abstimmung mit den zu entwickelnden Empfehlungen des G-BA zur Personalbemessung.

### **Bewertung des Indikatorensets in Bezug auf den Auftrag (AQUA-Institut)**

Das entwickelte QS-Verfahren soll auf die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität einer Behandlung von volljährigen Patienten mit einer F2-Diagnose, insbesondere mit schweren und schwersten Verläufen, im Abgleich mit einer leitliniengerechten Versorgung zielen.

Mit den insgesamt 27 Indikatoren liegt nach Einschätzung des AQUA-Instituts ein praktikables Indikatorenset für den fachärztlichen und stationär-pflegerischen Teil der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose vor, mit dem zentrale Aspekte der im Rahmen der Themerschließung formulierten Qualitätspotenziale abgebildet werden. Mit Blick auf die zum jetzigen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente fokussiert das Indikatorenset vorwiegend Aspekte der Prozessqualität, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfasst werden. Mit der überproportionalen Abbildung der Prozessqualität sind überwiegend Anforderungen einer leitliniengerechten Versorgung erfüllt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Prozessindikatoren im ambulanten Bereich auf der Pharmakotherapie und den damit zusammenhängenden, notwendigen Kontrolluntersuchungen. In der stationären Versorgung fokussieren die Prozessindikatoren vorwiegend das Einbeziehen und Kooperieren mit ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen sowie restriktive Maßnahmen. Für die Erfassung der Strukturqualität wurden 4 Indikatoren entwickelt, die allerdings auf den stationären Bereich beschränkt sind. Auch die Indikatoren zur Ergebnisqualität werden – mit einer Ausnahme – nur für den stationären Bereich erhoben. Nur der Indikator zu den stationären Wiederaufnahmen berücksichtigt auch die ambulante Versorgung.

Da die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen regelmäßig sektorenübergreifend mit unterschiedlichen Aufgaben in den Sektoren ist und die verfügbaren Erhebungsinstrumente jeweils spezifische Beschränkungen aufweisen, erfassen die Qualitätsindikatoren zu vielen Qualitätspotenzialen allerdings nur einzelne Aspekte bzw. sie decken nur einen spezifischen Sektor ab. Das Qualitätspotenzial „Restriktive Maßnahmen“ bezieht sich notwendigerweise nur auf den stationären Bereich und das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“

kann nur im ambulanten Bereich ausgeschöpft werden, ebenso wie die Qualitätspotenziale „Somatische Versorgung“ und „Psychotherapie“. Für das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ konnten lediglich Indikatoren zur Abbildung der Entlassung aus stationären Einrichtungen konsentiert werden. Die vorgeschlagenen Indikatoren, die sich auf weitere Aspekte dieses Qualitätspotenzials im ambulanten Bereich bezogen, wurden nicht als *relevant* bewertet, da derzeit keine fallbezogene Erhebung der Indikatoren im ambulanten Bereich entwickelt werden sollte. Das Qualitätspotenzial zu „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ konnte nur mit Blick auf einige wenige Aspekte (Angehörigenpartizipation und partizipative Entscheidungsfindung) konsentiert werden. Für die Erhebung von weiteren Aspekten dieses Qualitätspotenzials sowie allgemein zur Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten wäre eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung notwendig, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden sollte.

Die Mehrzahl der Indikatoren adressiert die stationäre Versorgung und damit Patienten, bei denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt bzw. Patienten, deren Erkrankung vorübergehend einen so schweren Verlauf nimmt, dass eine ambulante Versorgung nicht ausreicht. Innerhalb der stationären Versorgung fokussieren die Qualitätsindikatoren restriktive Maßnahmen, die ebenso Hinweise auf schwere Krankheitsphasen geben. Mit den Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen wird gleichzeitig ein wichtiger ethischer Aspekt der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose abgedeckt.

In der Gesamtschau schätzt das AQUA-Institut das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als angemessen ein. Für 6 Indikatoren ist eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen, die keinen Erhebungsaufwand bei den Leistungserbringern verursacht. Für die ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie für PIA kommen weitere 4 Indikatoren hinzu, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden sollen. Mit dem gleichen aufwandsarmen Erhebungsinstrument sollen auch 3 Strukturindikatoren für den stationären Bereich erhoben werden. Für insgesamt 14 Indikatoren ist eine fallbezogene QS-Dokumentation vorgesehen, wobei 5 dieser Indikatoren nur bei Patienten mit einer F2-Diagnose erhoben werden, die Zwangsmaßnahmen unterworfen waren.

Da sich die im ersten Schritt zu entwickelnden Erhebungsinstrumente für den ambulanten und den stationären Bereich sehr unterscheiden (einrichtungsbezogene vs. fallbezogene Erfassung), mussten verschiedene Indikatoren für die jeweiligen Bereiche entwickelt werden. Von den 27 Indikatoren adressieren 10 Indikatoren in der Rückmeldung die ambulanten Leistungserbringer. Für den stationären Bereich werden die Ergebnisse von 19 Indikatoren an die entsprechenden Fachabteilungen zurückgemeldet. 2 Indikatoren werden sowohl den stationären als auch den ambulanten Leistungserbringern zurückgespiegelt.

Unter Beachtung der auftragsgemäßen Einschränkungen wird das abgestimmte Indikatorenset vom AQUA-Institut als guter Einstieg in die Qualitätssicherung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeschätzt. Abbildung 10 gibt eine Übersicht über die Zuordnung der Indikatoren zu den Qualitätspotenzialen.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Zugunsten der Lesbarkeit der Abbildung wurden die einzelnen Versorgungsbereiche nicht adäquat zum Anteil an der Versorgung bzw. der Relevanz für die Versorgung der Patienten mit einer F2-Diagnose dargestellt. Die Abbildung gibt damit keine Gewichtung von Bereichen oder Inhalten wieder und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

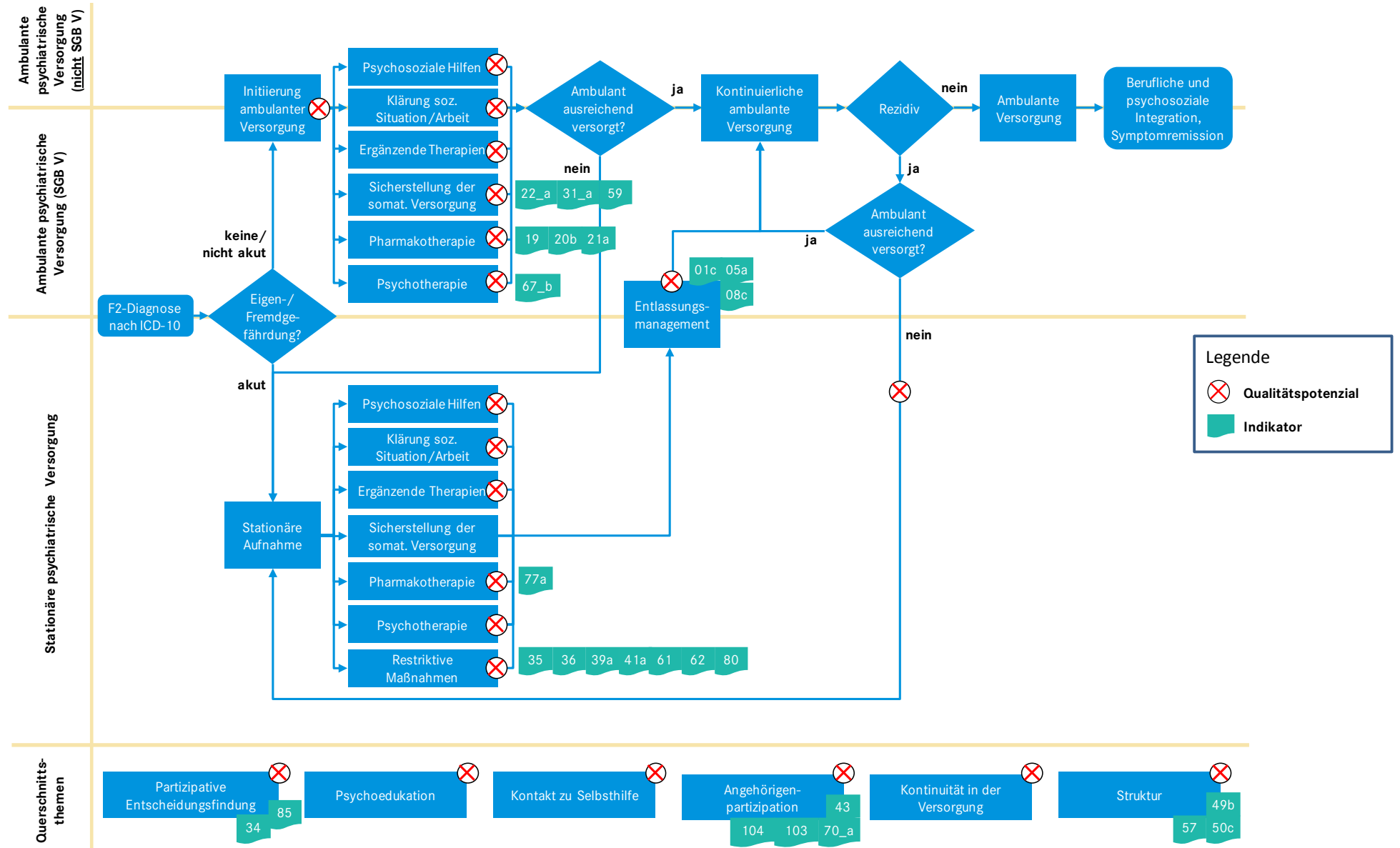


Abbildung 10: Versorgungspfad mit relevanten und praktikablen Indikatoren



## Anmerkungen zur Ausgewogenheit des Indikatorensets

Jedem Abschlussbericht zu einer Indikatorenentwicklung geht ein offizielles Stellungnahmeverfahren voraus, in dem die gem. § 137a Abs. 7 zur Stellungnahme berechtigten Institutionen (Spitzenverbände der Selbstverwaltung, wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften u.v.a.m.) aufgefordert sind, eine ihnen zugesendete erste Berichtsversion zu kommentieren. Für den vorliegenden Bericht sind sehr viele Stellungnahmen eingegangen, in denen eine vermeintliche „Unausgewogenheit“ des Indikatorensets bemängelt wurde.

Hierzu wäre vorab anzumerken, dass ein Maß für Ausgewogenheit (zum Beispiel eine „gleiche“ Anzahl von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren) weder allgemein noch auftragsspezifisch vorliegt. Im Gegenteil: Wie in anderen QS-Verfahren, so wurden auch hier themenspezifische und auftragsbezogene Schwerpunkte gesetzt. Für das vorliegende QS-Verfahren waren es u.a. eine leitliniengerechte Behandlung (was notwendigerweise die Bedeutung von Prozessindikatoren stärkt) und die Beachtung ethischer Aspekte (was hier die Bedeutung von Zwangsmaßnahmen steigert). Weiterhin enthielt der Auftrag Einschränkungen in Bezug auf die zu entwickelnden Erhebungsinstrumente. Durch die gesetzten und in der Auftragshistorie gut begründeten Rahmenbedingungen, vorerst keine Patientenbefragung zu entwickeln und eine fallbezogene Dokumentation bei ambulanten Leistungserbringern zunächst nur mit Blick auf die Machbarkeit zu prüfen, wird also eine Gewichtung gesetzt, die in der Konsequenz zu weniger Ergebnisindikatoren führt.

Für das AQUA-Institut wurde aus den Stellungnahmen ersichtlich, dass das zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset und die Gewichtung der Indikatoren nur vor dem Hintergrund der sich über fast zwei Jahre erstreckenden Entstehungsgeschichte und den daraus hervorgehenden Besonderheiten des Auftrags sowie auch der sehr intensiven Paneldiskussion über die Bedeutung des Auftrags für die Versorgung nachzuvollziehen ist. Zur besseren Verständlichkeit werden im Folgenden alle einzelnen „Gewichtungsaspekte“ zusammengefasst und im Kontext von Auftragshistorie und Auftrag diskutiert.

### Ergebnisindikatoren

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Messung der Ergebnisqualität bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen von erheblicher Bedeutung ist. Ebenso wenig umstritten ist, dass sich Ergebnisqualität bei der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wesentlich in der alltäglichen Lebenswelt der Patienten bzw. im ambulanten Bereich manifestiert. Dementsprechend wären ambulante fallbezogene QS-Dokumentationen und Patientenbefragungen die adäquaten Erhebungsinstrumente für die Ergebnisqualität. Beide Instrumente standen im Rahmen dieses Auftrags nicht zur Verfügung und sollen nur mit Blick auf ihre Potenziale thematisiert werden.

Das für den RAM-Prozess aufbereitete Indikatorenregister enthielt zahlreiche Ergebnisindikatoren, die letztlich von den Panelexperten nicht als hinreichend relevant für eine substanzielle Qualitätsdarstellung und -messung einer einzelnen Einrichtung bewertet wurden. Den Bewertungen und Diskussionen ist zu entnehmen, dass die Relevanz der Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund der genannten auftragsspezifischen Einschränkungen bewertet wurde und dass die Relevanz vor einem anderen Hintergrund zu einer anderen Bewertung der Qualitätsindikatoren, v.a. der Ergebnisindikatoren, hätte führen können. Überdies ist den Diskussionen sowie auch der Würdigung des Sets durch die Panelexperten zu entnehmen, dass die individuelle institutionelle Zuordnung der Ergebnisverantwortung der Versorgungsrealität nicht gerecht wird. Dementsprechend besteht Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „psychosoziale Funktionalität“ oder der „Arbeitsstatus“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung von Ergebnissen an eine Region über eine verantwortlichen Stelle für die psychiatrische Versorgung der Region möglich wäre.

Sollte zukünftig in Betracht gezogen werden, die Instrumente einer Patientenbefragung und/oder einer fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Bereich zu entwickeln, ist anzunehmen, dass sich die Anzahl von Ergebnisindikatoren erhöht.

Der einzige sektorenübergreifend patientenrelevante Endpunkt, der mit den Instrumenten des entwickelten QS-Verfahrens erhoben werden kann, ist die Sterblichkeit. Der entsprechende Indikator des Registers wurde allerdings von den Panelexperten als wenig beeinflussbar durch einzelne Einrichtungen und als ungeeignet für eine valide Qualitätsaussage bewertet. Obwohl das AQUA-Institut die Argumentation der Panelexperten nachvollzie-

hen kann und für gut begründet hält, sind doch die Mortalitätsraten aufgrund der bis zu 25 Jahren reduzierten Lebenserwartung von Patienten mit Schizophrenie relevant für ein QS-Verfahren. Da die Sterblichkeit aufwandsarm anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelt werden kann, schlägt das AQUA-Institut deshalb vor, den Leistungserbringern jährlich den Anteil der verstorbenen und auch von ihnen behandelten Patienten zumindest in Form einer deskriptiven Kennzahl zurückzumelden (vgl. Abschnitt 7.2.4).

### **Strukturindikatoren**

Die Entwicklung von Strukturindikatoren wird bereits durch den Auftraggeber im Auftragstext als problematisch gesehen, indem darauf hingewiesen wird, dass die Entwicklung von Strukturindikatoren zwar „dem gesetzlichen Auftrag [entspricht]“, aber nicht auszuschließen sei, dass „ggf. keine Indikatoren zur Strukturqualität entwickelt werden können.“ Die Diskussionen im Vorfeld des Auftrags und auch im Panel widerspiegeln die Problematik, dass Strukturindikatoren im stationären Bereich sehr stark an (personelle und räumliche) Ausstattungsmerkmale geknüpft sind, die oftmals von den Einrichtungen kaum beeinflussbar sind bzw. in anderen Kontexten verhandelt werden. Trotz dieser Voraussetzung wurden drei Strukturindikatoren für den stationären Bereich als relevant und praktikabel bewertet. Da sich im Vorfeld der Indikatorenentwicklung keine Hinweise auf relevante Qualitätspotenziale in Bezug auf die Strukturqualität einzelner Einrichtungen ergeben haben (ausgenommen für Qualitätspotenziale in Bezug auf die regionale Versorgungsstruktur), wurden Strukturindikatoren für den ambulanten Bereich nicht entwickelt.

### **Prozessindikatoren**

Der Eindruck, dass das Indikatorenset zu viele Prozessindikatoren enthält, ergibt sich zunächst in der Addition der Prozessindikatoren für den ambulanten und den stationären Bereich. Diese „gemeinsame“ Betrachtung scheint aus unserer Sicht nicht begründet, da beide Bereiche unterschiedliche Aspekte messen und diese getrennt dokumentieren. Aus Sicht des AQUA-Instituts ist es angemessen, von 9 Prozessindikatoren im ambulanten Bereich und 11 Prozessindikatoren im stationären Bereich zu sprechen.

Weiterhin wird der Eindruck zu vieler Prozessindikatoren durch die Zusammenschau mit der vergleichsweise geringeren Anzahl an Ergebnis- und Strukturindikatoren begünstigt. Abseits der schon genannten Gründe, warum das Indikatorenset vergleichsweise wenige Ergebnis- und Strukturindikatoren enthält, ergeben sich für den stationären Bereich absolut „nur“ 11 Prozessindikatoren. In einer „absoluten“ Betrachtung der Anzahl der Indikatoren sind dies im Vergleich zu den eingriffsbezogenen und weit weniger komplexen Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung eher wenige Indikatoren.

### **Stationäre Indikatoren**

Mit Recht kann angemerkt werden, dass die Regelversorgung von Menschen mit F2-Diagnose im ambulanten Bereich liegt und sich dies insofern auch in einer vergleichsweise größeren Anzahl von ambulanten gegenüber stationären Indikatoren widerspiegeln sollte. Dies ist im Kern zutreffend, aber hierzu ist nochmals zu unterstreichen, dass dies letztlich auf die Restriktionen in Bezug auf eine fallbezogene Erhebung bei den ambulanten Leistungserbringern zurückzuführen ist. Insofern ist ein direkter Vergleich der Anzahl der Indikatoren für den ambulanten und den stationären Bereich nicht sinnvoll. Sollte zukünftig in Betracht gezogen werden, eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich zu entwickeln, wird allein die Anzahl ambulanter Indikatoren erhöht, was das Verhältnis von ambulanten zu stationären Indikatoren grundlegend ändert.

Was die absolute Zahl stationärer Indikatoren betrifft, so scheint die Anzahl der Indikatoren für ein derart komplexes und diagnosebezogenes QS-Verfahren, mit expliziter Berücksichtigung leitliniengerechter Behandlung und ethischer Aspekte, vergleichsweise gering ausgefallen.

### **Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen**

Eine Besonderheit des Auftrags waren die hier erstmals für ein QS-Verfahren explizit zu berücksichtigenden „ethischen Aspekte“ bzw. die Erfassung von restriktiven Maßnahmen. Hieraus resultiert der scheinbare „Überhang“ von Indikatoren mit Bezug zu Zwangsmaßnahmen. Dem AQUA-Institut ist bewusst, dass diese Indikatoren für den stationären Bereich aus Sicht der Leistungserbringer „doppelt“ erfasst werden, da die zentralen Angaben hierzu bereits in jeder Einrichtung dokumentiert werden müssen. Andererseits ist dies dem Auftrag geschuldet, der explizit diese Berücksichtigung fordert, und kein prinzipielles Argument gegen eine bundesweit einheitliche Erhebung von Zwangsmaßnahmen und der im Umfeld dieser Maßnahmen stattfindenden Prozesse.

Um die Dokumentationslast der stationären Einrichtungen zu verringern, hat das AQUA-Institut die Datenfelder neu gruppiert und so gegenüber dem ursprünglichen Entwurf um 10 Datenfelder reduziert.

### **Indikatoren zu Psychotherapie**

Aus Sicht des AQUA-Instituts ist das Qualitätspotenzial Psychotherapie im Indikatorenset unzureichend berücksichtigt. Hier kann das AQUA-Institut einerseits die Argumente der Panelexperten nachvollziehen (vgl. Abschnitt 5.2.1), sieht aber andererseits, dass Psychotherapie eine der wichtigsten Therapien in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose ist und dass der Zugang dazu vor allem für Patienten mit schweren und schwersten Krankheitsverläufen schwierig ist. Daher empfiehlt das AQUA-Institut den Leistungserbringern den Anteil ihrer Patienten, für den psychotherapeutische Interventionen (als GKV-Leistung) abgerechnet wurden, zumindest in Form einer deskriptiven Kennzahl im Rückmeldebericht auszuweisen (vgl. Abschnitt 7.2.4). Eine Qualitätsaussage im engeren Sinn kann damit nicht verbunden sein, da in den Sozialdaten weder alle psychotherapeutischen Interventionen abgebildet sind noch notwendige Informationen zur Indikation von Psychotherapie vorliegen.

### **Sektorenübergreifende Indikatoren**

Sektorenübergreifende Indikatoren setzen gleiche Aggregationsebenen, d.h. hier die Möglichkeit fall- bzw. patientenbezogener Erhebungen in den Sektoren voraus. Für den ambulanten Bereich ist diese Möglichkeit nur sehr eingeschränkt vorhanden, da die Voraussetzungen für eine fall- oder patientenbezogene Erhebung nur dann gegeben sind, wenn relevante Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen (vgl. auch zweite Konkretisierung zur Konzeptskizze). Für eine sektorenübergreifende Betrachtung wäre dementsprechend – in der ambulanten Perspektive – vor allem die Medikation geeignet, die ihrerseits im stationären Bereich eine zusätzliche manuelle Dokumentation erforderlich machen würde. Bei der Thematisierung der Qualitätspotenziale hatte das AQUA-Institut bei der Pharmakotherapie auf die stationäre Ausnahmesituation verwiesen und bezweifelt, dass der Aufwand einer fallbezogenen stationären Dokumentation gerechtfertigt sei. Zumindest ist davon auszugehen, dass bei der medikamentösen Behandlung im stationären Bereich weit mehr Informationen erhoben werden müssten als lediglich die zu verordneten Wirkstoffen und Dosen (vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Dokumentationslast der Krankenhäuser und zum Argument des Überhangs an stationären Indikatoren).

Soweit es die patientenrelevanten Endpunkte betrifft, namentlich die konkrete Wirkung bzw. insbesondere unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten und – soweit möglich – die Berücksichtigung von Patientenwünschen, handelt es sich hier um Ergebnis- und Prozessparameter, die am besten mittels Patientenbefragungen oder aber durch fallbezogene Dokumentation der ambulanten Leistungserbringer erhoben werden können.

## 5.5 Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

Die folgenden 27 als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren werden vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlen (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
01e <sup>1</sup>	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Prozessindikator
<b>Pharmakotherapie</b>		
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	Prozessindikator
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozessindikator
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	Prozessindikator
77a <sup>1</sup>	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Prozessindikator
<b>Somatische Versorgung</b>		
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	Prozessindikator
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Prozessindikator
59	Kontrolluntersuchungen	Prozessindikator
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
35	Körperliche Übergriffe	Ergebnisindikator
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Ergebnisindikator
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ergebnisindikator
62	Unterbringungen	Strukturindikator
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
<b>Psychotherapie</b>		
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	Prozessindikator
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
34	Behandlungsvereinbarungen	Prozessindikator
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Prozessindikator
70_a	Einbezug von Angehörigen	Prozessindikator
85	Muttersprachliche Kommunikation	Prozessindikator
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	Prozessindikator
104	Gesprächsangebote für Angehörige	Prozessindikator
<b>Struktur</b>		
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	Strukturindikator
50c	Deeskalationstraining – stationär	Strukturindikator
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	Strukturindikator

<sup>1</sup> Der Titel des Indikators wurde aufgrund der Stellungnahmen zum Abschlussbericht geändert.

## 5.6 Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragung zur Qualitätsmessung

Die Entwicklung einer Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung ist ein im Auftragstext vermerktes Ziel des G-BA. Das entsprechende Erhebungsinstrument soll allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt beauftragt und entwickelt werden. Im Folgenden wird das an verschiedenen Stellen des Berichts thematisierte Potenzial einer Patienten- und Angehörigenbefragung zur Qualitätsmessung zusammenfassend dargestellt.

### 5.6.1 Potenziale einer Patientenbefragung

Die Berücksichtigung der Erfahrungen von Patienten und ihren Angehörigen bei der Bewertung der Versorgung ist ein in der psychiatrischen Versorgungsforschung und Qualitätssicherung schon seit längerer Zeit gut etablierter Prozess (Gigantesco et al. 2011; Slade et al. 1999).

Patienten können auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, die sich einer Messung bzw. Darstellung durch Indikatoren, die auf Basis von Routinedaten oder Dokumentationen durch Leistungserbringer erhoben werden, entziehen. Patientenbefragungen können sich sowohl auf den stationären als auch auf den ambulanten Bereich beziehen, aber auch sektorenübergreifende Informationen für die Qualitätssicherung liefern. Des Weiteren können Informationen erhoben werden, die nur beim Patienten vorliegen, wie beispielsweise die subjektive Lebensqualität. Mit einer Patientenbefragung könnten aber auch zahlreiche Prozess- und Ergebnisparameter erhoben werden, für deren Erfassung bereits andere Instrumente zur Verfügung stehen. Hier ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine Patientenbefragung geeigneter als die bisher vorgeschlagenen Instrumente ist. Folgende Qualitätspotenziale könnten mittels einer Patientenbefragung zusätzlich erhoben werden:

#### Koordination, Kooperation und Kontinuität

Das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ wird derzeit mit 3 Indikatoren – ein Ergebnis-, zwei Prozessindikatoren – abgedeckt. Mit einer Befragung der Patienten könnten hier zum einen qualitätsrelevante Prozesse erhoben werden, die mittels Routinedaten oder QS-Dokumentation nicht oder nicht ausreichend erhoben werden können wie beispielsweise soziale Hilfen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ergänzend hierzu wäre eine Erfassung der Bedürfnisse der Patienten sinnvoll, beispielsweise mit dem Camberwell Assessment of Need (Kilian et al. 2001). Zum anderen könnten auch Koordination und Kontinuität der Versorgung umfassend und sektorenübergreifend durch Patienten eingeschätzt werden.

#### Pharmakotherapie

Das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ wird derzeit mit 4 Prozessindikatoren abgebildet. Mit einer Befragung der Patienten könnten hier insbesondere Aspekte der Ergebnisqualität, d.h. beispielsweise patientenrelevante Endpunkte wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder die Verbesserung der Symptomatik, erhoben werden. Aber auch Aspekte der partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich beispielsweise der Durchführung einer Pharmakotherapie, ggf. der Mittelwahl sowie der Medikamentenadhärenz könnten erfragt werden.

#### Somatische Versorgung

„Somatische Versorgung“ wird mittels 3 Prozessindikatoren im ambulanten Bereich erhoben, die alle der Patientensicherheit dienen. Auch mit einer Befragung der Patienten könnten vorwiegend Aspekte der Prozessqualität erfasst werden. Erfragt werden könnte beispielsweise, inwieweit somatische Risiken und Erkrankungen bzw. die somatische Versorgung überhaupt durch den Facharzt thematisiert werden.

#### Restriktive Maßnahmen

„Restriktive Maßnahmen“ werden über 7 Indikatoren mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation der stationären Leistungsbringer erhoben. Mit einer Befragung der Patienten könnten die Erfahrungen vor, während und nach Zwangsmaßnahmen sowie ganz allgemein der würdevolle Umgang mit Patienten in Ausnahmesituationen betrachtet werden.

#### Psychotherapie

Das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ wird bisher nur mit einem Indikator der ambulanten Einrichtungsbeurteilung erhoben, wobei der Indikator aggregiert nach dem Anbieten von Psychotherapie fragt. Mit einer Befragung der Patienten könnten wesentlich aussagekräftigere Informationen über den Zugang zu, den Erhalt und den individuellen Nutzen von Psychotherapie erlangt werden.

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

„Empowerment und Angehörigenpartizipation“ wird bisher mit 6 Indikatoren erhoben, wobei 4 Indikatoren auf die Angehörigenpartizipation fokussieren. Mit einer Befragung der Patienten könnten viele relevante, bisher nicht berücksichtigte Aspekte des Qualitätspotenzials „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ betrachtet werden. Beispielsweise können der Erhalt oder Nicht-Erhalt bzw. das individuelle Ausmaß von Aufklärung, psychoedukativen Maßnahmen und gemeinsamer Entscheidungsfindung Gegenstand von Patientenbefragungen sein. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen oder Peer-to-Peer-Beratung durch den Patienten zu erfassen.

### **Strukturbezogene Potenziale**

Obwohl Patientenbefragungen durchaus auch geeignet sind, Informationen über die Strukturqualität zu erheben, ist in Bezug auf das hier ermittelte Defizit der regionalen Versorgungsstruktur nicht zu erwarten, dass mittels einer Befragung der Patienten wesentliche qualitätssicherungsrelevante Daten erhoben werden können.

### **Patientenrelevante Endpunkte**

Bei der Qualitätssicherung von psychiatrischer Versorgung ist vor allem die Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten aus der Perspektive der Patienten unverzichtbar, da Patienten ihre Bedürfnisse und die Ergebnisse der Behandlung oft anders einschätzen als Leistungserbringer (Wiersma 2006; Joska et al. 2005; Foldemo et al. 2004; Cheah et al. 1998).

Mit einer Befragung der Patienten im QS-Verfahren können viele qualitätsrelevante patientenbezogene Endpunkte bzw. Patient Reported Outcomes (PRO) erfasst werden und zwar unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder sektorenübergreifend bewirkt werden. Neben den bereits in diesem Bericht genannten patientenrelevanten Endpunkten, werden in der Literatur auch noch weitere Endpunkte genannt wie beispielsweise das Erfassen von Bedürfnissen, die therapeutische Beziehung, die Behandlungszufriedenheit, das Wohlbefinden u.a.m. (Reininghaus et al. 2012; McCabe et al. 2007).

Die patientenrelevanten Endpunkte weisen teilweise inhaltliche und methodische Überschneidungen miteinander auf. Bei der Auswahl von patientenrelevanten Endpunkten für ein QS-Verfahren, die mittels Patientenbefragung erhoben werden sollen, sollten unbedingt Redundanzen in der Befragung vermieden werden. Aufgrund dessen sollte sich auf wenige, aber aussagekräftige patientenrelevante Endpunkte konzentriert werden.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Entwicklung einer Patientenbefragung wichtige Aspekte der Qualitätspotenziale abdecken könnte, die im Rahmen des hier entwickelten QS-Verfahrens nicht adressiert werden können. In einer gleichsam hochkomplexen und fragmentierten Versorgung einer Krankheit, die in vielen Fällen chronisch verläuft, sind Patienten die Stelle, an der die meisten qualitätsrelevanten Informationen zusammenlaufen. Und sie sind auch die beste Quelle für relevante Informationen, die über die Sektorengrenzen oder auch die Grenzen des SGB V hinausreichen. Besonders patientenrelevante Endpunkte wie Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, soziale und berufliche Integration sind zuverlässig nur über den Patienten zu erheben. Zudem bieten Patientenbefragungen die Möglichkeit, einen Teil jener fallbezogenen sektorenübergreifenden Informationen zu erheben, die mit den bisher entwickelten Instrumenten nicht erfasst werden können. Neben den patientenrelevanten Endpunkten sind hier vordringlich Aspekte der Versorgungskontinuität zu nennen. Und zuletzt können für den ambulanten Bereich zahlreiche fallbezogene Informationen gewonnen werden, die weder mit einer ambulanten Einrichtungsbefragung noch über Sozialdaten erhoben werden können.

Im Anhang B.8 sind mögliche Instrumente zur Erfassung von Patient Reported Outcomes aufgelistet (Millier et al. 2014; Reininghaus et al. 2012; McCabe et al. 2007). Diese Instrumente wurden im Rahmen der Themerschließung identifiziert. Die Liste erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden zudem verschiedene Indikatoren identifiziert, die über eine Patientenbefragung erhoben werden können. Diese Indikatoren sind im Anhang B.9 aufgeführt. Die Liste erhebt ebenfalls keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

### 5.6.2 Potenziale einer Angehörigenbefragung

Mit einer Angehörigenbefragung würde eine weitere Perspektive für die Messung der Qualität der Versorgung zur Verfügung stehen. Die Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind relevante Akteure der psychiatrischen Versorgung der Patienten. Insbesondere Patienten mit starken Einschränkungen in der Funktionalität sind auf soziale Unterstützung angewiesen, die neben den professionellen Hilfen auch von Angehörigen geleistet wird (Ogilvie et al. 2005).

Da Angehörige nicht die primäre Zielgruppe des QS-Verfahrens sind, ist das Potenzial einer Angehörigenbefragung für das QS-Verfahren geringer als das einer Patientenbefragung einzuschätzen und bezieht sich vor allem auf den Einbezug der Angehörigen in die psychiatrische Versorgung. Auch das Informieren von Angehörigen über die Erkrankung, den Krankheitsverlauf, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten ist ein Prozess, der mittels einer Angehörigenbefragung erfasst werden kann. Als relevanter Aspekt der Ergebnisqualität wird bei Angehörigen typischerweise die Belastung gemessen, die durch die Unterstützung und Betreuung des Patienten mit gesundheitlichen Folgen, wie beispielsweise Depressionen, einhergehen kann (Caqueo-Urizar et al. 2009). Im Anhang B.10 sind Instrumente für eine mögliche Angehörigenbefragung gelistet, die im Rahmen der Themerschließung identifiziert wurden. Die Liste erhebt deswegen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden ebenfalls Indikatoren gefunden, die die Angehörigenperspektive widerspiegeln. Diese Indikatoren sind im Anhang B.11 aufgelistet. Die Liste erhebt ebenfalls keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## 6 Erhebungsinstrumente und Dokumentation

Für die Umsetzung des entwickelten Indikatorensets werden Informationen aus zwei Datenquellen benötigt:

- Krankenkassen
- Leistungserbringer bzw. Einrichtungen.

### Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die gesetzliche Grundlage der Nutzung der bei den Krankenkassen gespeicherten Sozialdaten für die Zwecke der Qualitätssicherung wurde mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffen. Nach §299 Abs. 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, ggf. erforderliche Sozialdaten für die gesetzliche Qualitätssicherung bzw. die Durchführung von QS-Verfahren gemäß §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Verfügung zu stellen. Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden alle Patienten erfasst, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Privat versicherte Patienten sind in dieser Datenquelle nicht enthalten, sind derzeit aber auch nicht Gegenstand der gem. Qesü-RL zu entwickelnden QS-Verfahren.

Zur Erhebung der Indikatoren werden Daten aus folgenden Datenbeständen benötigt:

- Datenbestand nach §284 SGB V: Versichertenstammdaten
- Datenbestand nach §295 SGB V: Abrechnungsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen (kollektivvertraglich)
- Datenbestand nach §295a SGB V: Abrechnungsdaten der an der hausarztzentrierten, besonderen ambulanten und integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen (selektivvertraglich)
- Datenbestand nach §118 SGB V: Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen
- Datenbestand nach §301 SGB V: Abrechnungsdaten der Krankenhäuser
- Datenbestand nach §300 SGB V: Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln

Selektivvertraglich behandelte Patienten können in den Sozialdaten identifiziert und in der Qualitätssicherung berücksichtigt werden, sofern auch hier eine Dokumentation der GOP (inkl. Datum) und ICD-Kodes erfolgt.

### QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Zur Berechnung der Indikatoren werden weitere Informationen benötigt, die durch den Leistungserbringer zu erfassen bzw. zu dokumentieren sind. Diese QS-Dokumentationen sollen sowohl fall- als auch einrichtungsbezogen (stationär und ambulant) erfolgen.

Über die fallbezogene Datenerhebung beim Leistungserbringer werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patienten gem. QS-Filter (siehe Abschnitt 6.2.1) erfasst.



## 6.1 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

### 6.1.1 Datenselektion

Das für das QS-Verfahren relevante Patientenkollektiv sowie die aus den Sozialdaten zu exportierenden Datenfelder werden über einen Filter selektiert. Er besteht aus folgenden zwei Selektionsstufen:

#### Patientenfilter

Hier werden die Patienten selektiert, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Für diese Stufe sind Codes in einer Einschlussliste definiert, die dann zur Selektion führen (siehe Anhang C. 1).

**Einschluss:** Wie bereits im Abschnitt 2.3 ausgeführt, zielt das QS-Verfahren auf gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit einer F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10. Somit werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patienten selektiert, die im Betrachtungszeitraum entweder ambulant (Datenbestände nach Abrechnungskontexten §§295, 295a, 118 SGB V) oder stationär (Datenbestand nach Abrechnungskontext §301 SGB V) eine F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 hatten (vgl. Tabelle 1 im Anhang C. 1).

**Ausschluss:** Es werden alle Patienten ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr nicht mindestens 18 Jahre alt waren. Patienten, die im Erfassungsjahr volljährig geworden sind, werden ebenfalls ausgeschlossen.

Das relevante Patientenkollektiv für das QS-Verfahren kann über spezifische ICD-Kodes identifiziert werden (siehe Liste PSYCH\_ICD im Anhang C. 1). Diese Liste gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich: Im ambulanten Bereich muss es sich dabei um eine gesicherte Diagnose (Diagnosesicherheit „G“), im stationären Bereich um eine Hauptdiagnose handeln. In den PIA werden nach derzeitigem Stand keine vergleichbaren zusätzlichen Angaben zu den Diagnosen verpflichtend dokumentiert, sodass eine spezifische ICD aus Liste PSYCH\_ICD ausreichend ist.

#### Leistungs- und Medikationsfilter

Für die Berechnung der Indikatoren sind verschiedene Leistungen bei einem Patienten, die in den jeweils definierten Betrachtungszeiträumen auftreten, relevant. Diese spezifischen Angaben sind im Leistungs- und Medikationsfilter definiert (vgl. Tabelle 2 im Anhang C.1).

Über den Leistungs- und Medikationsfilter können weitere Informationen über das Patientenkollektiv aus den Daten ausgewählt werden. In diesem QS-Verfahren bezieht sich der Filter auf Diagnosen, erbrachte Leistungen und Arzneimittel.

Die Informationen, die über diese Selektionsstufe gefiltert werden, sind maßgeblich zur Berechnung der entwickelten Indikatoren und werden für alle Fälle aus dem Patientenkollektiv benötigt. Die Informationen können über ICD-Kodes, GOP und PZN abgebildet werden, die von den Krankenkassen nach der Selektion mit übermittelt werden.

Darüber hinaus werden weitere Informationen für eine noch zu beauftragende Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen benötigt. Da solche Risikoadjustierungsmodelle erst im Rahmen des Regelbetriebs entwickelt werden können, wurden weitere Angaben zu den Patienten, wie die Diagnosen eines Patienten, im Leistungs- und Medikationsfilter ergänzt (vgl. Abschnitt 7.6). Eine weitere Spezifizierung des Leistungs- und Medikationsfilters soll nach Abschluss der Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle vorgenommen werden.

### 6.1.2 Datenfelder

Um die Informationen in einem einheitlichen Format erheben zu können, hat das AQUA-Institut im Auftrag des G-BA eine allgemeine Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelt, damit einzelne Datenfelder der Datenbestände selektiert und exportiert werden können. In Tabelle 1 im Anhang C.2 sind nach aktuellem Sachstand des Projekts die zur Verfügung stehenden und für das QS-Verfahren relevanten Datenfelder dargestellt.

### 6.1.3 Dokumentationsqualität

Die Dokumentationsqualität der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird als hoch eingeschätzt: So unterliegen die Datenbestände nach §301 SGB V in ca. 10 % aller Fälle einer MDK-Prüfung auf Basis der Originalkrankenkarten (§275 SGB V). Die Vertragsarztdateien nach §295 SGB V werden einer umfangreichen Plausibilitätsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterzogen. Die Daten nach §§118 und 300 SGB V unterliegen keiner bundesweit standardisierten Prüfung.

## 6.2 Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

### 6.2.1 Dokumentationspflichtige Fälle

Das für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation relevante Patientenkollektiv wird über einen QS-Filter ausgewählt. Dieser prüft anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien, ob ein Behandlungsfall dokumentationspflichtig ist.

Für das vorliegende QS-Verfahren werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patienten eingeschlossen, bei denen eine F20.- bis F29-Hauptdiagnose vorliegt (vgl. Anhang C.3).

#### Sollstatistik

Die Sollstatistik für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation bei den stationären Leistungserbringern wird gem. den Vorgaben der Qesü-RL ermittelt.

### 6.2.2 Datenfelder

Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht insgesamt aus 49 Datenfeldern (siehe Anhang C.4). Die Verteilung der Datenfelder auf die unterschiedlichen Bogenabschnitte zur Abbildung der Indikatoren ist in Tabelle 19 dargestellt. Dabei werden Datenfelder unterschieden, die bei allen Patienten ausgefüllt werden müssen und Datenfelder, die nur bei bestimmten Patienten ausgefüllt werden müssen. Beispielsweise muss nur bei Fällen, bei denen mindestens eine Zwangsmaßnahme erfolgte, erfasst werden, bei wie vielen Maßnahmen eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch eine Pflegefachperson stattgefunden hat.

Tabelle 19: Verteilung der Datenfelder auf die Bogenabschnitte der fallbezogenen QS-Dokumentation

Bogenabschnitte	Anzahl Datenfelder gesamt	Davon bei jedem Fall auszufüllen	Davon nur bei bestimmten Fällen auszufüllen
<b>Bogen „Basis“</b>			
Basisdokumentation	10	10	0
Kommunikation mit dem Patienten	2	1	1
Einbezug von Angehörigen	5	1	4
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	2	1	1
Behandlungsvereinbarungen	3	1	2
Körperliche Übergriffe	1	1	0
Restriktive Maßnahmen	3	3	0
Zwangsmaßnahmen	9	0	9
Kommunikation mit ambulanter Versorgung	1	1	0
Entlassung	3	3	0
<b>Summe</b>	<b>39</b>	<b>22</b>	<b>17</b>

### 6.2.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

Die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist ein etabliertes Erhebungsinstrument in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, wird eine Vielzahl von Maßnahmen durchgeführt, z.B. die Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit bei der Datenerfassung bzw. dem Datenexport. Diese Maßnahmen können und sollen analog im sektorenübergreifenden QS-Verfahren zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* angewandt werden.

## 6.3 Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

### 6.3.1 Dokumentationspflichtige Einrichtungen

Die für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation relevanten Einrichtungen werden mittels definierter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.

Eine Dokumentationspflicht für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht, wenn mindestens ein dokumentationspflichtiger Fall der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation (gesetzlich versicherter volljähriger Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 als Hauptdiagnose (siehe Liste PSYCH\_ICD im Anhang C.5)) vorliegt. Die Ein- und Ausschlusskriterien für dokumentationspflichtige Einrichtungen (siehe Anhang C.5) sind daher entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien der dokumentationspflichtigen Fälle definiert.

### 6.3.2 Datenfelder

Der Dokumentationsbogen für die jährliche Einrichtungsbefragung besteht aus 6 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 3 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Die Einzelfragen umfassen ausschließlich Aspekte der Strukturqualität (siehe Anhang C.6).

In Tabelle 20 wird die Anzahl der Einzelfragen pro Indikator für stationäre Einrichtungen aufgeführt sowie die Summe der Einzelfragen des Fragebogens ausgewiesen.

*Tabelle 20: Anzahl der Fragen im Fragebogen für stationäre Einrichtungen*

Indikator-ID	Indikator	Anzahl Einzelfragen
49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	2
50c	Deeskalationstraining – stationär	2
57	Fachpflegerische Versorgung mit psychiatrischer Fachweiterbildung	2
<b>Summe der Fragen</b>		<b>6</b>

### 6.3.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer folgt in der grundsätzlichen Logik den etablierten fallbezogenen QS-Dokumentationen: Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, sollen auch hier – unabhängig von konkreten Auslöse- und Übertragungswegen – Prüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit bei Datenerfassung bzw. -export durchgeführt werden.

## 6.4 Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

### 6.4.1 Dokumentationspflichtige Einrichtungen

Die ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation soll sowohl bei vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen als auch bei PIA eingesetzt werden. Dokumentationspflichtig sind PIA (Schlüssel A 1 (PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23) der Leistungsart des Rechnungssatzes ambulante Operation) und Arztpraxen bzw. MVZ mit Fachärzten der Fachgruppenkennung (FG), enthalten in der Lebenslangen Arztnummer (Stellen 8 und 9) (siehe auch Anhang C.7):

- FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

### 6.4.2 Datenfelder

Der Dokumentationsbogen für die jährliche Einrichtungsbefragung besteht aus 22 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 4 Qualitätsindikatoren genutzt werden (siehe Anhang C.8). Die Frage nach der Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird dafür verwendet, dass sowohl vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen als auch PIA, die keine Patienten mit einer F2-Diagnose im Erfassungsjahr behandelt haben, die Fragen zu den Indikatoren nicht beantworten müssen.

In Tabelle 21 wird die Anzahl der Fragen pro Indikator für ambulante Einrichtungen aufgeführt sowie die Summe der Einzelfragen des Fragebogens ausgewiesen.

Tabelle 21: Anzahl der Fragen im Fragebogen für ambulante Einrichtungen

Indikator-ID	Thema	Anzahl Einzelfragen
<b>Filterfrage</b>		
	Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10	1
<b>Indikatoren</b>		
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	3
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	7
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	6
70_a	Einbezug von Angehörigen	5
<b>Summe der Fragen</b>		<b>22</b>

### 6.4.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer folgt in der grundsätzlichen Logik den etablierten fallbezogenen QS-Dokumentationen: Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, sollen auch hier – unabhängig von konkreten Auslöse- und Übertragungswegen – Prüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit bei der Datenerfassung bzw. beim Datenexport durchgeführt werden.

# 7 Umsetzung

## 7.1 Erhebungsformen

In den folgenden beiden Abschnitten werden die für das vorliegende QS-Verfahren potenziell relevanten Erhebungsformen diskutiert und Empfehlungen gegeben.

### 7.1.1 Stichprobe versus Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit

Um die Art der Datenerhebung auszuwählen, ist die Frage zu klären, ob sich mit einer Stichprobenerhebung aussagekräftige Informationen zur Qualitätsbewertung gewinnen lassen oder ob eine Vollerhebung notwendig ist. Ausgehend von dem im Auftrag vorgegebenen Einrichtungs- und Patientenkollektiv wurde im Rahmen der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten und Qualitätsindikatoren eine geeignete Stichprobe definiert (vgl. Kapitel 6).

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

Mit dem Filter werden Daten von volljährigen Patienten, die im Erfassungsjahr eine F2-Diagnose erhalten haben, selektiert und anschließend an die Bundesauswertungsstelle (BAS) exportiert. Damit werden alle GKV-Versicherten jünger als 18 Jahre oder GKV-Versicherte ohne eine F2-Diagnose im Erfassungsjahr aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

#### Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

Die Dokumentationspflicht in der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation besteht für stationär aufgenommene gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit der Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10. Somit werden sowohl Patienten jünger als 18 Jahre, sowie Fälle mit einer anderen psychiatrischen Hauptdiagnose aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

#### Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Die Dokumentationspflicht in der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation besteht für stationäre Einrichtungen, die im Erfassungsjahr mindestens einen volljährigen Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 behandelt haben. Stationäre Einrichtungen, die keine volljährigen Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 behandelt haben, werden ausgeschlossen.

#### Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Die Dokumentationspflicht in der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation besteht für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie PIA. Andere ambulante Praxen bzw. Leistungserbringer, wie z.B. Hausärzte oder Neurologen, werden nicht in das QS-Verfahren einbezogen.

Zum jetzigen Zeitpunkt scheint eine darüber hinausgehende Bildung von Zufallsstichproben für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation oder für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht sinnvoll, weil die Ausskraft der entwickelten Qualitätsindikatoren durch eine zu geringe Fallzahl gefährdet würde (AQUA 2015; AQUA 2013b).

### 7.1.2 Länderbezogenes versus bundesbezogenes Verfahren

In § 2 Abs. 1 Qesü-RL ist festgelegt, dass QS-Verfahren grundsätzlich länderbezogen durchgeführt werden sollen. Bundesbezogene Verfahren sollen nur dann erfolgen, wenn aufgrund der Eigenart des Themas oder aufgrund der Fallzahlen eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt erscheint, § 2 Abs. 2 Qesü-RL.

Das AQUA-Institut empfiehlt, dass QS-Verfahren als länderbezogenes Verfahren durchzuführen. Die Fallzahlen und die Anzahl der Leistungserbringer sind ausreichend groß und auch für die einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen sind ausreichend viele Einrichtungen vorhanden.

Entsprechend dem Bericht der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden gab es im Jahr 2010 folgende Anzahl an Einrichtungen bzw. Ärzten (AOLG 2012), die im Rahmen des QS-Verfahrens voraussichtlich dokumentationspflichtig würden:

- 491 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4.748 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde
- 232 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern
- 38 Fachkrankenhäuser für Psychosomatik
- 219 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie
- 161 Fachabteilungen für Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern

Im Jahr 2013 wurden in deutschen Krankenhäusern insgesamt 135.947 Fälle (darunter 132.655 Fälle, bei denen Patienten 20 Jahre und älter waren) mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose behandelt (Statistisches Bundesamt 2015). Für die Berechnung der Indikatoren, die mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, würden nach eigenen Hochrechnungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 etwa 729.000 Patienten einbezogen (siehe auch Kapitel 3).

## 7.2 Auswertungskonzept

Das Auswertungskonzept umfasst die Umsetzung der Berichterstattung bzw. der Rückmeldeberichte im Regelbetrieb unter Berücksichtigung der verfügbaren Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten und deren Analyse inklusive erforderlicher Fristen und Zeiträume. Auf ggf. notwendige Erprobungsschritte bis zur vollständigen Umsetzung der Berichte wird separat eingegangen (siehe Abschnitt 7.4). Wichtige Elemente des Auswertungskonzeptes werden nachfolgend näher beschrieben:

- Zu erstellende Berichte inklusive der Fristen zur Berichterstellung (siehe Abschnitt 7.2.2)
- Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten für die Auswertungen (siehe Abschnitt 7.2.3)
- Auswertung der erhobenen Daten (siehe Abschnitt 7.2.4)

Bei Auswertungskonzepten von sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen. Dazu zählt z.B., dass mehrere Leistungserbringer am Versorgungsprozess beteiligt sein können und die longitudinale Betrachtung (Follow-up) ggf. auch sektorenüberschreitend erfolgt, oder dass die Daten in den einzelnen Sektoren mit unterschiedlichen Instrumenten erhoben werden und somit die Informationen für die Indikatoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorliegen.

Zur Analyse liegen für das entwickelte QS-Verfahren Angaben aus folgenden Datenquellen vor:

- Krankenkassen
- Leistungserbringer bzw. Einrichtungen

### 7.2.1 Indikatoren zur Berichterstattung

Das vorliegende Auswertungskonzept umfasst die Einrichtungsvergleiche von stationären und ambulanten Einrichtungen:

- **Einrichtungsvergleich von stationären Einrichtungen anhand von 19 Indikatoren:** Davon 2 Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erheben sind; 3 Indikatoren, die mittels einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu erheben sind; 11 Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation zu erheben sind; 3 weitere Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation zu erheben sind und die nur bei Fällen mit Zwangsmaßnahmen erhoben werden müssen (siehe auch Tabelle 22).
- **Einrichtungsvergleich von PIA, vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen anhand von 10 Indikatoren:** Davon 6 Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erheben sind; 4 Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu erheben sind (siehe auch Tabelle 23).

Tabelle 22: Indikatoren des Einrichtungsvergleichs von stationären Einrichtungen geordnet nach Erhebungsinstrumenten

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Sozialdaten bei den Krankenkassen</b>		
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
<b>Fallbezogene QS-Dokumentation</b>		
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Prozessindikator
34	Behandlungsvereinbarungen	Prozessindikator
35	Körperliche Übergriffe	Ergebnisindikator
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	Ergebnisindikator
39a <sup>1</sup>	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	Prozessindikator
41a <sup>1</sup>	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Prozessindikator
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ergebnisindikator
62	Unterbringungen	Strukturindikator
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Prozessindikator
80 <sup>1</sup>	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Prozessindikator
85	Muttersprachliche Kommunikation	Prozessindikator
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	Prozessindikator
104	Gesprächsangebote für Angehörige	Prozessindikator
<b>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation</b>		
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	Strukturindikator
50c	Deeskalationstraining – stationär	Strukturindikator
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	Strukturindikator

<sup>1</sup> Diese Indikatoren werden nur bei Fällen erhoben, bei denen Zwangsmaßnahmen erfolgten.

Tabelle 23: Indikatoren des Einrichtungsvergleichs von Psychiatrischen Institutsambulanzen und vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen geordnet nach Erhebungsinstrumenten

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
<b>Sozialdaten bei den Krankenkassen</b>		
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Prozessindikator
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Ergebnisindikator
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	Prozessindikator
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozessindikator
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	Prozessindikator
59	Kontrolluntersuchungen	Prozessindikator
<b>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation</b>		
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	Prozessindikator
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Prozessindikator
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	Prozessindikator
70_a	Einbezug von Angehörigen	Prozessindikator

Das vorliegende Auswertungskonzept berücksichtigt die Vorgaben der Qesü-RL und das derzeit gültige Methodenpapier 4.0 des AQUA-Instituts (AQUA 2015).

### 7.2.2 Berichtsarten

In diesem Abschnitt geht es insbesondere um Berichte, die die Institution nach § 137a SGB V zu erstellen hat bzw. die damit im Zusammenhang stehen. Übergreifend gilt für alle Berichte hinsichtlich der Fristen seitens der Institution nach § 137a SGB V folgende Empfehlung:

- Um zusätzlichen Aufwand oder Unsicherheiten bei den Leistungserbringern zu vermeiden und den Krankenhäusern bei ggf. veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren auch die öffentliche Berichterstattung im Rahmen des jährlichen Qualitätsberichts zu ermöglichen, sollten die Fristen für Krankenhäuser und Arztpraxen themenspezifisch nur dann abweichen, wenn dies unbedingt erforderlich ist.
- Um eine möglichst zeitnahe Berichterstellung zu erreichen, gilt hinsichtlich der Einheitlichkeit der Fristen Gleiches auch für die Qualitätssicherungsergebnisberichte der zukünftigen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) an die Institution nach § 137a SGB V (§ 19 Qesü-RL) sowie für den Bundesqualitätsbericht (§ 20 Qesü-RL) der Institution nach § 137a SGB V an den G-BA.

### Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§ 18 Qesü-RL)

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nach einheitlichen Vorgaben (sog. Rechenregeln) von der BAS erstellt. Rückmeldeberichte werden den Leistungserbringern durch die jeweilige Datenannahmestelle (DAS) elektronisch übermittelt. Dabei ist im Falle der KV als DAS zu beachten, dass diese keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben dürfen.

Der Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollständigkeit der erhobenen Daten beinhalten. Darüber hinaus soll der Rückmeldebericht eine Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu denen der Vergleichsgruppe aufweisen. Als Vergleichsgruppe dient die Bundes- bzw. Landesebene. Der Rückmeldebericht soll gut verständlich aufbereitet sein und Verläufe (Follow-up) sowie Entwicklungen (Tendenzen im Vergleich zum vorherigen Betrachtungszeitraum) zeigen, ohne jedoch zu bewerten.

Die für die Bewertung der Ergebnisse zuständige Stelle ist bei den länderbezogenen Verfahren die jeweilige LAG. Diese hat die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der qualitätsverbessernden



Maßnahmen und richtet dazu eine Fachkommission gem. §5 Abs. 5 Qesü-RL ein. Diese Fachkommission erhält Einblick in die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer.

In der Qesü-RL werden keine allgemeinen Fristen für die Rückmeldeberichte genannt. Laut Qesü-RL sollen die Rückmeldeberichte unverzüglich nach Ende der Datenabgabefrist erstellt und an die Empfängergruppe übermittelt werden (§ 18 Abs. 5 Qesü-RL). Da für den Qualitätssicherungsergebnisbericht allerdings eine jährliche Berichtserstellung vorgesehen ist (vgl. § 19 Abs. 1 Qesü-RL), gilt implizit für die Rückmeldeberichte, dass diese mindestens einmal jährlich zu erstellen sind. Weitere Konkretisierungen sind themenspezifisch vorzunehmen, z.B. vor dem Hintergrund notwendiger Datengrundlagen für statistisch robuste Aussagen der Qualitätsindikatoren.

Bei der Frist für die Erstellung der Rückmeldeberichte ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen, sofern veröffentlichungspflichtig, in ihrem jährlichen Qualitätsbericht darzulegen haben. Die Rückmeldeberichte sollten daher spätestens bis zum 15. Juni vorliegen.

Um die Erstellung der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer bis zum 15. Juni sicherzustellen, können bei der Erstellung nur Daten berücksichtigt werden, die bis März bei der Bundesauswertungsstelle vorliegen. Der Zeitraum vom 1. April bis zum 15. Juni dient dazu, die notwendigen Analysen zu erstellen und die erstellten Rückmeldeberichte über die Datenannahmestellen an die Leistungserbringer und die Auswertungen an die LAG weiterzuleiten.

Zusätzlich zum jährlichen Rückmeldebericht kann in den themenspezifischen Bestimmungen eine häufigere Berichterstellung in Form von Zwischenberichten festgelegt werden, die voraussichtlich hauptsächlich deskriptive Auswertungen für die Leistungserbringer enthalten, um so ggf. das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen zu unterstützen.

### **Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL)**

Die LAG übermitteln der Institution nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form in einem themenspezifisch einheitlichen Berichtsformat. Dieser berücksichtigt verschiedene Aspekte wie z.B. die qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, die Häufigkeit und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die longitudinale verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen sowie Angaben zur Dokumentationsqualität. Der Zeitpunkt der Abgabe der Qualitätssicherungsergebnisberichte ist in der Qesü-RL nicht festgelegt. Da die Strukturen auf Landesebene noch nicht etabliert sind und hinsichtlich der Datenflüsse noch Abstimmungsbedarf besteht, kann Näheres erst später spezifiziert werden. Um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, empfiehlt das AQUA-Institut eine Berichterstellung bis zum 15. März des auf den Beginn der qualitätsverbessernden Maßnahmen nachfolgenden Jahres.

### **Bundesauswertung**

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung in Bezug auf das jeweilige QS-Verfahren. Neben den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren enthält der Bericht eine sog. Basisauswertung mit allgemeinen deskriptiven Angaben (Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnostik, Therapie usw.). Die Bundesauswertung wird einmal jährlich bis zum 15. Juni des Folgejahres erstellt.

### **Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL)**

Die Institution nach § 137a SGB V hat für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form jährlich einen zusammenfassenden Bericht über die Qualität der Versorgung zu erstellen. Dieser basiert auf der Bundesauswertung und allen erstellten Qualitätssicherungsergebnisberichten. Er umfasst auch Angaben zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Datenvalidität und zur Effektivität des QS-Verfahrens, sobald die entsprechenden Ergebnisse verfügbar sind. Wengleich die Qesü-RL hierzu keinen Termin vorgibt, wird im Methodenpapier als Frist der 15. August des nachfolgenden Jahres vorgeschlagen.

### 7.2.3 Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten

Für das entwickelte QS-Verfahren stehen als Grundlage für die Analysen zur Erstellung der Rückmeldeberichte folgende Informationen zur Verfügung:

- Angaben aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Angaben aus der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation
- Angaben aus der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- Angaben aus der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

In Hinblick auf die Berichterstattungszeitpunkte sind folgende Fragen wichtig:

- Wann sind die jeweiligen Abrechnungsdaten nach einer erbrachten Leistung bei den Krankenkassen verfügbar und wann stehen die Sozialdaten der BAS zur Analyse zur Verfügung?
- Wann stehen die Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation zur Verfügung?
- Wann stehen die Daten aus den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen zur Verfügung?

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen setzen sich aus verschiedenen Datenbeständen zusammen. Für das Auswertungskonzept ist entscheidend, wann die Daten aus den unterschiedlichen Datenbeständen beim AQUA-Institut für die Auswertung vorliegen. Daher wurde bei verschiedenen Krankenkassen um eine Einschätzung bezüglich der entsprechenden Lieferfristen gebeten. Aus den Antworten wurde ersichtlich, dass es deutliche Unterschiede zwischen den Datenbeständen der Leistungserbringer unterschiedlicher Sektoren sowie den Abrechnungsdaten von Apotheken und den Stammdaten bei den Krankenkassen gibt (AQUA 2013a).

Tabelle 24 zeigt die unterschiedlichen Zeiträume bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen:

Tabelle 24: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen

Datenbestand nach Abrechnungskontext (SGB V)	Beschreibung	Verfügbarkeit
§ 118	Psychiatrische Institutsambulanzen	max. 8 Monate nach Quartalsende
§284	Versichertendaten nach §284	max. 2 Monate
§295	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295a (§ 140a)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Integrierte Versorgung“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§295a (§73b)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Hausarztzentrierte Versorgung“	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295a (§73c)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§301	Krankenhaus	max. 3 Monate nach Entlassung
§300	Apotheken	ungeprüft ca. 2 Monate nach Abgabe des Medikaments, geprüft ca. 1 Jahr nach Abgabe

Diese Zeiträume haben unmittelbare Auswirkungen auf die Zeitpunkte für die Datenlieferungen und das jeweilige Auswertungskonzept. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich die genannten Angaben hinsichtlich der zeitlichen Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen bei einigen Daten auf die Leistungserbringung selbst (z.B. §295a SGB V) bzw. auf die Entlassung nach der Leistungserbringung (z.B. §301 SGB V) und bei anderen Daten, die nur quartalsweise zur Verfügung stehen (§295 SGB V), auf das Quartalsende nach Leis-

tungserbringung beziehen. Dies hat zur Konsequenz, dass bei den quartalsweise gelieferten Daten aus dem ambulanten Bereich eine im Januar erbrachte Leistung im April zur Kassenärztlichen Vereinigung exportiert wird und erst ca. acht Monate später, d.h. im Dezember, bei den Krankenkassen zum Export an die BAS zur Verfügung steht. In Bezug auf die allgemeine Datenverfügbarkeit wird sich nachfolgend bei der Auswertung jeweils an dem Datenpool orientiert, der die längste zeitliche Verzögerung aufweist.

### Export der Daten an die BAS

Bei der Festlegung der Fristen für Datenlieferungen der Sozialdaten durch Krankenkassen für das QS-Verfahren standen folgende Gesichtspunkte im Vordergrund: Erstens sollte es einen Liefertermin geben, der möglichst nah am Beginn des Analysezeitraums für die Rückmeldeberichte (Beginn 1. April) liegt und zweitens sollte es zusätzliche Datenlieferungen geben, um den Leistungserbringern zusätzliche Auswertungen liefern zu können. Gemäß den Vorgaben in der *Allgemeinen Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen* wurden die Fristen darüber hinaus so festgelegt, dass in der ersten Monatshälfte Erstlieferungen und in der zweiten Monatshälfte ggf. erforderliche Korrekturlieferungen erfolgen können (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Datenlieferfristen von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle

Lieferquartal	Zeitraum	Art der Lieferung
1	01. März bis 15. März	Erstlieferung
	16. März bis 31. März	Korrektur der Erstlieferung des 1. Quartals
2	01. Juni bis 15. Juni	Erstlieferung
	16. Juni bis 30. Juni	Korrektur der Erstlieferung des 2. Quartals
3	01. September bis 15. September	Erstlieferung
	16. September bis 30. September	Korrektur der Erstlieferung des 3. Quartals
4	01. Dezember bis 15. Dezember	Erstlieferung
	16. Dezember bis 31. Dezember	Korrektur der Erstlieferung des 4. Quartals

Die erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen quartalsweise und möglichst zeitnah zu liefern, also sobald sie zur Verfügung stehen. Die früheste Datenlieferung kann demnach theoretisch im zweiten Quartal des ersten Gültigkeitsjahres einer themenspezifischen Spezifikation stattfinden. Die spätesten zulässigen Zeitpunkte für verfahrensspezifische Datenlieferungen ergeben sich aus den Beobachtungszeiträumen und der Verfügbarkeit der Sozialdaten (vgl. Tabelle 24).

### Vollzähligkeitsprüfung für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Hinsichtlich der Sozialdaten bei den Krankenkassen ist ein Soll-Ist-Abgleich zwischen gelieferten und zu liefernden Datensätzen mangels Referenzdatenquelle nicht möglich. Somit bleibt hier lediglich zu überprüfen, ob alle Krankenkassen Daten (resp. Nullmeldungen) für das QS-Verfahren übermittelt haben. Darüber hinaus ist lediglich die Zahl der übermittelten Fälle von den Krankenkassen aufzustellen und zu bestätigen. Die Bestätigung und die Aufstellung gemäß Teil 1 des §16 Absatz 5 der Qesü-RL ist im Rahmen des QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* spätestens bis zum 15. März (mit Korrekturzeitraum bis zum 31. März bezogen auf das Vorjahr) zu übermitteln. Diesem Vorgehen sollte für das vorliegende QS-Verfahren ebenfalls gefolgt werden.

### Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

Die Datenlieferungen der QS-Dokumentationen aus Krankenhäusern, Arztpraxen und PIA sollen zur Vermeidung von zusätzlichem Aufwand oder Unsicherheiten bei den Leistungserbringern gemeinsamen Fristen unterliegen. Die Fristen sind zudem so zu wählen, dass sie sich möglichst nicht mit Fristen für andere Aufgaben der Leistungserbringer, insbesondere der quartalsweisen Abrechnung im ambulanten Bereich, überschneiden. Für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation im Rahmen der Qesü-RL sind in den themenspezifischen Bestimmungen für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* folgende Lieferfristen vorgesehen: 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar (Folgejahr) (mit einer Nachsendefrist für

Korrekturen aller Quartale bis zum 15. März (Folgejahr). Sollstatistik und Konformitätserklärungen sollen einmal jährlich bis zur Nachsendefrist für Korrekturen abgegeben werden.

### **Sollstatistik und Konformitätserklärung für die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser**

Wesentliche Instrumente, um die Vollständigkeit der übermittelten fallbezogenen QS-Dokumentationen eines Krankenhauses zu überprüfen, sind:

- die Sollstatistik: eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht, und
- die Konformitätserklärung: eine von einer vertretungsberechtigten Person der datenliefernden Einrichtung unterzeichnete Erklärung über die Richtigkeit der Angaben.

Zur Überprüfung der Vollständigkeit durch die Datenannahmestelle bzw. BAS erstellen Krankenhäuser für alle gesetzlich versicherten Patienten eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Behandlungsfälle hervorgeht (Soll). Zudem übermitteln sie mit dieser Aufstellung eine Erklärung über die Richtigkeit dieser Angaben (Konformitätserklärung). Entsprechend der Qesü-RL sollen die Konformitätserklärungen und die Sollstatistik mindestens einmal jährlich von den Krankenhäusern übermittelt werden

### **Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation**

Die Datenlieferungen der QS-Dokumentationen aus Krankenhäusern, Arztpraxen und PIA sollen zur Vermeidung von zusätzlichem Aufwand oder Unsicherheiten bei den Leistungserbringern gemeinsamen Fristen unterliegen. Die Fristen sind zudem so zu wählen, dass sie sich möglichst nicht mit Fristen für andere Aufgaben der Leistungserbringer, insbesondere der quartalsweisen Abrechnung im ambulanten Bereich, überschneiden. Da die Erhebung der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nur einmal jährlich erfolgt, sollten die Daten einmal jährlich geliefert werden. Um für die Rückmeldeberichte alle notwendigen Daten zu einem Zeitpunkt vorliegen zu haben, empfiehlt das AQUA-Institut die Daten der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bis zum 28. Februar des Folgejahres zu liefern (mit einer Nachsendefrist für Korrekturen bis zum 15. März (Folgejahr)).

### **Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation**

Die Datenlieferungen der QS-Dokumentationen aus Krankenhäusern, Arztpraxen und PIA sollen zur Vermeidung von zusätzlichem Aufwand oder Unsicherheiten bei den Leistungserbringern gemeinsamen Fristen unterliegen. Die Fristen sind zudem so zu wählen, dass sie sich möglichst nicht mit Fristen für andere Aufgaben der Leistungserbringer, insbesondere der quartalsweisen Abrechnung im ambulanten Bereich, überschneiden. Da die Erhebung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nur einmal jährlich erfolgt, sollten die Daten einmal jährlich geliefert werden. Um für die Rückmeldeberichte alle notwendigen Daten zu einem Zeitpunkt vorliegen zu haben, empfiehlt das AQUA-Institut die Daten der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bis zum 28. Februar des Folgejahres zu liefern (mit einer Nachsendefrist für Korrekturen bis zum 15. März (Folgejahr)). Die Fristen sind so gewählt, dass sie sich möglichst nicht mit Fristen für andere Aufgaben der Leistungserbringer, insbesondere der quartalsweisen Abrechnung im ambulanten Bereich, überschneiden.

Zusammenfassend ergibt sich als Auswertungs- und Berichterstellungszeitraum (inkl. der Berichterstellung der Rückmeldeberichte an die für die Bewertung zuständigen Stellen) daher ein Zeitfenster, das von Anfang April bis zum 15. Juni reicht. Bei der einmal jährlichen Erstellung der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nur die Daten berücksichtigt, die bis Ende März bei der BAS vorliegen.

## 7.2.4 Auswertungen

Im folgenden Abschnitt werden Grundlagen der Berichterstellung für das QS-Verfahren dargestellt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Ausführungen zu den Rückmeldeberichten.

### Bundeseinheitliche Rechenregeln

Rechenregeln sind im Kontext der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die von der Institution nach § 137a SGB V zu erstellenden bundeseinheitlichen Vorschriften zur Berechnung der entwickelten Qualitätsindikatoren. Sie definieren Zähler und Nenner sowie Referenzbereich und enthalten wissenschaftliche Hintergrundinformationen und ggf. Verweise auf themenbezogene Literatur.

Die Rechenvorschriften werden in Form von PDF-Dokumenten auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB V bereit gestellt. Diese Vorschriften beziehen sich immer auf ein Erfassungsjahr. In diesen Dokumenten werden die Indikatoren ausschließlich in Textform beschrieben.

Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht.

### Auswertung der Indikatoren der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Bei der Auswertung der Indikatoren, die mittels einer Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden sollen, sind verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Definition der Grundgesamtheit
- Prozess- und Ergebnisverantwortung im ambulanten Bereich
- Auswertung der Follow-up-Erhebungen

#### Definition der Grundgesamtheit für die Berechnung der Indikatoren

Aus den exportierten Daten der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird vor der Berechnung der Indikatoren folgende Grundgesamtheit definiert.

Einschluss: Patienten, die im Erfassungsjahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich oder einer PIA in mindestens zwei Quartalen des Erhebungsjahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben.

Ausschluss: Patienten, die entweder stationär eine Hauptdiagnose einer Demenz (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) oder in zwei Quartalen des Erfassungsjahres im ambulanten Bereich oder einer PIA je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.

Diese Grundgesamtheit wird der Berechnung von allen Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, zugrunde gelegt.

#### Prozess- und Ergebnisverantwortung im ambulanten Bereich

Eine Besonderheit der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose ist die Beteiligung verschiedener ambulanter Leistungserbringer. Die Informationen der Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen fallbezogen vor und enthalten somit Informationen zu Leistungen unabhängig vom Leistungserbringer. Für die Rückmeldeberichte muss daher definiert werden, an welchen Leistungserbringer die Ergebnisse adressiert werden sollen. Entsprechend dem Auftrag können folgende ambulante Einrichtungen Adressaten des QS-Verfahrens sein:

- Psychiatrische Institutsambulanzen,
- Praxen von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie,
- Praxen von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie,
- Praxen von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Praxen von niedergelassenen Fachärzten für Nervenheilkunde.

Aus diesen Leistungserbringern bzw. Einrichtungen soll für jeden Patienten ein „Hauptarzt“ definiert werden, dem die Verantwortung für die psychiatrische Versorgung des Patienten obliegt und dem somit die Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung der Indikatoren zugeordnet wird, unabhängig davon, ob er die Leistungen selbst erbracht hat. Somit können Aspekte wie Arztwechsel, Urlaubsvertretung, Einholen einer Zweitmeinung oder das Erbringen einer speziellen Leistung durch einen anderen ambulanten Leistungserbringer berücksichtigt werden. Der „Hauptarzt“ wird anhand des folgenden Kriteriums aus den oben aufgeführten Einrichtungen bestimmt:

- Die Einrichtung, zu der der Patient die meisten Kontakte im Erfassungsjahr hatte. Dies können sowohl niedergelassene Fachärzte als auch PIA sein.

Nach eigenen Hochrechnungen anhand von Routinedaten des Jahres 2012 werden dadurch 20,3 % der Patienten der Grundgesamtheit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen, da sie durch keinen Adressaten des QS-Verfahrens berücksichtigt werden. Diese Patienten werden stattdessen zumeist ausschließlich durch Hausärzte versorgt oder hatten gar keinen Kontakt zu ambulanten Leistungserbringern.

### **Auswertung der Follow-up-Erhebungen**

Eine weitere Besonderheit ist die Abbildung longitudinaler Analysen (Follow-up), weil dabei ggf. unterschiedliche Leistungserbringer (z.B. ambulante und stationäre Leistungserbringer) am Versorgungsprozess beteiligt sind. Vor diesem Hintergrund sind verschiedene Fragen grundsätzlich zu beantworten (AQUA 2015; AQUA 2013b):

- Wie sind die Informationen aus dem Follow-up aufzubereiten?
- Für welche Leistungserbringer sind die Informationen aufzubereiten?

Damit stellt sich im Kontext der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Frage der Ergebnisdarstellung und damit die Form des Rückmeldeberichts an die Leistungserbringer noch einmal neu, da hier eine konkrete Zuweisung von Verantwortlichkeiten erschwert ist. D.h. hier ist vor allem zu klären, welche Leistungserbringer beteiligt sind bzw. welche Ergebnisse welchen am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren übermittelt werden können und dürfen.

Im entwickelten QS-Verfahren wurden 2 Qualitätsindikatoren mit Follow-up entwickelt:

- ID 01e: Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme

Innerhalb der Rückmeldeberichte sollen die beiden Follow-up-Indikatoren sowohl den ambulanten als auch den stationären Leistungserbringern zurückgemeldet werden. Die Indikatoren sollen wie folgt in den jeweiligen Rückmeldeberichten dargestellt werden:

- Die stationäre Einrichtung soll die Ergebnisse für alle Patienten erhalten, die von ihnen entlassen wurden. Dabei zählt jeder stationäre Aufenthalt als Indexaufenthalt.
- Der ambulante Leistungserbringer soll die Ergebnisse für alle Patienten erhalten, für die er als Hauptarzt definiert wurde und die im Erfassungsjahr einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt hatten, unabhängig davon ob der Patient innerhalb des Follow-up-Zeitraums zum Leistungserbringer Kontakt hatte.
- Nur für Indikator 05a: Die stationäre Einrichtung, die einen Patienten „wiederaufgenommen“ hat, soll keine Informationen darüber erhalten, ob der Patient vorher im Krankenhaus war. Der stationäre Aufenthalt wird für die wiederaufnehmende Einrichtung als neuer Indexaufenthalt gewertet und im Rückmeldebericht entsprechend in die Berechnung der Indikatoren einbezogen.

Die Grundgesamtheiten der Follow-up-Indikatoren der ambulanten und der stationären Einrichtungen unterscheiden sich voneinander. Daher sind unterschiedliche Indikatorergebnisse für den ambulanten und stationären Leistungserbringer möglich. In die Berechnung der Indikatoren für eine ambulante Einrichtung werden Informationen zu den Patienten des Hauptarztes wiederspiegelt. Die stationären Einrichtungen erhalten Informationen zu allen Patienten, die durch ihre Einrichtung versorgt wurden. Haben eine stationäre und eine

ambulante Einrichtung Überschneidungen in ihrer Grundgesamtheit, muss daraus nicht resultieren, dass bei rechnerischen Auffälligkeiten einer Einrichtung auch gleichzeitig die andere Einrichtung rechnerisch auffällig wird.

### **Auswertung der Indikatoren der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation beziehen sich ausschließlich auf die stationäre Behandlung und enthalten kein Follow-up. Daher sind keine Besonderheiten für die Auswertung zu berücksichtigen und jede dokumentierende stationäre Einrichtung erhält die Auswertung zu ihren Fällen.

### **Auswertung der Indikatoren der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beziehen sich ausschließlich auf die stationäre Einrichtung und setzen sich aus jeweils einem Datenfeld für Zähler und Nenner zusammen. Daher sind keine Besonderheiten für die Auswertung zu berücksichtigen. Jede dokumentierende stationäre Einrichtung erhält die Auswertung zu ihrer stationären einrichtungsbezogenen Befragung.

### **Auswertung der Indikatoren der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, sind durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese Fragen ggf. noch einmal in verschiedene Items (siehe Abschnitt 6.4.2) geteilt. Jede Frage hat dabei den gleichen Prozentanteil am Indikator. Besteht eine Frage aus mehreren Items, gehen diese ihrerseits mit dem gleichen Prozentanteil in den Gesamtwert der Frage bzw. des Indikators ein. Um den Indikator zu 100 % zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle Fragen positiv beantwortet werden.

Im Anhang D ist für alle Fragen bzw. Items der Prozentanteil am Indikator aufgeführt. Ebenso wird ein detailliertes Beispiel für die Berechnung eines Indikators gegeben. Unvollständige Datensätze („missing values“) und die damit einhergehende Auswertungsproblematik können durch die Implementierung von Plausibilitätsregeln gelöst werden, die hier in der Weise programmiert sein könnten, dass ein Leistungserbringer in allen Datenfeldern eine Angabe machen muss, bevor die QS-Dokumentation abgeschlossen werden kann.

### **Risikoadjustierung**

Ein wichtiges Ziel der entwickelten Qualitätsindikatoren ist der Einrichtungsvergleich. Ein fairer Vergleich der Qualität von medizinischen Leistungen und Behandlungsergebnissen verschiedener Einrichtungen kann für einen Teil der entwickelten Qualitätsindikatoren nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen zur Erzielung dieser Ergebnisse gleich sind. Dementsprechend ist die Berücksichtigung von patientenbezogenen Risiken, wie z.B. Alter oder Komorbiditäten, von erheblicher Bedeutung. Solche, vom Leistungserbringer nicht beeinflussbaren Risiken, können bewirken, dass trotz gleicher Qualität der erbrachten Leistung unterschiedliche Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren erzielt werden. So wird etwa ein Leistungserbringer, der viele Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten behandelt, im Einrichtungsvergleich ohne Risikoadjustierung trotz gleicher Behandlungsqualität schlechter abschneiden als ein anderer Leistungserbringer mit gesünderen Patienten.

Für das vorliegende QS-Verfahren konnten noch keine abschließenden Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden. Es wurde jedoch in den jeweiligen Indikatordatenblättern festgehalten, für welche Qualitätsindikatoren eine Risikoadjustierung notwendig ist und welche relevanten Risikoparameter in der Literatur genannt werden.

Für Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation wurden in der Literatur mögliche Risikofaktoren identifiziert, die anhand der Daten der ersten Verfahrensjahre überprüft und anhand derer Risikoadjustierungsmodelle für diese Indikatoren entwickelt werden sollen. Für Qualitätsindikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, werden die relevanten Daten über den Leistungsfilter selektiert.

Für folgende Indikatoren wird die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells vorgeschlagen:

- ID 01e: Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
- ID 19: Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
- ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie

- ID 21a: Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
- ID 35: Körperliche Übergriffe
- ID 36: Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
- ID 39: Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
- ID 59: Kontrolluntersuchungen
- ID 61: Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
- ID 62: Unterbringungen

### Exemplarischer Aufbau eines Rückmeldeberichts

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nach einheitlichen Vorgaben (Rechenregeln) von der BAS erstellt. Der Rückmeldebericht soll eine Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu denen der Vergleichsgruppe aufweisen, Entwicklungen im Vergleich zum vorherigen Betrachtungszeitraum sowie Verläufe zeigen und gut verständlich aufbereitet sein. Darüber hinaus soll der Rückmeldebericht auch Informationen zur Vollständigkeit der erhobenen Daten beinhalten. Unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Größe der Bundesländer dient die Bundesebene als Vergleichsgruppe, nachfolgend als „Bund“ bezeichnet. Die Darstellung der Indikatorenergebnisse inkl. der Referenzbereiche der Vergleichsgruppe soll im Rückmeldebericht differenziert für Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen erfolgen, z.B. getrennt nach Einrichtungen mit < 20 Fällen und  $\geq 20$  Fällen.

Über die Darstellung der Indikatorergebnisse hinaus enthalten die Rückmeldeberichte eine sogenannte Basisauswertung. Diese Auswertung umfasst ergänzende Analysen, die für eine Bewertung der Ergebnisse hilfreich sind, beispielsweise:

- Häufigkeiten der abgefragten Datenfelder der vom Leistungserbringer behandelten Patienten sowie aller abgefragten Codes (ICD/GOP-Kodes, PZN) des Leistungserbringers und Angaben zur Charakteristik des behandelten Patientenkollektivs, z.B. Geschlecht, Alter, Altersverteilung
- Darstellung abgefragter Codes als absolute Zahl und als Prozentwert
- Vollständigkeit bzw. das Ergebnis der Vollständigkeitsprüfung, so wie es von der jeweiligen Datenannahmestelle übermittelt wurde (vgl. §9 Abs. 2 Qesü-RL)

Für stationäre Einrichtungen soll die Basisauswertung weitere Angaben enthalten, z.B.:

- Wiederaufnahmen in dieselbe Einrichtung und in eine andere stationäre Einrichtung
- Anzahl der Zwangsmaßnahmen getrennt nach Fixierungen, Isolierungen, Immobilisieren durch Festhalten
- Anteil der verstorbenen Patienten
- Anteil der Patienten, für die psychotherapeutische Interventionen abgerechnet wurden<sup>27</sup>

Für ambulante Einrichtungen soll die Basisauswertung weitere Angaben enthalten, z.B.:

- Patienten mit Krankenhausaufenthalt im Erfassungsjahr
- Wirkstoffe der Listen PZN-Antipsychotika, PZN\_Benzo, PZN\_Psychotrop (siehe Anhang C.1), die durch andere Leistungserbringer verordnet wurden
- Anteil der verstorbenen Patienten
- Anteil der Patienten, für die psychotherapeutische Interventionen abgerechnet wurden<sup>28</sup>

Der Aufbau eines Rückmeldeberichts wird in Tabelle 26 dargestellt.

<sup>27</sup> OPS-Kodes 9-41 bis 9-412.4, 9-624.0 bis 9-633.c, 9642 und 9643.0 bis 9643.7 der Liste PSYCH\_OPS (vgl. Anhang C.1)

<sup>28</sup> GOP 22220 bis 23220 und 35150 bis 35225 der Liste PSYCH\_EBM (vgl. Anhang C.1)



Tabelle 26: Beispielhafter Aufbau eines Rückmeldeberichts an Leistungserbringer

Kapitelüberschrift	Inhalte
Inhaltsverzeichnis	Angabe der entsprechenden Kapitel mit Seitenzahlen
Einleitung	Rechtsgrundlage, Erläuterungen zum Bericht, Ansprechpartner
Übersicht über die Qualitätsindikatoren	Tabellarische Übersicht aller Qualitätsindikatoren nach Indikator-ID, Beschreibung, Referenzbereich, Ergebnis des Leistungserbringers und Ergebnis Bund
Qualitätsindikatoren im Einzelnen	<p>Für jeden einzelnen Qualitätsindikator erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbale Erklärung zu Namen, Indikator-ID, Grundgesamtheit, Zähler und Referenzbereich</li> <li>▪ Tabellarische Angaben zum Ergebnis des Qualitätsindikators, der Grundgesamtheit und des Zählers jeweils für Leistungserbringer und Bund inkl. der Angabe des Vertrauensbereichs</li> <li>▪ Ggf. Zusatzinformation zum Ergebnis bei relevanten Ergebnissen aus anderen Einrichtungen (vgl. Tabelle 27)</li> <li>▪ Grafische Darstellung des Indikatorergebnisses jeweils für Leistungserbringer und Bund inkl. der Angabe des Vertrauensbereichs; das Gleiche auch für das Vorjahresergebnis</li> <li>▪ Grafische Darstellung der Indikatorenergebnisse aller Leistungserbringer, inkl. Streuung und Markierung des Ergebnisses des betreffenden Leistungserbringers, für den der Rückmeldebericht erstellt wird; Differenzierung zwischen Leistungserbringern (z.B.: mit &lt; 20 Fällen und ≥ 20 Fällen)</li> <li>▪ Stratifizierungen und ergänzende Kennzahlen zum Indikator, um die Ergebnisbewertung zu erleichtern; z.B. Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Alters- oder Risikoklassen</li> </ul>
Erläuterungen	z.B. Näheres zu Risikoklassen, -adjustierung und -faktoren, Regressionskoeffizienten
Basisauswertung	<p>Die Angaben als absolute Zahl und Prozentwert erfolgen jeweils für den betreffenden Leistungserbringer und für den Bund:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeine Angaben zur Datengrundlage: z.B. Patienten, Darstellung zur Vollständigkeit und Vollständigkeit, Datenfelder</li> <li>▪ Patienten: z.B. Geschlecht, Alter, Altersverteilung, Mortalität</li> <li>▪ Verweildauer von Indexaufenthalten und Wiederaufnahmen</li> </ul> <p>Für den Rückmeldebericht der stationären Einrichtungen werden zusätzlich folgende Angaben als absolute Zahl und Prozentwert dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung</li> <li>▪ Wiederaufnahmen in die selbe Einrichtung und in eine andere stationäre Einrichtung</li> <li>▪ Anzahl der Zwangsmaßnahmen getrennt nach Fixierungen, Isolierungen, Immobilisieren durch Festhalten</li> <li>▪ Anteil der Patienten, mit mindestens einer psychotherapeutische Intervention</li> </ul> <p>Für den Rückmeldebericht der ambulanten Einrichtungen werden zusätzlich folgende Angaben als absolute Zahl und Prozentwert dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Krankenhausaufenthalt im Erfassungsjahr</li> <li>▪ Patienten mit Psychotherapie: Richtlinien-Psychotherapie, psychotherapeutische Gespräche</li> <li>▪ Patienten mit Pharmakotherapie: psychotrope Pharmakotherapie, antipsychotische Pharmakotherapie, Benzodiazepin</li> <li>▪ Medikamente der Listen PZN-Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop, die durch andere Leistungserbringer verordnet wurden</li> </ul>

Bei zwei Indikatoren wird (ID 01e) bzw. kann (ID 05a) der Indexaufenthalt und der Folgeaufenthalt bzw. die Folgeleistung nicht von demselben Leistungserbringer vorgenommen werden, sondern von unterschiedlichen Leistungserbringern. Die Weitergabe von fallbezogenen Informationen unterliegt dem „need to know-Prinzip“ (Kenntnis nur bei Bedarf) und dem Gebot der Datensparsamkeit. Vor diesem Hintergrund erhält der jeweilige Informationsempfänger nur genau die Information, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt, d.h., der Leistungserbringer des Indexaufenthaltes wird beispielsweise darüber informiert, dass ein Patient wieder aufgenommen wurde. Darüber hinaus können auch weitere Zusatzinformationen übermittelt werden, soweit der Erbringer des Indexaufenthaltes diese zur Erfüllung seiner Aufgaben, etwa zur Behebung von Qualitätsmängeln, benötigt. Es ist hingegen nicht erforderlich, dass der Erbringer der Indexleistung Kenntnis darüber erlangt, welcher anderer Leistungserbringer den Folgeaufenthalt bzw. die Folgeleistung vorgenommen hat. Die Weitergabe einer solchen Information widerspräche der Datensparsamkeit und dem „need to know-Prinzip“.

Am Beispiel des Indikators 05a wird in der Tabelle 27 auszugsweise die differenzierte Art der Berichterstellung dargestellt.

*Tabelle 27: Beispielhafte Darstellung eines Qualitätsindikators im Rückmeldebericht an einen stationären Leistungserbringer (Auszug)*

Beispiel			
Name	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme		
Indikator-ID	05a		
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10		
Zähler	Summe der Tage ohne Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung der Grundgesamtheit		
Referenzbereich	95. Perzentil (Toleranzbereich)		
Rückmeldung an den Leistungserbringer der Indexleistung (Auszug, fiktive Zahlen)			
Ergebnis (durchschnittliche Dauer ohne Wiederaufnahme)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">                     Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage                 </td> <td style="width: 50%;">                     Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage                 </td> </tr> </table>	Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage	Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage
Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage	Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage		
Zusatzinformationen zum Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl entlassener Fälle: 250</li> <li>▪ durchschnittliche Verweildauer des Indexaufenthalts: 28 Tage</li> <li>▪ Anzahl der Fälle mit einer Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen: n = 79 Fälle</li> <li>▪ davon in Ihrer Einrichtung wiederaufgenommen: n = 60</li> <li>▪ davon in einer anderen Einrichtung wiederaufgenommen: n = 19</li> </ul>		
Zusatzinformationen zum Ergebnis aus anderer Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchschnittliche Verweildauer der Wiederaufnahme: 25 Tage</li> </ul>		

## Diskriminationsfähigkeit

Um erste Anhaltspunkte in Bezug auf die Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren zu gewinnen, wurden Berechnungen für diejenigen Indikatoren durchgeführt, die auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden. Die Berechnungen sind Hochrechnungen beruhend auf Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2012. Die Berechnungen orientieren sich an der Methode zur „Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ (AQUA 2014b).

Wesentlich für die Bestimmung der Diskriminationsfähigkeit ist die Errechnung von minimal benötigten Fallzahlen, die vorhanden sein müssen, um einen definierten Ergebnisunterschied zwischen Einrichtungen statistisch signifikant abzusichern. Die Errechnung dieser Fallzahlen basiert auf der Annahme, dass eine Verdoppelung des Wertes eines Qualitätsindikators für eine Einrichtung gegenüber dem Bundesdurchschnitt auf einem 95 %-Signifikanzniveau mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % erkannt werden soll (Dimick et al. 2004). Anschließend wird ermittelt, wie viele Einrichtungen diese Fallzahl tatsächlich erbringen. Je mehr Einrichtungen die entsprechenden Fallzahlen aufweisen, desto besser ist die Diskriminationsfähigkeit des Indikators.

Tabelle 28: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an stationäre Einrichtungen zurückgespiegelt werden

Indikator-ID	Ergebnis	Verdoppelung des QI	minimal benötigte Fallzahl	Anteil der Krankenhäuser, die die Fallzahl erreichen
01e	63,0 %	31,5 %	18	40,4 %
05a <sup>1</sup>	213,5 Tage	106,8 Tage	14	47,7 %

<sup>1</sup> Der Indikator ID 05 („Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“) wurde mit Indexfällen aus dem Jahr 2011 berechnet, um einen ausreichend langen Nachbeobachtungszeitraum von 365 Tagen zu haben. Da aus dem Jahr 2011 keine Daten aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (nach § 118 SGB V) vorlagen, konnten diese nicht bei der Bestimmung des Hauptarztes für das Jahr 2011 berücksichtigt werden.

Tabelle 29: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an Arztpraxen bzw. PIA zurückgespiegelt werden

Indikator-ID	Ergebnis	Verdoppelung des QI	minimal benötigte Fallzahl	Anteil der Praxen/PIA, die die Fallzahl erreichen
01e	22,0 %	11,0 %	71	2,0 %
05a <sup>1</sup>	218,9 Tage	109,5 Tage	14	21,1 %
19	11,6 %	23,2 %	70	18,3 %
20a	8,2 %	16,4 %	100	7,8 %
21b	39,2 %	78,4 %	10	30,6 %
59	2,58 Untersuchungen	1,29 Untersuchungen	17	63,0 %

<sup>1</sup> Der Indikator ID 05 („Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“) wurde mit Indexfällen aus dem Jahr 2011 berechnet, um einen ausreichend langen Nachbeobachtungszeitraum von 365 Tagen zu haben. Da aus dem Jahr 2011 keine Daten aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (nach § 118 SGB V) vorlagen, konnten diese nicht bei der Bestimmung des Hauptarztes für das Jahr 2011 berücksichtigt werden.

Tabelle 28 zeigt, dass bei beiden Indikatoren, die an stationäre Einrichtungen zurückgespiegelt werden, jeweils über 40 % der Einrichtungen die errechnete minimale Fallzahl erreichen, um einen definierten Ergebnisunterschied statistisch abzusichern. Bei den Indikatoren, die an ambulante Einrichtungen zurückgespiegelt werden (vgl. Tabelle 29), zeigt sich ein heterogenes Bild: Bei ID 01 und ID 20 erreichen nur 2,0 bzw. 7,8 % der Praxen bzw. PIA die minimal benötigten Fallzahlen. Dagegen erreichen bei ID 21 30,6 % und bei ID 59 63,0 % der Einrichtungen die minimal benötigte Fallzahl.

## Datengrundlage und Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren für die Rückmeldeberichte

Die Informationen für die Rückmeldeberichte speisen sich aus verschiedenen Datenquellen wodurch die Informationen für die Berechnung der Indikatoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung stehen. Bei diesen Rahmenbedingungen bestehen zwei grundsätzliche Optionen für die Rückmeldung der Indikatoren:

- innerhalb eines Rückmeldeberichts berichten die Indikatoren über verschiedene Patientenkollektive
- die Ergebnisse zu allen Qualitätsindikatoren beziehen sich zwar auf dasselbe Patientenkollektiv, aber können erst nach bis zu drei Jahren den Einrichtungen zurückgespiegelt werden.

Die erstgenannte Option hat den Vorteil, dass Daten möglichst umgehend nach Verfügbarkeit berichtet werden können. Allerdings sind Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Qualitätsindikatoren kaum zu interpretieren, da sich die Indikatoren auf verschiedene Patientenkollektive beziehen. Das AQUA-Institut schlägt daher vor, die Qualitätsindikatoren so zu erheben und auszuwerten, dass sich die Indikatoren auf dasselbe Patientenkollektiv beziehen (zweitgenannte Option). Somit sind Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren (z.B. zwischen Prozessen und Ergebnissen) einfacher erkennbar und damit verständlicher.

Wie bereits im Abschnitt 7.2.3 dargestellt, ergibt sich je nach Erhebungsinstrument (Spezifikation für die Sozialdaten, stationäre fallbezogene, stationäre einrichtungsbezogene und ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation), Datenbestand (z.B. Datenbestand nach Abrechnungskontext §301 SGB V oder §295 SGB V), Follow-up-Zeitraum und Follow-up-Datenquelle eine andere zeitliche Verzögerung der Verfügbarkeit aller zur Berechnung eines Indikators notwendigen Daten. Maßgeblich für den Zeitpunkt der Berichterstellung ist also immer die Datenquelle des Indikators mit der größten Verzögerung. Im Folgenden werden die frühestmöglichen Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren für die Rückmeldeberichte an die stationären und an die ambulanten Leistungserbringer dargelegt.

### Rückmeldeberichte an die stationären Leistungserbringer

Die Rückmeldeberichte für stationäre Einrichtungen beinhalten 19 Indikatoren (siehe dazu Tabelle 22).

Diese 19 Indikatoren umfassen:

- 14 Indikatoren, die mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden
- 2 Indikatoren (mit Follow-up), die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden
- 3 Indikatoren, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden

Tabelle 30 gibt einen Überblick über die frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte zu den 19 Qualitätsindikatoren.

*Tabelle 30: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an stationäre Leistungserbringer*

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt im Dezember 2016
08c, 34, 35, 36, 39a, 41a, 43, 61, 62, 77a, 80, 85, 103, 104	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung, nach Entlassung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Dezember 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: bis 28. Februar 2017</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</b></li> </ul>
49, 50c, 57	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung, nach Ende des Erfassungsjahres	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassungsjahr 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: bis 28. Februar 2017</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</b></li> </ul>
01e	ca. 8 Monate nach Quartalsende des Follow-up-Zeitraums zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende Follow-up-Zeitraum: 7. Januar 2017</li> <li>▪ Quartalsende des Follow-up: 31. März 2017</li> <li>▪ zzgl. 9 Monate: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt im Dezember 2016
05a	ca. 3 Monate nach Entlassung der Wiederaufnahme zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende des Follow-up-Zeitraums: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ zzgl. 4 Monate: 30. April 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: Juni 2018</li> <li>▪ Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2019</li> </ul>

Anhand der Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren ergeben sich im Rückmeldebericht an die stationären Leistungserbringer für die Qualitätsindikatoren drei Indikatorengruppen:

- Die Datengrundlage für 17 Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen oder einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, steht im **März des ersten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 01e steht im **März des zweiten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 05a steht im **März des dritten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.

Die Verfügbarkeit der Daten zeigt, dass für die meisten Indikatoren für stationäre Leistungserbringer eine auf ein Kalenderjahr (Januar bis Dezember) bezogene Berichterstellung mit dem Wunsch einer frühestmöglichen Berichterstellung vereinbar ist. Lediglich die Daten für 2 Indikatoren stehen bei einer auf das Kalenderjahr bezogenen Berichterstellung erst zu späteren Zeitpunkten zur Verfügung. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung zugunsten einer früheren Berichterstellung, wird vom AQUA-Institut nicht empfohlen. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung, auf z.B. ein Erfassungsjahr von November bis Oktober würde bedeuten, dass sich die Indikatoren nicht mehr auf dasselbe Patientenkollektiv beziehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Indikatoren könnten damit nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Für die Rückmeldeberichte an die stationären Leistungserbringer ergeben sich folgende Berichtszeiträume der Indikatoren (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten an die stationären Leistungserbringer

Indikator-ID	Vorjahr (B-3)	Vorjahr (B-2)	Vorjahr (B-1)	Berichtsjahr (B)
08c, 34, 35, 36, 39a, 41a, 43, 61, 62, 77a, 80, 85, 103, 104			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Rückmeldeberichte 15. Juni
49, 50c, 57			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Auswertung und Berichterstellung der Rückmeldebericht (1. April bis 15. Juni)
01e		<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> bis 07. Januar	
05a	<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> Januar bis Dezember		

### Rückmeldeberichte an die ambulanten Leistungserbringer

Der Rückmeldebericht an die ambulanten Leistungserbringer beinhaltet 10 Qualitätsindikatoren (siehe dazu Tabelle 23). Diese 10 Indikatoren umfassen:

- 6 Indikatoren (davon 2 Indikatoren mit Follow-up), die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden,
- 4 Indikatoren, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden.

Tabelle 32 gibt einen Überblick über die frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte zu den 10 Qualitätsindikatoren.

Tabelle 32: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an ambulante Leistungserbringer

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Erfassungsjahr	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Erfassungsjahr 2016
22_a, 31_a, 67b, 70_a	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung: Dezember 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: 28. Februar 2017</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</b></li> </ul>
19, 20b, 21a, 59	ca. 12 Monate nach Erfassungsjahr, zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ende des Erfassungsjahres: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ zzgl. 13 Monate nach Ende des Erfassungsjahres: 31. Januar 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>
01e	ca. 8 Monate nach Quartalsende des Follow-up-Zeitraums zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende Follow-up-Zeitraum: 07. Januar 2017</li> <li>▪ Quartalsende des Follow-up: 31. März 2017</li> <li>▪ zzgl. 9 Monate: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>
05a	ca. 3 Monate nach Entlassung der Wiederaufnahme zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende des Follow-up-Zeitraums: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ zzgl. 4 Monate: 30. April 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: Juni 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2019</b></li> </ul>

Anhand der Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren ergeben sich hinsichtlich der Berichterstellung für die ambulanten Leistungserbringer drei Indikatorengruppen:

- Die Datengrundlage für 4 Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, steht **im März des ersten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage weiterer 5 Indikatoren steht **im März des zweiten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 05a steht **im März des dritten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.

Die Verfügbarkeit der Daten zeigt, dass für die meisten Indikatoren für ambulante Leistungserbringer eine auf das Kalenderjahr (Januar bis Dezember) bezogene Berichterstellung mit dem Wunsch einer frühestmöglichen Berichterstellung nicht vereinbar ist: Lediglich die Daten für 4 Indikatoren stehen bei einer auf ein Kalenderjahr bezogenen Berichterstellung im Folgejahr zur Verfügung. Äquivalent zu den Rückmeldeberichten an die statio-

nären Einrichtungen wird eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung zugunsten einer früheren Berichterstellung vom AQUA-Institut nicht empfohlen. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung auf z.B. ein Erfassungsjahr von November bis Oktober würde bedeuten, dass sich die Indikatoren nicht mehr auf das gleiche Patientenkollektiv beziehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Indikatoren könnten damit nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Für die Rückmeldeberichte an die ambulanten Leistungserbringer ergeben sich folgende Berichtszeiträume der Indikatoren (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten für die ambulanten Leistungserbringer

Indikator-ID	Vorjahr (B-3)	Vorjahr (B-2)	Vorjahr (B-1)	Berichtsjahr (B)
22_a, 31_a, 67b, 70_a			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Rückmeldeberichte 15. Juni  Auswertung und Berichterstellung der Rückmeldebericht (1. April bis 15. Juni)
19, 20b, 21a, 59		<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember		
01e		<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> bis 7. Januar	
05a	<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> Januar bis Dezember		

### 7.3 Instrumente der Qualitätsförderung

Für sektorenübergreifende QS-Verfahren sind in der Qesü-RL Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschrieben. Die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung dieser Maßnahmen obliegt bei länderbezogenen Verfahren den noch zu konstituierenden LAG.

Treten in den ausgewerteten Indikatoren rechnerische Auffälligkeiten bei Leistungserbringern auf, wird, entsprechend §17 Abs. 2 und 3 Qesü-RL, den Leistungserbringern zunächst die Gelegenheit gegeben, zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen Stellung zu nehmen (Stellungnahmeverfahren). Neben dem Einholen von schriftlichen Stellungnahmen können insbesondere Begehungen oder Gespräche durchgeführt werden (strukturiertes Dialog). Können die rechnerischen Auffälligkeiten nicht ausreichend geklärt werden, dann beschließt die LAG geeignete Maßnahmen einzuleiten und schließt eine entsprechende Vereinbarung mit dem Leistungserbringer ab. Als mögliche Maßnahmen werden in der Qesü-RL folgende Beispiele aufgeführt:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- Teilnahme am Qualitätszirkel
- Implementierung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Audits
- Durchführung von Peer Reviews
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Wird das vereinbarte Ziel von dem Leistungserbringer nicht erreicht, entscheidet die LAG ob die Vereinbarung korrigiert werden soll oder die für die Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen informiert werden sollen und entsprechende Empfehlungen erhalten.

### 7.3.1 Stellungnahmeverfahren

Aufgrund des vielfältigen Unterstützungsbedarfs, sowohl aus dem medizinischen, dem psychologischen als auch aus dem sozialen Bereich, werden Patienten von unterschiedlichen Leistungserbringern versorgt. Die Prozess- und Ergebnisverantwortung für Qualitätsindikatoren kann daher nicht immer eindeutig einem Leistungserbringer zugeordnet werden. Daher empfiehlt das AQUA-Institut zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten bei einigen Indikatoren nicht nur eine Stellungnahme der Einrichtung einzuholen, sondern zusätzlich Strukturen der regionalen Versorgung in die Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten einzubeziehen. Die Qualitätsindikatoren können daher im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in zwei Indikatorengruppen eingeteilt werden:

- Indikatoren, bei denen das Stellungnahmeverfahren ausschließlich die Einrichtung einbezieht (Indikatoren der Tabelle 34)
- Indikatoren, bei denen das Stellungnahmeverfahren die Einrichtung und die regionale Versorgung einbezieht (Indikatoren der Tabelle 35)

#### Stellungnahmeverfahren – ausschließlicher Einbezug der Einrichtung

Treten rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren der Tabelle 34 auf, empfiehlt das AQUA-Institut entsprechend § 17 Abs. 2 Qesü-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, in dem zunächst den Einrichtungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben wird. Inwieweit über eine schriftliche Stellungnahme hinaus weitere Möglichkeiten, wie Gespräche oder Begehungen genutzt werden, obliegt den Fachkommissionen der LAG.

Tabelle 34: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung bezieht

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
22_a	Dokumentation des Körpergewichts
34b	Behandlungsvereinbarungen
35	Körperliche Übergriffe
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
50c	Deeskalationstraining – stationär
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
70_a	Einbezug von Angehörigen
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
85	Muttersprachliche Kommunikation
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige



### Stellungnahmeverfahren – Einbezug der Einrichtung und der Strukturen der regionalen Versorgung

Treten rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren der Tabelle 35 auf, empfiehlt das AQUA-Institut entsprechend § 17 Abs. 2 Qesü-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, in dem zunächst den Einrichtungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben wird. Zur ausreichenden Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten empfiehlt das AQUA-Institut darüber hinaus auch eine Einschätzung von den Leistungserbringern der Region einzuholen. Hierfür sollten die rechnerisch auffälligen Indikatoren zunächst im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder alternativ im Rahmen von Qualitätszirkeln diskutiert und mögliche Ursachen für die rechnerische Auffälligkeit geklärt werden. Die Erkenntnisse dieser Diskussion sollten der LAG zur Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten in der schriftlichen Stellungnahme mitgeliefert werden. Inwieweit weitere Möglichkeiten, wie Gespräche oder Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens genutzt werden, obliegt den Fachkommissionen der LAG.

*Tabelle 35: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung und die regionale Versorgung bezieht*

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
59	Kontrolluntersuchungen
62	Unterbringungen
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Dieses QS-Verfahren ist geeignet, den Einstieg in eine regionale Qualitätssicherung zu realisieren, da hier bereits geeignete regionale Strukturen in Form von Gemeindepsychiatrischen Verbänden vorhanden sind und ein regionaler Versorgungsansatz in Leitlinien gefordert wird (DGPPN 2011). Da gegenwärtig noch nicht alle Voraussetzungen für eine regionsbezogene Erhebung und Rückspiegelung der Indikatoren geschaffen sind, ist die Rückmeldung der regionalen Versorgung zu rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen ein wichtiger erster Schritt in eine Qualitätssicherung auf regionaler Ebene. Hiermit können die Strukturen und Besonderheiten einer Region in die Bewertung der Indikatorergebnisse einbezogen werden. So kann auch aufgezeigt werden, dass der einzelne Leistungserbringer ggf. nicht allein die Indikatorergebnisse zu verantworten hat, sondern häufig weitere Leistungserbringer und regionale Gegebenheiten daran einen entscheidenden Anteil haben können.

Weitere Potenziale für die Qualitätssicherung und -förderung mittels dieses Vorgehens sind die Unterstützung und Förderung von:

- gemeinsamen Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose
- gemeinsames Bewusstsein für die Versorgungsqualität in der Region
- Zusammenarbeit der Leistungserbringer einer Region
- Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsförderung auf regionaler Ebene
- Weiterentwicklung der regionalen Versorgung

Die Panelexperten haben betont, dass Qualitätszirkel im ambulanten Bereich anerkannt seien und bisher sehr gute Erfahrungen mit ihnen gemacht worden seien. Darüber hinaus führten die Experten während des Panelprozesses mehrfach an, dass seitens der Gemeindepsychiatrischen Verbände Interesse an den Ergebnissen der Qualitätssicherung besteht und Gemeindepsychiatrische Verbände ein geeigneter Ansprechpartner für die regionale Versorgung seien.

Die genauere Ausgestaltung dieses Prozesses sowie Fristen zur Umsetzung können beispielsweise im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden.

Tabelle 36 fasst die Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung und das für den Indikator vorgeschlagene Stellungsverfahren in einer Übersicht zusammen.

Tabelle 36: Übersicht zum vorgeschlagenen Stellungsverfahren

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Prozess-/Ergebnisverantwortung	Vorgeschlagenes Stellungsverfahren
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>			
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	ambulant und stationär	R
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	ambulant und stationär	R
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	stationär	R
<b>Pharmakotherapie</b>			
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	ambulant	R
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	ambulant	R
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	ambulant	R
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	stationär	E
<b>Somatische Versorgung</b>			
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	ambulant	E
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	ambulant	R
59	Kontrolluntersuchungen	ambulant	R
<b>Restriktive Maßnahmen</b>			
35	Körperliche Übergriffe	stationär	E
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	stationär	E
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	stationär	E
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	stationär	E
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	stationär	E
62	Unterbringungen	stationär	R
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	stationär	E

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Prozess-/Ergebnisverantwortung	Vorgeschlagenes Stellungnahmeverfahren
<b>Psychotherapie</b>			
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	ambulant	R
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>			
34	Behandlungsvereinbarungen	stationär	E
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	stationär	E
70_a	Einbezug von Angehörigen	ambulant	E
85	Muttersprachliche Kommunikation	stationär	E
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	stationär	E
104	Gesprächsangebote für Angehörige	stationär	E
<b>Struktur</b>			
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	stationär	E
50c	Deeskalationstraining – stationär	stationär	E
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	stationär	E

R = Stellungnahmeverfahren unter Einbezug der Einrichtung und der Strukturen der regionalen Versorgung  
 E = Stellungnahmeverfahren unter Einbezug der Einrichtung

### 7.3.2 Weitere Empfehlungen

Das AQUA-Institut empfiehlt, Patienten- und Angehörigenvertreter stärker in die Qualitätssicherungsmaßnahmen einzubeziehen, vor allem vor dem Hintergrund, dass die Entwicklung einer Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung noch aussteht. Bei der Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen sollte geprüft werden inwieweit Patienten- und Angehörigenvertreter über das Mitberatungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten maßgeblichen Organisationen (§ 140f Abs. 1 und 2 SGB V) berücksichtigt werden können. Möglichkeiten hierfür wären z.B.:

- Zusammensetzung der Fachkommission um Angehörigenvertreter erweitern
- Zusammensetzung der Fachkommission um weitere Patientenvertreter erweitern
- Patienten- und Angehörigenvertreter in die Qualitätssicherungsmaßnahmen einbeziehen

Können die Auffälligkeiten nicht ausreichend geklärt werden, beschließt die LAG, die Notwendigkeit geeignete Maßnahmen einzuleiten. Diese Maßnahmen werden in einer Vereinbarung mit der betreffenden Einrichtung festgehalten (§ 17 Abs. 3 Qesü-RL). Die im § 17 Abs. 3 Qesü-RL beispielhaft aufgeführten Maßnahmen wurden mit den Panelexperten diskutiert. Dabei haben die Experten vor allem die *Teilnahme am Qualitätszirkel* und die *Durchführung von Audits* hervorgehoben. Diese Maßnahmen seien Leistungserbringern vertraut und es konnten in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits viele gute Erfahrungen mit diesen Maßnahmen gesammelt werden.

## 7.4 Schritte bis zum Regelbetrieb

Das vorliegende QS-Verfahren sieht den Einsatz folgender Erhebungsinstrumente vor: Sozialdaten bei den Krankenkassen, fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen bei stationären Leistungserbringern sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bei ambulanten Leistungserbringern.

Im Folgenden werden die notwendigen bzw. empfohlenen Schritte bis zur Umsetzung des vorliegenden QS-Verfahrens in den Regelbetrieb erläutert.

### 7.4.1 Empfehlung zur erweiterten Machbarkeitsprüfung

Das geplante QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* ist das erste externe, gesetzlich verpflichtende QS-Verfahren, das die Qualität in der psychiatrischen Versorgung erfassen soll. Daher wird zunächst eine erweiterte Machbarkeitsprüfung empfohlen, mit dem Ziel, die Machbarkeit und Verständlichkeit der entwickelten QS-Dokumentationen zu prüfen.

Die konkreten Fragestellungen im Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung vor der Umsetzung eines Regelbetriebs können sehr unterschiedlich sein. Klärungsbedürftige Aspekte in Zusammenhang mit der QS-Dokumentation können z.B. sein:

- Kriterien der Dokumentationspflicht
- Verfügbarkeit der Daten
- Verständlichkeit der Datenfelder
- Verständlichkeit der Ausfüllhinweise
- Dokumentationsaufwand
- inhaltliche Überprüfung des Indikatorensets
- Proberechnung (soweit ohne PID-Verknüpfung möglich)
- Erkennen von Implementierungsbarrieren

In einer erweiterten Machbarkeitsprüfung für das geplante QS-Verfahren sollen insbesondere folgende Fragen geklärt werden:

- Liegen die Informationen zu den Datenfeldern folgender Erhebungsinstrumente in den Einrichtungen bzw. bei den Leistungserbringern vor:
  - stationäre fallbezogene QS-Dokumentation?
  - stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation?
  - ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation?
- Sind die Datenfelder und Ausfüllhinweise der stationären und ambulanten, fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen für die Leistungserbringer verständlich?

Die Prüfung der entwickelten QS-Dokumentation erfolgt mittels strukturierter Interviews, die von AQUA-Mitarbeitern mit freiwilligen Leistungserbringern geführt werden. Ziel ist es, sowohl ein Feedback zum Verfahren insgesamt als auch zur Verständlichkeit der Dokumentation von den Leistungserbringern einzuholen. Diese erhalten zur Vorbereitung den geplanten Dokumentationsbogen, inkl. der Ausfüllhinweise. Anhand eines allgemeinen Fragebogens werden verschiedene Aspekte der Umsetzbarkeit der Dokumentation systematisch geprüft.

Im strukturierten Interview kann zu den Datenfeldern der QS-Dokumentation beispielsweise erfragt werden:

- Sind die Daten bekannt und/oder werden sie in Ihrer medizinischen Dokumentation regelmäßig erhoben?
- Sind die Angaben (elektronisch oder in der Patientenakte) vorhanden?
- Wie hoch schätzen Sie die Zuverlässigkeit/Aussagekraft der Daten ein?
- Sind die Formulierungen der einzelnen Felder klar, verständlich und eindeutig?
- Sind die Ausfüllhinweise verständlich?
- Sind die Ausfüllhinweise ausreichend?

Zusätzlich können weitere allgemeine Informationen, die für das QS-Verfahren relevant sind, erfragt werden, z.B.:

- wer für die medizinische Dokumentation zuständig ist,
- wer für die Dokumentation der Abrechnung zuständig ist,
- wie die Auslösekriterien eingeschätzt werden,
- mit welcher Genauigkeit das entsprechende Patientenkollektiv erfasst wird,
- wie der Dokumentationsaufwand eingeschätzt wird,
- ob es Überschneidungen zu anderen, ggf. unberücksichtigten Dokumentationsanforderungen gibt sowie
- ob das Verfahren in der vorgeschlagenen Form grundsätzlich praktikabel ist.

Im Rahmen der qualitativen Protokollierung der Interviews werden identifizierte Probleme sowie Verbesserungs- und Ergänzungsvorschläge aufgenommen. Auf dieser Grundlage können bei Bedarf erforderliche Modifikationen (z.B. einzelner Indikatoren, Datenfelder, Ausfüllhinweise) vorgenommen werden.

Mit der erweiterten Machbarkeitsprüfung für die QS-Dokumentationen können Veränderungen an den Indikatoren bzw. den Datenfeldern der Indikatoren und ihren Ausfüllhinweisen einhergehen, sodass die Daten für die Einrichtung bzw. den Leistungserbringer verständlicher und besser erhebbar werden. Für die Durchführung einer erweiterten Machbarkeitsprüfung sind nach bisherigen Erfahrungen 9 Monate und 2 bis 3 Monate Vorlaufzeit einzuplanen.

Gleichzeitig können im Rahmen der erweiterten Machbarkeitsprüfung anonymisierte Echtdateien erhoben und – vorausgesetzt, es gibt eine ausreichende Zahl an geeigneten Teilnehmern – für Probeauswertungen derjenigen Indikatoren herangezogen werden, die sich allein auf QS-Daten der Leistungserbringer stützen.

Aufgrund der Erfahrungen in den beiden erweiterten Machbarkeitsprüfungen zu nosokomialen Infektionen empfiehlt das AQUA-Institut mindestens 10 stationäre Einrichtungen einzubeziehen, wobei darauf geachtet werden sollte, dass sowohl Fachkliniken als auch Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingeschlossen werden. Idealerweise können zudem mindestens 10 Psychiatrische Institutsambulanzen über diese Fachkliniken und -abteilungen rekrutiert werden. Dies würde den Aufwand in der erweiterten Machbarkeitsprüfung voraussichtlich senken. Für die ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sollten des Weiteren mindestens 10 vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen einbezogen werden. Bei der Auswahl der vertragsärztlichen Praxen sollte darauf geachtet werden, dass sowohl Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften als auch Praxen einzelner Fachärzte vertreten sind.

#### **7.4.2 Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Mit der *2. Fortschreibung gemäß §7 Abs. 4 der Vereinbarung nach §120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§117 bis 119 SGB V zum 30.04.2012* wurde die Abrechnung der PIA überarbeitet (GKV-SV et al. 2012). Mit dieser Vereinbarung sind die Informationen, die in den Abrechnungsdaten von PIA ab dem 1. Januar 2013 enthalten sind, wesentlich verändert und vereinheitlicht worden. Daher konnten nicht alle Fragen anhand der für die Entwicklung des QS-Verfahrens zur Verfügung gestellten Routinedaten abschließend geklärt werden. Vor der Erstellung von themenspezifischen Bestimmungen sollte somit geklärt werden, ob alle für die Indikatorberechnungen relevanten Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen in einer für die Qualitätssicherung nutzbaren Form vorliegen.

#### **7.4.3 Themenspezifische Bestimmung**

Nach Abschluss der erweiterten Machbarkeitsprüfung erfolgt die Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen durch den G-BA, dem zu diesem Zeitpunkt mit dem Bericht zur erweiterten Machbarkeitsprüfung alle dafür notwendigen Informationen vorliegen sollten.

#### **7.4.4 Spezifikationserstellung**

Gegenstand der informationstechnischen Aufbereitung – also der Spezifikationserstellung – ist die Übertragung der im Rahmen der Indikatorenentwicklung vorgeschlagenen Erhebungsinstrumente bzw. der für die Qualitätssicherung zu übermittelnden Informationen in eine Spezifikation, d.h. in eine Form, die verständlich und ein-

deutig für die Softwareentwickler ist, die die konkrete Software für die Leistungserbringer oder Krankenkassen erstellen. Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben, nach denen die Dokumentationspflicht eines QS-Verfahrens festgelegt wird bzw. die Selektion der benötigten Daten und der Export sowie die Übermittlung der Daten erfolgen soll. Weil im Prozess der Beschlussfassung durch den G-BA noch Abweichungen von den Empfehlungen des AQUA-Instituts auftreten können, ist die informationstechnische Aufbereitung der Datenerhebungen in Form von Spezifikationen erst dann vorgesehen, wenn die themenspezifischen Bestimmungen erstellt und beschlossen wurden.

Wesentliche Grundlagen zur Vorbereitung der Datenerhebungen bei den Krankenkassen sind in der allgemeinen Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 Abs. 1a SGB V dargelegt (AQUA 2013a). Zur Planung der Etablierung eines QS-Verfahrens sind insbesondere die Fristen zur Veröffentlichung dieser Vorgaben zu berücksichtigen. Um den Krankenkassen ausreichend Zeit für ggf. erforderliche Anpassungen zu geben, erfolgt für die strukturelle Änderungen an der Spezifikation die Veröffentlichung der Spezifikation spätestens bis zum 30. Juni des Vorjahres einer geplanten Datenerhebung auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V. Eine Ergänzung bzw. Anpassung von Kodelisten (ICD-/OPS-/GOP-Kodes) ist bis zum 30. November möglich.

Hinsichtlich der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern ist zu berücksichtigen, dass, da es sich um das erste QS-Verfahren im psychiatrischen Bereich handelt und im Zuge der Umsetzung der Vorgaben voraussichtlich die Dienste neuer Softwareanbieter in Anspruch genommen werden müssen. Aus diesem Grund wird eine Umsetzung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Dokumentationen bis 31. März des dem Verfahrensbeginn vorausgehenden Kalenderjahres empfohlen.

#### **7.4.5 Möglicher zeitlicher Ablauf bis zum Regelbetrieb**

Bei einer zeitnahen Umsetzung der genannten Schritte könnte nach Erfahrungswerten des AQUA-Instituts nach Abnahme und der damit einhergehenden Veröffentlichung des Abschlussberichts die erweiterte Machbarkeitsprüfung im April 2016 beauftragt werden. Für die Bearbeitung dieses Auftrags müssen 9 Monate eingeplant werden (Januar 2017). Nach Prüfung des Abschlussberichts zur erweiterten Machbarkeitsprüfung und dessen Abnahme, können die themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden. Im Anschluss daran kann die Spezifikationen der Erhebungsinstrumente erarbeitet werden, sodass der G-BA die Empfehlungen zur Festlegung der Spezifikation Anfang 2018 beschließen kann. Mit der Veröffentlichung der Spezifikationen im Frühjahr 2018 wäre das Jahr 2019 das erste Jahr des Regelbetriebs für das geplante QS-Verfahren.

### **7.5 Dokumentation und Datentransfer**

Die Datenflüsse der sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind in der Anlage 1 zur Qesü-RL geregelt, deren allgemeine Vorgaben in den themenspezifischen Bestimmungen eines Verfahrens konkretisiert, ergänzt oder modifiziert werden können. In den folgenden Abschnitten ist die Einschätzung des AQUA-Instituts dazu wiedergegeben, auf welche Weise die unterschiedlichen Dokumentationen erfolgen und inwieweit die bestehenden Datenflüsse für ihre Übermittlung genutzt werden können.

#### **7.5.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (stationär)**

Im Rahmen der bereits eingeführten bzw. der voraussichtlich in näherer Zukunft einzuführenden Verfahren der esQS und der Qesü werden bereits jetzt fallbezogene QS-Dokumentationen durch Krankenhäuser vorgenommen und exportiert. Das vorliegende QS-Verfahren weist diesbezüglich keine Besonderheiten hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation auf, sodass die Integration in bestehende Datenflüsse empfohlen wird, auch wenn davon auszugehen ist, dass es Krankenhäuser gibt, die bislang nicht im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung dokumentationspflichtig waren.

#### **7.5.2 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär und ambulant)**

Für einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen ist bislang im Rahmen der Qesü-RL kein Datenfluss definiert worden. Das AQUA-Institut hat für diese Dokumentationen im Rahmen des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – Postoperative Wundinfektionen* die Auslösung der Dokumentationspflicht innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer sowie deren Integration in die Basisspezifikation empfohlen, sodass

sich keine abweichenden technischen Vorgaben und Umsetzungsoptionen für die Beteiligten ergeben. Dies würde voraussetzen, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt.

Alternative Auslösungs- und Erfassungswege, z.B. die Datenerfassung über ein Webportal oder Mischformen sind aus Sicht des AQUA-Instituts allerdings durchaus denkbar, solange sie konform mit den bestehenden (oder neu zu definierenden) Datenflüssen der Qesü-RL und der Basispezifikation sind, was beispielsweise die Aspekte automatische Verarbeitung, Datenprüfung, Fehlerkorrektur und Rückprotokollierung betrifft. Die Diskussion darüber, welche Optionen denkbar und gewünscht sind, wird mit dem G-BA zu führen sein.

### **7.5.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Für die Sozialdaten bei den Krankenkassen wurde der Qesü-RL ein weiterer Datenfluss hinzugefügt. Dieser entspricht in seinen Grundzügen dem Datenfluss der von den Leistungserbringern übermittelten Daten. Die Einbindung einer die patientenidentifizierenden Daten (PID) pseudonymisierenden Vertrauensstelle ist nur in Verfahren notwendig, welche PID bzw. die daraus erzeugten Pseudonyme zur Zusammenführung von Datensätzen benötigen. Bei Verfahren ohne PID erfolgt der Transport der QS-Daten direkt von der Datenannahmestelle für die Krankenkassen (DAS-KK) zur BAS.

Hinsichtlich der Sozialdaten sind gegenüber der allgemeinen Spezifikation der Sozialdaten keine Abweichungen vorhanden, sodass auch hier die vollständige Nutzung des bereits implementierten bzw. vorgesehenen Datenflusses möglich ist: Dabei werden die Daten durch die Krankenkassen entsprechend den Filtervorgaben selektiert, aufbereitet und an die DAS-KK exportiert. Diese pseudonymisiert die Leistungserbringer und leitet die Daten unter Umgehung der Vertrauensstelle (es werden keine PID gem. § 14 Abs. 2 Qesü-RL genutzt) an die BAS weiter.

### **7.5.4 Sollstatistik**

Hinsichtlich der Übermittlung der Angaben zur Sollstatistik (siehe Abschnitt 7.2.4) liegen keine Besonderheiten vor. Sie kann den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen.

### **7.5.5 Konformitätserklärung**

Die Übermittlung der Konformitätserklärungen der Leistungserbringer (siehe Abschnitt 7.2.4) kann, ebenso wie die Übermittlung der Aufstellung der gelieferten Datensätze der Krankenkassen und der dazugehörigen Erklärung, den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen. Es liegen keine Besonderheiten vor.

### **7.5.6 Weitere Aspekte zu Dokumentation und Datentransfer**

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist ein etabliertes Erhebungsinstrument in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird spätestens im kommenden Jahr (2016) erprobt und im Rahmen des Qesü-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* erstmals im Regelbetrieb umgesetzt werden.

Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherzustellen, werden sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Sozialdatenerhebung viele Maßnahmen durchgeführt, so z.B. die Prüfung auf Plausibilität, um die Vollständigkeit von Datensätzen sicherzustellen und teilweise die Prüfung der Vollzähligkeit bei Datenerfassung und -export. Diese Maßnahmen können und sollen analog im sektorenübergreifenden QS-Verfahren zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* angewandt werden.

## Datenprüfung

Aufgrund der Anforderung der Qesü-RL, bereits vor Ort beim Leistungserbringer Datenprüfungen durchzuführen, wurde ein Prüfprogramm entwickelt und eingeführt. Dieses Prüfprogramm bezieht die Plausibilitätsregeln direkt aus der Spezifikationsdatenbank und testet die zu übermittelnden Datensätze vor deren Verschlüsselung. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich, gleiches gilt für die Prüfungen der Dateistruktur.

## Verschlüsselungsprogramme

Aufgrund der Anforderungen der Qesü-RL, mehrere Arten von Daten (im vorliegenden QS-Verfahren: QS-Daten und administrative Daten) gezielt an verschiedene Akteure im Gesamtprozess (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Bundesauswertungsstelle) zu übermitteln, wurde ein Verschlüsselungsprogramm entwickelt, das alle Datensicherheitsanforderungen erfüllt. Das AQUA-Institut stellt ein Ver- und Entschlüsselungspaket für die Anwendung entsprechend Qesü-RL zur Verfügung. Das Ver- und Entschlüsselungspaket besteht aus den Programmen TPACKER für die Transportverschlüsselung und XPACKER für die XML-Verschlüsselung. Eine interaktive Alternative zur Verwendung dieser Programme stellt der GPACKER dar. Er integriert den XPACKER und TPACKER und ermöglicht mithilfe einer einfachen grafischen Oberfläche für die Endanwender die Verschlüsselung und Komprimierung von QS-Dateien. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich.

## Transportverschlüsselung bzw. sicherer Übertragungskanal

Abschließend wird für die Datenübermittlung noch eine Transportverschlüsselung benötigt, welche die gesamte Datei verschlüsselt und vor unberechtigten Zugriffen schützt. Die Transportverschlüsselung ist nur dann notwendig, wenn kein sicherer Übertragungskanal (z.B. VPN) genutzt wird, also insbesondere bei der Übermittlung der Datei als E-Mail-Anhang.

## 7.6 Weitere Empfehlungen

Unabhängig von den Empfehlungen zu den Indikatoren, zur Umsetzung der Indikatoren sowie zur erweiterten Machbarkeitsprüfung haben sich aus dem Entwicklungsprozess und den bisherigen Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung anderer QS-Verfahren weitere Empfehlungen ergeben.

### Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse

Die retrospektive Bereitstellung vieler für die Einrichtungsbefragung notwendiger Informationen ist für Leistungserbringer mit erheblichem Aufwand verbunden. Damit den Einrichtungen und Leistungserbringern eine begleitende bzw. prospektive Dokumentation der notwendigen Informationen möglich ist, sollten die Fragekataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erfassungsjahres kommuniziert werden.

### Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen

Grundsätzlich sollen in der gesetzlichen Qualitätssicherung Auswertungen auf Standortebene durchgeführt werden. Standortangaben liegen aber bislang in den Sozialdaten nicht vor, da hierfür die gesetzlichen Voraussetzungen noch fehlen.

### Risikoadjustierung

Für einige Qualitätsindikatoren steht die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen noch aus. Das AQUA-Institut empfiehlt Risikoadjustierungsmodelle ab dem ersten Jahr des Regelbetriebs zu entwickeln, da für Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden sollen, noch keine Daten vorliegen.

Informationen zu einigen Indikatoren, v.a. zu den Follow-up-Indikatoren, liegen erst zwei bzw. drei Jahre nach dem ersten Erfassungsjahr vor (vgl. Abschnitt 7.2.3). Die Risikoadjustierungsmodelle für diese Indikatoren können daher erst im dritten bzw. vierten Jahr des Regelbetriebs entwickelt werden.

Nachdem die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle abgeschlossen wurde, sollte geprüft werden, ob der Leistungs- und Medikationsfilter weiter spezifiziert werden kann. Eine genauere Spezifizierung des Leistungs-



und Medikationsfilters zu einem früheren Zeitpunkt würde die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen stark einschränken, da eventuell relevante Informationen oder bisher nicht berücksichtigte Risikofaktoren über den Filter ausgeschlossen würden.

Für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation muss geprüft werden, ob neben den Datenfeldern der QS-Dokumentation weitere Informationen, beispielsweise aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, für die Risikoadjustierungsmodelle benötigt werden. Nach Abschluss der Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle sollte geprüft werden, ob weitere Datenfelder spezifiziert werden müssen.

### **Erprobung der Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Das AQUA-Institut empfiehlt eine Erprobung der Indikatoren, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Eine Erprobung sollte mindestens die Umsetzbarkeit des hier erstmals vorgeschlagenen Hauptarzt-Konstruktes adressieren. Das AQUA-Institut schlägt für eine solche Prüfung eine eigenständige Erprobung vor. Im größeren Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung wäre dies nicht zielführend, weil Sozialdaten bei den Krankenkassen, die für eine erweiterte Machbarkeitsprüfung vorliegen würden, anonymisiert wären, so dass die Überprüfung des Konstrukts „Hauptarzt“ im Abgleich mit Leistungserbringern nicht erfolgen kann. Hierfür wären leistungserbringer- und patientenidentifizierende Daten notwendig. Vielmehr scheint ein Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichte und Qualitätsdialog geeigneter. Dieser Zeitraum könnte beispielsweise das erste Jahr des Regelbetriebs sein, bei dem Daten aller gesetzlichen Krankenkassen sowie Rückmeldeberichte und Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren einbezogen werden könnten.

### **Teilstationäre Einrichtungen**

Teilstationäre Einrichtungen sind ein wichtiger Leistungserbringer, um Patienten den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu erleichtern und sie können eine Alternative zur stationären Versorgung sein. Die Panelexperten empfehlen für eine Qualitätssicherung der teilstationären Einrichtungen eine Anpassung der stationären Indikatoren und eine von stationären Einrichtungen getrennte Auswertung sowie gesonderte Stellungnahmeverfahren zu rechnerischen Auffälligkeiten. Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs in dem entwickelten QS-Verfahren würde die hohe Komplexität des QS-Verfahrens weiter steigern. Daher empfiehlt das AQUA-Institut die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens zu adressieren und dabei gezielt auf die spezifischen, in teilstationären Einrichtungen vorliegenden Qualitätspotenziale/-defizite einzugehen.

## 8 Prüfung zur ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Der Auftrag sieht vor, dass dem ersten Schritt der Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren einschließlich der notwendigen Dokumentation ein zweiter Prüfschritt folgen soll. In diesem zweiten Schritt sollen laut Auftrags-text folgende Fragen beantwortet werden:

1. Gibt es Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich, die mit den bisherigen Instrumenten nicht adressiert werden können?
2. Ist eine QS-Auslösung im ambulanten Bereich umsetzbar?
3. Wie können Dokumentation und Datentransfer erfolgen? (technische Machbarkeitsprüfung)

Im Folgenden wird die Prüfung des zweiten Schrittes ausführlich dargestellt.

### 8.1 Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich

Unter Beachtung der bereits entwickelten Erhebungsinstrumente für den ambulanten Bereich (Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) bezieht sich die erste Frage auf den Mehrwert einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation in Bezug auf die im Rahmen der Themenschließung im Abschnitt 3.4 genannten Qualitätspotenziale.

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass mit Ausnahme der strukturbezogenen Potenziale zu allen im Abschnitt 3.4 beschriebenen Qualitätspotenzialen/-defiziten im ambulanten Bereich bereits Indikatoren im Indikatoren-set enthalten sind. Diese Indikatoren decken die Qualitätspotenziale/-defizite allerdings nicht vollständig ab, da diese – wie im Abschnitt 5.4 beschrieben – zumeist mehrere verschiedene Aspekte enthalten, die nicht mittels eines einzelnen Indikators abgebildet werden können bzw. zu deren Abbildung es auch unterschiedlicher Erhebungsinstrumente bedarf.

Wenn und soweit verschiedene Qualitätspotenziale/-defizite nicht oder nur eingeschränkt abgebildet werden können, so ist dies teilweise auch auf die allgemeinen Einschränkungen der zur Verfügung stehenden Instrumente zurückzuführen:

- Aus den bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten können zwar individuelle, patientenbezogene Informationen erhoben werden, allerdings sind diese beschränkt auf durchgeführte, abrechnungsrelevante Behandlungen im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Informationen über nicht abrechnungsrelevante Aspekte der Behandlung oder Teilaspekte von Behandlungen, die in Pauschalen enthalten sind oder Leistungen, die nicht Bestandteil der GKV sind, sind in den Sozialdaten ebenso wenig enthalten wie Detailinformationen über die Indikationsstellung oder warum beispielsweise bestimmte Behandlungen trotz möglicher Indikation nicht stattgefunden haben.
- In den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen werden Daten in Bezug auf einen Zeitraum (z.B. ein Jahr oder ein Quartal) aggregiert. Für diesen spezifizierten Zeitraum können Informationen in Bezug auf Strukturparameter einer Einrichtung sowie auf Prozessparameter dokumentiert werden, wenn sich Letztere begründet auf eine einheitlich definierte Zielpopulation beziehen lassen und dementsprechend aggregierte Aussagen über diese Population sinnvoll sind.

Im Vergleich mit den beiden genannten Erhebungsinstrumenten können mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation wesentlich umfangreichere Informationen gewonnen werden. Soweit die Zielpopulation eines QS-Verfahrens in Bezug auf Behandlungsprozesse eher individuelle, d.h. unterschiedliche und differenzierte Bedürfnisse aufweist, können diese nur mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden. Dies gilt analog für viele Aspekte der Ergebnisqualität, die nur patientenbezogen erhoben werden können. Überdies besteht bei einer fallbezogenen QS-Dokumentation prinzipiell die Möglichkeit, patientenindividuelle

Daten zu erheben. Dies meint sowohl Daten zu spezifischen Lebensumständen von Patienten (z.B. berufliche und soziale Situation) als auch über Behandlungen, die über den Regelungsbereich des SGB V hinausgehen.

Dementsprechend bietet das Erhebungsinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation grundsätzlich einen Mehrwert in Bezug auf die entwickelten Instrumente. Dies wurde bereits an mehreren Stellen des vorliegenden Berichtes thematisiert (vgl. Abschnitte 3.6, 5.2.1, 5.4)

Im Folgenden wird für jedes Qualitätspotenzial/-defizit des ambulanten Bereiches dargestellt, ob eine fallbezogene QS-Dokumentation als Erhebungsinstrument einen Zusatznutzen gegenüber den bereits entwickelten Instrumenten bietet.

### **Koordination, Kooperation und Kontinuität**

Das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ ist sehr umfangreich. Im Indikatorenset sind diesbezüglich für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren vorhanden:

- ID 01e: Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme

Dabei handelt es sich um einen Prozessindikator (ID 01e) und einen Ergebnisindikator (ID 05a). Beide Indikatoren werden über Sozialdaten erhoben. Erfasst werden damit die Behandlungskontinuität im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung sowie eine möglichst ambulante Behandlung von Patienten.

Die weiteren Qualitätspotenziale in diesem Bereich, insbesondere die Potenziale „Soziale Hilfen“ und „Ergänzende Therapien“ sind Aspekte, die in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlichen Ausprägungen erforderlich und nicht zu jedem Zeitpunkt und nicht bei jedem Patienten in gleicher Weise indiziert sind. Weiterhin beziehen sich die Qualitätspotenziale einerseits zum Teil auf Leistungen außerhalb des SGB V und sind andererseits abhängig von der Beschaffenheit der regionalen Versorgungsstruktur.

Diese Aspekte sollten dementsprechend patientenindividuell bzw. fallbezogen erhoben werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnte gezielt erfasst werden, ob Leistungen, die nicht zu jedem Zeitpunkt der Behandlung bei jedem Patienten indiziert sind, wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder soziale Hilfen, indiziert waren. Darüber hinaus kann beim ambulanten Leistungserbringer erfragt werden, ob ein Patient die indizierten Leistungen auch erhalten hat. Damit könnten u.a. auch Leistungen und Therapieformen einbezogen bzw. erfragt werden, die außerhalb des Regelungsbereiches des SGB V liegen. Ebenfalls denkbar sind fallspezifische Aspekte zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern, wie Hausärzte, sozialpsychiatrische Dienste und weitere regionale Versorger.

### **Pharmakotherapie**

Im Indikatorenset sind für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren für das Qualitätspotenzial vorhanden:

- ID 19: Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
- ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
- ID 21a: Vermeiden von Benzodiazepinübersversorgung

Das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ wird für den ambulanten Bereich im Indikatorenset über Sozialdaten erhoben. Die drei Prozessindikatoren erfassen fallbezogene Informationen zur Über- und Fehlversorgung und dienen der Patientensicherheit. Zusätzliche Informationen, wie beispielsweise zur Indikation von Pharmakotherapie, zur Therapieresistenz oder zu Nebenwirkungen sind in den Sozialdaten nicht enthalten und können auch mit einer einrichtungsbezogenen Dokumentation nicht gewonnen werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten zahlreiche weitere Informationen erhoben werden, die eine detailliertere Abbildung der Pharmakotherapie ermöglichen. Dies sind beispielsweise Informationen wie Ersterkrankung oder Therapieresistenz, zu denen es gesonderte Leitlinienempfehlungen gibt, die

aber auch zur Interpretation von Indikatorenergebnissen genutzt werden könnte. Weitere Aspekte der Pharmakotherapie, die über das reine Ordnungsverhalten hinausgehen, wie das regelmäßige systematische Erfassen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (äquivalent zu Indikator ID 77a) oder das Überprüfen der Pharmakotherapie hinsichtlich möglicher Umstellungen und Anpassungen, könnten mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden.

### **Somatische Versorgung**

Im Indikatorenset sind für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren für das Qualitätspotenzial vorhanden:

- ID 22\_a: Dokumentation des Körpergewichts
- ID 31\_a: Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- ID 59: Kontrolluntersuchungen

Das Qualitätspotenzial „Somatische Versorgung“ wird für den ambulanten Bereich mittels drei Prozessindikatoren erhoben, die alle der Patientensicherheit dienen. Einer davon basiert auf Sozialdaten bei den Krankenkassen und zwei Indikatoren werden mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben. Wichtige Aspekte der somatischen Versorgung im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit können hier bisher nur als Teilfragen in den drei Indikatoren berücksichtigt werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten die mittels der einrichtungsbezogenen Erhebung gewonnenen Prozessparameter, fallbezogen und damit präziser und zum Teil auch vollständiger erhoben werden. Des Weiteren könnten fallbezogen gewonnene Informationen über die somatische Versorgung von Patienten dazu verwendet werden, einen konkreten Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen behandelnden Ärzten abzubilden. Andererseits lassen sich viele Untersuchungsprozesse über Sozialdaten abbilden, sodass das Potenzial einer fallbezogenen QS-Dokumentation hier nicht so groß ist wie bei den meisten anderen Qualitätspotenzialen.

### **Psychotherapie**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich folgender Indikator für das Qualitätspotenzial/-defizit vorhanden:

- ID 67b: Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ wird für den ambulanten Bereich im Indikatorenset mittels eines Indikators berücksichtigt, der einrichtungsbezogen erhoben wird und misst, inwieweit Patienten in der ambulanten Versorgung Psychotherapie angeboten wird.

Zwar wäre eine fallbezogenen Erhebung des Erhalts von Richtlinien-Psychotherapie und psychotherapeutischen Gesprächen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich, allerdings fehlen die hier besonders wichtigen Informationen zur Indikation von psychotherapeutischen Interventionen bzw. Richtlinien-Psychotherapie. Ohne diese patientenindividuelle Information kann die Qualität der Versorgung nicht eingeschätzt werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten neben dem Erhalt von psychotherapeutischen Interventionen auch spezifische Informationen zur Indikation, z.B. ob der Patient ersterkrankt ist, in der Berechnung bzw. Interpretation des Indikators berücksichtigt werden. Auch kann erfasst werden, warum Patienten, trotz möglicher Indikation, psychotherapeutische Interventionen nicht erhalten haben, z.B. weil sie diese abgelehnt haben. Somit könnte das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ deutlich präziser abgebildet werden.

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich folgender Indikator für das Qualitätspotenzial/-defizit vorhanden:

- 70\_a: Einbezug von Angehörigen

Das Qualitätspotenzial „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ wird für den ambulanten Bereich mittels eines einrichtungsbezogenen Indikators erhoben. Dieses Qualitätspotenzial ist idealerweise über Patienten- und Angehörigenbefragungen zu erheben.

Mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation ließen sich einige Aspekte allerdings differenzierter darstellen. Dies betrifft insbesondere die patientenindividuellen psychischen und sozialen Rahmenbedingungen, die großen Einfluss auf die Möglichkeiten von Psychoedukation, der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen, der gemeinsamen Entscheidungsfindung und den Einbezug (oder auch den Nicht-Einbezug) von Angehörigen haben.

### **Struktur**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich kein Indikator für strukturbezogenen Qualitätspotenziale vorhanden. Relevante strukturelle Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich finden sich vor allem im regionalen Angebot von Leistungserbringern und Diensten. Beispielsweise fehlen in vielen Regionen Angebote wie Kriseninterventionsdienste oder aufsuchende Versorgung.

Mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation können unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen keine weiteren qualitätssicherungsrelevanten Aspekte erfasst werden. Wenn es eine für die regionale psychiatrische Versorgung verantwortliche, zentrale Einrichtung gäbe, der die Indikatorenergebnisse zurückgemeldet werden können, wäre dies ggf. anders zu beurteilen.

### **Patientenrelevante Endpunkte**

Patientenrelevante Endpunkte werden für den ambulanten Bereich im Indikatorenset durch keinen Indikator erhoben, da diese prinzipiell auf Patientenebene, d.h. fallbezogen erhoben werden müssen. Eine einrichtungsbezogene Erhebung wäre hierfür nur sehr bedingt geeignet. Auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind nur beschränkt Informationen zu patientenrelevanten Endpunkten vorhanden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation können einige wesentliche patientenrelevante Endpunkte, z.B. zur Integration des Patienten in den Arbeitsmarkt, zu seiner sozialen Lage oder zum Wohnstatus erfasst werden. Letztlich betrifft dies den gesamten Bereich, des patientenindividuellen Alltags und seiner Lebenswirklichkeit außerhalb der Behandlung. Zur Erhebung dieses Qualitätspotenzials sind Informationen aus einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation zumindest dann unverzichtbar, wenn keine Informationen aus Patienten- oder Angehörigenbefragungen zur Verfügung stehen

Auch wäre der Einsatz von noch festzulegenden Instrumenten zur Messung der alltäglichen oder der psychosozialen Funktionalität oder zur systematischen Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen denkbar. Letztlich ist es der kontinuierlich den Patienten betreuende und die Versorgung im ambulanten Bereich koordinierende Leistungserbringer, der über die meisten Informationen hinsichtlich des individuellen Krankheitsverlaufs sowie über die Funktionalität und die Selbstwirksamkeit seines Patienten verfügt.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation gegenüber den hier bereits entwickelten Erhebungsinstrumenten den Vorteil hat, dass mehr Aspekte der Qualitätspotenziale abgebildet werden können bzw. dass bereits abgebildete Potenziale präziser erfasst und die Ergebnisse besser interpretiert und dargestellt werden können.

Eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

- weist ein großes Potenzial zur Abbildung von Ergebnisqualität und patientenrelevanten Endpunkten auf. Zu nennen sind die allgemeine und die psychosoziale Funktionalität sowie insbesondere die soziale und berufliche Integration.
- bietet die Möglichkeit, Informationen über indikationsspezifische Prozesse wie den Erhalt oder auch die Ablehnung von zum Beispiel Psychotherapie oder Psychoedukation zu erhalten.
- ermöglicht es, die Qualitätspotenziale des Empowerment (z.B. der Psychoedukation oder der Teilnahme an Selbsthilfegruppen) und des Einbezugs von Angehörigen im Kontext der individuellen sozialen Situation des Patienten zu dokumentieren.

- kann in entsprechenden Indikatoren auch Leistungen berücksichtigen, die nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wie zum Beispiel einige Leistungen aus den Bereichen Rehabilitation, „Soziale Hilfen“ und „Ergänzende Therapien“.
- ermöglicht es, die regionale Versorgung zumindest indirekt zu berücksichtigen. Beispielsweise kann der Erhalt bestimmter Versorgungsleistungen in Abhängigkeit von unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen erfasst werden.
- kann dabei helfen, die über Sozialdaten oder die stationäre QS-Dokumentation gewonnenen Daten zu ergänzen bzw. eine bessere Interpretation dieser Daten zu ermöglichen.
- ist ein zentraler Baustein einer sektorenübergreifenden Betrachtung, wenn diese über abgerechnete Leistungen oder die stationäre Ausnahmesituation hinausgehen soll. Insbesondere mit Blick auf Kooperation und Koordination von Behandlungen, aber auch auf patientenrelevante Endpunkte, wie Hospitalisierung und Heimeinweisung, ist eine Zusammenführung von stationär und ambulant erhobenen fallbezogenen Daten unverzichtbar.

Diesen Vorteilen gegenüber steht ein erheblich erhöhter Dokumentationsaufwand im Vergleich zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder zur Erhebung von Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Bei einer zukünftigen Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren für eine ambulante fallbezogene Datenerhebung bei den Leistungserbringern sollten die hier diskutierten Qualitätspotenziale zwar berücksichtigt werden, aber es ist darauf hinzuweisen, dass eine Indikatorenentwicklung in einem eigenständigen und methodisch strukturierten Prozess stattfinden sollte, der auch die in den folgenden Abschnitten geschilderten Problematiken berücksichtigen sollte. Ein Ergebnis einer zukünftigen Entwicklung einer QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich kann sein, dass nicht zu allen hier aufgeführten Aspekten der Qualitätspotenziale Indikatoren entwickelt werden, da eine gesonderte Relevanz- und Praktikabilitäts-Bewertung durch Experten erfolgen sollte.

## 8.2 QS-Auslösung im ambulanten Bereich

Eine besondere Herausforderung für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation ist, dass es sich hier um ein diagnosebezogenes QS-Verfahren handelt, bei dem anstelle einer Intervention (z.B. einer Operation oder Therapie) eine Erkrankung betrachtet werden soll. Hierzu liegen bisher keine Erfahrungen aus vergleichbaren Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung im ambulanten Bereich vor.

Im Folgenden werden die für die Umsetzbarkeit einer ambulanten fallbezogenen QS-Auslösung relevanten Aspekte diskutiert. Hierbei wird darauf fokussiert, ob dokumentationspflichtige Fälle definiert werden können und inwieweit die definierten Kriterien zu einer hinreichend sensitiven und spezifischen Auslösung einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation geeignet sind.

### 8.2.1 Dokumentationspflichtige Fälle

Für das entwickelte QS-Verfahren sind die dokumentationspflichtigen Fälle volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen; also alle Patienten, die mindestens 18 Jahre sind und eine aktuelle F2-Diagnose haben. Für die Auslösung soll überdies geprüft werden, ob zusätzliche Eingrenzungen der Zielpopulation anhand von spezifischeren Diagnosen und weiteren Altersgrenzen möglich sind (vgl. Kapitel 9).

Voraussetzung für eine fallbezogene QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich ist zunächst die prinzipielle Möglichkeit, die für das QS-Verfahren definierte Zielpopulation automatisiert, d.h. innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer, auszulösen. Hierfür muss auf Daten oder Informationen zurückgegriffen werden, die grundsätzlich, in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt bei jedem Leistungserbringer vorliegen. Aus diesem Grund ist die Auslösung der Dokumentationspflicht in der externen Qualitätssicherung bisher

regelmäßig an Abrechnungsdaten geknüpft, weil es sich dabei um grundsätzlich vorliegende, einheitlich dokumentierte und verpflichtend zu übermittelnde Leistungsdaten handelt.<sup>29</sup>

Da es sich um ein diagnosebezogenes QS-Verfahren handelt, scheint die Definition der dokumentationspflichtigen Fälle anhand von Diagnosen geeignet. In den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie der Psychiatrischen Institutsambulanzen sind Diagnosen vorhanden, da diese gem. §295 Absatz 1 SGB V verpflichtend im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen dokumentiert werden müssen. Da auch das Alter als systemisch vorliegende Angabe (Geburtsdatum) aus den Abrechnungsdaten entnommen und als Filterbedingung genutzt werden kann, lässt sich die oben definierte Zielpopulation des QS-Verfahrens in rein technischer Hinsicht problemlos auslösen. Dies gilt grundsätzlich analog für diagnose- und/oder altersspezifisch eingeschränkte Subpopulationen von Patienten mit einer F2-Diagnose (siehe hierzu Kapitel 9).

### 8.2.2 Sensitivität und Spezifität der QS-Auslösung von Patienten mit einer F2-Diagnose

Mit Blick auf die Bewertung von Aufwand und Nutzen eines QS-Verfahrens ist es von zentraler Bedeutung, dass die dokumentationspflichtigen Fälle mit hinreichender Sensitivität und Spezifität ausgelöst werden.

Im Gegensatz zum stationären Bereich ist die Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich keinen spezifischen Kodierrichtlinien unterworfen. Kodierrichtlinien für die Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich wurden entwickelt, erprobt und auf freiwilliger Basis im Jahr 2011 umgesetzt (IGES 2012; Walker et al. 2011). Mit dem GKV-VStG wurde dies zum 1. Januar 2012 wieder aufgehoben. Da also nach wie vor keine einheitlichen Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich vorliegen, wird auch die Validität der zu Abrechnungszwecken übermittelten Diagnosen angezweifelt. Mehrere Studien haben dies für einzelne Erkrankungen untersucht und versucht, die Problematik zu quantifizieren. Alle Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass es sowohl Unter- als auch Überdokumentation gibt. Je nach Erkrankung und methodischem Vorgehen kommen die Untersuchungen bezüglich der möglichen Gründe sowie des Umfangs von Über- und Underdokumentation zu unterschiedlichen Ergebnissen (Ozegowski 2013; IGES 2012; Walker et al. 2011; Erler et al. 2009). Einiges deutet darauf hin, dass das Ausmaß der Über- und Underdokumentation auch abhängig von der Komplexität des Krankheitsbildes bzw. von Komorbiditäten ist (Walker et al. 2011).

Da F2-Diagnosen bisher nicht Gegenstand derartiger Analysen gewesen sind, kann über die generelle Kodierqualität im ambulanten-fachärztlichen Bereich keine Aussage gemacht werden. Auch Analysen des AQUA-Instituts mit Routinedaten können hier keine letztgültige Klarheit bringen.

Zunächst wurde anhand von Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse des Jahres 2012 geprüft, wieviele Patienten mit einer gesicherten F2-Diagnose im ambulanten Bereich auch eine Antipsychotikaverordnung erhalten haben. Antipsychotika werden (neben anderen Therapien) von den Leitlinien grundsätzlich als Langzeitbehandlung empfohlen (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011a; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005b). Nur im Einzelfall sollte davon abgewichen werden (NICE 2014; DGPPN 2006). Der Abgleich zwischen Diagnosen und Antipsychotikaverordnungen ergibt, dass 88,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose mindestens eine Antipsychotikaverordnung hatten. Dies scheint ein plausibler Wert. Eine gegenläufige Analyse war nicht möglich, da dem AQUA-Institut nur Daten zu Patienten mit einer F2-Diagnose vorlagen. Ein Abgleich mit Leistungen war ebenso nicht möglich, da keine krankheitsspezifische GOP für Patienten mit einer F2-Diagnose vorhanden ist. Auch eine Analyse anhand sich ausschließender Diagnosen war nicht möglich.

Vergleicht man alle Patienten mit einer F2-Diagnose des Jahres 2012, die sowohl einen Krankenhausaufenthalt als auch einen Facharztbesuch (inkl. PIA) hatten,<sup>30</sup> stellt man fest, dass 22 % der Patienten, die eine stationäre F2-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) erhalten haben, im ambulanten-fachärztlichen Bereich keine F2-Diagnose erhielten. Dies entspricht einer berechneten Sensitivität von 78 %. Umgekehrt lag für 17,5 % der

<sup>29</sup> Dies setzt voraus, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt. Je gezielter eine Auslösung auf Basis von Abrechnungsdaten möglich ist, desto besser können Datenprüfroutinen (etwa eine Vollzähligkeitsprüfung) implementiert werden.

<sup>30</sup> Hier ist zu beachten, dass sich die folgenden Berechnungen ausschließlich auf jenen Anteil der Patienten beziehen, die im betrachteten Zeitraum sowohl im Krankenhaus als auch in ambulanter-fachärztlicher Behandlung waren. Die entspricht einem Anteil von 11,4 % der Grundgesamtheit.

ambulant diagnostizierten Patienten mit einer F2-Diagnose keine stationäre F2-Diagnose vor (Haupt- oder Nebendiagnose), wenn die Patienten in dem betreffenden Jahr sowohl stationär als auch ambulant-fachärztlich behandelt wurden. Wenn man in Betracht zieht, dass es sich häufig um eine chronische Erkrankung handelt, weshalb hier unabhängig von der Chronologie der Diagnosen (ambulant vor stationär vs. stationär vor ambulant) eine hohe Übereinstimmung vorliegen sollte, dann scheint dieser Wert eher gegen eine gute Kodierqualität im ambulanten-fachärztlichen Bereich zu sprechen – wobei hier (ungeprüft) davon ausgegangen wird, dass die stationäre Diagnose der Goldstandard ist.

Bezieht man eine Chronologie der Quartale ein,<sup>31</sup> dann erhalten 27,9 % der Patienten, die stationär eine F2-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) erhalten haben, nachfolgend keine entsprechende Diagnose im ambulanten-fachärztlichen Bereich. Diese Werte sinken auf 24,7 %, wenn man sich nur auf stationäre Hauptdiagnosen bezieht. Auch die Vermutung, dass es sich hier eher um wenige Praxen handelt, die die rechnerischen Auffälligkeiten verursachen, lässt sich nicht bestätigen. Soweit es niedergelassene Fachärzte bzw. Praxen betrifft (exklusive PIA), haben 57,2 % der Praxen bei mindestens einem Patienten keine F2-Diagnose nach einem Krankenhausaufenthalt mit F2-Hauptdiagnose dokumentiert. Auch wenn es für alle Zahlen noch weitere plausible Einflussfaktoren geben könnte – weitere psychische und somatische Komorbiditäten, die ggf. die F2-Diagnose nachrangig werden lassen, stationäre Fehldiagnosen im Sinne des Upcoding sowie auch die Unvollständigkeit der hier verwendeten PIA-Daten, – so weisen diese Zahlen doch auf eine Unterdokumentation hin, weshalb man die Sensitivität der Auslösung kritisch beurteilen muss.

Auf der anderen Seite besteht theoretisch auch das Problem der Überdokumentation, weil die übermittelten Diagnosen aus dem ambulanten-fachärztlichen Bereich keinen Datumsbezug haben und möglicherweise anamnestische Dauerdiagnosen die Dokumentationspflicht auslösen, obwohl die Diagnosen nicht aktuell sind bzw. in keinem direkten Zusammenhang mit einer abgerechneten Behandlung (z.B. einer Quartals- oder Tagespauschale) stehen. Da es generell keine diagnosespezifischen Gebührenordnungspositionen für Patienten mit einer F2-Diagnose gibt, ist auch eine Identifikation von Fällen anhand von Gebührenordnungspositionen nicht möglich. Insofern besteht die Gefahr, dass mehr Fälle für die Qualitätssicherung ausgelöst werden als tatsächlich dokumentiert werden müssen. D.h.: Ob die Auslösung mit hinreichender Spezifität erfolgen kann, kann nicht endgültig beurteilt werden.

Allerdings ist für die letztgenannte Problematik deutlich darauf zu verweisen, dass die Dokumentation von aktuellen bzw. behandlungsrelevanten Diagnosen auch zum jetzigen Zeitpunkt, d.h. unabhängig von der Einführung der genannten Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich, verpflichtend ist. Dies ergibt sich aus §295 Absatz 1 Nr. 3 SGB V, der die Leistungserbringer verpflichtet, die Diagnosen „nach in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln“. In den entsprechenden Anweisungen des DIMDI heißt es diesbezüglich: „Auf den Abrechnungsunterlagen nach §295 SGB V müssen Sie sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Sie Leistungen abrechnen. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen Sie aus Gründen des Datenschutzes nicht übermitteln [...]“<sup>32</sup> (vgl. auch (Walker et al. 2011)).

Mit Blick auf diese Vorschriften sowie darauf, dass das QS-Verfahren psychiatrisch spezialisierte Ärzte betrifft, gibt es keinen Anlass davon auszugehen, dass es unter Aufwands Gesichtspunkten zu einer nicht hinnehmbaren Überdokumentation bzw. zu Fehlauflösungen kommt. Vielmehr könnte davon ausgegangen werden, dass eine allein diagnosebezogene Fallauslösung relativ schnell zur Verbesserung der Dokumentationsqualität beiträgt und die Durchsetzung der auch von der KBV geforderten „verbindlichen“ Umsetzung der Dokumentation von Behandlungsdiagnosen (Akutdiagnose und nicht anamnestische Dauerdiagnosen) sowie der Nicht-Übermittlung von anamnestischen Dauerdiagnosen in der Abrechnungssoftware der Praxen befördert wird (KBV 2015).

<sup>31</sup> Dem gerade Geschilderten liegt die Problematik zugrunde, dass zu den Diagnosen kein Datum angegeben ist, mit dem sicher auf den Zusammenhang zwischen einer Diagnose und einer Behandlung schließen lässt.

<sup>32</sup> <https://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/zusatz-03-anleitung-zur-verschluesselung.htm> (Zugriff am 22.11.2015)



### 8.2.3 Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen

Für die Entscheidung, ob das Instrument einer fallbezogenen QS-Dokumentation entwickelt werden sollte, ist die Problematik einer möglichen Unterdokumentation von Diagnosen relevanter als die der möglichen Überdokumentation. Hier handelt es sich um ein (mögliches) Problem, das den Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht gelöst werden kann und es ist auch nicht anzunehmen, dass ein implementiertes QS-Verfahren hier Anreize zur Verbesserung der Dokumentationsqualität setzen würde. Allerdings wäre auch hier die im Rahmen des Abrechnungsgeschehens eigentlich verpflichtend erforderliche Angabe von behandlungsrelevanten Diagnosen hilfreich, weil dadurch die Spezifität der Auslösung erheblich verbessert würde.

In den neusten, von der KBV formulierten, verpflichtenden Anforderungen an die ambulante Abrechnungssoftware ist der gesetzlich vorgeschriebene Weg zur korrekten Dokumentation auch programmatisch vorgegeben (KBV 2015). In diesen Vorgaben sind alle technisch-definitiven Vorkehrungen implementiert, damit Diagnosen grundsätzlich nach Akutdiagnosen, Dauerdiagnosen (behandlungsrelevante Dauerdiagnosen) und anamnestischen Dauerdiagnosen unterschieden und nur Akut- und Dauerdiagnosen im Zusammenhang mit der Abrechnung übermittelt werden. Dementsprechend sind auch Vorkehrungen implementiert, mit denen ein „Automatismus“ der Übernahme von anamnestischen Dauerdiagnosen (Diagnosen, zu denen im Quartal keine Leistung erbracht wurde) unterbunden wird. Gesetzt den Fall, dass die hier gesetzten „systemischen“ Anforderungen sukzessive in der Praxis durchgesetzt werden, könnte sich eine QS-Auslösung ausschließlich auf die gesicherten Behandlungsdiagnosen (Akut- und Dauerdiagnosen) beschränken und gezielt nur jene Fälle auslösen, die u.a. wegen einer F2-Diagnose behandelt wurden. Fälle, die ausschließlich aus anderen Gründen, z.B. einer Angststörung oder einer Depression, in dem Quartal behandelt wurden, würden nicht ausgelöst. Somit wäre eine hinreichend sensitive und spezifische alters- und diagnosebezogene QS-Auslösung möglich.

### 8.2.4 Umsetzbarkeit unter veränderten Bedingungen

Wenn man über die derzeitigen Rahmenbedingungen hinaus denkt, dann wäre auch die Einführung neuer Abrechnungskodes ein gangbarer Weg einer hinreichend sensitiven und spezifischen Fallauslösung, wobei die Zielpopulation ggf. eingegrenzt werden muss, da gegenwärtig keine in einem anderen Abrechnungskode (z.B. in einer Pauschale) enthaltene Leistung vorhanden ist, die eine hinreichend sensitive und spezifische Auslösung ermöglicht.

Wenn man den chronischen Verlauf einer F2-Erkrankung als einen relevanten Aspekt erachtet, dann wäre eine entsprechend spezifische GOP für Patienten mit F2-Diagnosen (bzw. für alle psychiatrischen Diagnosegruppen) denkbar. Hierfür würde es nach Ansicht des AQUA-Instituts ausreichen, wenn beispielsweise die allgemeine Quartalspauschale (die in 93 % aller Fälle abgerechnet wird)<sup>33</sup> als spezifische Quartalspauschale für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose abgerechnet wird. Dem Vorteil dieser kosten- und aufwandsneutralen Maßnahme steht allerdings der Nachteil entgegen, dass die grundsätzliche Bedeutung der regelhaften, verpflichtenden Kodierung von Diagnosen hiermit nicht, wie bei einer Auslösung unter gegebenen Bedingungen, unterstützt wird.

Wenn man den Zweck dieses QS-Verfahrens eher in der Qualitätssicherung von frühzeitigen Maßnahmen sieht, dann könnte z.B. ein ganz neuer, abrechnungsrelevanter Code eingeführt werden, der bestimmte verpflichtende und einmalige Leistungen für Ersterkrankungen (z.B. eine umfassende Anamnese) vorsieht. Auch auf diese Weise könnte eine hinreichend sensitive und spezifische QS-Auslösung realisiert werden, die hier allerdings eben nur ersterkrankte Patienten auslöst.

Für beide Varianten wäre allerdings die Implementierung von neuen Codes notwendig, was nachzeitigem Erfahrungsstand auf zahlreiche Umsetzungsbarrieren stößt.

<sup>33</sup> Hochrechnung anhand von anonymisierten Routinedaten aus dem Jahr 2012.

## 8.2.5 Weitere erkrankungs- und versorgungsspezifische Überlegungen zur QS-Auslösung im ambulanten Bereich

Abseits der technischen Frage nach der Auslösung sowie der im vorherigen Abschnitt geschilderten Problematik einer gegenwärtig möglicherweise nicht hinreichend sensitiven Auslösung sollten bei der Entscheidung für oder gegen die Entwicklung einer fallbezogenen ambulanten QS-Dokumentation auch weitere, eher inhaltliche Aspekte beachtet werden, die im Zusammenhang mit den Qualitätspotenzialen und auch der Auslösung stehen.

F2-Erkrankungen sind potenziell chronische Erkrankungen, d.h. dass die zu betrachtende Versorgung wenige Monate, aber auch 20 Jahre und mehr andauern kann. Für eine fallbezogene QS-Auslösung bedeutet dies, dass sie nicht immer zu Beginn der Erkrankung erfolgen kann. Dies gilt umso mehr, wenn Diagnose, Indikationsstellung oder Therapie bei Leistungserbringern erfolgen, die nicht dokumentationspflichtig im Sinne dieses QS-Verfahrens sind (z.B. Hausärzte). Mit Blick auf die Identifizierung jener Patienten, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren oder schwersten Krankheitsverlauf haben (vgl. Kapitel 9), erhält die QS-Dokumentation im ambulanten Bereich eine latent präventive Ausrichtung. Deshalb wäre es wichtig, diese Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu identifizieren.

Weiterhin handelt es sich bei psychischen Erkrankungen um sehr individuelle Krankheitsverläufe, die in komplexen und regional sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -formen behandelt werden. Das bedeutet zunächst, dass nicht jede Versorgungsleistung zu jedem Zeitpunkt für jeden Patienten indiziert ist. Damit sind an eine ambulante, fallbezogene QS-Dokumentation besondere Anforderungen gestellt: sie soll so flexibel sein, dass unterschiedliche Bedarfe und langfristige Verläufe erfasst werden. Auch dies hängt indirekt mit dem Problem der QS-Auslösung zusammen, weil zu überlegen ist, ob man Patienten mit einer F2-Diagnose in Bezug auf (ggf. quartalsweise) Arztkontakte oder auf bestimmte Leistungen oder in bestimmten Zeiträumen (z.B. einmalige Dokumentationspflicht für jeden Patienten mit einer F2-Diagnose) auslöst. Die im Abschnitt 8.1 dargestellten Qualitätspotenziale sind weder Leistungen, die bei jedem Arztkontakt erfolgen sollten, noch beziehen sie sich auf bestimmte Leistungen, die grundsätzlich immer und für jeden Patienten erbracht werden sollen. Sie beziehen sich vielmehr auf Leistungen und deren Ergebnisse, die im Laufe einer oft langandauernden Versorgung regelmäßig erbracht werden sollen. Dies lässt sich idealerweise über eine QS-Dokumentation erreichen, über die Leistungen und Ereignisse erhoben werden, die einen bestimmten, längeren Zeitraum umfassen. Gerade die für diesen Fall adäquate einmalige, z.B. jährliche Auslösung dürfte angesichts der quartalsweisen Abrechnung unter den gegebenen Bedingungen die vergleichbar problematischste sein.

Ebenso zu bedenken ist, dass ein Teil der Leistungen außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V erbracht wird, weshalb über die QS-Dokumentation nicht alle Leistungen erfasst werden können. Einige dieser Leistungen können mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich erfragt werden (z.B. die Kooperation mit Leistungserbringern außerhalb des SGB V). Mögliche Indikatoren werden jedoch immer wieder auch regionale Besonderheiten berücksichtigen müssen.

## 8.3 Dokumentation und Datentransfer

Für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation empfiehlt das AQUA-Institut eine QS-Dokumentation innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer. Dies setzt voraus, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt.

### 8.3.1 Aufbau einer QS-Dokumentation

In Deutschland gibt es über 280 verschiedene Softwareanbieter für ambulante Leistungserbringer. Die Softwaresysteme der Leistungserbringer sind daher insgesamt heterogen aufgebaut. Da bei der Auslösung der Dokumentationspflicht nur auf Daten zurückgegriffen werden kann, die auch für die Abrechnung relevant sind, sollten in der Software bereits Möglichkeiten vorhanden sein, um auf die für die Auslösung der Dokumentationspflicht relevanten Kriterien zugreifen zu können.

Alternative Auslösungs- und Dokumentationswege sind aus Sicht des AQUA-Instituts angesichts der zu erwartenden Anzahl der zu dokumentierenden Fälle nicht praktikabel.

Unter den gegebenen Bedingungen, d.h. ohne Einführung neuer Kodes (vgl. Abschnitt 8.2.3), muss bedacht werden, dass eine QS-Auslösung beim Leistungserbringer ggf. bis zu viermal jährlich erfolgen müsste, da auch die Abrechnungsdaten quartalweise übermittelt werden. Dies wäre mit erheblichem kaum zu rechtfertigendem Aufwand verbunden. Um bei einer solchen quartalsbezogenen QS-Auslösung eine möglichst aufwandsarme Dokumentation zu realisieren, könnte die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation so strukturiert werden, dass zunächst gezielt Filterfragen gestellt werden, anhand derer der Leistungserbringer angibt, ob in diesem Quartal bestimmte qualitätsrelevante Ereignisse oder Prozesse stattgefunden haben. Anschließend wären, gesteuert über Feldabhängigkeiten auf dem Dokumentationsbogen, nur für diese erbrachte Leistung weitere indikatorrelevante Informationen (Teildatensätze) zu dokumentieren. Allerdings müssten in jedem Quartal, in dem der Patient beim Leistungserbringer war, mindestens die Filterfragen beantwortet werden.

Bei Einführung neuer Kodes (vgl. Abschnitt 8.2.4), würde je nach Kode entweder vierteljährlich eine QS-Auslösung erfolgen (diagnosespezifische Quartalspauschale) oder einmalig bei Ersterkrankung. Bei letzterem Vorgehen könnte nur ein kleiner Abschnitt der Versorgung (Beginn der Behandlung) abgedeckt werden. Eine Versorgung, die über die Ersterkrankung hinausgeht, würde mit dieser einmaligen QS-Auslösung nicht erfasst werden können. Würde die QS-Auslösung anhand von noch einzuführenden diagnosespezifischen Quartalspauschalen (also bis zu viermal im Jahr) erfolgen, wäre der oben beschriebene Aufbau einer QS-Dokumentation zu empfehlen, um den Aufwand gering zu halten.

### **8.3.2 Datentransfer**

Der Datenfluss für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation von Praxen und MZV bis zur Bundesauswertungsstelle ist in der Qesü-RL bereits beschrieben. Im Folgenden werden die relevanten Vorgaben aus der Richtlinie zu den Datenflüssen geschildert.

#### **Sollstatistik**

Hinsichtlich der Übermittlung der Angaben zur Sollstatistik (siehe Abschnitt 7.2.4) liegen keine Besonderheiten vor. Sie kann den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen.

#### **Konformitätserklärung**

Die Übermittlung der Konformitätserklärungen der Leistungserbringer (siehe Abschnitt 7.2.4) kann, ebenso wie die Übermittlung der Aufstellung der gelieferten Datensätze der Krankenkassen und der dazugehörigen Erklärung, den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen. Es liegen keine Besonderheiten vor.

#### **Datenprüfung**

Aufgrund der Anforderung der Qesü-RL, bereits vor Ort beim Leistungserbringer Datenprüfungen durchzuführen, wurde ein Prüfprogramm entwickelt und eingeführt. Dieses Prüfprogramm bezieht die Plausibilitätsregeln direkt aus der Spezifikationsdatenbank und testet die zu übermittelnden Datensätze vor deren Verschlüsselung. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich, gleiches gilt für die Prüfungen der Dateistruktur.

#### **Verschlüsselungsprogramme**

Aufgrund der Anforderungen der Qesü-RL, mehrere Arten von Daten (im vorliegenden QS-Verfahren: QS-Daten und administrative Daten) gezielt an verschiedene Akteure im Gesamtprozess (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Bundesauswertungsstelle) zu übermitteln, hat das AQUA-Institut ein Verschlüsselungsprogramm entwickelt, das alle Datensicherheitsanforderungen erfüllt. Das AQUA-Institut stellt ein Ver- und Entschlüsselungspaket für die Anwendung entsprechend der Qesü-RL zur Verfügung. Das Ver- und Entschlüsselungspaket besteht aus den Programmen TPacker für die Transportverschlüsselung und XPacker für die XML-Verschlüsselung. Eine interaktive Alternative zur Verwendung dieser Programme stellt der GPacker dar. Er integriert den XPacker und TPacker und ermöglicht mithilfe einer einfachen grafischen Oberfläche für die Endanwender die Verschlüsselung und Komprimierung von QS-Dateien. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich.

### **Transportverschlüsselung bzw. sicherer Übertragungskanal**

Abschließend wird für die Datenübermittlung noch eine Transportverschlüsselung benötigt, welche die gesamte Datei verschlüsselt und vor unberechtigten Zugriffen schützt. Die Transportverschlüsselung ist nur dann notwendig, wenn kein sicherer Übertragungskanal (z.B. VPN) genutzt wird, also insbesondere bei der Übermittlung der Datei als E-Mail-Anhang.

## 9 Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe

Im Rahmen des Auftrags sollte „die Eingrenzung der Patienten und Patientinnen aus der Diagnosegruppe F2 und die Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines QS-Filters zum Fokussieren der Zielpopulation, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich“ (G-BA 2014) geprüft werden. Dieser Auftragsbestandteil schließt an die dritte Konkretisierung der Konzeptskizze vom 26. Juli 2013 an, für die verschiedene Proberechnungen durchgeführt wurden. Ziel dieser Berechnungen war die Beantwortung der Frage, ob sich innerhalb der Population aller Patienten mit einer F2-Diagnose Subpopulationen definieren lassen, für die die Wahrscheinlichkeit eines schweren und schwersten Krankheitsverlaufs erhöht ist. Diese Eingrenzung soll so erfolgen, dass sie sowohl für eine ambulante als auch eine stationäre QS-Auslösung eingesetzt werden kann.

Da für die seinerzeitigen Berechnungen nur sehr unvollständige Daten vorlagen, wurden die Analysen und Berechnungen für den vorliegenden Bericht erweitert und erneut durchgeführt. Im Folgenden werden zunächst die Möglichkeiten einer Definition von schweren und schwersten Verläufen überprüft. Darauf aufbauend werden die Ergebnisse der anhand von Routinedaten durchgeführten Analysen dargestellt.

### 9.1 Methodischer Ausgangspunkt

Als Datengrundlage der vorliegenden Auswertung dienten anonymisierte Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2012, die alle volljährigen Versicherten beinhaltet, die im ambulanten Bereich (einschließlich PIA) mindestens eine gesicherte F2-Diagnose oder im stationären Bereich mindestens eine F2-Diagnose als Hauptdiagnose erhalten hatten.

#### 9.1.1 Definition schwerer und schwerster Verläufe

In der dritten Konkretisierung zur Konzeptskizze wurden stationäre Aufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose als „Endpunkt“ eines schweren und schwersten Verlaufs definiert. In den Vorarbeiten des AQUA-Instituts wurde daher für die Berechnungen der stationäre Aufenthalt als Endpunkt bzw. Zielkriterium eines schweren und schwersten Verlaufs angenommen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Definition schwerer und schwerster Verläufe hier ein Konstrukt ist, das auf der Grundlage von verfügbaren Informationen aus dem Datenbestand der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) entworfen wurde. Viele schwere und schwerste Verläufe lassen sich vom Versorgungssystem nicht erfassen (Suizide, Obdachlosigkeit, Forensik).

Um sich an das Patientenkollektiv anzunähern, das schwere und schwerste Verläufe hat und gesetzliche Leistungen der Krankenversicherungen in Anspruch nimmt, wurde in den Routinedaten geprüft, welche fall- bzw. patientenbezogenen Informationen Hinweise auf einen schweren oder schwersten Verlauf geben können. Hierbei wurden folgende Endpunkte als Kriterien eines schweren und schwersten Verlaufes betrachtet:

- **Vollstationäre Aufenthalte** mit Hauptdiagnose F2 oder Nebendiagnose F2 bei einem psychiatrischen Aufenthalt: Hierbei wurde angenommen, dass vorwiegend jene Patienten stationär versorgt werden, bei denen Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder bei denen die ambulante Versorgung nicht ausreichend ist (DGPPN 2006).
- **Voll- und teilstationäre Aufenthalte** mit Hauptdiagnose F2 oder Nebendiagnose F2 bei einem psychiatrischen Aufenthalt: Hierbei wurde angenommen, dass vorwiegend jene Patienten stationär versorgt werden, bei denen Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder bei denen die ambulante Versorgung nicht ausreichend ist (DGPPN 2006). Teilstationäre Einrichtungen stehen hier für eine Alternative zur stationären Behandlung (Marshall et al. 2011; Schene 2004; Marshall et al. 2001).

- **Verordnung von Clozapin** (ATC-Kode N05AH02) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen des Jahres 2012: Die Verordnung von Clozapin ist nur bei Therapieresistenz indiziert, sofern vorher mindestens zwei verschiedene Antipsychotika getestet wurden (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011b; CADTH 2011; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).
- **Aufnahme in ein Pflegeheim:** Patienten, die in Pflegeheimen wohnen, sind in ihrer Alltagsfunktionalität so stark eingeschränkt, dass hier ein schwerer und schwerster Verlauf angenommen werden muss.

### 9.1.2 Berechnung von Subpopulationen

Die Berechnungen zur Bestimmung von Subpopulationen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Krankheitsverlauf haben, erfolgte getrennt für die ambulanten (Fachärzte und PIA) und die stationären Einrichtungen.

Als Grundgesamtheit für die Analysen zur Einschränkung auf schwere und schwerste Verläufe im ambulanten Bereich dienten alle Versicherten, die eine gesicherte F2-Diagnose von einem niedergelassenen nervenärztlichen oder psychiatrischen Facharzt (Ärzte der Fachgruppenkennungen 51 und 58) oder in einer PIA erhalten haben. Im stationären Bereich wurde – anders als im ambulanten Bereich – nicht auf Patientenebene, sondern auf Fallebene gerechnet, da hier eine mögliche QS-Auslösung immer fallbezogen erfolgt. Als Grundgesamtheit wurden demnach alle stationären Fälle mit einer F2-Hauptdiagnose berücksichtigt.

Zur Bestimmung von Subpopulationen wurden die vorstehend genannten Grundgesamtheiten im Folgenden durch weitere Kriterien eingeschränkt, mit dem Ziel, den Anteil von Personen zu erhöhen, bei denen schwere und schwerste Verläufe im Sinne der oben bestimmten Endpunkte vorliegen. Da diese Kriterien eingesetzt werden sollen, um dokumentationspflichtige Fälle für eine ambulante und stationäre QS-Dokumentation zu definieren, müssen diese Kriterien in den Abrechnungsdaten aller Leistungserbringer enthalten sein, d.h. es können nur Daten verwendet werden, die grundsätzlich, in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt beim Leistungserbringer vorliegen.

Grundsätzlich stehen für die Definition von dokumentationspflichtigen Fällen folgende Kriterien zur Verfügung:

- Geschlecht des Patienten
- Alter des Patienten
- Diagnosen

Die Grundgesamtheit anhand des Geschlechts einzuschränken, scheint inhaltlich nicht sinnvoll. Dementsprechend verbleiben für die Berechnungen Alter und Diagnosen als potenzielle Kriterien für die Definition von dokumentationspflichtigen Fällen, da sie in Arztpraxen, PIA und stationären Einrichtungen grundsätzlich in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt vorliegen.

## 9.2 Ergebnisse für den ambulanten Bereich

Für die folgenden Berechnungen der Endpunkte wurde die eingangs beschriebene Grundgesamtheit des ambulanten Bereichs (gesicherte F2-Diagnose von niedergelassenen Fachärzten oder PIA) anhand von vier verschiedenen diagnose- und altersspezifischen Kriterien eingegrenzt:

- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen: Patienten, die im ambulanten Bereich (einschließlich PIA) mindestens eine gesicherte Demenzdiagnose (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) erhalten haben. Den praktischen Erfahrungen der Panelexperten zufolge steht die Behandlung der Demenz meist im Vordergrund. Auch werden bei Patienten mit einer Demenzerkrankung F2-Diagnosen bei der Abrechnung angegeben, um Antipsychotika verordnen zu können.
- M2Q-Kriterium: F2-Diagnose muss im ambulanten Bereich in mindestens 2 Quartalen (M2Q) vorliegen (und Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung). Hiermit sollen Patienten ausgeschlossen werden, die nur vorübergehend erkrankt sind, hier also kein längerer Verlauf der Erkrankung vorliegt.<sup>34</sup>
- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung und Ausschluss bestimmter Altersklassen
- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung und Ausschluss bestimmter F2-Diagnosen<sup>35</sup>

Im Hinblick auf die Größe der Zielgruppe bzw. die damit einhergehende Anzahl an dokumentationspflichtigen Personen ist festzuhalten, dass das Kriterium M2Q und der Ausschluss von Patienten mit einer Demenzerkrankung zu einer Reduktion von ursprünglich 508.147 auf 431.616 Personen zur Folge hat. Dies entspricht einem Anteil von 15 % (vgl. Tabelle 37).

*Tabelle 37: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener risikorelevanter Einschränkungen*

	F2 (M1Q)	F2 (M1Q), exkl. Demenz	F2 (M2Q), exkl. Demenz
Anzahl der bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	508.147	485.539	431.616
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	74.865 (14,7 %)	73.823 (15,2 %)	64.215 (14,9 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	79.375 (15,6 %)	78.319 (16,1 %)	68.165 (15,8 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	52.974 (10,4 %)	52.062 (10,7 %)	50.601 (11,7 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	54.768 (10,8 %)	44.049 (9,1 %)	40.446 (9,4 %)

<sup>34</sup> Das M2Q-Kriterium wurde in die Analyse aufgenommen, da es in der dritten Konkretisierung zur Konzeptskizze als ein Kriterium in die Analysen einbezogen wurde. Allerdings liegt die Information maximal bei ambulanten Leistungserbringern vor, nicht aber in stationären Einrichtungen.

<sup>35</sup> Für den Ausschluss von Patienten mit bestimmten F2-Diagnosen mussten den Patienten zuvor einzelne Diagnosen zugeordnet werden. Hierzu wurden zunächst alle im Jahr 2012 ambulant vergebenen F2-Diagnosen auf 3-stelliger Ebene der niedergelassenen nervenärztlichen und psychiatrischen Fachärzte und der PIA aufsummiert. Einem Patienten wurde diejenige Diagnose aus dem F2-Bereich zugeordnet, die er in jenem Jahr am häufigsten erhalten hat. Dabei zeigte sich, dass 4,6 % der Patienten zwei oder mehr Diagnosen gleich häufig erhielten. Bei 0,8 % dieser Patienten handelte es sich um solche Diagnosen, bei denen neben einer spezifischen F2-Diagnose (F20.- bis F28) eine unspezifische Diagnose (F29 nach ICD-10) vergeben wurde. Diesen Personen wurde jeweils die spezifische Diagnose zugeordnet. Die restlichen 3,8 % der Patienten mit mehreren gleich häufig gestellten spezifischen Diagnosen wurden von der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

### **Endpunkt: Vollstationäre Aufenthalte**

Ausgangswert für die Grundgesamtheit ist ein Anteil von 14,7 % aller Patienten mit gesicherter F2-Diagnose im ambulanten Bereich, die einen vollstationären Aufenthalt, d.h. einen schweren und schwersten Verlauf im Sinne dieses definierten Endpunktes, hatten (vgl. Tabelle 37).

Schließt man aus dieser Grundgesamtheit Personen mit einer Demenzerkrankung aus (vgl. Tabelle 37), erhöht sich der Anteil der Patienten mit einem vollstationären Aufenthalt leicht auf 15,2 %. Wird diese Population zusätzlich durch die Anwendung des M2Q-Kriteriums eingeschränkt, fällt der Anteil wieder auf 14,9 %. Das heißt, die Anwendung des M2Q-Kriteriums verringert für diese Subpopulation die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf.

Durch den Ausschluss bestimmter Altersgruppen (vgl. Tabelle 38) zeigen sich vergleichsweise deutliche Effekte: Schließt man – neben den Patienten mit Demenzerkrankung – ältere Patienten von der betrachteten Grundgesamtheit aus, so steigt der Anteil der Patienten mit einem schweren und schwersten Verlauf. Am deutlichsten ist dieser Effekt zu beobachten, wenn ausschließlich Personen unter 55 Jahren betrachtet werden.<sup>36</sup> Der Anteil der Personen mit schweren und schwersten Verläufen erhöht sich hier auf 18,5 %. Die Einschränkung auf jüngere Patienten (Alter unter 55 Jahre) würde allerdings ca. 40 % der Grundgesamtheit von einer Dokumentationspflicht ausschließen.

Der Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39) zeigt dagegen, dass sich die Wahrscheinlichkeiten für einen schweren und schwersten Verlauf nicht nennenswert verändern: Alle Werte bewegen sich mit einer Spannweite von 15,1 % bis 15,6 % um den Ausgangswert von 15,2 %. Der größte Effekt sowohl hinsichtlich der Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe als auch hinsichtlich einer Fallzahlreduzierung zeigt sich, wenn man Patienten mit der Diagnose F22.- (anhaltende wahnhafte Störungen) ausschließt. Dies scheint inhaltlich jedoch nicht sinnvoll zu sein, da gerade chronisch erkrankte Personen die Zielgruppe sind. Inhaltlich sinnvoller würde ein Ausschluss von Patienten mit einer F23-Diagnose (akute vorübergehende psychotische Störungen) erscheinen; dies hat aber keinen bzw. einen minimal gegenläufigen Effekt.

### **Endpunkt: Voll- und teilstationäre Aufenthalte**

Bezieht man neben den voll- auch den teilstationären Bereich ein, so sind die Ergebnisse ähnlich (vgl. Tabelle 37). Ausgangswert für die Grundgesamtheit ist ein Anteil von 15,6 % aller Patienten des ambulanten Bereichs mit gesicherter F2-Diagnose, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt, d.h. einen schweren und schwersten Verlauf, hatten. Schließt man Patienten mit Demenzerkrankungen aus, erhöht sich auch hier der Anteil der Patienten nur leicht (16,1 %), während die Anwendung des M2Q-Kriteriums diesen Anteil erneut leicht verringert (15,8 %).

Auch hier zeigt die Anwendung des Alterskriteriums (vgl. Tabelle 38) den deutlichsten Effekt: Schließt man Patienten über 54 Jahre aus, steigt der Anteil der Patienten mit einem schweren Verlauf auf 19,7 %.

Da der Endpunkt dem im vorigen Abschnitt genannten weitgehend entspricht und die Ergebnisse dementsprechend ähnlich sind, ähneln sich auch die Effekte bei Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39). Hier bewegen sich alle Werte mit einer Spannweite von 16,1 % bis 16,6 % (vgl. Tabelle 39) um den Ausgangswert von 16,1 % (vgl. Tabelle 37). Auch hier zeigt sich, dass der inhaltlich nicht sinnvolle Ausschluss von Patienten mit der Diagnose F22.- nach ICD-10 den anteilmäßig bedeutsamsten Effekt hat.

### **Endpunkt: Verordnung von Clozapin**

Für den Endpunkt Clozapin in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen zeigt sich in der ursprünglich betrachteten Grundgesamtheit eine Prävalenz von 10,4 %. Bei Ausschluss von an Demenz erkrankten Personen erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben leicht auf 10,7 %. Wird die Grundgesamtheit zusätzlich über das M2Q-Kriterium eingeschränkt, erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben nochmals auf 11,7 % (vgl. Tabelle 37).

<sup>36</sup> Eine weitere Einschränkung des Alters auf noch jüngere Altersgruppen wurde aufgrund des Durchschnittsalters der Grundgesamtheit von 52,6 Jahren nicht vorgenommen.



Ähnlich wie bei den oben dargestellten Ergebnissen zeigt sich auch hier, dass eine Eingrenzung auf jüngere Altersgruppen (vgl. Tabelle 38) den größten Effekt hat. Betrachtet man ausschließlich Personen unter 55 Jahren, erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben auf 12,6 %.<sup>37</sup>

Der Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39) zeigt auch hier keine nennenswert erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere und schwerste Verläufe. Ausgehend von einem Anteil von 10,7 % bewegen sich die Effekte in der Spanne von 10,8 % bis 11,4 %. Der größte Effekt zeigt sich auch hier bei Ausschluss von Patienten mit einer F22-Diagnose (Anhaltende wahnhafte Störungen).

### Endpunkt: Aufnahme in ein Pflegeheim

Wird der schwere und schwerste Verlauf als eine Unterbringung im Heim definiert, so verzeichnen 10,8 % der Grundgesamtheit einen schweren und schwersten Verlauf. Nach Ausschluss der Patienten mit Demenzerkrankungen verringert sich der Anteil auf 9,1 % (vgl. Tabelle 37). Grund dafür ist der höhere Anteil von Patienten mit Demenzerkrankungen in Pflegeheimen. Schließt man diese also aus, dann werden aus der Grundgesamtheit überproportional viele Personen mit einem Heimaufenthalt ausgeschlossen.

Analog bzw. ungleich stärker fällt der Effekt bei Anwendung des Alterskriteriums (vgl. Tabelle 38) aus: Je jünger die betrachtete Population ist, desto geringer ist der Anteil an Patienten mit einer Unterbringung im Heim. Bei der jüngsten betrachteten Population (Alter zwischen 18 und 54 Jahren) beträgt der Anteil der in einem Heim untergebrachten Patienten „nur noch“ 4,2 %. Diese Reduzierung wird besonders deutlich, wenn man das Durchschnittsalter der in einem Heim untergebrachten Personen betrachtet: Mit einem durchschnittlichen Alter von 66 Jahren sind diese mehr als 10 Jahre älter als der Durchschnitt der Grundgesamtheit.

Wie schon bei den vorherigen Analysen zeigt ein Ausschluss bestimmter Diagnosen im Hinblick auf eine Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe keine nennenswerten Effekte (vgl. Tabelle 39).

*Tabelle 38: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen*

	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-54 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-59 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-64 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-69 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-74 Jahre
Anzahl bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	294.523	352.855	397.585	424.440	453.047
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	54.354 (18,5 %)	61.803 (17,5 %)	66.711 (16,8 %)	69.444 (16,4 %)	71.948 (15,9 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	58.090 (19,7 %)	65.820 (18,7 %)	70.934 (17,8 %)	73.763 (17,4 %)	76.372 (16,9 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	37.176 (12,6 %)	43.063 (12,2 %)	46.972 (11,8 %)	48.868 (11,5 %)	50.700 (11,2 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.492 (4,2 %)	17.105 (4,8 %)	21.975 (5,5 %)	26.287 (6,2 %)	32.457 (7,2 %)

<sup>37</sup> Die oben genannten Hinweise auf das hohe Durchschnittsalter der Patienten gelten hier entsprechend und sind zu berücksichtigen.

Tabelle 39: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen

	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F21	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F22	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F23	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F24	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F28	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F29
Anzahl bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	456.669	436.135	457.100	467.039	464.355	456.213
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	70.557 (15,4 %)	68.252 (15,6 %)	69.243 (15,1 %)	71.027 (15,2 %)	70.936 (15,3 %)	70.272 (15,4 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	74.891 (16,4 %)	72.361 (16,6 %)	73.402 (16,1 %)	75.356 (16,1 %)	75.253 (16,2 %)	74.556 (16,3 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	50.249 (11,0 %)	49.720 (11,4 %)	50.329 (11,0 %)	50.494 (10,8 %)	50.423 (10,9 %)	49.947 (10,9 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	42.330 (9,3 %)	39.719 (9,1 %)	42.124 (9,2 %)	42.807 (9,2 %)	42.540 (9,2 %)	41.708 (9,1 %)

### 9.3 Ergebnisse für den stationären Bereich

Auch für die Berechnungen im stationären Bereich wurde die eingangs beschriebene Grundgesamtheit (F2-Hauptdiagnose) weiter eingegrenzt. Dabei wurden allerdings Patienten mit Demenzerkrankungen (die diese beispielsweise als Nebendiagnose erhalten haben) aus der Grundgesamtheit nicht ausgeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass bei einem Krankenhausaufenthalt mit einer F2-Hauptdiagnose die Behandlung der F2-Diagnose im Vordergrund steht.

Folglich kommen hier nur zwei Ausschlusskriterien zur Anwendung:

- Ausschluss bestimmter Altersklassen
- Ausschluss bestimmter F2-Diagnosen

Da die hier betrachtete Grundgesamtheit überdies durch einen stationären Aufenthalt definiert ist, wurden die Analysen nur in Bezug auf die Endpunkte Verordnung von Clozapin und Aufnahme in ein Pflegeheim durchgeführt.

#### Endpunkt: Verordnung von Clozapin

Wird ein schwerer oder schwerster Verlauf im Krankenhaus so definiert, dass zusätzlich ambulant Clozapinverordnungen über mindestens zwei aufeinanderfolgende Quartale vorliegen müssen, betrifft dies 12,0 % der Krankenhausfälle (vgl. Tabelle 40). Analog zu den oben dargestellten Ergebnissen, erhöht sich auch hier der Anteil von Fällen mit einem schweren und schwersten Verlauf, wenn ältere Personen ausgeschlossen werden. Das heißt, je jünger die betrachtete Population, desto höher ist der Anteil an Personen, die Clozapin erhalten. Allerdings ist der Effekt kaum nennenswert: Der Ausschluss von Patienten über 54 Jahren erhöht den Anteil auf 12,5 % und bleibt bei diesem Wert, auch wenn man Patienten bis zu einem Alter von 65 Jahren einschließt.

Auch der Effekt der Anwendung diagnosespezifischer Ausschlusskriterien ist kaum bedeutsam. Ausgehend von den 12,0 % der Fälle mit zwei Clozapinverordnungen, verändern sich die Werte gar nicht oder nur geringfügig (vgl. Tabelle 41). Allerdings erhöht sich hier tatsächlich der Wert am stärksten, wenn die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen ausgeschlossen werden (12,5 %), – wobei anzumerken ist, dass die Diagnosen F21, F24, F28 und F29 im stationären Bereich zusammengerechnet in weniger als 1 % der Fälle als Hauptdiagnose vergeben werden.

### Endpunkt: Aufnahme in ein Pflegeheim

Definiert man schwere und schwerste Verläufe bei stationären Fällen als gegeben, wenn zusätzlich eine Unterbringung in einem Pflegeheim vorliegt, so betrifft dies 8,5 % der Fälle (vgl. Tabelle 40). Auch hier sinkt der Anteil an Fällen mit einer Unterbringung im Heim, wenn man ältere Personen von der Grundgesamtheit ausschließt und auf jüngere Altersgruppen fokussiert.

Ein Ausschluss von bestimmten Diagnosen (vgl. Tabelle 41) zeigt einen minimal höheren Anteil von Fällen mit einer Unterbringung im Heim, wenn man Personen mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (Hauptdiagnose F23) von der betrachteten Grundgesamtheit ausschließt (8,5 % vs. 8,7 %).

Tabelle 40: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen

	F2	F2, 18-54 Jahre	F2, 18-59 Jahre	F2, 18-64 Jahre	F2, 18-69 Jahre	F2, 18-74 Jahre
Anzahl stationärer Fälle	141.511	104.445	117.964	127.127	132.183	136.864
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	17.011 (12,0 %)	13.010 (12,5 %)	14.779 (12,5 %)	15.878 (12,5 %)	16.423 (12,4 %)	16.792 (12,3 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.024 (8,5 %)	5.270 (5,0 %)	6.673 (5,7 %)	8.191 (6,4 %)	9.241 (7,0 %)	10.384 (7,6 %)

Tabelle 41: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen

	F2, ohne F21 <sup>1</sup>	F2, ohne F22	F2, ohne F23	F2, ohne F24 <sup>1</sup>	F2, ohne F28 <sup>1</sup>	F2, ohne F29 <sup>1</sup>
Anzahl stationärer Fälle	141.069	136.290	135.574	141.424	141.340	141.195
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	17.003 (12,1 %)	16.868 (12,4 %)	16.972 (12,5 %)	17.009 (12,0 %)	17.008 (12,0 %)	16.995 (12,0 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.004 (8,5 %)	11.596 (8,5 %)	11.821 (8,7 %)	12.017 (8,5 %)	12.004 (8,5 %)	12.006 (8,5 %)

<sup>1</sup> Die Diagnosen F21, F24, F28 und F29 machen zusammengerechnet weniger als 1 % aller vergebenen F2-Hauptdiagnosen aus.

## 9.4 Diskussion

Die Einschränkung bzw. die Fokussierung der Zielpopulation auf eine Subpopulation mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Krankheitsverlauf, der sich in stationären Aufenthalten, Heimeinweisung oder Therapieresistenz (Clozapinverordnung) manifestiert, kann sowohl unter dem Gesichtspunkt der Verringerung der Fallzahlen als auch inhaltlich diskutiert werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Verringerung von Fallzahlen kann zusammenfassend festgestellt werden, dass bei einem Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen und Patienten unter 55 Jahren der größte Effekt zu verzeichnen ist. Die Grundgesamtheit wird bei Anwendung dieser Definition um gut 40 % der Patienten (von 510.147 auf 294.523 Patienten) reduziert. Dem Vorteil einer geringeren Dokumentationslast steht dabei der Nachteil gegenüber, dass die Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren sinkt, weil dementsprechend auch die durchschnittlichen Fallzahlen je Leistungserbringer um diesen Wert fallen.

Auch wenn gezeigt werden konnte, dass die Fokussierung der Zielpopulation, egal über welche der genannten Kriterien sie vorgenommen wird, zu einer mehr oder weniger großen Reduktion der Fallzahlen führt, so ist insgesamt festzustellen, dass durch keine Definition das Ziel einer hinreichend sensitiven und spezifischen Identifizierung von schweren und schwersten Verläufen erreicht wird. Die folgende Beispielrechnung mag dies verdeutlichen: Die Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf – definiert als vollstationärer Aufenthalt – für die Altersgruppe der 18- bis 54-jährigen unter Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen

kungen liegt bei 18,5 %. In der Altersgruppe über 55 Jahren liegt diese Wahrscheinlichkeit allerdings auch noch bei 10,2 %. Beschränkt man also die QS-Auslösung auf die jüngere Zielpopulation, schließt man einerseits 81,5 % Fälle ein, die keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf haben, während andererseits 10,2 % der Patienten nicht ausgelöst werden, obwohl sie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf haben. Dies entspricht einer Sensitivität von nur 73,6 % bei der QS-Auslösung von Fällen mit schweren und schwersten Verläufen. Die Spezifität, also die Nicht-Auslösung von potenziell weniger schweren Verläufen, liegt bei nur 41,7 %. Vor allem mit Blick auf diese Berechnungen zur Sensitivität und Spezifität der Auslösung von Patienten mit potenziell schweren und schwersten Verläufen ist auch die genannte beispielhafte Einschränkung kein geeignetes Definitionskriterium.

Hinzu kommt, dass es angesichts des potenziell chronischen Verlaufs der Krankheit in vielen Fällen zu einer ambulanten QS-Auslösung bei Patienten kommt, die ungeachtet ihres Alters bereits Kriterien für einen schweren oder schwersten Verlauf erfüllen. Die analoge Anwendung des Kriteriums stationärer Aufenthalt auf stationäre Patienten ist theoretisch möglich, praktisch aber gemäß der Intentionen, die Wahrscheinlichkeit von stationären Aufenthalten zu verringern, nicht logisch.

## 10 Fazit

Psychische Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, können einen chronischen Verlauf nehmen, bei dem soziale und kognitive Funktionseinschränkungen auftreten, die sich wiederum auf die soziale Teilhabe und die Lebensqualität auswirken. Patienten haben daher häufig komplexe Bedürfnisse bzw. Bedarfe sowohl an psychiatrischen als auch an anderen Hilfen. Dies bedeutet, dass eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten an einer qualitativ guten Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose beteiligt ist, die neben den medizinischen auch die sozialen Bedürfnisse der Patienten adressieren.

Bei der Entwicklung des QS-Verfahrens wurde versucht, diese Aspekte im Rahmen des Auftrags zu berücksichtigen. Ausgehend von weit über tausend recherchierten Indikatoren, ist es in einem umfangreichen und sehr aufwendigen Entwicklungsprozess gelungen, 27 Indikatoren sowie die entsprechenden Erhebungsinstrumente für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* zu entwickeln und mit einem interdisziplinär besetzten Expertenpanel zu konsentieren. Bei den entwickelten Indikatoren ist davon auszugehen, dass sie nicht nur unter klinischen Aspekten relevant und aussagekräftig sind, sondern sich auch tatsächlich im Rahmen der gegenwärtigen Möglichkeiten der gesetzlichen Qualitätssicherung erheben lassen werden.

Das zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset misst die Qualität der Versorgung mit Blick auf Qualitätspotenziale in der ambulanten und stationären Versorgung. Dabei werden sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung Qualitätspotenziale in den Bereichen Koordination, Kooperation und Kontinuität, Pharmakotherapie, somatische Versorgung sowie Empowerment und Angehörigenpartizipation adressiert. Für die ambulante Versorgung werden zusätzlich Aspekte zur psychotherapeutischen Behandlung erfasst. Ein größerer Teil der Indikatoren fokussiert schwere und schwerste Krankheitsverläufe im stationären Bereich, indem restriktive Maßnahmen erfasst werden, die zugleich auch zu den ethisch problematischsten Aspekten zu zählen sind.

Es kann festgehalten werden, dass im auftragsgemäß vorgegebenen Rahmen Indikatoren, Instrumente und die notwendigen Dokumentationen entwickelt wurden, die die für die Qualität der fachärztlichen und der stationär-pflegerischen Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wichtigsten Bereiche betreffen.

Das entwickelte QS-Verfahren ist somit als ein guter Einstieg in eine flächendeckende sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Versorgung von psychischen Erkrankungen zu werten. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Verfahren in seiner jetzigen Form in der Lage sein wird, wichtige Impulse für die Verbesserung der Versorgung von psychischen Erkrankungen, zunächst für Patienten mit einer F2-Diagnose, zu geben. Folgende Elemente des entwickelten QS-Verfahrens können hierzu beitragen:

- Erstmals werden flächendeckende und vergleichbare Daten über erbrachte Leistungen der psychiatrischen Versorgung, einschließlich restriktiver Maßnahmen, vorliegen.
- Durch das Erfassen von Prozessen, z.B. dem Nachbesprechen von Zwangsmaßnahmen in der stationären Versorgung oder dem Durchführen von Kontrolluntersuchungen in der ambulanten Versorgung, wird die Relevanz dieser Prozesse hervorgehoben und die Leistungserbringer werden hierfür sensibilisiert.
- Erstmals erhalten ambulante und stationäre Leistungserbringer der fachärztlichen psychiatrischen Versorgung Rückmeldung über ihre Leistung im Vergleich zur Bundesebene.
- Die Indikatoren benennen eindeutige Verantwortlichkeiten für spezifische Aspekte der Versorgungsqualität. Dort, wo die Verantwortlichkeiten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich liegen können (z.B. „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“ oder „Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung“), werden die Ergebnisse in beide Sektoren zurückgespiegelt.
- Darüber hinaus bietet das QS-Verfahren Möglichkeiten, die sektorenübergreifende regionale Kooperation zu fördern. So wäre es möglich, die Instrumente zur Qualitätsförderung so auszuwählen, dass rechnerische Auffälligkeiten auch im regionalen Kontext geklärt werden könnten. Insofern sind Impulse für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und für ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein der Leistungserbringer einer Region für die Versorgung zu erwarten.

Bedauerlich ist, dass die externe Qualitätssicherung im Rahmen des SGB V sich nicht auf Leistungen aus darüber hinausgehenden Bereichen erstrecken kann, die für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose ebenfalls von besonderer Bedeutung sind, wie z.B. betreutes Wohnen, Tagesstätten oder SPDi. Zu begrüßen und zu unterstützen ist der Wille des G-BA, perspektivisch auch eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung entwickeln zu lassen sowie der Prüfauftrag in Bezug auf Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich, die sich nicht mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erheben lassen. Damit steht in Aussicht auch relevante Ergebnisparameter der langfristigen Versorgung chronischer Erkrankungen, wie Lebensqualität oder Funktionsniveau, erheben zu können. In gleicher Weise sollte ein Berichten von Ergebnisqualität auf regionaler Ebene angeregt werden, da auch hier wertvolle Hinweise über die sektorenübergreifende Versorgungsqualität gewonnen werden könnten. Mit dem entwickelten QS-Verfahren liegt ein Verfahren für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose vor, das relevante Qualitätspotenziale fokussiert, umsetzbar ist und von dem anzunehmen ist, dass es Impulse zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung geben kann.

# Glossar

Begriff	Beschreibung
Abrechnungsdaten	Daten, die von Leistungserbringern über von ihnen erbrachte Leistungen zum Zweck der Abrechnung mit den Kostenträgern dokumentiert und übermittelt wurden.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Auslösekriterien	Algorithmus zur Auslösung der Dokumentationspflicht (QS-Filter).
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Basisspezifikation	Gemeinsame Spezifikation für stationäre und sektorenübergreifende QS-Dokumentationen.
Berichtsjahr	Das Berichtsjahr bezeichnet das Jahr, in dem die Rückmeldeberichte für einen definierten Erfassungszeitraum erstellt und den Leistungserbringern bereitgestellt werden.
Bundesauswertung	Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung.
Bundesauswertungsstelle	Vom G-BA nach § 137a SGB V bestimmte Stelle zur Auswertung der QS-Daten auf Bundesebene.
Bundesqualitätsbericht	Jährlicher Bericht der Institution nach § 137a SGB V an den G-BA (§ 20 Qesü-RL). In diesem werden die Ergebnisse der Bundesauswertung sowie der Qualitätssicherungsberichte sowie die durch die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst.
Daten	
~annahmestellen	Stellen, an die die für die Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen bzw. verwendeten Daten übermittelt werden.
~bestand	Daten aus einem nach SGB V geregelten Abrechnungskontext, die nach § 299 Abs. 1 SGB V für die Qualitätssicherung genutzt werden können.
~feld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
~fluss	Übermittlung der Daten der QS-Verfahren in einem festgelegten Format und Inhalt, die vom Leistungserbringer über eine Datenannahmestelle, Vertrauensstelle (nur sektorenübergreifende PID-Verfahren) bis zur Datenauswertungsstelle gelangen. Die Datenflüsse sind grundsätzlich in der QSKH-RL und der Qesü-RL des G-BA festgelegt.
~quelle	hier: Der Ursprungsort, an dem Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erhoben werden können, z.B. medizinische Einrichtungen, Krankenkassen, Patienten usw. Für die Erhebung stehen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Verfügung.
~satz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
~sparsamkeit	Grundsatz, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur streng zweckbestimmt erfolgen darf und für jeden Zweck möglichst wenige personenbezogene Daten erhoben werden dürfen (§ 3a Bundesdatenschutzgesetz).

Begriff	Beschreibung
Diskriminationsfähigkeit	(Statistische) Unterscheidungsfähigkeit. Aussagekraft von Daten hinsichtlich tatsächlich bestehender Unterschiede.
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationspflicht	hier: Spezifische Angaben zu Patienten, Fällen oder Einrichtungen, die im Rahmen eines QS-Verfahrens von Leistungserbringern dokumentiert werden müssen.
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines Leistungsbereichs, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Endpunkte	Vorab definierte Ziele einer Behandlung.
patientenrelevante ~	Endpunkte einer Behandlung, die aus Sicht der Patienten wesentlich sind.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Erhebungsinstrument	Spezifizierung der Art und Weise der Erhebung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation)</li> <li>▪ Fragebögen zur Datenerhebung bei Patienten</li> <li>▪ Technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z.B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen)</li> </ul>
Evidenz	Im Zusammenhang mit der sogenannten evidenzbasierten Medizin: empirisch überprüft/beweisbar.
F2-Diagnose	Zusammenfassende Kurzbezeichnung für eine Diagnose aus der Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen).
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
G-Packer	Interaktive Nutzeroberfläche für XPacker und TPacker.
Gebührennummer	Leistungsziffer zur einheitlichen, patienten- und tagesbezogenen Dokumentation von abrechnungsrelevanten Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach PIA-Doku-Vereinbarung.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.



Begriff	Beschreibung
Hauptarzt	auch: Facharzt mit dem Schwerpunkt der psychiatrischen Betreuung. Der Hauptarzt ist derjenige Arzt oder diejenige PIA, bei dem der Patient innerhalb eines Jahres am häufigsten, gemessen an der Anzahl an Kontakten, war. War ein Patient bei zwei oder mehr Ärzten (oder PIA) gleich häufig, so wird der Patient all diesen Ärzten bzw. PIA zugeordnet. Die Daten des Patienten fließen in die Berechnung der Ergebnisse all dieser Ärzte bzw. PIA ein. Demzufolge kann ein Patient auch zwei oder mehr Hauptärzte haben.
Health Technology Assessment (HTA)	Systematische und mit hohen methodischen Standards durchgeführte, umfassende Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel sowie auch der organisatorischen Strukturen und des gesellschaftspolitischen Umfeldes, in denen sie eingesetzt werden.
IK-Nummer	Institutionskennzeichen. Wird gemäß §293 SGB V bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet.
Indexaufenthalt	Der für die QS-Dokumentation entscheidende stationäre Aufenthalt (zu unterscheiden von Folgeaufenthalt).
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d. h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Ergebnis~	Bildet die Qualität eines Behandlungsergebnisses ab bzw. bewertet diese. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis festgestellt wird.
Prozess~	Bildet die Qualität eines Versorgungsprozesses ab bzw. bewertet diese. Er erfasst für wichtige Behandlungsschritte (als Teile des Versorgungsprozesses), ob und in welcher Qualität diese durchgeführt werden.
Struktur~	Bildet die Qualität einer Versorgungsstruktur ab bzw. bewertet diese. Er bezieht sich auf sachliche Voraussetzungen der Leistungserbringung, die Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Dazu können bauliche Gegebenheiten genauso wie die apparative und personelle Ausstattung gehören.
Indikatorenregister	Durch das AQUA-Institut erstellte Liste von recherchierten und neu entwickelten Indikatoren eines (neuen) QS-Verfahrens. Die Indikatoren des Registers werden einem strukturierten Auswahl- und Bewertungsprozess (RAM-Prozess) zugeführt, an dessen Ende ein abgestimmtes Indikatorenset steht.
Indikatorenset	Gesamtheit der im Anschluss an den strukturierten Auswahl- und Bewertungsprozess (RAM-Prozess) konsentierten Indikatoren des Indikatorenregisters.
Instrument	siehe: Erhebungsinstrument. In einem weitergehenden Verständnis beschreibt ein Instrument im Bereich der Qualitätsförderung eine Methode bzw. ein Werkzeug, das mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt wird.
Interessenkonflikt	auch: Conflict of Interest. Bezeichnet das Risiko, dass ein professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird.
Kennzahl	siehe: Indikator
KM 6-Statistik	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung.

Begriff	Beschreibung
Konformitätserklärung	Schriftlich abzugebende Erklärung der Krankenhäuser, dass die elektronisch übermittelten Daten der Sollstatistik mit den Aufzeichnungen im Krankenhaus übereinstimmen.
Landesarbeitsgemeinschaft (LAG)	Auf Ebene der Bundesländer oder bundeslandübergreifend von der jeweiligen KV,KZV,LKG und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft, die bei länderbezogenen Verfahren unter anderem Auswertungen beauftragt, Auffälligkeiten bewertet und QS-Maßnahmen durchführt.
Lebensqualität	engl.: Quality of Life. Der Begriff umfasst hier ein „ganzheitliches“ Konzept menschlicher Befindlichkeit, das über die physische Gesundheit hinaus auch subjektive, soziale sowie weitere materielle und immaterielle Aspekte beinhaltet.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Leitlinie	hier: Medizinische Leitlinie. Systematisch entwickelte Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstands und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Machbarkeitsprüfung	Überprüfung, ob die entwickelte EDV- bzw. informationstechnische Aufbereitung der QS-Verfahren funktionsfähig und praktikabel ist.
Medline	Bibliografische Datenbank der National Library of Medicine.
Mortalität	Sterblichkeit(-srate). Die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine demografisch definierte Gruppe; meist auf einen Zeitraum bezogen.
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	Kodierungssystem für medizinische Leistungen bzw. verbindlicher Abrechnungsschlüssel zwischen medizinischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Gesetzliche Krankenkassen).
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung.
Panel	siehe: RAM-Panel
Panelverfahren	siehe: RAM-Prozess
Patient Reported Outcomes (PRO)	Sammelbegriff für die Einschätzung und Bewertung von medizinischen Behandlungserfolgen aus der Patientenperspektive. PRO werden direkt beim Patienten ermittelt (z.B. durch Fragebogen, Interview).
Patientenorientierung	Qualitätsdimension, in deren Zentrum die Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihre Einbeziehung in das Geschehen rund um seine Krankheit steht.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Patientenvertreter	hier: An der gesetzlichen Qualitätssicherung teilnehmende Personen, die von den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene im Sinne des § 140f SGB V benannt werden.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.

Begriff	Beschreibung
Psych-Entgeltsystem	Leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (kurz: PEPP) .
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association.
Prävalenz	eigentlich: Prävalenzratio. Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl der betrachteten Individuen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Zähler: Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken; Nenner: Anzahl aller untersuchten Individuen).
Praktikabilität/Umsetzbarkeit	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie Praktikabilität umfasst Gütekriterien zur praktischen Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Instrumente zur Abbildung des Qualitätsindikators.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsdimension	Bestimmter Aspekt innerhalb der Gesundheitsversorgung, auf den sich eine definierte Qualität bezieht, z.B. Patientensicherheit.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§ 135– 139 SGB V.
externe stationäre ~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
sektorenübergreifende ~	Verfahren, die nicht nur auf einen spezifischen Sektor bezogen Anwendung finden, sondern sektorale Grenzen in den jeweiligen Anforderungen unbeachtet lassen (§ 137a SGB V; § 1 Qesü-RL). Erfasst sind damit insbesondere sektorenüberschreitende und sektorgleiche QS-Verfahren sowie sektorenüberschreitende Follow-up-Verfahren.
Qualitätssicherungsergebnisbericht	Jährlicher Bericht der Landesarbeitsgemeinschaften an die Institution nach § 137a SGB V (§ 19 Qesü-RL). In diesem werden eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, Häufigkeit und Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen und Angaben zur Dokumentationsqualität dargestellt.
Qualitätssicherungsmaßnahmen	Strukturierte, in Richtlinien geregelte Vorgehensweise, die Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unterstützt. Auslöser der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten für die Qualitätssicherung.
einrichtungsbezogene ~	hier: Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen pro Einrichtung.
fallbezogene ~	hier: Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen (z.B. Diagnosen und Prozeduren) pro Fall.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.

Begriff	Beschreibung
RAM-Panel	Expertengruppe, die in Anlehnung an die RAND Appropriateness Method (RAM) des internationalen Forschungsnetzwerks „Research and Development“ (RAND) Indikatoren auswählt und bewertet.
RAM-Prozess	Strukturiertes Auswahl- und Bewertungsverfahren von Indikatoren in Anlehnung an die RAND Appropriateness Method (RAM) des internationalen Forschungsnetzwerks „Research and Development“ (RAND).
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden.
Regelbetrieb	auch: Routinebetrieb oder Echtbetrieb. Verpflichtende und flächendeckende Umsetzung eines QS-Verfahrens.
Review	siehe: Übersichtsarbeit, systematische
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 Abs. 1a SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Morbi-RSA-Daten (§303a-e SGB V) und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors). Siehe auch: Datenarten.
Rückmeldebericht	Ein gemäß §18 Qesü-RL erstellter Bericht, der den Leistungserbringern einmal jährlich von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellt wird.
Scoping-Workshop	Hier: Ein dem eigentlichen Entwicklungsprozess von Indikatoren für ein QS-Verfahren vorgeschaltetes Expertentreffen.
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Selektivvertrag	hier: Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, z.B. einzelnen Ärzten. Selektivverträge werden auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind, sondern der einzelne Arzt direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung eingeht.
Shared-Decision-Making	auch: Partizipative oder gemeinsame Entscheidungsfindung. Konzept zur Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung über seine medizinische Behandlung.

Begriff	Beschreibung
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen Leistungsbereichen (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Sozialdaten	Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse (personenbezogene Daten), die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben gesammelt und gespeichert werden. Im vorliegenden Bericht handelt es sich ausschließlich um die bei den gesetzlichen Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten (auch: GKV-Routinedaten; siehe auch: „Routinedaten“).
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Spezifität	Eigenschaft eines Verfahrens, möglichst keine unzutreffenden (falsch-positiven) Ereignisse als richtige Ereignisse zu erfassen (d.h. möglichst wenig falsch positive Ereignisse).
Stellungnahmeverfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für die Berichte über die Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation sowie einiger anderer zu erbringende Leistungen ist ein schriftliches Stellungnahmeverfahren mit den dazu berechtigten Institutionen nach § 137a Abs. 3 SGB V (in der Fassung vom 1.1.2012) durchzuführen. Die Stellungnahmen zu den Entwicklungsberichten werden im AQUA-Institut ausgewertet und die Ergebnisse fließen in den Abschlussbericht an den G-BA ein.</li> <li>▪ Nach § 17 Abs. 2 Qesü-RL definierte Maßnahme gegenüber rechnerisch auffälligen Leistungserbringern.</li> </ul>
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
TPacker	Verschlüsselungsprogramm (Konsolenanwendung) für die Transportverschlüsselung von Daten (symmetrische Verschlüsselung)
Upcoding	„Fälschung“ von Diagnose-Dokumentationen, mit dem Zweck höhere finanzielle Zuweisungen (aus dem Fond zur Finanzierung des Risikostrukturausgleichs) zu erhalten.
Übersichtsarbeit, systematische	auch engl.: Systematic Review. Studie, die sämtliches in der Literatur verfügbare Wissen zu einem bestimmten Thema bündelt und bewertet.
Versorgungskette	Gesamtheit der Einrichtungen und Organisationen, die die Patienten von der Früherkennung bis zur Nachsorge mit ihren Produkten und Dienstleistungen versorgen.
Versorgungspfad	Visualisiert den idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge.

Begriff	Beschreibung
Vertrauensbereich	auch: Konfidenzintervall. Der Vertrauensbereich beschreibt ein Intervall um einen berechneten Ergebniswert, z.B. um das Gesamtergebnis eines Indikators. Vereinfacht ausgedrückt gibt der Vertrauensbereich den Bereich an, in dem der tatsächliche Wert eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler) mit einer bestimmten, zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit liegt.
Vertrauensstelle	Institution, die im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhobene patientenidentifizierende Daten pseudonymisiert. Näheres regeln die Qesü-RL (§ 11), QSKH-RL (Anl. 2, §4) sowie themenspezifische Bestimmungen.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollerhebung	Erfassung aller Elemente einer Grundgesamtheit.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Ableich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem Leistungsbereich (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).
XPacker	Verschlüsselungsprogramm (Konsolenanwendung) für die XML-Inhalte (asymmetrische Verschlüsselung).

# Literaturverzeichnis

ACHS (2011). Australasian Clinical Indicator Report: 2003-2010. 12. Auflage. Sydney: Australian Council on Healthcare Standards.

Adair, CE; McDougall, GM; Mitton, CR; Joyce, AS; Wild, TC; Gordon, A; Costigan, N; Kowalsky, L; Pasmey, G; Beckie, A (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 56(9): 1061-1069.

Addington, D; Bouchard, R-H; Goldberg, J; Honer, B; Malla, A; Norman, R; Tempier, R; Berzins, S (2005a). Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 50(Suppl. 1): 1-57.

Addington, J; Amminger, GP; Barbato, A; Catts, S; Chen, E; Chhim, S; Chong, SA; Cullberg, J; Edwards, J; Grosso, L; Louza, M; Hambrecht, M; Keshavan, M; Johannessen, JO; Johnson, DL; Lewis, S; Lieberman, J; MacEwan, W; Malla, A; May, R; McGlashan, TH; McGorry, P; Merlo, MG; Nordentoft, M; Nightingale, S; Perkins, D; Thara, R; Yamamoto, K; Yung, A (2005b). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 187(SUPPL. 48): s120-s124.

Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; Diomidous, M; Kinnunen, J; Kózka, M; Lesaffre, E; McHugh, MD; Moreno-Casbas, MT; RAfferty, AM; Schwendimann, R; Scott, PA; Tishelman, C; van Achterberg, T; Sermeus, W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.

Amelung, V; Wolf, S (2010). Gesundheitssystem im Umbruch. Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung. *Urologe* 50: 1566-1572.

Angermeyer, MC; Matschinger, H (1996). Angehörige benötigen mehr Informationen und entlastende Angebote. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Berufsverbandes über die Belastungen und Bedürfnisse psychisch Kranker. *Psychozoz Umschau* 11(2): I-III.

AOLG (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektive. . Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

AQUA (2015). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2014a). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Technische Dokumentation. Stand: 31. März 2014. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2014b). Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung (Stand: 21. März 2014). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013a). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Projektabschlussbericht. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013b). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 3.0 (Stand: 15. Februar 2013). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

BARMER GEK (2013). Heil- und Hilfsmittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012.

Barnes, TR; Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology (2011a). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 25(5): 567-620.

Barnes, TRE; Paton, C (2011b). Antipsychotic polypharmacy in Schizophrenia: Benefits and risks. *CNS Drugs* 25(5): 383-399.

Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014). Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. *Psychiatr Prax* 41(8): 439-444.

Bäumli, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Engel, RR; Kessler, W (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 68(6): 854-61.

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Curr Opin Psychiatry* 27(3): 222-229.

Berger, M (Ed.) (2012). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 4. Auflage (in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane-Zentrum). München: Urban & Fischer Verlag.

Berger, M (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. *Nervenarzt* 75(2): 195–204.

Bergk, J; Einsiedler, B; Flammer, E; Steinert, T (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv* 62(11): 1310-1317.

Bio, DS; Gattaz, WF (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 126(1-3): 265-269.

Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.

BMJV (2015). Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1. Vom 16. Oktober 2014. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.

Boaz, TL; Becker, MA; Andel, R; Van Dorn, RA; Choi, J; Sikirica, M (2013). Risk Factors for Early Readmission to Acute Care for Persons With Schizophrenia Taking Antipsychotic Medications. *Psychiatr Serv* 64(12): 1225-1229.

Böcker, F; Jeschke, F; Brieger, P (2001). Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. *Psychiatr Prax* 28(8): 393-401.

Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007a). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.

Bowers, L; Banda, T; Nijman, H (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. *J Ner Ment Dis* 198(5): 315-328.

Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.

Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007b). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.

Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.



BPTK (2014). BPTK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.

Bradshaw, T; Lovell, K; Harris, N (2005). Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(6): 634-654.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Bottger, D; El, JJ; Losert, C; Kilian, R (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21(1): 63-72.

Brieger, P; Kling Lourenco, P; Steinert, T; Längle, G; Lemke, U; Herpertz, SC; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 85(5): 606-613.

Buchanan, R; Kreyenbuhl, J; Kelly, D; Noel, J; Boggs, D; Fischer, B; Himelhoch, S; Peterson, E; Aquino, P; Keller, W; Team, SPOR (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 36(1): 71-93.

Burns, T (2007). Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191(SUPPL. 50): s37-s41.

Burns, T; Knapp, M; Catty, J; Healey, A; Henderson, J; Watt, H; Wright, C (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 5(15): 1-139.

Burti, L; Amadeo, F; Ambrosi, M; Bonetto, C; Cristofalo, D; Ruggeri, M; Tansella, M (2005). Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service. *Community Ment Health J* 41(6): 705-720.

CADTH (2011). Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.

Caqueo-Urizar, A; Gutierrez-Maldonado, J; Miranda-Castillo, C (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 7: 84.

Casey, DA; Rodriguez, M; Northcott, C; Vickar, G; Shihabuddin, L (2011). Schizophrenia: Medical illness, mortality, and aging. *Int J Psychiatry Med* 41(3): 245-251.

Cheah, YC; Parker, G; Hadzi-Pavlovic, D; Gladstone, G; Eysers, K (1998). Development of a measure profiling problems and needs of psychiatric patients in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(7): 337-44.

Cook, JA; Blyler, CR; Burke-Miller, JK; McFarlane, WR; Leff, HS; Mueser, KT; Gold, PB; Goldberg, RW; Shafer, MS; Onken, SJ; Donegan, K; Carey, MA; Razzano, LA; Grey, DD; Pickett-Schenk, SA; Kaufmann, C (2008). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2(1): 37-46.

Crump, C; Winkleby, MA; Sundquist, K; Sundquist, J (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 170(3): 324-33.

Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.

Deutscher Bundestag (Ed.) (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie Enquete). Bonn.

- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.
- DIMDI (2014a). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DIMDI (2014b). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004). Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. *JAMA* 292(7): 847-851.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- DKG/GKV/PKV (2012). Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft. .  
[www.dkgev.de/media/file/11812.RS211-12\\_Anlage.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/11812.RS211-12_Anlage.pdf) (Zugriff am 8.12.2015).
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Druss, BG; von Esenwein, SA (2006). Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 28(2): 145-153.
- Duncan, E; Best, C; Hagen, S (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD007297.
- Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 9(42): 1-128.
- Erlar, A; Beyer, M; Muth, C; Gerlach, FM; Brennecke, R (2009). Garbage in - Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. *Gesundheitswesen* 71(12): 823-832.
- Foldemo, A; Ek, AC; Bogren, L (2004). Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(5): 381-385.
- G-BA (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- G-BA (2009a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dez 2008/22. Jan 2009, zuletzt geändert am 22. Mai 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss.

- G-BA (2009b). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 zuletzt geändert am 16.07.2015. Veröffentlicht im BAnz AT 15.10.2015 B2. In Kraft getreten am: 16.10.2015 Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Gaebel, W; Muijen, M; Baumann, AE; Bhugra, D; Wasserman, D; van der Gaag, RJ; Heun, R; Zielasek, J (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. *Eur Psychiatry* 29(2): 83-100.
- Garety, PA; Fowler, DG; Freeman, D; Bebbington, P; Dunn, G; Kuipers, E (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 192(6): 412-423.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- Gigantesco, A; Massimo, G (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 47(4): 363-372.
- GKV-SV; DKG (2012). 2. Fortschreibung gemäß §7 Abs. 4 der Vereinbarung nach §120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§117 bis 119 SGB V zum 30.04.2012 (in Verbindung mit der 11. Fortschreibung der Vereinbarung nach §301 SGB V). GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- GKV-SV; VPK; DKG (2015). Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2016 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2016 -PEPPV 2016). GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatr Serv* 56(4): 427-433.
- Haggerty, J; Reid, R; Freeman, G; Starfield, B; Adair, C; McKendry, R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327(7425): 1219-1221.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Bühner, M; Kissling, W (2009). Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatr Serv* 60(8): 1107-12.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012a). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13(5): 318-78.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012b). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Heilä, H; Haukka, J; Suvisaari, J; Lönnqvist, J (2005). Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychological Medicine* 35(5): 725-732.
- Hemkendreis, B (2011). Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psych Pflege* 17: 130-132.
- Hennekens, CH; Hennekens, AR; Hollar, D; Casey, DE (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 150(6): 1115-1121.
- Henry, C; Ghaemi, SN (2004). Insight in psychosis: A systematic review of treatment interventions. *Psychopathology* 37(4): 194-199.
- Hoang, U; Stewart, R; Goldacre, MJ (2011). Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: Retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ (Online)* 343(7824).

- Hoertel, N; Limosin, F; Leleu, H (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 29(6): 358-364.
- Hoye, A; Hansen, V; Koster Jacobsen, B (2012). Mortality in schizophrenia over 27 years 1980-2006. *European Psychiatry* 27(Suppl. 1 s).
- Huxley, NA; Rendall, M; Sederer, L (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 years. *J Ner and Ment Dis* 188(4): 187-201.
- IGES (2012). Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut GmbH.
- IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Jääskeläinen, E; Haapea, M; Rautio, N; Juola, P; Penttilä, M; Nordström, T; Rissanen, I; Husa, A; Keskinen, E; Marttila, R; Filatova, S; Paaso, T; Koivukangas, J; Moilanen, K; Isohanni, M; Miettunen, J (2015). Twenty Years of Schizophrenia Research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Schizophr Res Treatment* (epub): 524875.
- Jones, C; Hacker, D; Cormac, I; Meaden, A; Irving, CB (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD008712.
- Joska, J; Flisher, AJ (2005). The assessment of need for mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40(7): 529-539.
- Kallert, TW; Leisse, M; Winiecki, P (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health* 15(1): 29-42.
- KBV (2015). IT in der Arztpraxis. Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM. [KBV\_ITA\_VGEX\_Anforderungskatalog\_ICD-10]. Anforderungen an eine Software für Vertragspraxen zum Kodieren nach ICD-10-GM im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 295 SGB V. Verbindliche Ergänzung zum Anforderungskatalog KVDT. Version 2.25 (Stand: 09.11.2015). Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kilian, R; Bernert, S; Matschinger, H; Mory, C; Roick, C; Angermeyer, M (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatr Prax* 28(Suppl. 2): s79-s83.
- Kilian, R; Lauber, C; Kalkan, R; Dorn, W; Rossler, W; Wiersma, D; van Buschbach, JT; Fioritti, A; Tomov, T; Catty, J; Burns, T; Becker, T (2012). The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(9): 1381-1389.
- Kinoshita, Y; Furukawa, TA; Kinoshita, K; Honyashiki, M; Omori, IM; Marshall, M; Bond, GR; Huxley, P; Amano, N; Kingdon, D (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (9): CD008297.
- Knight, EL (2006). Self-help and serious mental illness. *MedGenMed* 8(1).
- Lahti, M; Tiihonen, J; Wildgust, H; Beary, M; Hodgson, R; Kajantie, E; Osmond, C; Räikkönen, K; Eriksson, J (2012). Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 42(11): 2275-2285.
- Längle, G; Bayer, W; Köster, M; Salize, HJ; Höhl, W; Machleidt, W; Wiedl, KH; Buchkremer, G (2006). Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer maßnahmen? - Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. *Psychiatr Prax* 33(1): 34-41.
- Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.
- Laursen, TM (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 131(1-3): 101-4.

Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).

Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Vestergaard, M (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 25(2): 83-8.

Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.

Laux, G; Dietmaier, O (2012). *Praktische Psychopharmakotherapie*. 6., neu bearbeitete und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.

LBMRV (2009). Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug. Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen.

Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009a). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry* 14(4): 429-447.

Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.

Leucht, S; Komossa, K; Rummel-Kluge, C; Corves, C; Hunger, H; Schmid, F; Lobos, CA; Schwarz, S; Davis, JM (2009b). A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 166(2): 152-163.

Leucht, S; Tardy, M; Komossa, K; Heres, S; Kissling, W; Salanti, G; Davis, JM (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 379(9831): 2063-2071.

Liga Wohlfahrtspflege (2013). Jahresbericht 2012. Auswertung der freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.

Lobban, F; Postlethwaite, A; Glentworth, D; Pinfold, V; Wainwright, L; Dunn, G; Clancy, A; Haddock, G (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review* 33(3): 372-382.

Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40(1): 9-24.

Mahlke, C; Krämer, U; Kilian, R; Becker, T (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenheilkunde* 34(4): 235-239.

Marshall, M; Crowther, R; Almaraz-Serrano, A; Creed, F; Sledge, W; Kluiters, H; Roberts, C; Hill, E; Wiersma, D; Bond, GR; Huxley, P; Tyrer, P (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 5(21): 1-75.

Marshall, M; Crowther, R; Sledge, WH; Rathbone, J; Soares-Weiser, K (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) 12((Marshall M.) University of Manchester, The Lantern Centre, Vicarage Lane, Of Watling Street Road, Fulwood, Preston., Lancashire, UK.): CD004026.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.

McCabe, R; Saidi, M; Priebe, S (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 191(suppl. 50): s21-s28.

- Melchinger, H (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover (MHH).
- Millier, A; Clay, E; Charaf, I; Chauhan, D; Murthy, V; Toumi, M; Cadi-Soussi, N (2014). Patient Reported Outcomes Instruments in Schizophrenia: A Review of Psychometric Properties. *Open J Medical Psychology* 3: 141-156.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- MOH (2011). Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia. Singapur: Ministry of Health Singapore.
- MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- Mühlich-von Staden, C; Mühlich, W; Fink, P (2000). Räume, die mithelfen. Praxisbericht über eine psychiatrische Station mit veränderten räumlichen Strukturen. Köln: Rheinland-Verlag.
- Ng, B; Kumar, S; Ranclaud, M; Robinson, E (2001). Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52(4): 521-525.
- NHS; Centre for Reviews and Dissemination (2000). Effective Health Care. Psychosocial interventions for schizophrenia. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 6(3): 1-8.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nordentoft, M (2002). Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. *Nord J Psychiatry* 56(3): 175-179.
- Nordentoft, M; Mortensen, PB (2007). Hospital admission and suicide in schizophrenia. In: *Suicide in schizophrenia*. Tatarelli, R; Pompili, M; Girardi, P (Eds.). Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books: 61-76.
- Odes, H; Katz, N; Noter, E; Shamir, Y; Weizman, A; Valevski, A (2011). Level of Function at Discharge as a Predictor of Readmission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther* 65(3): 314-319.
- Ogilvie, AD; Morant, N; Goodwin, GM (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7 Suppl 1: 25-32.
- Ozegowski, S (2013). Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. *G+G Wissenschaft* 13(1): 23-34.
- Pfeiffer, PN; Heisler, M; Piette, JD; Rogers, MAM; Valenstein, M (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 33(1): 29-36.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pilling, S; Bebbington, P; Kuipers, E; Garety, P; Geddes, J; Orbach, G; Morgan, C (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32(5): 763-82.
- Pitschel-Walz, G; Bauml, J; Bender, W; Engel, RR; Wagner, M; Kissling, W (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of Schizophrenia: Results of the Munich psychosis information project study. *J Clin Psychiatry* 67(3): 443-452.

- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Qin, P; Nordentoft, M (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 62(4): 427-432.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- RCPsych (2011). Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare. Royal College of Psychiatrists.
- Rector, NA; Beck, AT (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 200(10): 832-839.
- Reininghaus, U; Priebe, S (2012). Measuring patient-reported outcomes in psychosis: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry* 201(4): 262-267.
- Richter, D; Eikelmann, E; Reker, T (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* 68: 704-707.
- Richter, D; Hoffmann, H (2014). Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 41(3): 128-134.
- Ringen, PA; Engh, JA; Birkenaes, AB; Dieset, I; Andreassen, OA (2014). Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes and interventions. *Frontiers in Psychiatry* 5(SEP).
- RKI (2010). Schizophrenie (Themenheft 50). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rössler, W; Melchinger, H; Schreckling, S (2012). Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert. *Psychiatr Prax* 39(3): 106-8.
- Rothenhäusler, H-B; Täschner, K-L (2012). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29). In: *Kompodium Praktische Psychiatrie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag: 277-295.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170.
- Rummel-Kluge, C; Pitschel-Walz, G; Bäuml, J; Kissling, W (2006). Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 32(4): 765-775.
- Saha, S; Chant, D; McGrath, J (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64(10): 1123-31.
- Salize, H; Rössler, W; Becker, T (2007). Mental Health Care in Germany: current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257(2): 92-103.
- Sarin, F; Wallin, L; Widerlöv, B (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 65(3): 162-174.
- Schene, AH (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Curr Opin Psychiatry* 17(4): 303-309.
- Schoepf, D; Potluri, R; Uppal, H; Natalwala, A; Narendran, P; Heun, R (2012). Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: Increased prevalence and major risk factor of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. *Eur Psychiatry* 27(1): 33-42.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

- Slade, M; Leese, M; Taylor, R; Thornicroft, G (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 100(2): 149-57.
- Spießl, H; Binder, H; Cording, C; Klein, HE; Hajak, G (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Dtsch Arztebl* 103(39): A2549 - A2552.
- Statistisches Bundesamt (2015). Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014a). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Gegenwärtige Praxis* (2012). *Nervenarzt* 85(5): 621-629.
- Steinert, T; Zinkler, M; Elsässer-Gaissmaier, HP; Starrach, A; Hoppstock, S; Flammer, E (2014b). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax* (e-first: DOI: 10.1055/s-0034-1370174).
- SVR (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Thornicroft, G (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 199(6): 441-2.
- Twamley, EW; Jeste, DV; Lehman, AF (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 191(8): 515-523.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Ungewitter, C; Böttger, D; Choucair, B; El-Jurdi, J; Gockel, T; Hausner, H; Kilian, R; Kowalenko, B; Losert, C; Ludwig, K; Steinkohl, V; Hegerl, U; Bramesfeld, A (2010). Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; Steinkohl, V; Bramesfeld, A (2013). Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-14.
- van der Schaaf, PS; Dusseldorp, E; Keuning, FM; Janssen, WA; Noorthoorn, EO (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 202: 142-149.
- Virtanen, M; Vahtera, J; Batty, GD; Tuisku, K; Pentti, J; Oksanen, T; Salo, P; Ahola, K; Kivimäki, M (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 198(2): 149-155.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Walker, J; Buchwald, V (2011). Plausibilität der Diagnosekodierung in der ambulanten Versorgung. Analyse auf Basis eines Ärztepannels. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011. BARMER GEK.



- Warnke, I; Nordt, C; Ajdacic-Gross, V; Haug, A; Salize, HJ; Rossler, W (2010). Clinical and social risk factors for the readmission of patients with schizophrenia to psychiatric inpatient care: A long-term analysis. *Neuropsychiatrie* 24(4): 243-251.
- Weinbrenner, S; Assion, HJ; Stargardt, T; Busse, R; Juckel, G; Gericke, CA (2009). Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis of data from a German health insurance fund. *Pharmacopsychiatry* 42(2): 66-71.
- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.
- WHO/Europe (2005). Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions. Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health.
- WiDO (2013). Heilmittelbericht 2013 - Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK
- Wiersma, D (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (429): 115-119.
- Wiersma, D; van den Brink, R; Wolters, K; McCabe, R; Bullenkamp, J; Hansson, L; Lauber, C; Martinez-Leal, R; Rössler, W; Salize, H; Björkman, T; Torres-Gonzales, F; Wright, DJ; Priebe, S (2009). Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(4): 317-324.
- Wittchen, HU; Jacobi, F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15(4): 357-376.
- Wykes, T; Steel, C; Everitt, B; Tarrier, N (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3): 523-537.
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar Madhvi, R (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (6): CD002831.
- Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.
- ZfP (2012). Forensik Fibel. Kleines ABC des Maßregelvollzugs. ZfP Südwürttemberg.
- Zimmermann, G; Favrod, J; Trieu, VH; Pomini, V (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 77(1): 1-9.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

# **Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Anhang zum Abschlussbericht

---

Stand: 14. Dezember 2015

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Anhang zum Abschlussbericht)

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19. Juni 2014

**Datum der Abgabe:**

14. Dezember 2015

**Signatur:**

14-SQG-34d

**Hinweis:**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

## Anhang A

- A.1 Ergebnisse der Evidenzrecherche
- A.2.1 Ermittelte Leitlinien mit Kernaussagen
- A.2.2 Klassifikationssysteme der Empfehlungsgrade
- A.2.3 Leitfragen für die Expertengespräche
- A.2.4 Aggregiertes Ergebnisprotokoll der Expertengespräche
- A.3 Verfahrensspezifische Suchmodelle
- A.4 Dokumentation der Recherchen
- A.5 Evidenzklassen und Studientypen
- A.6 Ergebnisse der Indikatorenrecherche

## Anhang B

- B.1 Potenzielle Interessenkonflikte der Panelexperten
- B.2 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, online „Relevanz“
- B.3 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, Paneltreffen „Relevanz“
- B.4 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, schriftlich „Relevanz“ nachträglich bewertet
- B.5 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, online „Praktikabilität“
- B.6 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, Paneltreffen „Relevanz“
- B.7 Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, Paneltreffen „Praktikabilität“
- B.8 Mögliche Instrumente zur Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten mittels Patientenbefragung
- B.9 Indikatoren zur Patientenperspektive
- B.10 Mögliche Instrumente für eine Angehörigenbefragung
- B.11 Indikatoren zur Angehörigenperspektive

## Anhang C

- C.1 Patientenfilter und Leistungs- und Medikationsfilter
- C.2 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
- C.3 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation
- C.4 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation
- C.5 Dokumentationspflichtige Einrichtungen der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- C.6 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- C.7 Dokumentationspflichtige Einrichtungen der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- C.8 Datenfelder der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

## Anhang D

- D Beispiel für die Auswertung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

## Anhang A.1: Ergebnisse der Evidenzrecherche

Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente
<p>1. HTA:</p> <p><b>N = 16 HTA</b> (in alphabetischer Reihenfolge):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AETS (2009). Patología física en la esquizofrenia. Revisión sistemática y análisis de registros hospitalarios. [Physical disease in schizophrenia: systematic review and analysis of hospital records]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.</li> <li>▪ AHRQ (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Agency for Healthcare Research and Quality.</li> <li>▪ Albon, E; Tsourapas, A; Frew, E; Davenport, C; Oyebode, F; Bayliss, S; Arvanitis, T; Meads, C (2008). Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess (18): 1-184.</li> <li>▪ BlueCross BlueShield Association (2011). Transcranial Magnetic Stimulation for the Treatment of Schizophrenia. Assessment Program 26(6).</li> <li>▪ CADTH (2009). Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia: A Review of the Clinical Effectiveness. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.</li> <li>▪ CETS (2001). Assertive community treatment for people with persistent and particularly severe mental illness. Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec.</li> <li>▪ Crawford, MJ; Killaspy, H; Barnes, TRE; Barrett, B; Byford, S; Clayton, K; Dinsmore, J; Floyd, S; Hoadley, A; Johnson, T; Kalaitzaki, E; King, M; Leurent, B; Maratos, A; O'Neill, FA; Osborn, DP; Patterson, S; Soteriou, T; Tyrer, P; Waller, D (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: Multicentre pragmatic randomised trial. BMJ (Online) 344(7847).</li> <li>▪ DACEHTA (2011). Antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia - a health technology assessment. Danish Centre of Health Technology Assessment.</li> <li>▪ Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Health Technol Assess 9(42): 1-128.</li> <li>▪ Frank, W; Konta, B (2005). Kognitives Training bei Demenzen und anderen Störungen mit kognitiven Defiziten. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information.</li> <li>▪ Gilbody, SM; House, AO; Sheldon, TA (2003). Outcomes Measurement in Psychiatry. A critical review of outcomes measurement in psychiatric research and practice. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.</li> <li>▪ Gorenou, V; Schönemark, MP; Hagen, A (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information.</li> <li>▪ IECS (2007). Electroencefalografía cuantitativa (mapeo cerebral) / Quantitative Electroencephalography (Brain Mapping). Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.</li> <li>▪ NHS; Centre for Reviews and Dissemination (2000). Effective Health Care. Psychosocial interventions for schizophrenia. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 6(3): 1-8.</li> <li>▪ Pichon Riviere, A; Augustovski, F; Garcia Marti, S; Alcaraz, A; Glujovsky, D; Lopez, A; Rey-Ares, L; Bardach, A; Ciapponi, A; Moraes, M, D (2013). Musicoterapia: actualización de la evidencia sobre sus indicaciones. [Music therapy - update on the evidence about its indications]. Health Technology Assessment (HTA) database, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS).</li> <li>▪ Ruiz de Azua Garcia, S; Gonzalez-Pinto Arrillaga, A; Vega Perez, P; Gutierrez Fraile, M; Asua Batarrita, J (2009). Revisión de los tratamientos psicologicos en primeros episodios psicoticos. [Review of the psychological treatment in first psychotic episode]. Health Technology Assessment (HTA) database.</li> </ul>

## Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

### 2. Systematische Übersichtsarbeiten:

**N = 110 systematische Übersichtsarbeiten** (in alphabetischer Reihenfolge):

- Álvarez-Jiménez, M; González-Blanch, C; Crespo-Facorro, B; Hetrick, S; Rodríguez-Sánchez, JM; Pérez-Iglesias, R; Vázquez-Barquero, JL (2008). Antipsychotic-Induced Weight Gain in Chronic and First-Episode Psychotic Disorders: A Systematic Critical Reappraisal. *CNS Drugs* 22(7): 547-562.
- Álvarez-Jiménez, M; Hetrick, SE; González-Blanch, C; Gleeson, JF; McGorry, PD (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 193(2): 101-107.
- Álvarez-Jiménez, M; Parker, AG; Hetrick, SE; McGorry, PD; Gleeson, JF (2011). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophr Bull* 37(3): 619-630.
- Baethge, C (2003). Long-term Treatment of Schizoaffective Disorder: Review and Recommendations. *Pharmacopsychiatry* 36(2): 45-56.
- Bagnall, A-M; Jones, L; Ginnelly, L; Lewis, R; Glanville, J; Gilbody, S; Davies, L; Torgerson, D; Kleijnen, J (2003). A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technol Assess* 7(13): 1-191.
- Barbato, A; D'Avanzo, B (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 102(2): 81-97.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- Bola, J; Kao, D; Soydan, H; Adams, CE (2011). Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (6): CD006374.
- Bola, JR; Lehtinen, K; Cullberg, J; Ciompi, L (2009). Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. *Psychosis* 1(1): 4-18.
- Bonfioli, E; Berti, L; Goss, C; Muraro, F; Burti, L (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 12: 78.
- Bradshaw, T; Lovell, K; Harris, N (2005). Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(6): 634-654.
- Broadstock, M (2001). The effectiveness and safety of drug treatment for urgent sedation in psychiatric emergencies. *New Zealand Health Technology Assessment*.
- Buckley, LA; Pettit, TACL; Adams, CE (2007). Supportive therapy for schizophrenia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD004716.
- Bullock, A; Bannigan, K (2011). Effectiveness of Activity-Based Group Work in Community Mental Health: A Systematic Review. *Am J Occup Ther* 65(3): 257-266.
- Burns, T; Knapp, M; Catty, J; Healey, A; Henderson, J; Watt, H; Wright, C (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 5(15): 1-139.
- Bushe, CJ; Leonard, BE (2007). Blood Glucose and Schizophrenia: A Systematic Review of Prospective Randomized Clinical Trials. *J Clin Psychiatry* 68(11): 1682-1690.
- Cabral, P; Meyer, HB; Ames, D (2011). Effectiveness of Yoga Therapy as a Complementary Treatment for Major Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord* 13(4): PCC.10r01068.
- Caemmerer, J; Correll, CU; Christoph, U; Maayan, L (2012). Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 140(1-3): 159-168.
- Callaghan, P; Eales, S; Coates, T; Bowers, L (2003). A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10(2): 155-165.
- Calton, T; Ferriter, M; Huband, N; Spandler, H (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophr Bull* 34(1): 181-192.
- Campbell, LA; Kisely, SR (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD005963.
- Catty, JS; Burns, T; Comas, A; Poole, Z (2007). Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD001710.

### Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

- Chakos, M; Lieberman, J; Hoffman, E; Bradford, D; Sheitman, B (2001). Effectiveness of Second-Generation Antipsychotics in Patients With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *Am J Psychiatry* 158(4): 518-526.
- Chakrabarti, A; Whicher, EV; Morrison, M; Douglas-Hall, P (2007). 'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD003441.
- Chilvers, R; Macdonald, G; Hayes, A (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD000453.
- Correll, CU; Rummel-Kluge, C; Corves, C; Kane, JM; Leucht, S (2009). Antipsychotic Combinations vs Monotherapy in Schizophrenia: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull* 35(2): 443-457.
- Crawford-Walker, CJ; King, A; Chan, S (2005). Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD004717.
- Crowther, RE; Marshall, M; Bond, GR; Huxley, P (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 322(1): 204-208.
- Curran, J; Brooker, C (2007). Systematic review of interventions delivered by UK mental health nurses. *Int J Nurs Stud* 44(3): 479-509.
- Darbà, J; Minoves, A; Rojo, E; Jimenez, F; Rejas, J (2011). Efficacy of second-generation-antipsychotics in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Rev Psiquiatr Salud Mental* 4(3): 126-143.
- David, AS; Adams, C (2001). Depot antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia: (1) Meta-review; (2) Patient and nurse attitudes. *Health Technol Assess* 5(34): 1-69.
- Davis, CE; Jeste, DV; Eyler, LT (2005). Review of longitudinal functional neuroimaging studies of drug treatments in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 78(1): 45-60.
- Davis, JM; Chen, N; Glick, ID (2003). A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 60(6): 553-564.
- Desplenter, FA; Simoens, S; Laekeman, G (2006). The impact of informing psychiatric patients about their medication: a systematic review. *Pharm World Sci* 28(6): 329-341.
- Dickson, K; Gough, D (2008). Supporting people in accessing meaningful work: recovery approaches in community-based adult mental health services. *Social Care Institute of Excellence*.
- Dieterich, M; Irving, CB; Park, B; Marshall, M (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (10): CD007906.
- Dolder, CR; Lacro, JP; Leckband, S; Jeste, DV (2003). Interventions to Improve Antipsychotic Medication Adherence: Review of Recent Literature. *J Clin Psychopharmacol* 23(4): 389-399.
- Duncan, E; Best, C; Hagen, S (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD007297.
- Ellis, N; Crone, D; Davey, R; Grogan, S (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *Br J Clin Psychol* 46(Part 1): 95-111.
- Farrelly, S; Brown, GE; Flach, C; Barley, E; Laugharne, R; Henderson, C (2013). User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (10): CD001711.
- Faulkner, G; Cohn, T; Remington, G (2007). Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD005148.
- Faulkner, G; Soundy, AA; Lloyd, K (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand* 108(5): 324-332.
- Finley, PR; Crismon, ML; Rush, AJ (2003). Evaluating the impact of pharmacists in mental health: a systematic review. *Pharmacotherapy* (12): 1634-1644.
- Foley, DL; Morley, KI (2011). Systematic Review of Early Cardiometabolic Outcomes of the First Treated Episode of Psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 68(6): 609-616.
- Gabriele, JM; Dubbert, PM; Reeves, RR (2009). Efficacy of behavioural interventions in managing atypical antipsychotic weight gain. *Obes Rev* 10(4): 442-455.
- Geddes, J; Freemantle, N; Harrison, P; Bebbington, P (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 321(7273): 1371-1376.
- Goedhard, LE; Stolker, JJ; Heerdink, ER; Nijman, HL; Olivier, B; Egberts, TC (2006). Pharmacotherapy for the Treatment of Aggressive Behavior in General Adult Psychiatry: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 67(7): 1013-1024.

### Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

- Gold, C; Solli, HP; Krüger, V; Lie, SA (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 29(3): 193-207.
- Gorczynski, P; Faulkner, G (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (5): CD004412.
- Gould, RA; Mueser, KT; Bolton, E; Mays, V; Goff, D (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 48(2-3): 335-342.
- Goulet, K; Deschamps, B; Evoy, F; Trudel, JF (2009). Use of Brain Imaging (Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging) in First-Episode Psychosis: Review and Retrospective Study. *Can J Psychiatry* 54(7): 493-501.
- Griffiths, RD; Fernandez, RS; Mostacchi, MS; Evans, V (2004). Comparisons of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBI Reports* 2(1): 1-44.
- Grynszpan, O; Perbal, S; Pelissolo, A; Fossati, P; Jouvent, R; Dubal, S; Perez-Diaz, F (2011). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychol Med* 41(1): 163-173.
- Guilera, G; Pino, O; Gomez-Benito, J; Rojo, JE (2009). Antipsychotic effects on cognition in schizophrenia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Psychiatry* 23(2): 77-89.
- Hamann, J; Kissling, W; Leucht, S; Rummel-Kluge, C (2003). New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD004410.
- Harvey, PO; Lepage, M; Malla, A (2007). Benefits of Enriched Intervention Compared With Standard Care for Patients With Recent-Onset Psychosis: A Metaanalytic Approach. *Can J Psychiatry* 52(7): 464-472.
- Henry, C; Ghaemi, SN (2004). Insight in Psychosis: A Systematic Review of Treatment Interventions. *Psychopathology* 37(4): 194-199.
- Hodgkinson, B; Evans, D; O'Donnell, A; Nicholson, J; Walsh, K (2000). The effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*.
- Holley, J; Crone, D; Tyson, P; Lovell, G (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *Br J Clin Psychol* 50(1): 84-105.
- Huxley, NA; Rendall, M; Sederer, L (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 years. *J Ner and Ment Dis* 188(4): 187-201.
- Illott, R (2005). Does compliance therapy improve use of antipsychotic medication? *Br J Community Nurs* 10(11): 514-519.
- Jones, C; Hacker, D; Cormac, I; Meaden, A; Irving, CB (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD008712.
- Kinoshita, Y; Furukawa, TA; Kinoshita, K; Honyashiki, M; Omori, IM; Marshall, M; Bond, GR; Huxley, P; Amano, N; Kingdon, D (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (9): CD008297.
- Krabbendam, L; Aleman, A (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology (Berl)* 169(3-4): 376-382.
- Kucharska-Pietura, K; Mortimer, A (2013). Can Antipsychotics Improve Social Cognition in Patients with Schizophrenia? *CNS Drugs* 27(5): 335-343.
- Kurtz, MM; Mueser, KT (2008). A Meta-Analysis of Controlled Research on Social Skills Training for Schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 76(3): 491-504.
- Kurtz, MM; Nichols, MC (2007). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: A Review of Recent Advances. *Curr Psychiatry Rev* 3(3): 213-221.
- Kyle, T; Dunn, JR (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community* 16(1): 1-15.
- Leucht, C; Heres, S; Kane, JM; Kissling, W; Davis, JM; Leucht, S (2011). Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia: a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res* 127(1-3): 83-92.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry* 14(4): 429-447.
- Leucht, S; Barnes, TR; Kissling, W; Engel, RR; Correll, C; Kane, JM (2003). Relapse Prevention in Schizophrenia With New-Generation Antipsychotics: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Am J Psychiatry* 160(7): 1209-1222.



### Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

- Leucht, S; Corves, C; Arbter, D; Engel, RR; Li, C; Davis, JM (2008). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 373(9657): 31-41.
- Leucht, S; Tardy, M; Komossa, K; Heres, S; Kissling, W; Davis, JM (2012). Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (5): CD008016.
- Leucht, S; Tardy, M; Komossa, K; Heres, S; Kissling, W; Salanti, G; Davis, JM (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 379(9831): 2063-2071.
- Leucht, S; Wahlbeck, K; Hamann, J; Kissling, W (2003). New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361(9369): 1581-1589.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- Lloyd-Evans, B; Slade, M; Jagielska, D; Johnson, S (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 195(2): 109-117.
- Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40(1): 9-24.
- Malone, D; Marriott, S; Newton-Howes, G; Simmonds, S; Tyrer, P (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD000270.
- Marshall, M; Crowther, R; Almaraz-Serrano, A; Creed, F; Sledge, W; Kluiters, H; Roberts, C; Hill, E; Wiersma, D; Bond, GR; Huxley, P; Tyrer, P (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 5(21): 1-75.
- Marshall, M; Crowther, R; Sledge, WH; Rathbone, J; Soares-Weiser, K (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD004026.
- McGurk, SR; Twamley, EW; Sitzler, DI; McHugo, GJ; Mueser, KT (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164(12): 1791-1802.
- Merinder, LB (2000). Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand* 102(2): 98-106.
- Mössler, K; Chen, X; Heldal, TO; Gold, C (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD004025.
- Murphy, S; Irving, CB; Adams, CE; Driver, R (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* (5): CD001087.
- Nosé, M; Barbui, C; Gray, R; Tansella, M (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 183: 197-206.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Rector, NA; Beck, AT (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *J Nerv Ment Dis* 200(10): 832-839.
- Reda, S; Rowett, M; Makhoul, S (2001). Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD002085.
- Rummel, C; Kissling, W; Leucht, S (2005). Antidepressants as add-on treatment to antipsychotics for people with schizophrenia and pronounced negative symptoms: a systematic review of randomized trials. *Schizophr Res* 80(1): 85-97.
- Sampson, S; Mansour, M; Maayan, N; Soares-Weiser, K; Adams, CE (2013). Intermittent drug techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (7): CD006196.
- Sarin, F; Wallin, L; Widerlöv, B (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 65(3): 162-174.
- Simmonds, S; Coid, J; Joseph, P; Marriott, S; Tyrer, P (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 178(6): 497-502.
- Simpson, EL; House, AO (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a systematic review. *BMJ* 325(7375): 1265-1268.

### Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

- Singh, SP; Singh, V; Kar, N; Chan, K (2010). Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 197(3): 174-179.
- Smith, M; Hopkins, D; Peveler, RC; Holt, RI; Woodward, M; Ismail, K (2008). First- v. second-generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 192(6): 406-411.
- Sommer, IE; Witte, L; Begemann, M; Kahn, RS (2012). Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs in Schizophrenia: Ready for Practice or a Good Start? A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry* 73(4): 414-419.
- Tarricone, I; Ferrari Gozzi, B; Serretti, A; Grieco, D; Berardi, D (2010). Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. *Psychol Med* 40(2): 187-200.
- Turner, MS; Stewart, DW (2006). Review of the evidence for the long-term efficacy of atypical antipsychotic agents in the treatment of patients with schizophrenia and related psychoses. *J Psychopharmacol* 20(6 Suppl.): 20-37.
- Twamley, EW; Jeste, DV; Lehman, AF (2003). Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Nerv Ment Dis* 191(8): 515-523.
- Vancampfort, D; Probst, M; Helvik Skjaerven, L; Catálan-Matamoros, D; Lundvik-Gyllensten, A; Gómez-Conesa, A; Ijntema, R; De Hert, M (2012). Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. *Phys Ther* 92(1): 11-23.
- Wykes, T; Huddy, V; Cellard, C; McGurk, SR; Czobor, P (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *Am J Psychiatry* 168(5): 472-485.
- Wykes, T; Steel, C; Everitt, B; Tarrier, N (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophr Bull* 34(3): 523-537.
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar Madhvi, R (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (6): CD002831.
- Yildiz, A; Sachs, GS; Turgay, A (2003). Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 20(4): 339-346.
- Ziguras, SJ; Stuart, GW (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 51(11): 1410-1421.
- Zimmermann, G; Favrod, J; Trieu, VH; Pomini, V (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 77(1): 1-9.
- Zolnierok, CD (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs* 65(8): 1570-1583.
- Zygmunt, A; Olfson, M; Boyer, CA; Mechanic, D (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 159(10): 1653-1664.

## Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

### 3. Leitlinien:

N = 47 Leitlinien (in alphabetischer Reihenfolge):

#### Leitlinien mit Fokus auf Versorgung bei Schizophrenie:

- Addington, D; Bouchard, R-H; Goldberg, J; Honer, B; Malla, A; Norman, R; Tempier, R; Berzins, S (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. Can J Psychiatry 50(Suppl. 1): 1-57.
- APA (2010). Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.
- College of Family Physicians; Academy of Medicine; Singapore Medical Association; Ministry of Health Singapore (2011). MOH Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia. Singapur.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag. [Abgelaufen]
- Dixon, L; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; Lehman, A; Tenhula, WN; Calmes, C; Pasillas, RM; Peer, J; Kreyenbuhl, J; Team, SPOR (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 36(1): 48-70.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry 14(1): 2-44.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry 13(5): 318-378.
- HTA-DoH (MY) (2009). Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health, Malaysia.
- Kreyenbuhl, J; Buchanan, R; Dickerson, F; Dixon, L (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. Schizophr Bull 36(1): 94-103.
- NICE (2014). Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

#### Potenziell relevante Leitlinien mit einem anderen Fokus:

- AOTA (2012). Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association.
- Barnes, TR; Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 25(5): 567-620.
- Buchanan, R; Kreyenbuhl, J; Kelly, D; Noel, J; Boggs, D; Fischer, B; Himelhoch, S; Peterson, E; Aquino, P; Keller, W (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 36(1): 71-93.
- CADTH (2011). Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. [Abgelaufen]
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

### Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente

- DGVS (2011). Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.
- ENA (2012). Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Synopsis. Emergency Nurses Association.
- Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; Sommerlad, K; Tansella, M; Thornicroft, G; Zielasek, J (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry* 27(2): 87-113.
- Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (2009). *Clinical Practice Guidelines for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy.* o. O.: Aragon Health Sciences Institute.
- JBI (1999). *The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia.* Joanna Briggs Institute.
- JBI (2002). *Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities.* Joanna Briggs Institute.
- JBI (2006). *Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication.* Joanna Briggs Institute.
- MHC (2009). *Code of Practice on Admission, Transfer and Discharge to and from an Approved Centre.* Mental Health Commission.
- MHC (2009). *Code of Practice on the Use of Physical Restraint in Approved Centres.* Mental Health Commission.
- MHC (2009). *Rules Governing the Use of Electro-Convulsive Therapy.* Mental Health Commission.
- MHC (2009). *Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint.* Mental Health Commission.
- NICE (2004). *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care.* National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments.* National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2009). *Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.* NICE clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2011). *Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people.* National Institute for Health and Clinical Excellence
- NICE (2011). *Self-harm: longer-term management.* NICE clinical guideline 133. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services.* National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2013). *Smoking cessation in secondary care: acute, maternity and mental health services.* NICE public health guidance 48. National Institute for Health and Care Excellence.
- NHS QIS (2009). *Admissions to adult mental health inpatient services.* o. O.: NHS Quality Improvement Scotland.
- RCN (2008). *“Let’s talk about restraint”. Rights, risks and responsibility.* London: Royal College of Nursing.
- RCPsych (2006). *Consensus statement on high-dose antipsychotic medication.* London: Royal College of Psychiatrists.
- RCPsych (2009). *Good Psychiatric Practice. 3rd edition.* London: Royal College of Psychiatrists.
- RCPsych (2009). *Physical health in mental health. Final report of a scoping group.* London: Royal College of Psychiatrists.
- RCPsych (2010). *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and information sharing. 2nd edition.* London: Royal College of Psychiatrists.
- RCPsych (2010). *Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm. Final report of a working group.* London: Royal College of Psychiatrists.
- Rüther, T; Bobes, J; De Hert, M; Svensson, TH; Mann, K; Batra, A; Gorwood, P; Moller, HJ (2014). EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 29(2): 65-82.
- VA/DoD (2013). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for assessment and management of patients at risk for suicide.* Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD).
- WHO (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Quality Improvement for Mental Health.* World Health Organization.

## Anhang A.2.1: Ermittelte Leitlinien mit Kernaussagen

Es wurden 47 potenziell relevante Leitlinien bei der Recherche in den Metadatenbanken des Guideline International Network (G.I.N.), des Leitlinien-Informations- und Recherchediensts des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)) sowie bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) recherchiert. Es konnten daraus 16 Leitlinien zur Entwicklung und Unterstützung der Indikatoren herangezogen werden.

Quelle/Autor	Titel der Leitlinie	Kernempfehlung
<b>Leitlinien mit Fokus auf der Versorgung bei Schizophrenie</b>		
Addington, D; et al. (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. Can J Psychiatry 50(Suppl. 1): 1-57.	Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia.	
APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.	Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition.	X
CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.	Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder.	X
MOH (2011). Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia. Singapur: Ministry of Health Singapore.	Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia.	
DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.	S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie.	X
Dixon, L; et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 36(1): 48-70.	The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements.	
Hasan, A; et al. (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry 13(5): 318-78.	Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance.	
Hasan, A; et al. (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry 14(1): 2-44.	Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects.	X
MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.	Clinical Practise Guidelines (CPG): Management of Schizophrenia in Adults.	X

Quelle/Autor	Titel der Leitlinie	Kernempfehlung
Kreyenbuhl, J; et al. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. Schizophr Bull 36(1): 94-103.	The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009.	
NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.	Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management.	X
RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders.	X
SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.	Management of Schizophrenia.	X
<b>Leitlinien mit einem anderen Fokus</b>		
AOTA (2012). Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association.	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness.	X
Barnes, TR; et al. (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 25(5): 567-620.	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.	
Buchanan, R; et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 36(1): 71-93.	The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements.	
CADTH (2011). Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia Ottawa (ON).	
DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.	Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie.	X
DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.	X
DGVS (2011). Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.	Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion.	

Quelle/Autor	Titel der Leitlinie	Kernempfehlung
ENA (2012). Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Synopsis. Emergency Nurses Association.	Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Synopsis.	
Gaebel, W; et al. (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. Eur Psychiatry 29(2): 83-100.	EPA guidance on building trust in mental health services.	
Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (2009). Clinical Practice Guidelines for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. o. O.: Aragon Health Sciences Institute.	Clinical Practice Guidelines for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness.	
JB1 (1999). The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia. Joanna Briggs Institute.	The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia.	
JB1 (2002). Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. Joanna Briggs Institute.	Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities.	
JB1 (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. Joanna Briggs Institute.	Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication.	
MHC (2009). Rules Governing the Use of Electro-Convulsive Therapy. Mental Health Commission.	Rules Governing the Use of Electro-Convulsive Therapy.	
MHC (2009). Code of Practice on Admission, Transfer and Discharge to and from an Approved Centre. Mental Health Commission.	Code of Practice on Admission, Transfer and Discharge to and from an Approved Centre.	
MHC (2009). Code of Practice on the Use of Physical Restraint in Approved Centres. Mental Health Commission.	Code of Practice on the Use of Physical Restraint in Approved Centres.	
MHC (2009). Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint. Mental Health Commission.	Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint.	
NICE (2004). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence.	Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care.	X
NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.	Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments.	X
NICE (2009). Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76. o. O.: National Institute for Health and Clinical Excellence.	Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.	

Quelle/Autor	Titel der Leitlinie	Kernempfehlung
NICE (2011). Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. National Institute for Health and Clinical Excellence.	Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people.	X
NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.	Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services.	X
NICE (2011). Self-harm: longer-term management. NICE clinical guideline 133. National Institute for Health and Clinical Excellence.	Self-harm: longer-term management.	
NICE (2013). Smoking cessation in secondary care: acute, maternity and mental health services. NICE public health guidance 48. National Institute for Health and Care Excellence.	Smoking cessation in secondary care: acute, maternity and mental health services.	X
NHS QIS (2009). Admissions to adult mental health inpatient services. o. O.: NHS Quality Improvement Scotland.	Admissions to adult mental health inpatient services.	
RCN (2008). "Let's talk about restraint". Rights, risks and responsibility. London: Royal College of Nursing.	"Let's talk about restraint". Rights, risks and responsibility.	
RCPsych (2006). Consensus statement on high-dose antipsychotic medication. London: Royal College of Psychiatrists.	Consensus statement on high-dose antipsychotic medication.	
RCPsych (2009). Good Psychiatric Practice. 3rd edition. London: Royal College of Psychiatrists.	Good Psychiatric Practice.	
RCPsych (2009). Physical health in mental health. Final report of a scoping group. London: Royal College of Psychiatrists.	Physical health in mental health.	
RCPsych (2010). Good Psychiatric Practice: Confidentiality and information sharing. 2nd edition. London: Royal College of Psychiatrists.	Good Psychiatric Practice: Confidentiality and information sharing.	
RCPsych (2010). Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm. Final report of a working group. London: Royal College of Psychiatrists.	Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm.	
Rüther, T; et al. (2014). EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. Eur Psychiatry 29(2): 65-82.	EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness.	
VA/DoD (2013). VA/DoD Clinical Practice Guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD).	VA/DoD Clinical Practice Guideline for assessment and management of patients at risk for suicide.	
WHO (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Quality Improvement for Mental Health. o. O.: World Health Organization.	Mental Health Policy and Service Guidance Package: Quality Improvement for Mental Health.	



## Anhang A.2.2: Klassifikationssysteme der Empfehlungsgrade

Im Folgenden werden die Klassifikationssysteme der dem finalen Indikatorenset zugrunde liegenden Leitlinien dargestellt.

Empfehlungsgrad	Erläuterungen zur Interpretation
<b>S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006)</b>	
A	Ia (Meta-Analyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (Randomised Controlled Trials, RCTs)) und Ib (mindestens 1 RCT oder Meta-Analyse von weniger als 3 RCTs)
B	Evidenz-Ebene IIa (mindestens 1 kontrollierte nicht-randomisierte Studie mit methodisch hochwertigem Design) IIb (mindestens 1 quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design), III (mindestens 1 nicht-experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserie)) oder aus Ebene I, die sich jedoch nicht auf die spezifische Fragestellung bezieht und daher extrapoliert bzw. abgeleitet werden muss
C	Evidenz-Ebene IV (Berichte/Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten) oder Ableitungen aus IIa (mindestens 1 kontrollierte nicht-randomisierte Studie mit methodisch hochwertigem Design), IIb (mindestens 1 quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design) oder III (mindestens 1 nicht-experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserie))
GCP	Good Clinical Practice: Standard in der Behandlung, der im Konsens erreicht wurde und bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.
<b>S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2011)</b>	
A	Soll-Empfehlung: die meisten Patienten sollten diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden Evidenz-Ebene Ia (Evidenz aus einer Meta-Analyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) oder einer einzelnen großen randomisierten kontrollierten Studie mit eindeutigem Ergebnis) und Ib (Evidenz aus mindestens einer kleineren randomisierten kontrollierten Studie oder einer Meta-Analyse von weniger als 3 RCTs)
B	Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und andere Alternativen gemeinsam erörtert wurden Evidenzebenen IIa (Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nicht-randomisierten Studie), IIb (Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie), III (Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen deskriptiven Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien) oder Evidenz aus Ebene I, die jedoch für die spezifische Fragestellung extrapoliert, abgeleitet werden muss
0	Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben, oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar Evidenz-Ebene IV (Evidenz aus Berichten und Empfehlungen von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung respektierter Autoritäten) oder Ableitungen aus IIa (Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nicht-randomisierten Studie), IIb (Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie) oder III (Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen deskriptiven Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien)
KKP	Klinischer Konsensus-Punkt: Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können, oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen Empfehlung auf der Basis von Konsens

Empfehlungsgrad	Erläuterungen zur Interpretation
<b>S2-Leitlinie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN 2009)</b>	
A	Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke A, wenn zu der Methode Studien der Kategorie Ia (Meta-Analyse, die mindestens drei randomisierte kontrollierte Studien zusammenfasst) oder Ib (Meta-Analyse, die mindestens eine oder weniger als drei randomisierte kontrollierte Studien zusammenfasst) vorliegen.
B	Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke B, wenn zu der Methode Studien der Kategorie IIa (Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst), IIb (Meta-Analyse, die mindestens eine quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst) oder III (Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserien) zusammenfasst) vorliegen. (Wenn eine Studie der Kategorie I vorliegt, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke B)
C	Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke C, wenn zu der Methode Studien der Kategorie IV (Bericht/ Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten) vorliegen. (Wenn Studien der Kategorie IIa (Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst), IIb (Meta-Analyse, die mindestens eine quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst) oder III (Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserien) zusammenfasst) vorliegen, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke C)
GCP	Wenn es für eine Behandlungsmethode keine experimentellen wissenschaftlichen Studien gibt, diese nicht möglich sind oder nicht angestrebt werden, das Verfahren aber dennoch allgemein üblich ist und innerhalb der Konsensusgruppe eine Übereinkunft über das Verfahren erzielt werden konnte, so erhält diese Methode die Empfehlungsstärke Good Clinical Practice (GCP).
<b>Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia (Hasan 2012a; Hasan 2012b)</b>	
1	<p>Category A evidence and good risk-benefit ratio</p> <p>Category A evidence: Full Evidence From Controlled Studies is based on: 2 or more double-blind, parallel-group, randomized controlled studies (RCTs) showing superiority to placebo (or in the case of psychotherapy studies, superiority to a “psychological placebo” in a study with adequate blinding) and 1 or more positive RCT showing superiority to or equivalent efficacy compared with established comparator treatment in a three-arm study with placebo control or in a well-powered non-inferiority trial (only required if such a standard treatment exists) In the case of existing negative studies (studies showing non-superiority to placebo or Inferiority to comparator treatment), these must be outweighed by at least 2 more positive studies or a meta-analysis of all available studies showing superiority to placebo and non-inferiority to an established comparator treatment. Studies must fulfil established methodological standards. The decision is based on the primary efficacy measure.</p>
2	<p>Category A evidence and moderate risk-benefit ratio</p> <p>Category A evidence: Full Evidence From Controlled Studies is based on: 2 or more double-blind, parallel-group, randomized controlled studies (RCTs) showing superiority to placebo (or in the case of psychotherapy studies, superiority to a “psychological placebo” in a study with adequate blinding) and 1 or more positive RCT showing superiority to or equivalent efficacy compared with established comparator treatment in a three-arm study with placebo control or in a well-powered non-inferiority trial (only required if such a standard treatment exists) In the case of existing negative studies (studies showing non-superiority to placebo or Inferiority to comparator treatment), these must be outweighed by at least 2 more positive studies or a meta-analysis of all available studies showing superiority to placebo and non-inferiority to an established comparator treatment. Studies must fulfil established methodological standards. The decision is based on the primary efficacy measure.</p>

<b>Empfehlungsgrad</b>	<b>Erläuterungen zur Interpretation</b>
3	Category B evidence Category B evidence: Limited Positive Evidence From Controlled Studies is based on: 1 or more RCTs showing superiority to placebo (or in the case of psychotherapy studies, superiority to a psychological placebo") or a randomized controlled comparison with a standard treatment without placebo control with a sample size sufficient for a non-inferiority trial and no negative studies exist
4	Category C evidence Category C evidence: Evidence from Uncontrolled Studies or Case Reports/Expert Opinion: C1 Uncontrolled Studies. Evidence is based on: 1 or more positive naturalistic open studies (with a minimum of 5 evaluable patients) or a comparison with a reference drug with a sample size insufficient for a non-inferiority trial and no negative controlled studies exist. C2 Case Reports. Evidence is based on: 1 or more positive case reports and no negative controlled studies exist. C3 Evidence is based on the opinion of experts in the field or clinical experience
5	Category D evidence Category D evidence: Inconsistent Results Positive RCTs are outweighed by an approximately equal number of negative studies
<b>Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management (NICE 2014)</b>	
	Leitlinie enthält keine Empfehlungsgrade
<b>Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (NICE 2011)</b>	
QS	Quality statements: These quality statements are from the NICE quality standard on service user experience in adult mental health in the NHS in England, which was developed from the recommendations in this guidance. Recommendations, or parts of recommendations, that underpin the development of the quality statements and associated measures are denoted
<b>Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care (NICE 2004)</b>	
A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I: (Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials)) without extrapolation
B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II (IIa: Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization; IIb: Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study) or III (Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies)); or extrapolated from level I evidence
C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV (Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities)). This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group
<b>Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition (APA 2010)</b>	
I	Recommended with substantial clinical confidence.
II	Recommended with moderate clinical confidence.
III	May be recommended on the basis of individual circumstances.

Empfehlungsgrad	Erläuterungen zur Interpretation
<b>Management of Schizophrenia (SIGN 2013)</b>	
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++ (high quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias), and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+ (well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias) directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++, (high quality systematic reviews of case control or cohort studies, high quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal) directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 1++ (high quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias) or 1+ (well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias)
C	A body of evidence including studies rated as 2+ (well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal), directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 2++ (high quality systematic reviews of case control or cohort studies, high quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal)
D	Evidence level 3 (non-analytic studies, eg case reports, case series) or 4 (expert opinion); or extrapolated evidence from studies rated as 2+ (well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal)
GPP	Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group
<b>Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder (CAHTA 2006)</b>	
A	It requires at least one randomized clinical trial as part of the scientific evidence with overall good quality and consistency in terms of the specific recommendation Levels of Scientific Evidence: Ia (scientific evidence obtained from meta-analyses of randomized clinical trials), Ib (scientific evidence obtained from at least one randomized clinical trial)
B	It requires methodologically correct clinical trials that are not randomized clinical trials on the topic of recommendation. It includes studies that do not meet A or C criteria. Levels of Scientific Evidence: IIa (scientific evidence obtained from at least one well-designed, non-randomized controlled prospective study), IIb (scientific evidence obtained from at least one well-designed, quasi-experimental study), III (scientific evidence obtained from well-designed observational studies, such as comparative studies, correlation study or case-control studies.)
C	It requires documents or opinions of experts committees and/or clinical experiences of renowned opinion leaders. It indicates the absence of high quality, directly applicable clinical studies Levels of Scientific Evidence: IV (scientific evidence obtained from documents or opinions of experts committees and/or clinical experiences of renowned opinion leaders.)
<b>Management of Schizophrenia in Adults (MOH 2009)</b>	
A	At least one meta analysis, systematic review, or RCT, or evidence rated as good and directly applicable to the target population
B	Evidence from well conducted clinical trials, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or evidence extrapolated from meta analysis, systematic review, or RCT
C	Evidence from expert committee reports, or opinions and /or clinical experiences of respected authorities; indicates absence of directly applicable clinical studies of good quality

Empfehlungsgrad	Erläuterungen zur Interpretation
<b>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders (RANZCP 2004)</b>	
Die Leitlinie gibt ausschließlich Evidenzlevel zu ihren jeweiligen Empfehlungen an, keine Empfehlungsgrade	
I	Systematic review of all relevant randomized controlled trials
II	At least one properly designed randomized controlled trial
III-1	Well-designed pseudo-randomized controlled trials (alternate allocation or some other method)
III-2	Comparative studies with concurrent controls and allocation not-randomized (cohort studies), case-controlled studies, or interrupted time series with a control group
III-3	Comparative studies with historical control, two or more single arm studies, or interrupted time series without a parallel control group
IV	Case series, either post-test or pretest and post-test
V-1	Expert consensus, systematically obtained, e.g. Delphi Technique
V-2	Expert consensus, not systematically obtained
<b>Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness (AOTA 2012)</b>	
A	Strongly recommend that occupational therapy practitioners routinely provide the intervention to eligible clients. Good evidence was found that the intervention improves important outcomes and concludes that benefits substantially outweigh harm.
B	Recommend that occupational therapy practitioners routinely provide the intervention to eligible clients. At least fair evidence was found that the intervention improves important outcomes and concludes that benefits outweigh harm.
C	There is weak evidence that the intervention can improve outcomes, and the balance of the benefits and harms may result either in a recommendation that occupational therapy practitioners routinely provide the intervention to eligible clients or in no recommendation because the balance of the benefits and harm is too close to justify a general recommendation.
D	Recommend that occupational therapy practitioners do not provide the intervention to eligible clients. At least fair evidence was found that the intervention is ineffective or that harm outweighs benefits.
I	Insufficient evidence to recommend for or against routinely providing the intervention. Evidence that the intervention is effective is lacking, of poor quality, or conflicting and the balance of benefits and harm cannot be determined.
<b>Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia (Addington 2005)</b>	
A	Strong research-based evidence, for example, for interventions, consistent evidence from well-designed randomized controlled trials (RCTs); or a metaanalysis, with all the studies included in the statistical pooling classified as RCTs; or consistent evidence from well-designed cohort and case studies (categories I (evidence from at least one properly randomized controlled trial (RCT)), V-1 (evidence from a metaanalysis, with all studies included in the metaanalysis classified as RCTs), II-2 (evidence from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group)); for evidence relating to prevalence, consistent findings from appropriately designed studies
B	Moderate research-based evidence, for example, from well-designed controlled trials without randomization, cohort studies, case-control analytic studies, comparative studies with historical control, and repeated-measures studies with no control group; this rating is also used when there are well-designed RCTs favouring effectiveness, but the evidence from such trials is not consistent (II-1 (evidence from well-designed controlled trials without randomization (pretest-posttest control group design)), II-2 (evidence from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group), II-3 (evidence from repeated measures studies with no control group (one group pretest-posttest design)))

Empfehlungsgrad	Erläuterungen zur Interpretation
C	Weak or reasonable evidence from descriptive, observational, or qualitative studies (case reports, correlational studies, or secondary analyses); formal reviews; expert opinions or consensus in the field; hypothesis-generating or exploratory studies, such as modelling, path-analytic or factor-analytic studies, or subanalyses (III (evidence from hypothesis-generating or exploratory studies (modelling, path-analytic or factor-analytic studies) or studies involving subanalyses), IV (evidence from descriptive, observational, or qualitative studies (case reports, correlational studies, or secondary analyses); opinions of respected authorities, based on clinical experience; reports of expert committees), V-2 (evidence from “formal” review (reviews with detailed description of search strategies, such as Cochrane reviews)))
D	No evidence of benefit or harm of treatment
<b>Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people (NICE 2011)</b>	
	Leitlinie enthält keine Empfehlungsgrade
<b>Smoking cessation in secondary care: acute, maternity and mental health services (NICE 2013)</b>	
	Leitlinie enthält keine Empfehlungsgrade

### Anhang A.2.3: Leitfragen für die Expertengespräche

Leitfragen	
1.	Wodurch zeichnet sich eine gute Versorgungsstruktur aus?
2.	Was kann mit einer guten Versorgungsstruktur Ihrer Meinung nach erreicht werden?
3.	Was sollte eine gute Versorgungsstruktur auf jeden Fall erreichen?
4.	Wie schätzen Sie die Qualität der Versorgungsstruktur in Deutschland aktuell ein?
5.	Welche konkreten Defizite oder Probleme sehen Sie in der Versorgungsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allgemein</li> <li>▪ im ambulanten Bereich</li> <li>▪ im stationären und teilstationären Bereich</li> <li>▪ sektorenübergreifend</li> </ul>
6.	Für wie relevant schätzen Sie einzelne Defizite konkret ein (sehr relevant, teilweise relevant oder weniger relevant)?
7.	Welche Defizite lassen sich Ihrer Meinung nach messen?
8.	Welche Strukturveränderungen würden Ihrer Meinung nach die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern?
9.	Wo sehen Sie die größten Hindernisse bei Verbesserungsansätzen?
10.	Welche Qualitätsinitiativen (Projekte zur Messung der Versorgungsqualität von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen) sind Ihnen bekannt?
11.	Was wünschen Sie sich von einem sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen?

## Anhang A.2.4: Aggregiertes Ergebnisprotokoll der Expertengespräche

### Aspekte der Strukturqualität

Bei der Mehrheit der Gespräche lag der Schwerpunkt auf der regionalen Versorgungsstruktur, d.h. es ging vorwiegend um das Vorhandensein und die Erreichbarkeit von verschiedenen Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es zeigte sich, dass die Strukturqualität aus der Perspektive der verschiedenen Experten sehr unterschiedlich eingeschätzt wurde. Einige Experten bewerteten die allgemeine Versorgungsstruktur in Deutschland als gut. Defizite wurden eher in der Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer gesehen. Die Mehrheit der Experten berichtete allerdings von sehr heterogenen regionalen Strukturen, die sich erheblich voneinander unterscheiden. Dies trägt nach Meinung der Experten zu einer regional unterschiedlich guten Qualität der Versorgung bei.

Als wesentliche Aspekte einer guten ambulanten Versorgungsstruktur wurden von den Experten häufig die Erreichbarkeit von Leistungserbringern – vor allem außerhalb der Sprechzeiten und an Wochenenden – und ein niedrigschwelliger Zugang zu Versorgungsangeboten angeführt. Auch die aufsuchende Versorgung wurde als ein sehr relevantes Merkmal für eine gute Strukturqualität hervorgehoben. Es müsse mehr aufsuchend arbeitende Dienste etabliert werden bzw. es müsse mehr aufsuchende Arbeit durch PIA stattfinden oder die Möglichkeit für Krankenhäuser geschaffen werden, über Modellprojekte hinaus aufsuchend tätig zu werden. Zur Etablierung solcher Dienste fehlen jedoch einheitliche Voraussetzungen und das notwendige Personal.

Im eben genannten Zusammenhang wurde auch auf die Relevanz von Krisendiensten, einer multidisziplinären gemeindenahen Versorgung und (von einzelnen Experten) auf präventiv arbeitende Dienste bzw. Früherkennungszentren verwiesen. Darüber hinaus sind für mehrere Experten alternative Angebote zur stationären Versorgung ein Merkmal guter Versorgungsstrukturen. Als Beispiele wurden mehrfach das Angebot an ambulanter psychiatrischer Pflege, ambulanter Soziotherapie, ambulanter Psychoedukation, (Arbeits-)Rehabilitation sowie komplementäre Dienste angeführt. Unterschiede in der Verfügbarkeit dieser Dienste bestehen sowohl zwischen einzelnen Bundesländern als auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen.

Im stationären Bereich wurden von den Experten vor allem das Personal und die Anzahl der Patienten auf einer Station thematisiert. Es wurde angeführt, dass sich eine gute Versorgung dadurch auszeichnet, dass genügend Personal mit Fachausbildung und zusätzlichen Qualifikationen (z.B. Deeskalations- oder Kommunikationstraining) vorhanden ist. Auf psychiatrischen Stationen bzw. in psychiatrischen Kliniken arbeiten jedoch viele Assistenzärzte, angelesene Pflegekräfte sowie Therapeuten in Ausbildung, für deren Anleitung und Supervision zu wenige Fachkräfte zur Verfügung stünden. Die meisten Experten verwiesen auf einen erheblichen Mangel an Fachärzten und -pflegern sowie auch einen Mangel an ausgebildeten Therapeuten, wie psychologische Psychotherapeuten oder Ergotherapeuten. Zum Teil wurde befürchtet, dass es durch das Außerkrafttreten der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)<sup>1</sup> zum Abbau von Personal kommen könnte. Ein einzelner Experte vertrat die Meinung, dass dadurch den Krankenhäusern mehr Freiraum gegeben werde, geeignetes Personal passend zu den örtlichen Bedingungen einzustellen.

Die Patienten betreffend herrschte ein weitgehender Konsens dahin gehend, dass eher kleine Stationen, d.h. Stationen mit 10 bis 18 Betten, der Qualität zuträglich sind. In zwei Expertengesprächen wurde über gelegentliche Überbelegungen von Stationen aufgrund der Pflichtversorgung berichtet. In einigen Expertengesprächen wurden auch geschlossene Stationen thematisiert. Hier sei es wichtig, die Stationen so offen wie möglich zu gestalten, d.h. anstelle von geschlossenen Stationen seien solche vorzuziehen, bei denen einzelne Bereiche vorübergehend geschlossen werden können.

Nach mehrheitlicher Ansicht der Experten leidet auch die regionale Strukturqualität unter der durch die unterschiedlichen Geltungsbereiche des SGB bedingten Fragmentierung der Versorgung. Die Organisation benötigter Leistungen von unterschiedlichen Leistungserbringern, die durch unterschiedliche Kostenträger finanziert werden, sei für Patienten oftmals schwierig. Vor allem Patienten mit schweren funktionellen Beeinträchtigungen bedürfen hierbei einer Unterstützung, die ihnen in der Regelversorgung selten zur Verfügung steht.

Von mehreren Experten wurde der problematische Zugang zur ambulanten Psychotherapie angeführt. Die Experten berichteten über große Schwierigkeiten, Patienten einen Therapieplatz zu vermitteln, da es nur wenige auf dieser Patientenkontinental spezialisierte Psychotherapeuten gibt.

<sup>1</sup> Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV)



Psychoedukation ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Verschiedene befragte Experten haben angeführt, dass Psychoedukation gegenwärtig nicht flächendeckend angeboten wird. Einige Experten berichten, dass Psychoedukation zu spät bzw. zum falschen Zeitpunkt durchgeführt wird.

Von vielen Experten wurde die Vergütung, vor allem für Fachärzte im ambulanten Bereich, als mangelhaft geschildert. Eine unzureichende Vergütung kann beispielsweise im ambulanten Bereich zu einem vorzeitigen Einweisen von Patienten in die stationäre Versorgung führen, da Fachärzte nicht ausreichend Zeit für eine intensivere Versorgung aufbringen können. Finanzielle Anreize für eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern werden von einigen Experten vermisst.

Kursorisch wurden mit einzelnen Experten in den Gesprächen auch die folgenden Aspekte angesprochen:

- Relevanz und Mangel an ambulanten Pflegefachkräften für ambulante psychiatrische Pflege bzw. für die Pflege in PIA
- Relevanz und Mangel an Beratungsangeboten für Patienten
- Relevanz von Unterstützungsangeboten für Angehörige
- mangelnde Barrierefreiheit bei einigen, eher älteren Krankenhäusern und PIA
- Relevanz und Mangel an Strukturen für eine Zusammenarbeit der Leistungserbringer
- Relevanz und Mangel an Hilfen für Patienten
- Relevanz und Mangel an wohnlicher Gestaltung von Stationen
- Relevanz und das Vorhandensein von längeren Wartezeiten

### **Weitere Aspekte der Versorgungsqualität**

Über die Aspekte der Strukturqualität hinaus wurden auch andere Themen von den Experten angeführt, die sich nicht auf die Strukturqualität beziehen. Im Folgenden sind die am häufigsten genannten Aspekte zusammengefasst dargestellt:

Ein von fast allen Experten thematisierter Aspekt war die Zeit bzw. die Verfügbarkeit von Zeit für den Patienten. Im ambulanten Bereich zeichne sich Versorgungsqualität unter anderem dadurch aus, dass Zeit vorhanden ist, um bei Bedarf dem Patienten Gelegenheiten zu längeren Gesprächen mit Leistungserbringern, neben Fachärzten auch mit Therapeuten oder Mitarbeitern der ambulanten psychiatrischen Pflege, zu ermöglichen. Auch für den stationären Bereich wurde ausreichende Zeit als ein entscheidendes Qualitätsmerkmal benannt. Dabei steht hier nicht nur Zeit für strukturierte Therapieprogramme im Fokus, sondern auch die Möglichkeit zu Kurzkontakten mit qualifizierten Pflege Mitarbeitern, Therapeuten oder Ärzten. Ein weiterer Aspekt dieses Qualitätsmerkmals ist die Zeit, die Patienten im Rahmen der Versorgung zur Verarbeitung neuer Lebenssituationen, die sich aus der Erkrankung ergeben, gegeben wird. Einzelne Experten berichteten, dass schon in der Behandlungsplanung hierfür nicht ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werde. Patienten fühlen sich durch optimistische Zielsetzungen in der Behandlungsplanung unter Druck gesetzt.

Ebenfalls in fast allen Gesprächen wurden zusammenhängend Aspekte der Kontinuität, Koordination der Versorgung und Kooperation in der Versorgung angesprochen. Die befragten Experten hoben eine kontinuierliche, gut koordinierte Versorgung und gut kooperierende Leistungserbringer als ein wichtiges Merkmal für eine qualitativ gute Versorgung hervor, vor allem an Sektorenübergängen: Zwischen stationär und ambulant sowie zwischen den verschiedenen ambulanten Sektoren. Die Experten führten an, dass dies gegenwärtig nur in Modellprojekten oder informell umgesetzt werde. Dies wird von den befragten Experten als ein relevantes Qualitätspotenzial in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gesehen. Die Leistungserbringer der medizinischen und sozialen Versorgung müssten viel stärker kooperieren, damit eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet werden kann. Vor allem Patienten mit schweren Krankheitsverläufen können sich in der fragmentierten Versorgung oft nicht die relevanten Leistungen organisieren. Eine Bezugsperson, die diese Patienten durch die Versorgung und über Sektorengrenzen hinweg begleitet und die Versorgung sicherstellt, wäre aus Sicht einiger Experten eine geeignete Unterstützung.

Die Einstellung bzw. Haltung der Leistungserbringer zu den Patienten kann aus Sicht mehrerer Experten die Versorgungsqualität entscheidend beeinflussen. Eine patientenorientierte und deeskalierende Haltung sowie eine positive Einstellung gegenüber den Patienten können das Vertrauen zwischen Patienten und Leistungserbringer stärken.

Aus Sicht vieler Experten ist die Pharmakotherapie, neben der bereits angesprochenen Psychotherapie, eine wichtige Komponente der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose. Gute Versorgungsqualität zeichnet sich durch eine individuelle und konsequente Pharmakotherapie aus. Einige Experten führten in den Gesprächen an, dass nicht alle Patienten durchgehend eine antipsychotische Pharmakotherapie benötigen. Das Absetzen von Antipsychotika sollte

eine Therapieoption sein. Auf Wunsch des Patienten können Absetzversuche unternommen werden. Dies wird nach Meinung dieser Experten noch zu selten durchgeführt. Einige Experten vertreten die Meinung, dass eine gute Versorgungsqualität daran zu erkennen ist, dass versucht wird, so spät wie möglich eine Antipsychotikatherapie einzusetzen und dass zunächst auf andere Therapieformen wie Psychotherapie oder psychoedukative Maßnahmen zurückgegriffen werden sollte. Weitere Defizite der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose sahen Experten in der Verlaufskontrolle bzw. Nachbeobachtung von Verordnungen. Vor allem bei Patienten, die aus der stationären Versorgung entlassen wurden, erfolgt oftmals vonseiten des Krankenhauses keine Nachverfolgung, ob das verordnete Medikament wirkt und wenn ja, welche unerwünschten Arzneimittelwirkungen auftreten. Andere Experten thematisierten im Rahmen der Pharmakotherapie die Polypharmazie. Gegenwärtig werden einigen Patienten zu viele psychotrope bzw. antipsychotische Wirkstoffe gleichzeitig verordnet.

Die somatische Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wurde von vielen Experten als ein wichtiger Bestandteil der Versorgung aufgeführt. Aufgrund der erhöhten somatischen Komorbidität, ist eine ganzheitliche (psycho-physiso-soziale) Betrachtung und Versorgung des Patienten notwendig. Um dies zu ermöglichen, muss eng mit somatisch versorgenden Ärzten, vor allem Hausärzten zusammengearbeitet werden. Die somatische Versorgung von Patienten wird gegenwärtig von vielen Experten als nicht ausreichend eingeschätzt.

Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung wurde von vielen befragten Experten als wichtig für die Versorgung hervorgehoben. Gleichzeitig wurde angeführt, dass Angehörigenpartizipation oft nicht stattfindet.

Kursorisch wurden von einzelnen Experten in den Gesprächen auch die folgenden Aspekte angesprochen:

- Relevanz und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bzw. Zwangsmedikation
- Relevanz und Mangel bei shared decision making bzw. partizipativer Entscheidungsfindung
- Relevanz und Mangel von Aufklärung
- Relevanz und Mangel des Einbezugs der sozialen Umgebung des Patienten in die Versorgung

## Anhang A.3: Verfahrensspezifische Suchmodelle

Tabelle 1: Verfahrensspezifisches Suchmodell für Studien zu Indikatoren in der Datenbank EMBASE

Zielpopulation		Versorgungsleistung
'psychosis'/exp OR psychosis	AND	'clinical indicator'/exp OR 'clinical indicator'
OR		OR
schizophrenia		'performance measurement system'/exp OR 'performance measurement system'
OR		OR
schizoaffective		'quality indicator' OR 'quality indicators'
OR		OR
'mental health':ti		'performance indicator' OR 'performance indicators'
		OR
		'performance measure' OR 'performance measures' OR 'performance measurement'
		OR
	'quality measure' OR 'quality measures' OR 'quality measurement'	
	OR	
	benchmark*	

**Limits:** publications from 2000 to 2014, only items with abstract, English OR German

Tabelle 2: Verfahrensspezifisches Suchmodell für Studien zu Indikatoren in der Datenbank PsycINFO via EBSCOhost

Zielpopulation		Versorgungsleistung
DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Hallucinosi s" OR DE "Paranoia (Psychosis)"	AND	DE "Quality Control"
OR		OR
DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia"		DE "Clinical Audits"
OR		OR
DE "Schizoaffective Disorder"		"clinical indicator"
OR		OR
DE "Schizotypy"		"quality indicator" OR "quality indicators"
OR		OR
schizophrenia		"performance indicator" OR "performance indicators"
OR		OR
TI "mental health"		"performance measure" OR "performance measures" OR "performance measurement"
		OR
		"quality measure" OR "quality measures" OR "quality measurement"
		OR
	benchmark*	

Limits a: Published Date: 20000101-20141231; Language: English

Limits b: Published Date: 20000101-20141231; Language: German

Tabelle 3: Verfahrensspezifisches Suchmodell für die Evidenzrecherche in der Datenbank EMBASE

Zielpopulation		Versorgungsleistung		Relevante Evaluationsfelder
schizophrenia	AND	(coordinat* AND care) OR (coordinat* AND treatment)	AND	suicide/exp OR suicide OR 'suicide attempt'/exp OR 'suicide attempt'
OR		OR		OR
'psychosis'/exp OR psychosis		('drug therapy'/exp/mj AND antipsychot*) OR ('drug efficacy'/exp/mj AND antipsychot*)		mortality/exp OR mortality OR survival/exp OR survival OR 'survival rate'/exp OR 'survival rate'
OR		OR		OR
schizoaffektive		'psychotherapy'/exp/mj		functioning AND (social OR psychosocial)
		OR		OR
		'social support'/exp/mj		'adverse drug reaction'/exp OR 'adverse drug reaction'
		OR		OR
		('health care delivery'/exp/mj AND (somatic or physical)) OR ('medical care'/exp/mj AND (somatic or physical)) OR ('patient care'/exp/mj AND (somatic or physical))		'patient satisfaction'/exp OR 'patient satisfaction' OR 'patient prefer- ence'/exp OR 'patient preference' OR 'quality of life'/exp OR 'quality of life'
		OR		OR
		'rehabilitation'/exp/mj		'relapse'/exp OR relapse
		OR		OR
		'sociotherapy'/exp OR sociotherapy OR 'community psychiatric nurs- ing'/exp OR 'community psychiatric nursing'		recovery OR autonomy OR 'empowerment'/exp OR empowerment
		OR		OR
	('hospital management'/exp/mj AND (mental or psychiatric)) OR ('hos- pital care'/exp/mj AND (mental or psychiatric)) OR ('hospital dis- charge'/exp/mj AND (mental or psychiatric))	'hospital readmission'/exp OR 'hospital readmission' OR 'hospital ad- mission'/exp OR 'hospital admission' OR 'length of stay'/exp OR 'length of stay'		
	OR	OR		
	((('decision making'/exp OR 'decision making') AND shared) OR 'patient participation'/exp OR 'patient participation' OR 'clinical decision mak- ing'/exp OR 'clinical decision making')	((('symptom'/exp OR symptom) AND reduc*) OR (('symptom'/exp OR symptom) AND relief*))		
	OR	OR		

Zielpopulation	Versorgungsleistung	Relevante Evaluationsfelder
	'psychoeducation'/exp/mj OR 'patient education'/exp/mj	'remission'/exp OR remission
	OR	
	'self help'/exp OR 'self help'	
	OR	
	(caregiver AND (involvement OR participation)) OR (family AND (involvement OR participation)) OR 'caregiver support'/exp OR 'caregiver support' OR 'family therapy'/exp/mj	
	OR	
	'continuity of care' OR (continuity AND treatment)	
	OR	
	'involuntary commitment'/exp/mj OR 'involuntary admission' OR 'involuntary treatment' OR coercion OR restrain* OR compulsion OR seclusion	
	OR	
	supervision	
	OR	
	'mental health personnel'/exp OR 'mental health personnel'	
	OR	
	'mental health service'/exp/mj	

Limits: publications from 2004 to 2014; only items with abstract; English OR German; NOT (embryo OR fetus OR newborn OR infant OR child OR preschool OR school OR adolescent)

Tabelle 4: Verfahrensspezifisches Suchmodell für die Evidenzrecherche in der Datenbank PsycINFO via EBSCOhost

Zielpopulation		Versorgungsleistung		Relevante Evaluationsfelder
DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Hallucinosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)"	AND	(coordinat* AND care) OR (coordinat* AND treatment)	AND	DE "Death and Dying" OR mortality OR survival OR DE "Mortality Rate" OR "mortality rate"
OR		OR		OR
DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia"		(MM "Primary Health Care" AND (physical OR somatic)) OR (MM "Health Care Services" AND (physical OR somatic)) OR (MM "Health Care Delivery" AND (physical OR somatic)) OR MM "Physical Health" OR MM "Comorbidity"		DE "Independence (Personality)" OR DE "Empowerment" OR empowerment OR DE "Self Determination" OR autonomy OR DE "Recovery (Disorders)" OR recovery
OR		OR		OR
DE "Schizoaffective Disorder"		MM "Drug Therapy" OR MM "Psychopharmacology" OR MM "Polypharmacy"		DE "Ability Level" OR (functioning AND (social OR psychosocial))
OR		OR		OR
DE "Schizotypy"		MM "Social Support"		relapse
OR		OR		OR
schizophrenia		MM "Psychotherapy" OR MM "Behavior Therapy" OR MM "Cognitive Behavior Therapy"		DE "Suicide" OR suicide OR DE "Attempted Suicide" OR "suicide attempt"
		OR		OR
	MM "Rehabilitation" OR MM "Psychosocial Rehabilitation" OR MM "Vocational Rehabilitation"	"side effects"		
	OR	OR		
	DE "Sociotherapy" OR sociotherapy OR "psychiatric nursing"	"hospital admission" OR readmission OR "length of stay" OR "Treatment Duration" OR "length of hospital stay"		
	OR	OR		
	MM "Psychiatric Hospitals" OR MM "Psychiatric Hospitalization" OR MM "Psychiatric Hospital Discharge"	DE "Client Satisfaction" OR "patient satisfaction" OR "patient preference" OR "patient preferences" OR DE		

Zielpopulation	Versorgungsleistung	Relevante Evaluationsfelder
	OR MM "Discharge planning"	"Quality of Life" OR "quality of life"
	OR	OR
	MM "Decision Making" OR MM "Choice Behavior" OR "shared decision making"	remission
	OR	
	MM "Psychoeducation" OR MM "Client Education"	
	OR	
	MM "Support Groups"	
	OR	
	"self help"	
	OR	
	MM "Family Intervention" OR (Caregiver AND (involvement OR participation)) OR (family AND (involvement OR participation))	
	OR	
	MM "Continuum of Care" OR "continuity of care" OR (continuity AND treatment)	
	OR	
	MM "Involuntary Treatment" OR MM "Commitment (Psychiatric)" OR MM "Patient Seclusion" OR MM "Physical Restraint" OR MM "Coercion" OR "involuntary admission"	
	OR	
MM "Professional Supervision"		
OR		
MM "Mental Health Personnel" OR MM "Clinical Psychologists" OR MM "Psychiatric Hospital Staff" OR MM "Psychiatric Nurses" OR MM "Psychiatric Social		



Zielpopulation	Versorgungsleistung	Relevante Evaluationsfelder
	<p>Workers" OR MM "Psychiatrists" OR MM "Psychotherapists"</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p>MM "long term care"</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p>MM "Mental Health Services" OR MM "Social Services"</p>	

Limits a: Published Date: 20040101-20141231; Language: English

Limits b: Published Date: 20040101-20141231; Language: German

## Anhang A.4: Dokumentation der Recherchen

EMBASE am 15. Oktober 2014

Tabelle 1: Dokumentation der verfahrensspezifischen Recherche zu Indikatoren in der Datenbank EMBASE

No.	Searches	Results
1	'psychosis'/exp OR psychosis	227.363
2	schizophrenia	156.914
3	schizoaffective	8.838
4	'mental health':ti	38.308
5	'clinical indicator'/exp OR 'clinical indicator'	2.302
6	'performance measurement system'/exp OR 'performance measurement system'	4.007
7	'quality indicator'	1.712
8	'quality indicators'	5.520
9	'performance indicator'	505
10	'performance indicators'	2.309
11	'performance measure'	1.489
12	'performance measures'	5.432
13	'performance measurement'	4.244
14	'quality measure'	899
15	'quality measures'	2.938
16	'quality measurement'	1.272
17	benchmark*	23.300
18	#1 OR #2 OR #3 OR #4	275.068
19	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	48.286
20	#18 AND #19	674
21	#18 AND #19 AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [abstracts]/lim AND [2000-2014]/py	568

## PsycINFO via EBSCOhost am 15. Oktober 2014

Tabelle 2: Dokumentation der verfahrensspezifischen Recherche zu Indikatoren in der Datenbank PsycINFO via EBSCOhost

No.	Searches	Results
S1	DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Hallucinosi" OR DE "Paranoia (Psychosis)"	22.330
S2	DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia"	72.532
S3	DE "Schizoaffective Disorder"	2.627
S4	DE "Schizotypy"	482
S5	schizophrenia	106.124
S6	TI "mental health"	37.769
S7	DE "Quality Control"	1.232
S8	DE "Clinical Audits"	319
S9	"clinical indicator"	70
S10	"quality indicator"	172
S11	"quality indicators"	803
S12	"performance indicator"	140
S13	"performance indicators"	780
S14	"performance measure"	754
S15	"performance measures"	3.194
S16	"performance measurement"	875
S17	"quality measure"	115
S18	"quality measures"	529
S19	"quality measurement"	256
S20	benchmark*	4.909
S21	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	153.939
S22	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	13.208
S23	S21 AND S22	475
S24a	S21 AND S22 AND Limiters - Published Date:20000101-20141231; English	354
S24b	S21 AND S22 AND Limiters - Published Date:20000101-20141231; Language: German	11

EMBASE am 17. Oktober 2014

Tabelle 3: Dokumentation der systematischen Literaturrecherche nach ergänzender Literatur in der Datenbank EMBASE

No.	Searches	Results
1	'psychosis'/exp OR psychosis	227.395
2	schizophrenia	156.934
3	schizoaffective	8.838
4	coordinat* AND care	34.200
5	coordinat* AND treatment	27.613
6	'psychotherapy'/exp/mj	98.845
7	'drug therapy'/exp/mj AND antipsychot*	2.818
8	'drug efficacy'/exp/mj AND antipsychot*	330
9	'social support'/exp/mj	13.594
10	'health care delivery'/exp/mj AND (somatic OR physical)	19.317
11	'medical care'/exp/mj AND (somatic OR physical)	9.061
12	'patient care'/exp/mj AND (somatic OR physical)	5.712
13	'rehabilitation'/exp/mj	83.560
14	'sociotherapy'/exp OR sociotherapy	594
15	'community psychiatric nursing'/exp OR 'community psychiatric nursing'	181
16	'hospital management'/exp/mj AND (mental OR psychiatric)	9.829
17	'hospital care'/exp/mj AND (mental OR psychiatric)	4.101
18	'hospital discharge'/exp/mj AND (mental OR psychiatric)	897
19	'decision making'/exp OR 'decision making' AND shared	5.960
20	'patient participation'/exp OR 'patient participation'	18.133
21	'clinical decision making'/exp OR 'clinical decision making'	26.584
22	'psychoeducation'/exp/mj	664
23	'patient education'/exp/mj	23.911
24	'self help'/exp OR 'self help'	14.194
25	caregiver AND (involvement OR participation)	3.355
26	family AND (involvement OR participation)	40.008
27	'caregiver support'/exp OR 'caregiver support'	1.734
28	'family therapy'/exp /mj	6.175
29	'continuity of care'	5.330
30	continuity AND treatment	6.680
31	'involuntary commitment'/exp/mj	432
32	'involuntary admission'	296
33	'involuntary treatment'	336
34	coercion	2.507
35	restrain*	36.118

No.	Searches	Results
36	compulsion	8.705
37	seclusion	1.097
38	supervision	27.189
39	'mental health personnel'/exp OR 'mental health personnel'	1.341
40	'mental health service'/exp/mj	25.480
41	'mortality'/exp OR mortality	911.980
42	'survival'/exp OR survival	1.032.962
43	'survival rate'/exp OR 'survival rate'	189.862
44	'suicide'/exp OR 'suicide'	79.481
45	'suicide attempt'/exp OR 'suicide attempt'	21.763
46	functioning AND (psychosocial OR social)	39.413
47	'patient satisfaction'/exp OR 'patient satisfaction'	92.608
48	'patient preference'/exp OR 'patient preference'	8.754
49	'quality of life'/exp OR 'quality of life'	325.154
50	'adverse drug reaction'/exp OR 'adverse drug reaction'	1.287.277
51	recovery	399.092
52	autonomy	31.367
53	'empowerment'/exp OR 'empowerment'	9.513
54	'hospital readmission'/exp OR 'hospital readmission'	20.084
55	'hospital admission'/exp OR 'hospital admission'	121.405
56	'length of stay'/exp OR 'length of stay'	98.919
57	'remission'/exp OR 'remission'	149.516
58	'symptom'/exp OR symptom AND reduc*	63.278
59	'symptom'/exp OR symptom AND relief*	13.559
60	'relapse'/exp OR relapse	141.322
61	#1 OR #2 OR #3	239.773
62	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40	505.777
63	#41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60	3.934.157
64	#61 AND #62 AND #63 AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [abstracts]/lim AND [2004-2014]/py NOT ([embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)	3.765

## PsychINFO via EBSCOhost am 17.Oktober 2014

Tabelle 4: Dokumentation der systematischen Literaturrecherche nach ergänzender Literatur in der Datenbank PsychInfo via EBSCOhost

No.	Searches	Results
S1	DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Hallucinosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)"	22.330
S2	DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia"	72.532
S3	DE "Schizoaffective Disorder"	2.627
S4	DE "Schizotypy"	482
S5	schizophrenia	106.124
S6	coordinat* AND care	6.503
S7	coordinat* AND treatment	6.235
S8	MM "Psychotherapy"	37.375
S9	MM "Behavior Therapy"	10.790
S10	MM "Cognitive Behavior Therapy"	10.203
S11	MM "Drug Therapy"	89.671
S12	MM "Psychopharmacology"	5.664
S13	MM "Polypharmacy"	587
S14	MM "Social Support"	20.369
S15	MM "Primary Health Care" AND (physical OR somatic)	2.117
S16	MM "Health Care Services" AND (physical OR somatic)	2.633
S17	MM "Health Care Delivery" AND (physical OR somatic)	1.226
S18	MM "Physical Health"	1.909
S19	MM "Comorbidity"	15.464
S20	MM "Rehabilitation"	12.051
S21	MM "Psychosocial Rehabilitation"	2.981
S22	MM "Vocational Rehabilitation"	4.581
S23	DE "Sociotherapy" OR "sociotherapy"	276
S24	"psychiatric nursing"	3.207
S25	MM "Psychiatric Hospitals"	5.858
S26	MM "Psychiatric Hospitalization"	5.197
S27	MM "Psychiatric Hospital Discharge"	799
S28	MM "Discharge Planning"	238
S29	MM "Decision Making"	40.289
S30	MM "Choice Behavior"	12.313
S31	"shared decision making"	1.290
S32	MM "Psychoeducation"	2.549
S33	MM "Client Education"	2.538

No.	Searches	Results
S34	MM "Support Groups"	2.950
S35	"self help"	8.506
S36	MM "Family Intervention"	1.612
S37	caregiver AND (involvement OR participation)	2.848
S38	family AND (involvement OR participation)	25.673
S39	MM "Continuum of Care"	834
S40	"continuity of care"	1.444
S41	continuity AND treatment	2.583
S42	MM "Involuntary Treatment"	845
S43	MM "Commitment (Psychiatric)"	1.314
S44	MM "Patient Seclusion"	345
S45	MM "Physical Restraint"	1.389
S46	MM "Coercion"	1.193
S47	"involuntary admission"	222
S48	MM "Professional Supervision"	5.365
S49	MM "Mental Health Personnel"	6.891
S50	MM "Clinical Psychologists"	2.002
S51	MM "Psychiatric Hospital Staff"	809
S52	MM "Psychiatric Nurses"	2.204
S53	MM "Psychiatric Social Workers"	126
S54	MM "Psychiatrists"	6.868
S55	MM "Psychotherapists"	4.791
S56	MM "Long Term Care"	2.670
S57	MM "Mental Health Services"	23.278
S58	MM "Social Services"	5.438
S59	DE "Death and Dying"	23.198
S60	mortality	27.362
S61	survival	27.238
S62	DE "Mortality Rate" OR "mortality rate"	6.660
S63	DE "Suicide" OR suicide	40.030
S64	DE "Attempted Suicide" OR "suicide attempt"	9.256
S65	DE "Ability Level"	4.979
S66	functioning AND (social OR psychosocial)	40.497
S67	DE "Client Satisfaction"	4.162
S68	"patient satisfaction"	3.191
S69	"patient preference" OR "patient preferences"	1.064
S70	DE "Quality of Life" OR "quality of life"	50.745
S71	DE "Independence (Personality)"	4.520

No.	Searches	Results
S72	DE "Empowerment" OR empowerment	11.358
S73	DE "Self Determination"	2.763
S74	autonomy	20.972
S75	DE "Recovery (Disorders)" OR recovery	48.911
S76	"side effects"	38.437
S77	"hospital admission"	4.949
S78	"readmission"	2.315
S79	"length of stay"	3.676
S80	DE "Treatment Duration"	3.319
S81	"length of hospital stay"	716
S82	relapse	19.737
S83	remission	10.994
S84	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	117.439
S85	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 Or S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58	374.629
S86	S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71 OR S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76 OR S77 OR S78 OR S79 OR S80 OR S81 OR S82 OR S83	336.418
S87	S84 AND S85 AND S86	9.619
S88a	S84 AND S85 AND S86 Limiters – Published Date: 20040101-20141231; English	3.993
S88b	S84 AND S85 AND S86 Limiters – Published Date: 20040101-20141231; Language: German	84



## Anhang A.5: Evidenzklassen und Studientypen

Wenn möglich, wird zu den zur Begründung (Rationale) angeführten (Therapie-)Studien auf den Indikatorblättern die jeweilige Evidenzklasse gemäß der folgenden Einteilung angegeben:

Evidenzklasse	Anforderung
Ia	mindestens ein systematisches Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs) [z.B. Metaanalysen, Übersichtsarbeiten]
Ib	mindestens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	mindestens eine hochwertige Studie (ohne Randomisierung) [Kohorten-Studie, Kontrollierte Klinische Studie]
IIb	mindestens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien [Fall-Kontroll-Studie]
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie [Querschnittstudie, Ökologische Studie, Fallbericht, Vorher-Nachher-Studie, Registerstudie]
IV	Meinungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung), Experten- und Fachkommissionen
Ergänzende Angaben	
LL	Mindestens eine Leitlinie mit einer entsprechenden Empfehlung zum Kontext
RL	Mindestens eine Richtlinie mit einem entsprechenden § zum Kontext
Expertenstandard*	Mindestens ein Expertenstandard mit einem entsprechenden Standard zum Kontext

\* Expertenstandard: In den Indikatoren wurde teilweise auf die Standards des Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP 2009) verwiesen.

## Anhang A.6: Ergebnisse der Indikatorenrecherche

Tabelle 1: Anzahl der identifizierten Indikatoren in durchsuchten Institutionen und Portalen

Durchsuchte Institutionen und Portale	Anzahl identifizierter Indikatoren
AAMC – American Association of Medical Colleges (USA)	-
Accreditation Canada (Kanada)	-
ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien)	34
ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australien)	-
Australian Government Department of Health (Australien)	13
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	-
AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (Australien)	22
ANA – American Nurses Association’s Safety and Quality Initiative (USA)	-
ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Schweiz)	3
AQUA – AQUA-Institut (Deutschland)	-
AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)	-
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland)	-
BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Deutschland)	-
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit (Deutschland)	-
CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	-
CIHI – Canadian Institute for Health Information (Kanada)	5
CMS – Center for Medicare and Medicaid Services (USA)	1
Commonwealth Fund (USA)	1
CQC – Care Quality Commission (Großbritannien)	-
CRAG – Clinical Resource and Audit Group (Großbritannien)	9
Department of Health (Großbritannien)	-
Dr. Foster Intelligence (Großbritannien)	-
ECHI – European Community Health Indicators (international)	9
GeQiK – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (Deutschland)	-
Health Canada (Kanada)	-
Health Care Improvement Scotland (Großbritannien)	-
Health Council of Canada (Kanada)	-
Helios Kliniken (Deutschland)	-
HHS – US-Department of Health and Human Services (USA)	1
IHI – Institute for Healthcare Improvement (USA)	-
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	7
Kaiser Permanente (USA)	2
Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	-

Durchsuchte Institutionen und Portale	Anzahl identifizierter Indikatoren
Maryland Hospital Association (Großbritannien)	-
Massachusetts Health Care Quality and Cost Council (USA)	7
National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen (Schweden)	5
NCQA – National Committee for Quality Assurance (Großbritannien)	6
NHMRC – National Health and Medical Research Council (Australien)	-
NHS – Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (Großbritannien)	91
NHS – The Information Centre (Großbritannien)	17
NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance (Großbritannien)	8
NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)	158
OECD – Organisation of Economic Cooperation and Development (international)	10
OMHLTC – Ontario Ministry of Health and long-term Care (Australien)	-
OSHPD – Office of Statewide Healthplanning and Development (USA)	-
Public Health Agency of Canada (Kanada)	4
Public Health Agency of Sweden – Folkhälsomyndigheten (Schweden)	-
QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Deutschland)	-
4QD – Qualitätskliniken.de (Deutschland)	17
QOF – NHS Quality and Outcomes Framework (Großbritannien)	8
QUINTH – Der Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes (Deutschland)	39
RAND – Research and Development (USA)	7
Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	-
vest kompetencecenter (Dänemark)	-
WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK – Qualitätssicherung mit Routinedaten (Deutschland)	-
Zentrum für Qualität in der Pflege (Deutschland)	-
$\Sigma$	<b>484</b>

Tabelle 2: Anzahl der identifizierten Indikatoren in eingeschlossenen Publikationen der systematischen Literaturrecherche

Eingeschlossene Publikationen der systematischen Literaturrecherche	Anzahl identifizierter Indikatoren
Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.	8
Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582.	53
Addington, D; et al. (2012). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. Can J Psychiatry 57(5): 317-323.	9
Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.	7
Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 1(2): 157-167.	45
Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. Psychiatr Serv 63(6): 584-591.	36
Brown, P; et al. (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. Curr Opin Psychiatry 22(6): 610-618.	11
Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. Ir J Psychol Med 30(3): 209-219.	33
Chong, SA; et al. (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. Ann Acad Med Singapore 37(9): 791-796.	14
Coombs, T; et al. (2011). Benchmarking Adult Mental Health Organizations. Australas Psychiatry 19(3): 215-220.	18
Coombs, T; et al. (2011). Overview of the National Mental Health Benchmarking Project. Australas Psychiatry 19(1): 37-44.	18
Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Aust Health Rev 30(2): 174-180.	14
Dausey, DJ; et al. (2009). Performance measurement for co-occurring mental health and substance use disorders. Subst Abuse Treat Prev Policy 4: 18.	12
Desplenter, F; et al. (2010). Discharge management for patients in Flemish psychiatric hospitals. J Eval Clin Pract 16(6): 1116-1123.	6
Druss, BG; et al. (2012). Mental comorbidity and quality of diabetes care under medicaid: A 50-state analysis. Medical Care 50(5): 428-433.	4
Gaebel, W; et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. European Psychiatry 27(2): 87-113.	32
Greenberg, GA; et al. (2005). Does System Reform Reduce Geographic Variation in Mental Health System Performance. Psychiatr Q 76(3): 231-242.	14
Großimlinghaus, I; et al. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365.	12
Hermann, RC; et al. (2006). Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. Psychiatr Serv 57(10): 1461-1467.	5
Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.	41
Hermann, RC; et al. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. Int J Qual Health Care 18(Suppl. 1): 31-38.	8

Eingeschlossene Publikationen der systematischen Literaturrecherche	Anzahl identifizierter Indikatoren
Horvitz-Lennon, M; et al. (2014). Disparities in Quality of Care among Publicly Insured Adults with Schizophrenia in Four Large U.S. States, 2002-2008. Health Serv Res 49(4): 1121-1144.	15
Janssen, B; et al. (2004). Validation of Polypharmacy Process Measures in Inpatient Schizophrenia Care. Schizophr Bull 30(4): 1023-1033.	2
Janssen, B; et al. (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. Ein Klinikvergleich. Nervenarzt 76(3): 315-326.	8
Kilbourne, AM; et al. (2011). Quality of general medical care among patients with serious mental illness: Does colocation of services matter? Psychiatr Serv 62(8): 922-928.	9
Leslie, DL; et al. (2000). Comparing Quality of Mental Health Care for Public-Sector and Privately Insured Populations. Psychiatr Serv 51(5): 650-655.	10
Leung, GY; et al. (2011). Behavioral health disorders and adherence to measures of diabetes care quality. Am J Manag Care 17(2): 144-150.	5
Lora, A; et al. (2011). Adequacy of Treatment for Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Affective Disorders in Lombardy, Italy. Psychiatr Serv 62(9): 1079-1084.	1
McEwan, KL; et al. (2002). Keeping mental health reform on course: Selecting indicators of mental health system performance. Can J Community Ment Health 21(1): 5-16.	12
McKay, R; et al. (2011). Benchmarking older persons mental health organizations. Australas Psychiatry 19(1): 45-48.	18
Merrick, EL; et al. (2008). Changing mental health gatekeeping: Effects on performance indicators. The Journal of Behavioral Health Services & Research 35(1): 3-19.	3
Owen, RR; et al. (2003). Mental Health QUERI Initiative: expert ratings of criteria to assess performance for major depressive disorder and schizophrenia. Am J Med Qual 18(1): 15-20.	5
Perlman, CM; et al. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. BMC Health Serv Res 13: 15.	5
Pleaver, S; et al. (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. Australas Psychiatry 18(2): 106-114.	8
Skews, G; et al. (2000). Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. Aust N Z J Ment Health Nurs 9(1): 11-18.	14
Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? Am J Psychiatry 161(1): 146-153.	16
Versteeg, MH; et al. (2012). Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. Implement Sci 7(1).	2
Weinmann, S; et al. (2010). Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiol Psychiatr Sci 19(1): 52-62.	34
Whyte, S; et al. (2007). Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cross-sectional study. Diabet Med 24(12): 1442-1448.	17
Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.	15
Σ	599

Tabelle 3: Anzahl der Indikatoren in Publikationen der Handrecherche

Publikationen der Handrecherche	Anzahl identifizierter Indikatoren
Donisi, V; et al. (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REfinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.	36
Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.	41
Martin, V; et al. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.	4
Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.	5
$\Sigma$	86

Tabelle 4: Ermittelte relevante Indikatoren (übernommene Originalformulierung)

Quelle	Ermittelte relevante Indikatoren (übernommene Originalformulierung)
<b>Indikatorendatenbanken</b>	
ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inpatients with an individual care plan</li> <li>▪ Physical examination documented within 48 hours of admission</li> <li>▪ Seclusion – not reviewed by sight at least half-hourly</li> </ul>
AIHW (2014). Mental health services in Australia. Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services Tables. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outcomes readiness</li> </ul>
SALAR (2013). Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions, Swedish National Board of Health and Welfare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regular Treatment with Soporifics or Sedatives</li> </ul>
NCQA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes screening for people with schizophrenia or bipolar disorder who are using antipsychotic medications</li> </ul>
BMA (2013). Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2013/14. London, UK: British Medical Association, National Health Service Confederation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ This measure is used to assess the percentage of patients with any or any combination of the following conditions: coronary heart disease (CHD), peripheral arterial disease (PAD), stroke or transient ischaemic attack (TIA), hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), chronic kidney disease (CKD), asthma, schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses whose notes record smoking status in the preceding 12 months.</li> </ul>
The Scottish Government; et al. (2013). Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months</li> </ul>
BMA; et al. (2014). 2014/15 general medical services (GMS) contract quality and outcomes framework (QOF): guidance for GMS contract 2014/15. London, UK: British Medical Association, National Health Service Confederation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a comprehensive care plan documented in the record, in the preceding 12 months, agreed between individuals, their family and/or carers as appropriate</li> <li>▪ The percentage of women aged 25 or over and who have not attained the age of 65 with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses whose notes record that a cervical screening test has been performed in the preceding 5 years.</li> </ul>

Quelle	Ermittelte relevante Indikatoren (übernommene Originalformulierung)
Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten (innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung)</li> <li>▪ Regelung zur Informationsübermittlung stationär/ambulant</li> <li>▪ Beurteilung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen</li> <li>▪ Antipsychotische Polypharmazie</li> <li>▪ Regelung zu Vorausverfügungen</li> <li>▪ Verfügbarkeit eines Krankheits-Selbstschulungsprogramms</li> <li>▪ Anzahl der Suizide und Suizidversuche</li> </ul>
RAND (2014). Evaluation of the SAMHSA Primary and Behavioral Health Care Integration (PBHCI) Grant Program. Final Report. Santa Monica, CA: RAND Corporation, Department of Health and Human Services.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Counseling on physical activity and/or nutrition for those with documented elevated BMI</li> </ul>
<b>Literaturrecherche</b>	
Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortality rates</li> <li>▪ Number of physical assaults divided by number of patient-treated years</li> </ul>
Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 1(2): 157-167.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Global functional status</li> </ul>
Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Aust Health Rev 30(2): 174-180.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Full time equivalents total</li> </ul>
Desplenter, F; et al. (2010). Discharge management for patients in Flemish psychiatric hospitals. J Eval Clin Pract 16(6): 1116-1123.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Timely announcement of discharge date</li> </ul>
Donisi, V; et al. (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (Refinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Days To First Aftercare Visit</li> <li>▪ Average number of days between discharge from index acute psychiatric hospitalization and first readmission</li> </ul>
Greenberg, GA; et al. (2005). Does System Reform Reduce Geographic Variation in Mental Health System Performance. Psychiatr Q 76(3): 231-242.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ percentage of all mental health patients who were hospitalized in the year</li> </ul>
Großimlinghaus, I; et al. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung</li> <li>▪ Rehabilitation/berufliche Wiedereingliederung</li> <li>▪ Diagnostik/medizinische Anamnese</li> <li>▪ Psychotherapie/kognitiv-behaviorale Psychotherapie</li> <li>▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene</li> <li>▪ Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen</li> </ul>



Quelle	Ermittelte relevante Indikatoren (übernommene Originalformulierung)
Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensity of aftercare</li> <li>▪ Polypharmacy</li> </ul>
Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests</li> </ul>
Kilbourne, AM; et al. (2011). Quality of general medical care among patients with serious mental illness: Does colocation of services matter? Psychiatr Serv 62(8): 922-928.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colorectal cancer screening</li> </ul>
Martin, V; et al. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro betroffenem Fall</li> </ul>
Pleaver, S; et al. (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. Australas Psychiatry 18(2): 106-114.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Average length of acute inpatient stay (ALOS)</li> </ul>
Skews, G; et al. (2000). Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. Aust N Z J Ment Health Nurs 9(1): 11-18.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year</li> </ul>
Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle</li> <li>▪ Durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme</li> <li>▪ Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen pro betroffenen Fall</li> <li>▪ Anteil von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer</li> </ul>
Whyte, S; et al. (2007). Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cross-sectional study. Diabet Med 24(12): 1442-1448.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients with diabetes who have a record of total cholesterol in the previous 15 months</li> <li>▪ The percentage of patients with diabetes who have a record of serum creatinine testing in the previous 15 months</li> </ul>
Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician in order to obtain the patient's past psychiatric and/or medical history to develop common treatment goals and discharge plans</li> <li>▪ Family Involvement in Treatment</li> </ul>

Tabelle 5: Ermittelte relevante Indikatorvarianten

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<b>Indikatordatenbanken</b>	
4QD (2014). Anlagen zum Klinikmanual Psychatrie. Berlin: 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicherstellung geeigneter Verlaufskontrollen</li> </ul>
ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unplanned readmissions within 28 days</li> <li>▪ C11.1 Inpatient length of stay</li> <li>▪ Consumers – current completed care plans</li> <li>▪ Inpatients on 3 or more psychotropic medications at the time of discharge</li> <li>▪ Inpatients having at least 1 episode of seclusion in an admission</li> <li>▪ Seclusion – 2 or more episodes of seclusion</li> <li>▪ Inpatients having at least 1 episode of physical restraint</li> <li>▪ Mean number of episodes of seclusion per secluded inpatient</li> <li>▪ Seclusion – more than 4 hours in 1 episode</li> <li>▪ Consumers – admitted for psychiatric reasons in first year of treatment</li> <li>▪ Inpatients with an attempted or actual suicide in an admission</li> </ul>
<p>AIHW (2014). Mental health services in Australia. Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services Tables. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.</p> <p>Coombs, T; et al. (2011). Benchmarking Adult Mental Health Organizations. Australas Psychiatry 19(3): 215-220.</p> <p>Coombs, T; et al. (2011). Overview of the National Mental Health Benchmarking Project. Australas Psychiatry 19(1): 37-44.</p> <p>McKay, R; et al. (2011). Benchmarking older persons mental health organizations. Australas Psychiatry 19(1): 45-48.</p> <p>Brown, P; et al. (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. Curr Opin Psychiatry 22(6): 610-618.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Post-discharge community care:</li> <li>▪ 28 Day readmission rate: Percentage of separations from the mental health service or-ganisation’s acute psychiatric inpatient units that result in unplanned readmission to the same or to another public sector acute psychiatric inpatient unit within 28 days of discharge.</li> <li>▪ Average length of acute inpatient stay.</li> <li>▪ Local access to inpatient care</li> <li>▪ Population receiving care</li> <li>▪ Outcomes readiness</li> </ul>
ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freiheitsbeschränkenden Massnahmen</li> </ul>
NMHPS (2011). Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services – Second Edition. Queensland, Australien: National Mental Health Performance Subcommittee.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rate of seclusion</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
CIHI (2013). Health indicators 2013: definitions, data sources and rationale. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30-Day Mental Illness Readmission Rate: Risk-adjusted rate of readmission following discharge for a mental illness. A case is counted as a readmission if it is for a selected mental illness diagnosis and if it occurs within 30 days of the index episode of inpatient care. An episode of care refers to all contiguous hospitalizations and same-day surgery visits in general hospitals.</li> </ul>
CIHI (2013). Health Indicators 2013. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mental illness inpatient days</li> <li>▪ Percentage of patients with repeat hospitalizations for a mental illness</li> </ul>
TJC (2014). Hours of physical restraint use. In: Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hours of physical restraint use</li> </ul>
TJC (2014). Hours of seclusion use. In: Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hours of seclusion use</li> </ul>
TJC (2014). Patients discharged on multiple anti-psychotic medications. In: Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting on two or more antipsychotic medications</li> </ul>
TJC (2014). Post discharge continuing care plan created. In: Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting with a continuing care plan created</li> </ul>
SALAR (2013). Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions, Swedish National Board of Health and Welfare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Readmission within 14 and 28 Days after Treatment for Schizophrenia</li> <li>▪ Readmission within 3 and 6 Months after Treatment for Schizophrenia</li> <li>▪ Regular Treatment with Soporifics or Sedatives: High consumption is defined as at least 1½ defined daily doses over the period of a year</li> </ul>
NCOA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia: percentage of members 18 to 64 years of age with schizophrenia and cardiovascular disease who had an LDL-C test during the measurement year</li> <li>▪ Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia: percentage of members 18 to 64 years of age with schizophrenia and diabetes who had both an LDL-C test and an HbA1c test during the measurement year</li> </ul>
Employers, N; et al. (2009). Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. National Institute for Health, British Medical Association.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The proportion of those patients on Care programme approach (CPA) discharged from inpatient care who are followed up within 7 days</li> </ul>
The Scottish Government; et al. (2013). Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients aged 40 or over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
NHS; et al. (2010). Quality and Outcomes Framework Programme. NICE cost impact statement: QOF indicators for mental health. National Institute for Health and Clinical Excellence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NM 16. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 15 months</li> </ul>
NHS (2012). Indicators for Quality Improvement Report. UK: The NHS Information Centre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses with a review recorded in the preceding 15 months. In the review there should be evidence that the patient has been offered routine health promotion and prevention advice appropriate to their age, gender and health status</li> </ul>
Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of hospital discharges for individuals in the EPTS who have had at least one contact with EPTS within 30 days of discharge.</li> <li>▪ The percentage of family members who received formal education regarding psychosis (support, training in problem solving skills, and/or education about the illness).</li> <li>▪ The percentage of suicide attempts by patients per year</li> </ul>
Chinman, M; et al. (2003). An instrument to assess competencies of providers treating severe mental illness. Ment Health Serv Res 5(2): 97-108.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ This measure assesses the „Rehabilitation“ scale on the CAI; defined as „Practices professionally accepted psychiatric rehabilitation.</li> <li>▪ All clients can learn to accurately identify psychiatric symptoms and medication side effects</li> </ul>
DNIP (2010). Schizophrenia: Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project. Århus: The Danish National Indicator Project	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion of patients discharged to outpatient programs for whom an outpatients' visit is registered within 6 months of discharge</li> <li>▪ This measure is used to assess the proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients with schizophrenia receiving psychoeducation via a manualized course within 2 years of discharge.</li> </ul>
Hermann, R; et al. (2004). OECD Health Technical Papers No. 17. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation</li> <li>▪ Continuity of visits after mental health-related hospitalisation</li> <li>▪ Hospital readmissions for psychiatric patients</li> </ul>
OECD (2013). Definitions for Health Care Quality Indicators 2012-2013 HCQI Data Collection. Paris: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders: The denominator is the number of patients with at least one hospital admission during the year for schizophrenia or bipolar disorder as principal diagnosis or as one of the first two listed secondary diagnosis. The numerator is the number of these patients with at least one re-admission for any mental disorder to the same hospital within 30 days of discharge in the year. Patients with same-day admissions (less than 24 hours) are not included in the numerator</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<p>Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik</li> <li>▪ Jährliche kumulative stationär-psychiatrische Verweildauer</li> <li>▪ Plan zum Vorgehen bei Rezidiven</li> <li>▪ Vorhandensein sektorenübergreifender Qualitätszirkel</li> <li>▪ Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region</li> <li>▪ Plan zum Vorgehen bei Rezidiven bei Schizophrenie</li> <li>▪ Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt</li> <li>▪ Soziales Funktionsniveau (GAF)</li> <li>▪ Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten</li> <li>▪ Zwangsbehandlung</li> <li>▪ Psychotherapeutische Behandlung</li> <li>▪ Verfügbarkeit eines Krankheits-Selbstschulungsprogramms</li> <li>▪ Besuch einer Selbsthilfegruppe</li> <li>▪ Soziales Funktionsniveau (GAF)</li> </ul>
<p>RAND (2014). Evaluation of the SAMHSA Primary and Behavioral Health Care Integration (PBHCI) Grant Program. Final Report. Santa Monica, CA: RAND Corporation, Department of Health and Human Services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentage of hypertensive consumers who received education on the usage of nonpharmacological treatments</li> <li>▪ Consumers with hypertension who received education services related to hypertension, nutrition, cooking, physical activity, or exercise</li> </ul>
<b>Literaturrecherche</b>	
<p>Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Family psychoeducation provided to family</li> </ul>
<p>Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Community follow-up after hospitalization</li> <li>▪ Hospital readmission rate</li> <li>▪ community tenure</li> <li>▪ Vocational rehabilitation</li> <li>▪ Global functioning status[:] Percentage of patients who reported improvement or main-tenance of functional status, as measured by a standardized global functioning instrument</li> <li>▪ The percentage of patients who are receiving early psychosis treatment service and the percentage of family members who reported receiving formal education about psychosis</li> <li>▪ Psychoeducation, family and patients</li> <li>▪ Percentage of suicide attempts by patients per year</li> <li>▪ Global functioning status</li> </ul>
<p>Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582. Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 1(2): 157-167.</p> <p>Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Average length of stay (LOS) in acute care</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<p>Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Community (treatment service) follow-up after hospitalization</li> <li>▪ The percentage of family members who received formal education regarding psychosis (support, training in problem solving skills and/or education about the illness). The course must be longer than 6 months with more than 10 planned sessions.</li> </ul>
<p>Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.</p> <p>Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalence of suicide attempts in first year</li> </ul>
<p>Addington, D; et al. (2012). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. Can J Psychiatry 57(5): 317-323.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentage of stable first-episode patients with a relapse monitoring plan in place after medication discontinuation</li> <li>▪ Percentage of patients who are currently unemployed or not working and are currently receiving VR [vocational rehabilitation] services</li> <li>▪ Family intervention</li> </ul>
<p>Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 1(2): 157-167.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Community follow up after hospitalization.</li> <li>▪ Referral to vocational rehabilitation (VR) services</li> <li>▪ Global functional status</li> <li>▪ Family psychoeducation</li> <li>▪ Population-based admission rate</li> <li>▪ Prevalence of suicide attempts.</li> </ul>
<p>Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 1(2): 157-167.</p> <p>Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.</p> <p>Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumulative admissions to hospital</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<p>Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 63(6): 584-591.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Community follow-up after hospitalization</li> <li>▪ Hospital readmission rate</li> <li>▪ Assessment of independent living skills</li> <li>▪ Patients receive individual and (or) group therapies employing well-specified combinations of support, education, and behavioural and cognitive skills training approaches designed to address the specific deficits of people with schizophrenia.</li> <li>▪ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis</li> <li>▪ Psychoeducation for family members who have ongoing contact with the relative with schizophrenia</li> <li>▪ Monitoring critical incidents</li> <li>▪ Standardized mortality ratio for persons with schizophrenia within a specified catchment area</li> </ul>
<p>Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Number of follow-up sessions</li> <li>▪ Number of readmissions</li> <li>▪ Number of service users with individual/ recovery care plan</li> <li>▪ % of service users working in paid employment</li> <li>▪ % of service users in vocational/third-level education</li> <li>▪ Number of professionals</li> </ul>
<p>Chong, SA; et al. (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. <i>Ann Acad Med Singapore</i> 37(9): 791-796.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ALOS [average length of stay] in hospital</li> <li>▪ Increase networking partners</li> <li>▪ Increase in patients engaged in rehabilitation or age-appropriate roles</li> <li>▪ Increase in mean Global Assessment of Functioning Scale (GAF)</li> <li>▪ Percentage of caregivers of eligible patient provided with psychoeducation and support</li> <li>▪ Hospitalisation episodes and average length of stay (LOS)</li> <li>▪ Suicide rate</li> <li>▪ Increase in mean Global Assessment of Functioning Scale (GAF)</li> </ul>
<p>Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Aust Health Rev</i> 30(2): 174-180.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Readmission rate: an indicator of intermediate outcomes, given that unplanned readmission in the three months after discharge from an inpatient unit.</li> <li>▪ Acute inpatient ALOS[(average length of stay)] (21 days)</li> <li>▪ Change in HoNOS scores – community (11 %)</li> <li>▪ Change in HoNOS scores – inpatient (50 %)</li> <li>▪ Total adult caseload</li> </ul>
<p>Dausey, DJ; et al. (2009). Performance measurement for co-occurring mental health and substance use disorders. <i>Subst Abuse Treat Prev Policy</i> 4: 18.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The proportion of COD with an inpatient or day/night episode (SUD or MHD related) visit that have at least one SUD and one MHD outpatient clinic visit (or one integrated treatment visit) within thirty days of discharge</li> <li>▪ Measure 8 assesses the proportion of individuals with COD [Co-occurring mental health and substance use disorders] that were assessed for housing stability</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<p>Donisi, V; et al. (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outpatient follow-up care after acute psychiatric hospital discharge</li> <li>▪ Number of acute psychiatric hospitalizations with interval of ≤7 days / ≤30 days / ≤90 days / ≤180 days from previous acute psychiatric hospital discharge</li> <li>▪ Assessment of needs</li> <li>▪ Coercion measure indicator was calculated as percentage of users admitted for acute inpatient psychiatric care who experience seclusion per facility per year</li> <li>▪ Suicide (ICD-10 codes X60-X84)</li> <li>▪ Mortality</li> </ul>
<p>Druss, BG; et al. (2012). Mental comorbidity and quality of diabetes care under medicaid: A 50-state analysis. Medical Care 50(5): 428-433.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HbA1c testing during the measurement year</li> <li>▪ LDL screening</li> </ul>
<p>Gaebel, W; et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. European Psychiatry 27(2): 87-113.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Number of patients with mental illness and with physical illness monitoring divided by the total number of patients with mental illness</li> <li>▪ Number of patients with mental illness admitted to a psychiatric ward or other in-patient psychiatric service with psychiatric and medical assessment within 24 hours of admission divided by the number of admitted patients with mental illness.</li> </ul>
<p>Greenberg, GA; et al. (2005). Does System Reform Reduce Geographic Variation in Mental Health System Performance. Psychiatr Q 76(3): 231-242.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outpatient visit within 30 days of discharge</li> <li>▪ Percentage of patients with any psychiatric outpatient care in the 6 months after inpatient discharge.</li> <li>▪ Bi-months after inpatient discharge with two psychiatry clinic stops</li> <li>▪ average length of stay for all mental health inpatients.</li> </ul>
<p>Großimlinghaus, I; et al. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akuttherapie/Zwangmaßnahmen</li> <li>▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene</li> <li>▪ Langzeittherapie/Anzahl der Suizide und Suizidversuche</li> </ul>
<p>Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % of adults with a diagnosis of schizophrenia who have been discontinued from antipsychotic medications and have a documented plan for recognizing and responding to signs of relapse</li> <li>▪ Self-care assessment</li> <li>▪ Independent living skills assessment</li> <li>▪ Housing assessment</li> <li>▪ supported employment</li> <li>▪ vocational rehabilitation</li> <li>▪ Psychosocial evaluation</li> <li>▪ % of patients diagnosed with schizophrenia and receiving antipsychotic medication whose treatment plan included problem-focused individual or group therapy designed to address deficits associated with schizophrenia</li> <li>▪ % of individuals who had either 1 inpatient admission or 2 outpatient visits for schizophrenia within a 12-mo period who received education about their prescribed medications and side effects</li> </ul>



Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ family education</li> <li>▪ Psychosocial evaluation</li> </ul>
<p>Hermann, RC; et al. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>Int J Qual Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization</li> <li>▪ Continuity of visits after mental health-related hospitalization: % of persons hospitalized for psychiatric or substance-related disorder with at least one visit per month for 6 months after hospitalization</li> <li>▪ Hospital readmissions for psychiatric patients</li> <li>▪ Mortality for persons with severe psychiatric disorders</li> </ul>
<p>Hermann, RC; et al. (2006). Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. <i>Psychiatr Serv</i> 57(10): 1461-1467.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 outpatient visit attended within 7 days after discharge for a mental disorder</li> <li>▪ <math>\geq 1</math> visit in each 30-day interval in a 180-day period after discharge from inpatient mental health care</li> </ul>
<p>Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ follow-up care within 7 and 30 days of discharge from the first observed inpatient admission for schizophrenia</li> <li>▪ Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests</li> <li>▪ Follow-up care within 7 and 30 days of discharge from the first observed inpatient admission for schizophrenia</li> <li>▪ Nonclozapine antipsychotic polypharmacy: Simultaneous use of <math>\geq 2</math> nonclozapine anti-psychotics for <math>&gt;90</math> days</li> </ul>
<p>Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annual assessment of weight/BMI, glycemic control, lipids</li> <li>▪ Physical exam</li> <li>▪ Medical assessment (History)</li> <li>▪ Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting</li> <li>▪ Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting</li> <li>▪ Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person</li> <li>▪ family psychoeducation</li> </ul>
<p>Janssen, B; et al. (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. Ein Klinikvergleich. <i>Nervenarzt</i> 76(3): 315-326.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht mehr als 4 psychotrope Medikamente bei Entlassung [%]</li> <li>▪ Anteil der Ersterkrankten, die mindestens 3 Wochen Psychoedukation erhielten [%]</li> </ul>
<p>Leslie, DL; et al. (2000). Comparing Quality of Mental Health Care for Public-Sector and Privately Insured Populations. <i>Psychiatr Serv</i> 51(5): 650-655.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percent who received care within 30 days</li> <li>▪ Patients who received care within 180 days.</li> <li>▪ Days to first visit</li> <li>▪ Continuity of care</li> <li>▪ Percent of patients readmitted within 30 days</li> <li>▪ Percent of patients readmitted within 14 days</li> <li>▪ Percent of patients readmitted within 180 days</li> <li>▪ Length of stay in days</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
Leung, GY; et al. (2011). Behavioral health disorders and adherence to measures of diabetes care quality. <i>Am J Manag Care</i> 17(2): 144-150.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Any LDL-C test</li> <li>▪ Full adherence: defined as having an A1C test, an LDL-C test, a nephropathy test, and an eye examination</li> <li>▪ Any A1C test</li> </ul>
Martin, V; et al. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. <i>Psychiatr Prax</i> 34(1): 26-33.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle: Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl aller behandelten Fälle</li> <li>▪ Durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller Zwangsmaßnahmen.</li> <li>▪ Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle</li> </ul>
McEwan, KL; et al. (2002). Keeping mental health reform on course: Selecting indicators of mental health system performance. <i>Can J Community Ment Health</i> 21(1): 5-16.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Number of acute-care readmissions occurring within 30 days of discharge at the proportion of the total number of psychiatric separations per year</li> <li>▪ community-tenure for clients with serious mental illness</li> <li>▪ Proportion of persons with serious mental illness in supported employment/vocational/educational programs</li> </ul>
Owen, RR; et al. (2003). Mental Health QUERI Initiative: expert ratings of criteria to assess performance for major depressive disorder and schizophrenia. <i>Am J Med Qual</i> 18(1): 15-20.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Education on disease process within 3 mo[nths] of the initial diagnosis</li> </ul>
Perlman, CM; et al. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. <i>BMC Health Serv Res</i> 13: 15.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalence of physical restraints</li> </ul>
Pleaver, S; et al. (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australas Psychiatry</i> 18(2): 106-114.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mean time between discharge from an inpatient facility and first face-to-face appointment with a mental health provider from the same service</li> <li>▪ 28-day readmission rate</li> <li>▪ Percentage of consumers with an individual care plan – signed by the consumer</li> <li>▪ Percentage of antipsychotic polypharmacy at discharge</li> <li>▪ Percentage of consumers receiving psychoeducation during an inpatient admission</li> <li>▪ Percentage of carers/family receiving psychoeducation during an inpatient admission</li> </ul>
Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentage of patients with outpatient appointment within 30 days of discharge</li> <li>▪ Readmission rates</li> <li>▪ Average length of stay</li> <li>▪ Multidimensional functional assessment completed</li> <li>▪ Percentage of patients with schizophrenia whose functioning improves or is maintained over a 1-year period</li> <li>▪ Percentage of patients with serious mental illness and family contact who are offered family sessions</li> <li>▪ Multidimensional functional assessment completed</li> </ul>

Indikatorensystem/Indikatorendatenbank/Studie	Ermittelte relevante Indikatorvarianten
<p>Versteeg, MH; et al. (2012). Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. <i>Implement Sci</i> 7(1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS)</li> <li>▪ Social functioning, as measured by the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS), improved by 2 points for 100 % of patients with schizophrenia</li> </ul>
<p>Whyte, S; et al. (2007). Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cross-sectional study. <i>Diabet Med</i> 24(12): 1442-1448.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients with diabetes whose notes record BMI in the previous 15 months</li> <li>▪ The percentage of patients with diabetes who have a record of HbA1c or equivalent in the previous 15 months</li> <li>▪ The percentage of patients with diabetes who have a record of total cholesterol in the previous 15 months</li> <li>▪ The percentage of patients with diabetes in whom there is a record of smoking status in the previous 15 months, except those who have never smoked where smoking status should be recorded at least once since diagnosis (DM 3)</li> </ul>
<p>Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf</i> 34(7): 399-406.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients discharged on two or more antipsychotic medication (%)</li> <li>▪ Follow-up appointment for mental illness scheduled within 7 days of discharge.</li> <li>▪ Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician within 2 days of admission</li> <li>▪ Notification of the patient's hospitalization to the outpatient mental health provider with-in 2 days of admission</li> <li>▪ Notification of the patient's hospitalization to the outpatient mental health provider</li> <li>▪ Continuity of care</li> <li>▪ Median number of prescribed psychotropic medications at discharge</li> </ul>

## Anhang B.1: Potenzielle Interessenkonflikte der Panelexperten

Table 1: Übersicht über die potenziellen Interessenkonflikte der Teilnehmer des RAM-Panels

Name	Organisation/Institution/Unternehmen	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Brenner, Gabriele	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Gaebel, Wolfgang, Prof. Dr.	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Greve, Nils	Tagesklinik und Institutsambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie Solingen	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Heberlein, Ilse, Prof. Dr. Dr.	Deutscher Behindertenrat; Sozialverband Deutschland e.V.; Patientenvertreter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Mayer-Amberg, Norbert, Dr.	Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Möhrmann, Karl Heinz	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Mönter, Norbert, Dr.	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg GmbH	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein
Munk, Ingrid, Dr.	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Neukölln	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
Salize, Hans Joachim, Prof. Dr.	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Sauter, Dorothea	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Waller, Heiko, Prof. Dr.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.; Patientenvertreter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Wienforth, Egbert	Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Seelische Gesundheit	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Wolff-Menzler, Claus, Dr.	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Universitätsmedizin Göttingen)	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Zemke, Gabriele	Martin Gropius Krankenhaus GmbH	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Zinkler, Martin, Dr.	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

- Frage 1: Sind oder waren Sie bei einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter<sup>1</sup> abhängig beschäftigt (angestellt)? Wenn ja, wo und in welcher Position?
- Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt<sup>2</sup> beraten? Wenn ja, wen?
- Frage 3: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare erhalten für: Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel? Wenn ja, von wem und für welche Tätigkeiten?
- Frage 4: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution<sup>3</sup>, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldung erhalten? Wenn ja, von wem und für welche Tätigkeit?
- Fragen 5: Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z.B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten? Wenn ja, von wem und aus welchem Anlass?
- Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) von einer Firma oder Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört? Wenn ja, von wem?

---

<sup>1</sup> Gemeint sind Interessenverbände von Leistungserbringern, den Krankenkassen, der pharmazeutischen und der Medizinprodukteindustrie sowie den Herstellern medizinspezifischer Software.

<sup>2</sup> „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang: z.B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entscheidende Person, Institution oder Firma tätig wird.

<sup>3</sup> Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z.B.: Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

**Anhang B.2: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, online „Relevanz“**

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Konsens	Relevanz
01*	8	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
02	8	13,3	13,3	73,3	15	0	0	2
03*	8	13,3	6,7	80,0	15	0	1	1
04	7	26,7	13,3	60,0	15	0	0	2
05	7	26,7	20,0	53,3	15	0	0	2
06	8	20,0	6,7	73,3	15	0	0	2
07	8	13,3	20,0	66,7	15	0	0	2
08*	9	6,7	0	93,3	15	0	1	1
09	8	20,0	20,0	60,0	15	0	0	2
10	7	13,3	26,7	60,0	15	0	0	2
11	7	20,0	13,3	66,7	15	0	0	2
12	6	20,0	33,3	46,7	15	0	0	2
13	7	13,3	20,0	66,7	15	0	0	2
14	8	13,3	13,3	73,3	15	0	0	2
15*	8	20,0	0	80,0	15	0	1	1
16*	8	0	20,0	80,0	15	0	1	1
17	8	6,7	20,0	73,3	15	0	0	2
18	6	20,0	33,3	46,7	15	0	0	2
19*	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
20	8	26,7	0	73,3	15	0	0	2
21	8	13,3	26,7	60,0	15	0	0	2
22*	9	6,7	13,3	80,0	15	0	1	1
23*	8	0	13,3	86,7	15	0	1	1
24	7	0	40,0	60,0	15	0	0	2
25*	7	13,3	6,7	80,0	15	0	1	1
26*	8	6,7	0	93,3	15	0	1	1
27*	8	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
28*	8	0	6,7	93,3	15	0	1	1
29	4	46,7	33,3	20,0	15	0	0	2
30	5	33,3	40,0	26,7	15	0	0	2
31	8	6,7	33,3	60,0	15	0	0	2
32	8	6,7	20,0	73,3	15	0	0	2
33*	8	13,3	0	86,7	15	0	1	1
34*	8	6,7	13,3	80,0	15	0	1	1
35	8	13,3	13,3	73,3	15	0	0	2
36*	9	0	0	100	15	0	1	1

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Konsens	Relevanz
37*	9	13,3	6,7	80,0	15	0	1	1
38*	9	6,7	0	93,3	15	0	1	1
39*	9	20,0	0	80,0	15	0	1	1
40	7	13,3	26,7	60,0	15	0	0	2
41*	9	0	13,3	86,7	15	0	1	1
42	8	6,7	20,0	73,3	15	0	0	2
43*	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
44*	9	13,3	6,7	80,0	15	0	1	1
45	7	6,7	40,0	53,3	15	0	0	2
46	8	6,7	33,3	60,0	15	0	0	2
47	8	13,3	13,3	73,3	15	0	0	2
48	7	13,3	33,3	53,3	15	0	0	2
49	8	20,0	6,7	73,3	15	0	0	2
50*	7	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
51	7	26,7	13,3	60,0	15	0	0	2
52	7	26,7	20,0	53,3	15	0	0	2
53*	8	6,7	6,7	86,7	15	0	1	1
54*	9	6,7	13,3	80,0	15	0	1	1
55	7	6,7	33,3	60,0	15	0	0	2
56	7	26,7	20,0	53,3	15	0	0	2

## Legende

Die farblich und mit \* markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „relevant“ beurteilt.

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Anzahl der ungültigen Wertungen

### Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

### Relevanz:

1 = relevant (Median in [7–9], kein Dissens)

2 = Relevanz fraglich (Median in [4–6] oder Dissens und Median in [1–3] oder [7–9])

3 = nicht relevant (Median in [1–3], kein Dissens)

## Anhang B.3: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, Paneltreffen „Relevanz“

**Indikatoren ohne Varianten:** ein Indikator wurde als relevant bewertet, wenn der Median und mindestens 75 % aller Bewertungen im Bereich 7–9 liegen.

**Indikatoren mit Varianten:** zunächst wurde geprüft, ob ein Indikator grundsätzlich von den Panelexperten als relevant bewertet wurde. Dies traf zu, wenn mindestens 75 % der Panelexperten den Ursprungsindikator oder eine der Varianten relevant fanden (Bewertung 7–9). Traf dies nicht zu, wurde der Indikator von der Bewertungsrunde 2 ausgeschlossen (siehe jeweils erste Zeile zu einer Indikator-ID).

Anschließend wurde für die verbliebenen Indikatoren die relevanteste Variante ermittelt. Ausschlaggebend waren der Median und die Anzahl der Bewertungen zwischen 7 und 9. Dadurch ist es möglich, dass eine Variante als relevant ausgewiesen wird, obwohl sie das 75 %-Kriterium der Relevanz nicht erfüllt.

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
01	15	13 (86,7)						1	1
01			6,5	35,7	14,3	50,0	1		
01a			3,5	50,0	25,0	25,0	3		
01b			4	45,5	27,3	27,3	4		
01c			1	72,7	18,2	9,1	4		
01d			2	54,6	18,2	27,3	4		
01e*			8	30,0	0	70,0	5		
02	15	8 (53,3)						0	2
02			4	50,0	7,1	42,9	1		
02a			2	58,3	16,7	25,0	3		
02b			1	83,3	0	16,7	3		
02c			2,5	58,3	16,7	25,0	3		
03 <sup>1</sup>	15	11 (73,3)						0	2
03			5	42,9	14,3	42,9	1		
03a			1	75,0	8,3	16,7	3		
03b			1	54,5	18,2	27,3	4		
03c			3	54,5	9,1	36,4	4		
04	14	8 (53,3)						0	2
04			4	50,0	14,3	35,7	1		
04a			6,5	33,3	16,7	50,0	3		
05	15	3 (20,0)						0	2
05			3	53,3	33,3	13,3	0		
05a			2	66,7	16,7	16,7	3		
06	15	9 (60,0)						0	2
06			3,5	50,0	7,1	42,9	1		
06a			2	75,0	8,3	16,7	3		
06b			2	66,7	8,3	25,0	3		
06c			4,5	50,0	8,3	41,7	3		



Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
07	15	8 (53,3)						0	2
07			5	46,7	20,0	33,3	0		
07a			6	36,4	18,2	45,5	4		
08	15	12 (80,0)						1	1
08			6,5	35,7	14,3	50,0	1		
08a			2	81,8	9,1	9,1	4		
08b			2	54,5	18,2	27,3	4		
08c*			8,5	41,7	0	58,3	3		
09	15	9 (60,0)						0	2
09			4,5	50,0	21,4	28,6	1		
09a			8	16,7	16,7	66,7	3		
10	15	7 (46,7)	6	33,3	20,0	46,7	0	0	2
11	15	6 (40,0)	6	46,7	13,3	40,0	0	0	2
12	15	4 (26,7)						0	2
12			3	78,6	0	21,4	1		
12a			1	81,8	0	18,2	4		
13	14	6 (42,9)						0	2
13			3,5	50,0	14,3	35,7	1		
13a			2	66,7	11,1	22,2	6		
14	15	6 (40,0)						0	2
14			2,5	57,1	7,1	35,7	1		
14a			2	58,3	16,7	25,0	3		
15	15	9 (60,0)	7	33,3	6,7	60,0	0	0	2
16	15	10 (66,7)	8	13,3	20,0	66,7	0	0	2
17	15	7 (46,7)						0	2
17			4	50,0	21,4	28,6	1		
17a			3	54,6	18,2	27,3	4		
17b			5,5	41,7	25,0	33,3	3		
18	15	4 (26,7)						0	2
18			5	40,0	33,3	26,7	0		
18a			1	63,6	18,2	18,2	4		
19	15	12 (80,0)						1	1
19*			7	38,5	0	61,5	2		
19a			7	46,7	0	53,3	0		
19b			1,5	71,4	0	28,6	1		

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz	
20	15	14 (93,3)							1	1
20			6	23,1	30,8	46,2	2			
20a			3	53,9	15,4	30,8	2			
20b*			8	30,8	7,7	61,5	2			
20c			7	30,8	15,4	53,9	2			
21	15	14 (93,3)							1	1
21			7	33,3	13,3	53,3	0			
21a*			8,5	14,3	7,1	78,6	1			
22*	14	13 (92,9)	8,5	7,1	0	92,9	1	1	1	
23 <sup>2</sup>	14	13 (92,9)	9	7,1	0	92,9	1	1	1	
24 <sup>2</sup>	14	7 (46,7)	7	21,4	21,4	57,1	1	0	2	
25 <sup>2</sup>	14	6 (42,9)	5,5	35,7	21,4	42,9	1	0	2	
26 <sup>2</sup>	14	13 (92,9)	9	7,1	0	92,9	1	1	1	
27 <sup>2</sup>	14	13 (92,9)	9	7,1	0	92,9	1	1	1	
28	12	6 (50,0)	5,5	41,7	8,3	50,0	3	0	2	
29	15	1 (6,7)	1	93,3	0	6,7	0	1	3	
30	15	2 (13,3)	2	86,7	0	13,3	0	1	3	
31*	14	12 (85,7)	9	7,1	7,1	85,7	1	1	1	
32	14	4 (28,6)	2,5	71,4	0	28,6	1	0	2	
33	15	11 (73,3)							0	2
33			8	33,3	0	66,7	0			
33a			2	66,7	16,7	16,7	3			
34	15	12 (80,0)							1	1
34			4	42,9	21,4	35,7	1			
34a			7	28,6	21,4	50,0	1			
34b*			8,5	21,4	7,1	71,4	1			
35	15	13 (86,7)							1	1
35*			9	7,1	7,1	85,7	1			
35a			2	60,0	13,3	26,7	0			
35b			2	69,2	15,4	15,4	2			
36*	15	15 (100)	9	0	0	100	0	1	1	
37	15	6 (40,0)	5	46,7	13,3	40,0	0	0	2	
38	15	3 (20,0)	1	60,0	20,0	20,0	0	0	2	
39	15	4 (26,7)	1	73,3	0	26,7	0	0	2	
40	15	8 (53,3)	8	40,0	6,7	53,3	0	0	2	

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
41	15	12 (80,0)						1	1
41			2	53,9	15,4	30,8	2		
41a*			9	7,1	7,1	85,7	1		
42	15	7 (46,7)						0	2
42			2	60,0	13,3	26,7	0		
42a			1,5	66,7	8,3	25,0	3		
42b			1	83,3	16,7	0	3		
42c			1	83,3	8,3	8,3	3		
43	15	15 (100)						1	1
43*			8	15,4	7,7	76,9	2		
43a			1	75,0	16,7	8,3	3		
43b			9	28,6	0	71,4	1		
44	15	12 (80,0)						1	1
44			3	53,9	15,8	30,8	2		
44a			1	92,9	7,1	0	1		
44b			1	85,1	14,3	0	1		
44c*			7	40,0	6,7	53,3	0		
44d			2	64,3	7,1	28,6	1		
45	14	10 (71,4)	7,5	21,4	7,1	71,4	1	0	2
46	15	5 (33,3)	6	40,0	26,7	33,3	0	0	2
47	15	10 (66,7)	8	26,7	6,7	66,7	0	0	2
48	15	10 (66,7)						0	2
48			4	50,0	21,4	28,6	1		
48a			2	53,9	30,8	15,4	2		
48b			7	30,8	15,4	53,9	2		
48c			2,5	57,1	0	42,9	1		
49 <sup>1</sup>	14	10 (71,4)						0	2
49			5	46,1	23,1	30,8	2		
49a			2	53,9	15,4	30,8	2		
49b			9	33,3	0	66,7	3		
50	15	12 (80,0)						1	1
50			5	42,9	21,4	35,7	1		
50a			3	53,9	23,1	23,1	2		
50b			2	61,5	15,4	23,1	2		
50c*			8	23,1	15,4	61,5	2		

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
51	15	4 (26,7)						0	2
51			1,5	78,6	0	21,4	1		
51a			2	54,6	9,1	36,4	4		
52	15	3 (20,0)						0	2
52			2	73,3	6,7	20,0	0		
52a			2	60,0	10,0	30,0	5		
53	14	7 (50,0)						0	2
53			2	57,1	7,1	35,7	1		
53a			1	83,3	8,3	8,3	3		
53b			1	76,9	7,7	15,4	2		
53c			1	63,6	9,1	27,3	4		
54	15	10 (66,7)						0	2
54			5,5	42,9	14,3	42,9	1		
54a			9	21,4	14,3	64,3	1		
55	15	9 (60,0)	8	40,0	0	60,0	0	0	2
56	15	7 (46,7)						0	2
56			3,5	50,0	28,6	21,4	1		
56a			1	63,6	27,3	9,1	4		
56b			4	46,2	7,7	46,2	2		
Indikator-ID 57 wurde beim Nummerieren der Indikatoren versehentlich übersprungen.									
58	12	8 (66,7)	8,5	0	33,3	66,7	3	0	2
59*	15	14 (93,3)	9	6,7	0	93,3	0	1	1
60	15	9 (60,0)	8	20,0	20,0	60,0	0	0	2
61*	15	12 (80,0)	9	6,7	13,3	80,0	0	1	1
62*	15	14 (93,3)	9	6,7	0	93,3	0	1	1
63	12	5 (41,7)						0	2
63			4	50,0	25,0	25,0	3		
63a			3	55,6	0	44,4	6		

## Legende

Die farblich und mit \* markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „relevant“ beurteilt.

Die beiden mit einer <sup>1</sup> markierten Indikatoren sind 2 Indikatoren, die während der Bewertungsrunde 1 nicht besprochen werden konnten, das Relevanzkriterium nur aufgrund eines einzigen Bewertungspunktes nicht erreicht hatten. Da diese Indikatoren von den Panelexperten noch nicht diskutiert worden waren, wurden sie in die Bewertungsrunde 2 übernommen, um die Relevanz nach der Diskussion der beiden Indikatoren abschließend erneut zu bewerten.

Bei Indikatoren, die mit einer <sup>2</sup> markiert sind, haben sich die Panelexperten im Konsens dazu entschieden, die Indikatoren zu einem Indikator (ID 59) zusammenzufassen. Von der Relevanz-Bewertung der mit einer <sup>2</sup> markierten Indikatoren hängt ab, ob sie in den Indikator 59 eingeschlossen werden sollen (Indikatoren, die als „relevant“ bewertet wurden, sollen in den Indikator 59 eingeschlossen werden)

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Summe der ungültigen Wertungen und der fehlenden Wertungen

### Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

### Relevanz:

1 = relevant (Median in [7-9], kein Dissens)

2 = Relevanz fraglich (Median in [4-6] oder Dissens und Median in [1-3] oder [7-9])

3 = nicht relevant (Median in [1-3], kein Dissens)

## Anhang B.4: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 1, schriftlich „Relevanz“ nachträglich bewertet

**Indikatoren ohne Varianten:** ein Indikator wurde als relevant bewertet, wenn der Median und mindestens 75 % aller Bewertungen im Bereich 7–9 liegen.

**Indikatoren mit Varianten:** zunächst wurde geprüft, ob ein Indikator grundsätzlich von den Panelexperten als relevant bewertet wurde. Dies traf zu, wenn mindestens 75 % der Panelexperten den Ursprungsindikator oder eine der Varianten relevant fanden (Bewertung 7–9). Traf dies nicht zu, wurde der Indikator von der zweiten Bewertungsrunde ausgeschlossen (siehe jeweils erste Zeile zu einer Indikator-ID).

Anschließend wurde für die verbliebenen Indikatoren die relevanteste Variante ermittelt. Ausschlaggebend waren der Median und die Anzahl der Bewertungen zwischen 7 und 9. Dadurch kommt es vor, dass eine Variante als relevant ausgewiesen wird, obwohl sie das 75 %-Kriterium der Relevanz nicht erfüllt.

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
64	15	3 (20,0)	2	73,3	6,7	20,0	0	0	2
65	15	2 (13,3)	1	73,3	13,3	13,3	0	0	2
66	15	1 (6,7)	2	80,0	13,3	6,7	0	1	3
67	15	11 (73,3)						0	2
67			5	40,0	13,3	46,7	0		
67a			6	45,5	9,1	45,5	4		
67b*			7	27,3	9,1	63,6	4		
67c			7	36,4	0	63,6	4		
68	15	5 (33,3)						0	2
68			1	66,7	13,3	20,0	0		
68a			3,5	50,0	16,7	33,3	3		
69*	15	9 (60,0)	8	33,3	6,7	60,0	0	0	2
70*	14	9 (64,3)	8,5	28,6	7,1	64,3	1	0	2
71	15	5 (33,3)	5	40,0	26,7	33,3	0	0	2
72	15	3 (20,0)	1	60,0	20,0	20,0	0	0	2
73	15	5 (33,3)	3	53,3	13,3	33,3	0	0	2
74	15	3 (20,0)	3	60,0	20,0	20,0	0	0	2
75	15	6 (40,0)	6	46,7	13,3	40,0	0	0	2
76	15	9 (60,0)						0	2
76*			7	33,3	13,3	53,3	0		
76a			5	37,5	25,0	37,5	7		
77	15	9 (60,0)						0	2
77			4,5	42,9	21,4	64,3	1		
77a*			8	28,6	7,1	64,3	1		
77b			2	58,3	25,0	16,7	3		
77c			1,5	66,7	8,3	25,0	3		
78	15	6 (40,0)	5	46,7	13,3	40,0	0	0	2

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
79	15	5 (33,3)	2	53,3	13,3	33,3	0	0	2
80*	15	9 (60,0)	8	20,0	20,0	60,0	0	0	2
81	15	5 (33,3)	5	40,0	26,7	33,3	0	0	2
82	15	7 (46,7)	6	33,3	20,0	46,7	0	0	2
83*	14	7 (50,0)	6,5	42,9	7,1	50,0	1	0	2
84	15	5 (33,3)	2	53,3	13,3	33,3	0	0	2
85*	15	10 (66,7)	7	13,3	20,0	66,7	0	0	2
86	15	6 (40,0)						0	2
86	6		26,7	46,7	26,7	0			
86a	8,5		12,5	25,0	62,5	7			
87	14	6 (42,9)	5,5	28,6	28,6	42,9	1	0	2
88	15	4 (26,7)	3	60,0	13,3	26,7	0	0	2
89	15	7 (46,7)	6	33,3	20,0	46,7	0	0	2
90	15	7 (46,7)	6	33,3	20,0	46,7	0	0	2
91	15	2 (13,3)	3	53,3	33,3	13,3	0	0	2
92	15	3 (20,0)						0	2
92	1		73,3	6,7	20,0	0			
92a	2		60,0	10,0	30,0	5			
92b	3		55,6	22,2	22,2	6			
93	15	4 (26,7)						0	2
93	1		66,7	13,3	20,0	0			
93a	2		54,6	18,2	27,3	4			
93b	1,5		60,0	10,0	30,0	5			
94	15	3 (20,0)						0	2
94	1		60,0	20,0	20,0	0			
94a	2		60,0	20,0	20,0	5			
95	15	5 (33,3)	6	26,7	40,0	33,3	0	0	2
96	15	4 (26,7)	1	66,7	6,7	26,7	0	0	2
97	15	5 (33,3)	5	40,0	26,7	33,3	0	0	2
98	15	5 (33,3)	5	40,0	26,7	33,3	0	0	2
99	15	4 (26,7)	3	53,3	20,0	26,7	0	0	2
100	15	6 (40,0)	4	46,7	13,3	40,0	0	0	2
101	14	6 (42,9)	4,5	50,0	7,1	42,9	1	0	2
102	14	1 (7,1)	1	85,7	7,1	7,1	1	1	3

## Legende

Die farblich und mit \* markierten Indikatoren, sind die Indikatoren, die anhand der Relevanz-Bewertung mit in die Bewertungsrunde 2 übernommen wurden. Da absehbar war, dass die Diskussion der Relevanz und ggf. Praktikabilität der 39 nachgereichten Indikatoren sowie die Diskussion und Bewertung der Praktikabilität der 19 als relevant bewerteten Indikatoren im nächsten Paneltreffen nicht zu leisten sein würde, wurde nur ein Teil der 39 Indikatoren in die nächste Bewertungsrunde übernommen. In Rücksprache mit den Experten wurde sich daher für folgendes methodisches Vorgehen entschieden:

Von den 39 nachgereichten Indikatoren wurden alle Indikatoren in die Bewertungsrunde 2 übernommen, die mindestens die Hälfte der Experten mit einer 7, 8 oder 9 der Bewertungsskala bewertet haben.

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Summe der ungültigen Wertungen und der fehlenden Wertungen

### Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

### Relevanz:

1 = relevant (Median in [7-9], kein Dissens)

2 = Relevanz fraglich (Median in [4-6] oder Dissens und Median in [1-3] oder [7-9])

3 = nicht relevant (Median in [1-3], kein Dissens)



**Anhang B.5: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, online „Praktikabilität“**

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Praktikabilität
01e	8	6,7	13,3	80,0	15	0	1
03	7	26,7	20,0	53,3	15	0	1
08c	7	20,0	20,0	60,0	15	0	1
19	8	6,7	33,3	60,0	15	0	1
20b	8	13,3	13,3	73,3	15	0	1
21a	7	20,0	13,3	66,7	15	0	1
22	8	20,0	6,7	73,3	15	0	1
31	4	33,3	33,3	33,3	15	0	1
34b	8	0	26,7	73,3	15	0	1
35	5	6,7	13,3	80,0	15	0	1
36	9	0	0	100	15	0	1
41a	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1
43	8	26,7	6,7	66,7	15	0	1
44c	5	26,7	26,7	46,7	15	0	1
49b	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1
50c	8	0	26,7	73,3	15	0	1
59	9	26,7	6,7	66,7	15	0	1
61	8	6,7	13,3	80,0	15	0	1
62	9	13,3	0	86,7	15	0	1
67b	5	26,7	33,3	40,0	15	0	1
69	7	20,0	26,7	53,3	15	0	1
70	7	20,0	26,7	53,3	15	0	1
76	4	46,7	20,0	33,3	15	0	1
77a	8	20,0	20,0	60,0	15	0	1
80	8	20,0	6,7	73,3	15	0	1
83	7	26,7	20,0	53,3	15	0	1
85	5	33,3	26,7	40,0	15	0	1

**Legende**

Alle Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „praktikabel“ beurteilt.

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Anzahl der ungültigen Wertungen

Praktikabilität:

1 = praktikabel

0 = nicht praktikabel

Ein Indikator gilt als praktikabel, wenn der Median  $\geq 4$  ist.

## Anhang B.6: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, Paneltreffen „Relevanz“

**Indikatoren ohne Varianten:** ein Indikator wurde als relevant bewertet, wenn der Median und mindestens 75 % aller Bewertungen im Bereich 7–9 liegen.

**Indikatoren mit Varianten:** zunächst wurde geprüft, ob ein Indikator grundsätzlich von den Panelexperten als relevant bewertet wurde. Dies traf zu, wenn mindestens 75 % der Panelexperten den Ursprungsindikator oder eine der Varianten relevant fanden (Bewertung 7–9). Traf dies nicht zu, wurde der Indikator von der Bewertungsrunde 2 ausgeschlossen (siehe jeweils erste Zeile zu einer Indikator-ID).

Anschließend wurde für die verbliebenen Indikatoren die relevanteste Variante ermittelt. Ausschlaggebend waren der Median und die Anzahl der Bewertungen zwischen 7 und 9. Dadurch ist es möglich, dass eine Variante als relevant ausgewiesen wird, obwohl sie das 75 %-Kriterium der Relevanz nicht erfüllt.

Indikator-ID	n	Anzahl Experten mind. eine Bewertung in [7,8,9]	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	„99“	Konsens	Relevanz
03* <sup>1</sup>	14	12 (85,7)	9	0	14,3	85,7	1	1	1
05 <sup>2</sup>	15	12 (80,0)						1	1
05			2	66,7	13,3	20,0	0		
05a*			9	6,7	20,0	73,3	0		
39 <sup>2</sup>	14	12 (85,7)						1	1
39			6	28,6	21,4	50,0	1		
39a*			8,5	14,3	0	85,7	1		
39b			7	35,7	7,1	57,1	1		
44c <sup>3</sup>	15	9 (60,0)	8	33,3	6,7	60,0	0	0	2
45 <sup>2</sup>	15	10 (66,7)	8	20,0	13,3	66,7	0	0	2
49b* <sup>1</sup>	15	15 (100)	9	0	0	100	0	1	1
57* <sup>4</sup>	14	14 (100)	9	0	0	100	1	1	1
67b* <sup>5</sup>	15	13 (86,7)	9	13,3	0	86,7	0	1	1
69 <sup>5</sup>	15	7 (46,7)	6	46,7	6,7	46,7	0	0	2
70* <sup>5</sup>	15	14 (93,3)	9	6,7	0	93,3	0	1	1
76 <sup>5</sup>	15	7 (46,7)						0	2
76			2	66,7	13,3	20,0	0		
76a			4,5	50,0	7,1	42,9	1		
76b			2,5	64,3	0	35,7	1		
77a* <sup>5</sup>	15	12 (80,0)	8	13,3	6,7	80,0	0	1	1
80* <sup>5</sup>	15	13 (86,7)	9	13,3	0	86,7	0	1	1
83 <sup>5</sup>	14	8 (57,1)	8	14,3	28,6	57,1	1	0	2
85* <sup>5</sup>	15	14 (93,3)	8	6,7	0	93,3	0	1	1
103* <sup>4</sup>	13	11 (84,6)	9	15,4	0	84,6	2	1	1
104* <sup>4</sup>	13	10 (76,9)	9	23,1	0	76,9	2	1	1

## Legende

Die farblich und mit \* markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „relevant“ beurteilt.

Die mit einer <sup>1</sup> markierten Indikatoren sind Indikatoren, bei denen das Relevanzkriterium nur aufgrund eines einzigen Bewertungspunktes nicht erfüllt wurde, aber zu denen aus Zeitgründen keine ausführliche Paneldiskussion stattfinden konnte. Es wurde dann jeweils die als am relevantesten bewertete Variante in der Bewertungsrunde 2 nach Diskussion der Panelexperten erneut bewertet.

Die mit einer <sup>2</sup> markierten Indikatoren sind Indikatoren, die zunächst nicht als relevant bewertet wurden, in der Bewertungsrunde 2 aber erneut diskutiert und nochmals hinsichtlich der Relevanz sowie bezüglich ihrer Praktikabilität bewertet wurden.

Der mit einer <sup>3</sup> markierte Indikator wurde im Rahmen der Diskussion zur Praktikabilität umfassend geändert, sodass die Experten eine erneute Bewertung der Relevanz als notwendig erachteten.

Die mit einer <sup>4</sup> markierten Indikatoren wurden während der Bewertungsrunde 2 neu definiert.

Die mit einer <sup>5</sup> markierten Indikatoren sind nachgereichte Indikatoren, deren abschließende Relevanz-Bewertung in der Bewertungsrunde 2 nachgeholt wurde.

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Summe der ungültigen Wertungen und der fehlenden Wertungen

### Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

### Relevanz:

1 = relevant (Median in [7–9], kein Dissens)

2 = Relevanz fraglich (Median in [4–6] oder Dissens und Median in [1–3] oder [7–9])

3 = nicht relevant (Median in [1–3], kein Dissens)

## Anhang B.7: Einzelbewertungen Bewertungsrunde 2, Paneltreffen „Praktikabilität“

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Praktikabilität
01e*	8	14,3	0	85,7	14	1	1
03	2,5	57,1	7,1	35,7	14	1	0
05a*	9	13,3	6,7	80,0	15	0	1
08c*	7,5	7,1	14,3	78,6	14	1	1
19*	8,5	14,3	28,6	57,1	14	1	1
20b*	8,5	35,7	0	64,3	14	1	1
21a*	8	21,4	7,1	71,4	14	1	1
22	3	53,3	6,7	40,0	15	0	0
22_a*	4	46,7	13,3	40,0	15	0	1
31	2	60,0	13,3	26,7	15	0	0
31_a*	4	35,7	21,4	42,9	14	1	1
34*	9	21,4	0	78,6	14	1	1
34_a*	8	25,0	0	75,0	12	3	1
35*	9	7,1	14,3	78,6	14	1	1
36*	9	0	0	100	15	0	1
39a*	8	15,4	7,7	76,9	13	2	1
41a*	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1
43*	8	26,7	0	73,3	15	0	1
49b*	9	0	0	100	14	1	1
50c*	9	6,7	6,7	86,7	15	0	1
57*	9	0	0	100	14	1	1
59*	9	14,3	7,1	78,6	14	1	1
61*	7	26,7	20,0	53,3	15	0	1
62*	7	26,7	13,3	60,0	15	0	1
67b*	8	15,4	23,1	61,5	13	2	1
67b_a*	7	23,1	15,4	61,5	13	2	1
70*	7	33,3	6,7	60,0	15	0	1
70_a*	9	6,7	0	93,3	15	0	1
77a*	7	26,7	6,7	66,7	15	0	1
80*	8	13,3	26,7	60,0	15	0	1
85*	7	13,3	33,3	53,3	15	0	1
103*	13	15,4	7,7	76,9	13	2	1
104*	8	23,1	7,7	69,2	13	2	1

### Legende

Die farblich und mit \* markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „praktikabel“ beurteilt.

n = Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“ = Anzahl der ungültigen Wertungen

Praktikabilität:

1 = praktikabel

0 = nicht praktikabel

Ein Indikator gilt als praktikabel, wenn der Median  $\geq 4$  ist.

## Anhang B.8: Mögliche Instrumente zur Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten mittels Patientenbefragung

Instrumente wurden genommen aus:

McCabe, R; et al. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry 191(suppl. 50): s21-s28.

Millier, A; et al. (2014). Patient Reported Outcomes Instruments in Schizophrenia: A Review of Psychometric Properties. Open J Medical Psychology 3: 141-156.

Reininghaus, U; et al. (2012). Measuring patient-reported outcomes in psychosis: conceptual and methodological review. Br J Psychiatry 201(4): 262-267.

Instrumente
<b>Lebensqualität</b>
Social Maladjustment Schedule
Satisfaction with Life Domains Scale
Satisfaction With Life scale
Quality of Life Interview
Client Quality of Life Interview
California Well-Being Project Client Interview
Lancashire Quality of Life Profile
EuroQOL-5D
Oregon Quality of Life Questionnaire
Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey
15D
Subjective Well-Being under Neuroleptics Scale
Health Utilities Index Mark 3
Quality of Life Questionnaire
World Health Organization Quality of Life Instrument
Manchester Short Assessment of Quality of Life
Schizophrenia Quality of Life Scale
Impact of Wight in Quality of Life-Lite
Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
Quality-of-Life Questionnaire in Schizophrenia
Wisconsin Quality of Life Index
Subjective Quality of Life Analysis
The Tolerability and Quality of Life Questionnaire
The Schizophrenia Quality of Life Scale
The Quality of Life Measure for Persons with Schizophrenia
51-item Schizophrenia Outcomes Assessment Project
Assessment of Quality of Life

<b>Instrumente</b>
<b>Behandlungszufriedenheit</b>
Verona Service Satisfaction Scale
Client Satisfaction Questionnaire
Patient Satisfaction Questionnaire
Lund Patient Satisfaction Questionnaire
Client Assessment of Treatment scale
Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire
Satisfaction with Antipsychotic Medication
Medication Satisfaction Questionnaire
Drug Attitudes Inventory
The Subjective Response to Antipsychotics Questionnaire
The Work-Related Subjective Experience scale
<b>Therapeutische Beziehung</b>
Scale to Assess the Therapeutic Relationship
Therapist-Patient Relationship Scale with Schizophrenic Patients
Working Alliance Inventory (client version)
Helping Alliance Scale
Two-Way Communication Checklist
Integrative Psychotherapy Alliance Scale
Therapeutic Alliance Scale
California Psychotherapy Alliance Scales
Approaches to Schizophrenia Communication Scale
<b>Bedürfnisse</b>
Camberwell Assessment of Need
Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule
Perceived Need for Care Questionnaire
Needs Assessment Scale
<b>Symptome</b>
Brief Symptom Inventory
Symptom Checklist-90-R
The Brief Symptom Inventory
The Positive and Negative Symptoms Questionnaire
The Magical Ideation Scale
The Snaith-Hamilton Pleasure Scale
The Temporal Experience Pleasure Scale
The Eppendorf Schizophrenia Inventory
The Frankfurt Complaint Questionnaire
Psychosis Proneness Scales

<b>Instrumente</b>
Reasons for Substance Use in Schizophrenia Scale
The World Health Organization Disability Assessment Schedule
<b>Krankheitseinsicht</b>
Insight Scale
The Birchwood Insight Scale
The Self-Appraisal of Illness Questionnaire
The Beck Cognitive Insight Scale
The Awareness of Being a Patient Scale
<b>Wohlbefinden</b>
The Beck Depression Inventory
Paranoid-Depressivity Scale
Frankfurter Befindlichkeitsskala
Suicide Anger Expression Inventory
<b>Empowerment und Recovery</b>
Empowerment Scale
Mental Health Recovery Measure
Recovery Assessment Scale
<b>Weitere patientenrelevante Endpunkte</b>
The Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs
The Medication Adherence Rating Scale
The Self-Report Scale Predictive of Drug Compliance in Schizophrenics
Reasons for Antipsychotic Discontinuation/Continuation
The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale
The Self Rating Version of the UKU Side Effect Rating Scale
The Subjective Response to Antipsychotics Questionnaire
The Personal Evaluation of Transition in Treatment Scale
Knowledge About Schizophrenia Questionnaire
Self-Esteem Scale
Sense of Coherence Scale
The NEO Five Factor Inventory
The Eysenck Personality Questionnaire
The Bell Object Relations and Reality Testing Inventory
The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Revised
The Personality Assessment Inventory
The Social Functioning Scale

## Anhang B.9: Indikatoren zur Patientenperspektive

Indikatoren	Quelle
<b>Indikatoren zu Patientenzufriedenheit</b>	
Client satisfaction with services	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Patient satisfaction	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Patient satisfaction	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv</i> 60(9): 1164-1166.
% of service users rating service provision good or better	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.
Client satisfaction survey	Chong, SA; et al. (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. <i>Ann Acad Med Singapore</i> 37(9): 791-796.
% of service users rating the taking of their views regarding treatment into account good or better	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.
Patients' satisfaction with mental health care providers' interpersonal manner	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.
Patients' satisfaction with outcomes of mental health treatment	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.
Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung bei Schizophrenie	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
Patientenzufriedenheit	ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
<b>Indikatoren zur partizipativen Entscheidungsfindung</b>	
Patient involvement in treatment decisions	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Patient involvement in treatment decisions	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Patient involvement in treatment decisions	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Interv Psychiatry</i> 3(4): 274-281.
Patient involvement in treatment decisions	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.
Patients' satisfaction with involvement in decision making/treatment planning	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.



Indikatoren	Quelle
<b>Indikatoren zum Zugang zur Versorgung</b>	
Patient perception of access	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Patients' satisfaction with access to mental health services	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.
<b>Indikatoren zur Arzt-Patienten-Beziehung</b>	
Change of therapist	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Continuity of principal mental health-care provider within a 12-month period	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Change of therapist	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophr Bull</i> 28(1): 95-104.
Healthy therapeutic alliance between patient and provider	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 63(6): 584-591.
<b>Indikatoren zur Lebensqualität</b>	
Improvement in quality of life	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Improvement in quality of life	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Quality of life	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Interv Psychiatry</i> 3(4): 274-281.
Improvement in quality of life	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 63(6): 584-591.
% of service users rating their QOL as good or better	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.
Improvement in quality of life	Chong, SA; et al. (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. <i>Ann Acad Med Singapore</i> 37(9): 791-796.
Proportion of service recipients reporting improvements in QoL over defined period	McEwan, KL; et al. (2002). Keeping mental health reform on course: Selecting indicators of mental health system performance. <i>Can J Community Ment Health</i> 21(1): 5-16.
Quality of life	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. <i>Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.</i>
<b>Indikatoren zur Wohnsituation</b>	
Housing status	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv</i> 60(9): 1164-1166.
Availability of supported housing appropriate to patient needs	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 63(6): 584-591.
% of service users living in appropriate and affordable housing	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.

Indikatoren	Quelle
Supported housing	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.
Proportion of persons with serious mental illness in supported housing units	McEwan, KL; et al. (2002). Keeping mental health reform on course: Selecting indicators of mental health system performance. Can J Community Ment Health 21(1): 5-16.
Percentage of patients with serious mental illness who maintain stable housing	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? Am J Psychiatry 161(1): 146-153.
NI 149: Adults receiving secondary mental health services on Care Programme Approach (CPA) in settled accommodation	NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre.
Proportion of patients admitted to psychiatric inpatient unit or residential treatment unit with >= 24 hour stay who received housing services	Horowitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.
<b>Indikatoren zur Arbeitssituation</b>	
Education or work at 1 year	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.
Educational status	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.
Work/occupational status	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.
VR [Vocational rehabilitation]	Addington, D; et al. (2012). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. Can J Psychiatry 57(5): 317-323.
% of service users working in paid employment	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. Ir J Psychol Med 30(3): 209-219.
% of service users in vocational/third-level education	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. Ir J Psychol Med 30(3): 209-219.
Supported employment	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.
Proportion of persons with serious mental illness in supported employment/vocational/educational programs	McEwan, KL; et al. (2002). Keeping mental health reform on course: Selecting indicators of mental health system performance. Can J Community Ment Health 21(1): 5-16.
Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bei Schizophrenie	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
Berufliche Wiedereingliederung bei Schizophrenie	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
Educational status	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.
Work/Occupational status	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.

Indikatoren	Quelle
NI150: Adults receiving secondary mental health services on Care Programme Approach (CPA) in employment	NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre.
Supported Employment utilization	Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.
Work and Social Adjustment Scale	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. Ir J Psychol Med 30(3): 209-219.
<b>Indikatoren zu anderen Prozessen</b>	
Number of appointments cancelled by service	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. Ir J Psychol Med 30(3): 209-219.
Hospitals/In-patient Services: detained patients procedures	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.
Family education	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. Schizophr Bull 28(1): 95-104.
Regelung zu Vorausverfügungen bei Schizophrenie – verfasste Vorausverfügungen	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
Regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe bei Schizophrenie	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
Evidence-Based Practice: Social Skills Training	Horovitz-Lennon, M; et al. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.
<b>Indikatoren zu anderen patientenrelevanten Outcomes</b>	
Patient's perception of recovery	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582.
The number of people who are moving to recovery as a proportion of those who have completed a course of psychological treatment	NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre.
Global functioning status	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 56(12): 1570-1582.
Adherence to maintenance-phase medication	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Serv 60(9): 1164-1166.
Maintenance antipsychotic medication treatment (adherence)	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 3(4): 274-281.
Improvement in positive symptoms	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. Psychiatr Serv 63(6): 584-591.
Improvement in negative symptoms	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. Psychiatr Serv 63(6): 584-591.
Improvement in depressive symptoms	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. Psychiatr Serv 63(6): 584-591.

Indikatoren	Quelle
Consumer self-report	Brown, P; et al. (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. <i>Curr Opin Psychiatry</i> 22(6): 610-618.
CORE-OM [outcome measure] four domains: – Symptoms – Functioning – Well-being – Risk	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.
Percentage of patients who are able to report which medications they are taking, their indications, and their side effects	Valenstein, M; et al. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>Am J Psychiatry</i> 161(1): 146-153.
Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Psychosis" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patients' overall change scores on the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Depression/Functioning" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Emotional Lability" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patient's change scores on the "Interpersonal Relationships" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Self-harm" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Substance Abuse" subscale of the BASIS-24® survey.	BASIS-24 (2001). Behavior and Symptom Identification Scale. Belmont, MA: McLean Hospital, Department of Mental Health Services Evaluation.
Consumer and carer experiences of services	SCRGSP (2013). Report on Government Services 2013, Productivity Commission. Canberra, Australien: Steering Committee for the Review of Government Service Provisio
Psychological distress	ECHI (2012). ECHI documentation sheets. European Core Health Indicator.
Psychological well-being	ECHI (2012). ECHI documentation sheets. European Core Health Indicator.
Symptombelastung	ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.

## Anhang B.10: Mögliche Instrumente für eine Angehörigenbefragung

Instrumente wurden genommen aus:

Millier, A; et al. (2014). Patient Reported Outcomes Instruments in Schizophrenia: A Review of Psychometric Properties. Open J Medical Psychology 3: 141-156.

Instrumente
The Questionnaire on the Opinions of the Family
The Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire
The Perceived Family Burden Scale
The Experience of Caregiving Inventory
The Burden Inventory for Relatives of Persons with Psychotic Disturbances
The Family Emotional Involvement and Criticism Scale
The Family Attitude Scale
The Involvement Evaluation Questionnaire

## Anhang B.11: Indikatoren zur Angehörigenperspektive

Indikatoren	Quelle
<b>Indikatoren zur Zufriedenheit</b>	
Family satisfaction with services	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Family satisfaction	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Family satisfaction	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv</i> 60(9): 1164-1166.
% of families and carers rating service provision good or better	Carrick, H; et al. (2013). Embracing performance measurement in mental health services. <i>Ir J Psychol Med</i> 30(3): 209-219.
<b>Indikatoren zum Einbezug von Angehörigen</b>	
Family involvement in treatment decisions	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Family member involvement in treatment decisions	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Family member involvement in treatment decisions	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv</i> 60(9): 1164-1166.
Family involvement in treatment decisions	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Interv Psychiatry</i> 3(4): 274-281.
Family involvement in treatment decisions	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. Commentary. <i>National Quality Measures Clearinghouse</i> .
Einbezug von Angehörigen in die Behandlung bei Schizophrenie	Weinmann, S; et al. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. <i>Handbuch</i> . Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
CI 2.2 Carers involved in developing care plans (H)	ACHS (2014). <i>Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013</i> . 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.
<b>Indikatoren zu Familienintervention/Psychoedukation für Angehörige</b>	
Psychoedukation, family and patients	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Family psychoeducation	Addington, DE; et al. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Interv Psychiatry</i> 1(2): 157-167.
Family psychoeducation provided to family	Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv</i> 60(9): 1164-1166.
Family intervention	Addington, D; et al. (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Interv Psychiatry</i> 3(4): 274-281.
Family intervention	Addington, D; et al. (2012). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. <i>Can J Psychiatry</i> 57(5): 317-323.

Indikatoren	Quelle
Psychoeducation for family members who have ongoing contact with the relative with schizophrenia	Addington, DE; et al. (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 63(6): 584-591.
Percentage of caregivers of eligible patient provided with psychoeducation and support	Chong, SA; et al. (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. <i>Ann Acad Med Singapore</i> 37(9): 791-796.
Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen	Großimlinghaus, I; et al. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365.
Family education	Hermann, RC; et al. (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophr Bull</i> 28(1): 95-104.
Percentage of carers/family receiving psychoeducation during an inpatient admission	Pleaver, S; et al. (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australas Psychiatry</i> 18(2): 106-114.
Family intervention	Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. <i>Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.</i>
<b>Weitere Indikatoren</b>	
Improvement in level of family burden	Addington, D; et al. (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatr Serv</i> 56(12): 1570-1582.
Clinician contact with a family member and/or supportive other within 72 hours of admission	Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf</i> 34(7): 399-406.
Consumer and carer experiences of services	SCRGSP (2013). Report on Government Services 2013, Productivity Commission. Canberra, Australien: Steering Committee for the Review of Government Service Provision.

## Anhang C.1: Patientenfilter und Leistungs- und Medikationsfilter

Tabelle 1: Patientenfilter

Patientenfilter	
Daten nach §301 SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Hauptdiagnose aus der Liste PSYCH_ICD UND Entlassungsdatum im Erfassungsjahr.
ODER	
Daten nach §§295, 295a SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Diagnose aus der Liste PSYCH_ICD UND Diagnosesicherheit = „G“ UND Behandlungsquartal im Erfassungsjahr.
ODER	
Daten nach §118 SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Diagnose aus der Liste PSYCH_ICD UND Behandlungsdatum im Erfassungsjahr.

Tabelle 2: Leistungs- und Medikationsfilter

Leistungs- und Medikationsfilter <sup>1</sup>	
Daten nach §301 SGB V	Aufnahme- und Entlassungsdatum ODER Diagnosen aus den Listen PSYCH_SOM_ICD und PSYCH_F_ICD ODER OPS-Codes aus der Liste PSYCH_OPS
Daten nach §300 SGB V	PZN aus den Listen PZN_Psychotrop, PZN_Antipsychotika und PZN_Benzo
Daten nach §§295, 295a SGB V	Behandlungsdatum aller abgerechneten Leistungen von Ärzten mit den Fachgruppenkennungen 01, 02, 03, 51, 53, 58, 60, 61, 68 ODER EBM aus Liste PSYCH_EBM ODER Diagnosen aus den Listen PSYCH_SOM_ICD und PSYCH_F_ICD
Daten nach §118 SGB V	Behandlungsdatum aller abgerechneten Leistungen ODER Diagnosen aus der Liste PSYCH_F_ICD

<sup>1</sup> nur für Patienten, die im Patientenfilter ausgelöst wurden



**Liste PSYCH\_ICD**

ICD	Bezeichnung
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia Simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotypie Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

**Liste PSYCH\_F\_ICD**

ICD	Bezeichnung
F00.0*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0*	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1*	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2*	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3*	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4*	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.1	Delir bei Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
F06.0	Organische Halluzinose
F06.1	Organische katatonie Störung
F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung
F06.3	Organische affektive Störungen
F06.4	Organische Angststörung
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F06.7	Leichte kognitive Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer Körper
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer Körper
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

ICD	Bezeichnung
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom
F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom
F12.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F12.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F12.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

ICD	Bezeichnung
F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom
F13.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir
F13.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung
F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F13.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
F14.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom
F14.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir
F14.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung
F14.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnestisches Syndrom
F14.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F14.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
F15.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom
F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir
F15.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung
F15.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom
F15.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische S
F15.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensst
F16.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Akute Intoxikation [akuter Rausch]

ICD	Bezeichnung
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch
F16.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom
F16.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom
F16.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir
F16.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung
F16.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F16.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F16.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F17.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom
F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom
F17.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir
F17.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung
F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom
F17.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F17.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F17.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F18.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom
F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung
F18.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom
F18.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F18.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F18.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom

ICD	Bezeichnung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auf
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhalte
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psych
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotype Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen

ICD	Bezeichnung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F40.0-	Agoraphobie

ICD	Bezeichnung
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörungen
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet
F44.0	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
F44.8-	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.80	Ganser-Syndrom
F44.81	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung



ICD	Bezeichnung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3-	Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.0	Neurasthenie
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
F48.8	Sonstige neurotische Störungen
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet
F50.0	Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
F50.8	Sonstige Essstörungen
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet
F51.0	Nichtorganische Insomnie
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3	Schlafwandeln [Somnambulismus]
F51.4	Pavor nocturnus
F51.5	Alpträume [Angsträume]
F51.8	Sonstige nichtorganische Schlafstörungen
F51.9	Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
F52.1	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen

ICD	Bezeichnung
F52.3	Orgasmusstörung
F52.4	Ejaculatio praecox
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen
F52.8	Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F52.9	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53.0	Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.9	Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55.0	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva
F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien
F55.2	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika
F55.3	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antazida
F55.4	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Vitamine
F55.5	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Steroide und Hormone
F55.6	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Pflanzen oder Naturheilmittel
F55.8	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Sonstige Substanzen
F55.9	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Nicht näher bezeichnete Substanz
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3-	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit

ICD	Bezeichnung
F62.8-	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet
F63.0	Pathologisches Spielen
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet
F65.0	Fetischismus
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz
F65.9	Störung der Sexualpräferenz, nicht näher bezeichnet
F66.0	Sexuelle Reifungskrise
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung
F66.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F66.9	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
F68.1	Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung

ICD	Bezeichnung
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

**Liste PSYCH\_SOM\_ICD**

ICD	Bezeichnung
A08.4	Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs
A46	Erysipel [Wundrose]
A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation
A69.2	Lyme-Krankheit
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren
B00.9	Infektion durch Herpesviren, nicht näher bezeichnet
B02.9	Zoster ohne Komplikation
B07	Viruswarzen
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum
B17.1	Akute Virushepatitis C
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
B18.2	Chronische Virushepatitis C
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet
B35.1	Tinea unguium
B35.3	Tinea pedis
B35.4	Tinea corporis
B35.9	Dermatophytose, nicht näher bezeichnet
B36.0	Pityriasis versicolor
B36.9	Oberflächliche Mykose, nicht näher bezeichnet
B37.0	Candida-Stomatitis
B37.2	Kandidose der Haut und der Nägel
B37.3	Kandidose der Vulva und der Vagina
B37.9	Kandidose, nicht näher bezeichnet
B49	Nicht näher bezeichnete Mykose
B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B98.0!	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D04.9	Carcinoma in situ: Haut, nicht näher bezeichnet
D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
D17.9	Gutartige Neubildung des Fettgewebes, nicht näher bezeichnet
D18.00	Hämangiom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
D18.03	Hämangiom: Hepatobiliäres System und Pankreas
D21.9	Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
D22.5	Melanozytennävus des Rumpfes
D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet
D23.9	Sonstige gutartige Neubildungen: Haut, nicht näher bezeichnet
D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet
D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata
D32.9	Gutartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse
D35.2	Gutartige Neubildung: Hypophyse
D36.9	Gutartige Neubildung an nicht näher bezeichneter Lokalisation
D45	Polycythaemia vera
D48.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Haut
D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]
D48.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens, nicht näher bezeichnet
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet
D51.0	Vitamin-B12-Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic-Faktor

ICD	Bezeichnung
D51.9	Vitamin-B12-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D63.8*	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien
D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten
D75.9	Krankheit des Blutes und der blutbildenden Organe, nicht näher bezeichnet
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet
E01.0	Jodmangelbedingte diffuse Struma (endemisch)
E01.1	Jodmangelbedingte mehrknotige Struma (endemisch)
E01.2	Jodmangelbedingte Struma (endemisch), nicht näher bezeichnet
E01.8	Sonstige jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände
E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
E04.0	Nichttoxische diffuse Struma
E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten
E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma
E04.8	Sonstige näher bezeichnete nichttoxische Struma
E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma
E05.8	Sonstige Hyperthyreose
E05.9	Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet
E06.3	Autoimmunthyreoiditis
E06.9	Thyreoiditis, nicht näher bezeichnet
E07.9	Krankheit der Schilddrüse, nicht näher bezeichnet
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.9-	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.3-	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.4-	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

ICD	Bezeichnung
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.7-	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.8-	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.9-	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.9-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.3-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.40	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.50	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.9-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E16.2	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet
E22.1	Hyperprolaktinämie
E28.1	Ovarielle Dysfunktion: Androgenüberschuss
E28.3	Primäre Ovarialinsuffizienz
E29.1	Testikuläre Unterfunktion



ICD	Bezeichnung
E34.9	Endokrine Störung, nicht näher bezeichnet
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes
E55.9	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet
E61.1	Eisenmangel
E65	Lokalisierte Adipositas
E66.0-	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet
E66.8-	Sonstige Adipositas
E66.80	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.89	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet
E66.9-	Adipositas, nicht näher bezeichnet
E66.90	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.91	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.99	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet
E67.8	Sonstige näher bezeichnete Überernährung
E68	Folgen der Überernährung
E71.3	Störungen des Fettsäurestoffwechsels
E73.9	Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet
E74.1	Störungen des Fruktosestoffwechsels
E78.0	Reine Hypercholesterinämie
E78.1	Reine Hypertriglyzeridämie
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
E78.3	Hyperchylomikronämie
E78.4	Sonstige Hyperlipidämien
E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
E78.8	Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels
E78.9	Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht
E83.1	Störungen des Eisenstoffwechsels
E86	Volumenmangel
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
E87.5	Hyperkaliämie
E87.6	Hypokaliämie

ICD	Bezeichnung
E88.2	Lipomatose, anderenorts nicht klassifiziert
E88.8	Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen
E88.9	Stoffwechselstörung, nicht näher bezeichnet
E89.0	Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.9-	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie
G24.3	Torticollis spasticus
G24.9	Dystonie, nicht näher bezeichnet
G25.0	Essentieller Tremor
G25.1	Arzneimittelinduzierter Tremor
G25.8-	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G25.9	Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G31.9	Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]

ICD	Bezeichnung
G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]
G43.8	Sonstige Migräne
G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet
G44.1	Vasomotorischer Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert
G44.2	Spannungskopfschmerz
G44.8	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen
G47.2	Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
G47.3-	Schlafapnoe
G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet
G47.8	Sonstige Schlafstörungen
G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
G50.0	Trigeminusneuralgie
G51.0	Fazialisparese
G54.2	Läsionen der Zervikalwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert
G54.4	Läsionen der Lumbosakralwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert
G54.9	Krankheit von Nervenwurzeln und Nervenplexus, nicht näher bezeichnet
G55.1*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden
G56.0	Karpaltunnel-Syndrom
G56.2	Läsion des N. ulnaris
G57.1	Meralgia paraesthetica
G57.3	Läsion des N. fibularis (peroneus) communis
G58.0	Interkostalneuropathie
G58.9	Mononeuropathie, nicht näher bezeichnet
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G83.9	Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
G93.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
G93.9	Krankheit des Gehirns, nicht näher bezeichnet
H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides
H01.0	Blepharitis
H01.1	Nichtinfektiöse Dermatosen des Augenlides
H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides
H02.4	Ptosis des Augenlides
H04.1	Sonstige Affektionen der Tränendrüse
H10.0	Mukopurulente Konjunktivitis
H10.1	Akute allergische Konjunktivitis
H10.3	Akute Konjunktivitis, nicht näher bezeichnet
H10.4	Chronische Konjunktivitis
H10.8	Sonstige Konjunktivitis
H10.9	Konjunktivitis, nicht näher bezeichnet
H17.9	Hornhautnarbe und -trübung, nicht näher bezeichnet
H19.3*	Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
H25.0	Cataracta senilis incipiens
H25.1	Cataracta nuclearis senilis
H25.8	Sonstige senile Kataraktformen
H25.9	Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet
H26.4	Cataracta secundaria
H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen
H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet
H27.0	Aphakie
H35.0	Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße
H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles
H35.4	Periphere Netzhautdegeneration
H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut
H35.9	Affektion der Netzhaut, nicht näher bezeichnet
H36.0*	Retinopathia diabetica
H36.8*	Sonstige Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
H40.0	Glaukomverdacht
H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom

ICD	Bezeichnung
H40.2	Primäres Engwinkelglaukom
H40.8	Sonstiges Glaukom
H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet
H43.3	Sonstige Glaskörpertrübungen
H43.8	Sonstige Affektionen des Glaskörpers
H44.2	Degenerative Myopie
H47.2	Optikusatrophie
H47.3	Sonstige Affektionen der Papille
H50.0	Strabismus concomitans convergens
H50.1	Strabismus concomitans divergens
H50.5	Heterophorie
H50.9	Strabismus, nicht näher bezeichnet
H52.0	Hypermetropie
H52.1	Myopie
H52.2	Astigmatismus
H52.3	Anisometropie und Aniseikonie
H52.4	Presbyopie
H52.7	Refraktionsfehler, nicht näher bezeichnet
H53.0	Amblyopia ex anopsia
H53.1	Subjektive Sehstörungen
H53.3	Sonstige Störungen des binokularen Sehens
H53.4	Gesichtsfelddefekte
H53.8	Sonstige Sehstörungen
H53.9	Sehstörung, nicht näher bezeichnet
H54.0	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, binokular
H54.2	Mittelschwere Sehbeeinträchtigung, binokular
H54.4	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, monokular
H54.9	Nicht näher bezeichnete Sehbeeinträchtigung (binokular)
H55	Nystagmus und sonstige abnorme Augenbewegungen
H57.0	Pupillenfunktionsstörungen
H57.1	Augenschmerzen
H57.9	Affektion des Auges und der Augenanhangsgebilde, nicht näher bezeichnet
H59.8	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen
H60.3	Sonstige infektiöse Otitis externa
H60.5	Akute Otitis externa, nichtinfektiös
H60.8	Sonstige Otitis externa
H60.9	Otitis externa, nicht näher bezeichnet
H61.2	Zeruminalpfropf

ICD	Bezeichnung
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media
H66.9	Otitis media, nicht näher bezeichnet
H68.0	Entzündung der Tuba auditiva
H69.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Tuba auditiva
H73.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Trommelfells
H81.0	Ménière-Krankheit
H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel
H81.3	Sonstiger peripherer Schwindel
H81.4	Schwindel zentralen Ursprungs
H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet
H90.3	Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung
H90.5	Hörverlust durch Schallempfindungsstörung, nicht näher bezeichnet
H90.8	Kombinierter Hörverlust durch Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung, nicht näher bezeichnet
H91.1	Presbyakusis
H91.2	Idiopathischer Hörsturz
H91.3	Taubstummheit, anderenorts nicht klassifiziert
H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet
H92.0	Otalgie
H93.1	Tinnitus aurium
H93.2	Sonstige abnorme Hörempfindungen
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I10.0-	Benigne essentielle Hypertonie
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.9-	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.9-	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz
I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.90	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I20.0	Instabile Angina pectoris
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
I25.19	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet
I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
I25.29	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
I25.8	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
I25.9	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I35.0	Aortenklappenstenose
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades
I44.3	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block
I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet
I45.1	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie
I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I51.6	Herz-Kreislauf-Krankheit, nicht näher bezeichnet
I51.7	Kardiomegalie
I51.8	Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten
I51.9	Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I63.4	Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien
I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I63.9	Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis
I67.2	Zerebrale Atherosklerose
I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie
I67.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten
I67.9	Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet
I69.3	Folgen eines Hirninfraktes
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I70.0	Atherosklerose der Aorta
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.9	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I73.0	Raynaud-Syndrom
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet
I80.9	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis nicht näher bezeichneter Lokalisation
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene



ICD	Bezeichnung
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
I84.1	Innere Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen
I84.2	Innere Hämorrhoiden ohne Komplikation
I84.5	Äußere Hämorrhoiden ohne Komplikation
I84.6	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden
I84.8	Nicht näher bezeichnete Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen
I84.9	Hämorrhoiden ohne Komplikation, nicht näher bezeichnet
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
I87.0-	Postthrombotisches Syndrom
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
I87.9	Venenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I88.9	Unspezifische Lymphadenitis, nicht näher bezeichnet
I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten
I95.0	Idiopathische Hypotonie
I95.1	Orthostatische Hypotonie
I95.8	Sonstige Hypotonie
I95.9	Hypotonie, nicht näher bezeichnet
I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet
J02.9	Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet
J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet
J04.0	Akute Laryngitis
J04.2	Akute Laryngotracheitis
J06.0	Akute Laryngopharyngitis
J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege
J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
J30.0	Rhinopathia vasomotorica
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen
J30.3	Sonstige allergische Rhinopathie
J30.4	Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet
J31.0	Chronische Rhinitis
J31.2	Chronische Pharyngitis
J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris
J32.4	Chronische Pansinusitis
J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet
J33.9	Nasenpolyp, nicht näher bezeichnet
J34.2	Nasenseptumdeviation
J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln
J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
J35.0	Chronische Tonsillitis
J37.0	Chronische Laryngitis
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
J41.0	Einfache chronische Bronchitis
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.8-	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.83	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.9-	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.91	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.92	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale

ICD	Bezeichnung
J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
J96.99	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet
J98.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege
K02.9	Zahnkaries, nicht näher bezeichnet
K07.6	Krankheiten des Kiefergelenkes
K11.7	Störungen der Speichelsekretion
K13.0	Krankheiten der Lippen
K20	Ösophagitis
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis
K22.1	Ösophagusulkus
K22.7	Barrett-Ösophagus
K22.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus
K25.9	Ulcus ventriculi: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K26.9	Ulcus duodeni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K29.1	Sonstige akute Gastritis
K29.3	Chronische Oberflächengastritis
K29.4	Chronische atrophische Gastritis
K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet
K29.6	Sonstige Gastritis
K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet
K29.9	Gastroduodenitis, nicht näher bezeichnet
K30	Funktionelle Dyspepsie
K31.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums
K31.9	Krankheit des Magens und des Duodenums, nicht näher bezeichnet
K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet
K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.9-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet
K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet
K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.90	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.92	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K58.0	Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe
K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe
K59.0	Obstipation
K59.2	Neurogene Darmstörung, anderenorts nicht klassifiziert
K59.9	Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet
K60.2	Analfissur, nicht näher bezeichnet
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums
K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums
K63.5	Polyp des Kolons
K66.0	Peritoneale Adhäsionen
K70.0	Alkoholische Fettleber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K73.9	Chronische Hepatitis, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K76.0	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert
K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber
K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.2-	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis
K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K81.9	Cholezystitis, nicht näher bezeichnet
K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase
K82.9	Krankheit der Gallenblase, nicht näher bezeichnet
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis
K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas
K91.5	Postcholezystektomie-Syndrom
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
K92.9	Krankheit des Verdauungssystems, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf
L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten
L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet
L03.01	Phlegmone an Fingern
L03.02	Phlegmone an Zehen
L08.0	Pyodermie
L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet
L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet
L21.0	Seborrhoea capitis
L21.8	Sonstiges seborrhoisches Ekzem
L21.9	Seborrhoisches Ekzem, nicht näher bezeichnet
L23.0	Allergische Kontaktdermatitis durch Metalle
L23.5	Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte
L23.9	Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache
L25.9	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache
L28.2	Sonstige Prurigo
L29.8	Sonstiger Pruritus
L29.9	Pruritus, nicht näher bezeichnet
L30.0	Nummuläres Ekzem
L30.1	Dyshidrosis [Pompholyx]
L30.3	Ekzematoide Dermatitis
L30.4	Intertriginöses Ekzem
L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis
L30.9	Dermatitis, nicht näher bezeichnet
L40.0	Psoriasis vulgaris
L40.5	Psoriasis-Arthropathie
L40.8	Sonstige Psoriasis
L40.9	Psoriasis, nicht näher bezeichnet
L50.9	Urtikaria, nicht näher bezeichnet
L56.4	Polymorphe Lichtdermatose
L57.0	Aktinische Keratose
L60.0	Unguis incarnatus
L60.3	Nageldystrophie
L63.9	Alopecia areata, nicht näher bezeichnet
L64.9	Alopecia androgenetica, nicht näher bezeichnet
L65.9	Haarausfall ohne Narbenbildung, nicht näher bezeichnet
L68.0	Hirsutismus

ICD	Bezeichnung
L70.0	Acne vulgaris
L70.9	Akne, nicht näher bezeichnet
L71.8	Sonstige Rosazea
L71.9	Rosazea, nicht näher bezeichnet
L72.1	Trichilemmalzyste
L73.9	Krankheit der Haarfollikel, nicht näher bezeichnet
L81.4	Sonstige Melanin-Hyperpigmentierung
L82	Seborrhoische Keratose
L84	Hühneraugen und Horn- (Haut-) Schwielen
L85.3	Xerosis cutis
L85.9	Epidermisverdickung, nicht näher bezeichnet
L89.99	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L90.5	Narben und Fibrosen der Haut
L93.0	Diskoider Lupus erythematodes
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert
L98.9	Krankheit der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet
M06.90	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M06.99	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M10.09	Idiopathische Gicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M10.99	Gicht, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M13.0	Polyarthritis, nicht näher bezeichnet
M13.16	Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M13.99	Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M15.0	Primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose
M15.1	Heberden-Knoten (mit Arthropathie)
M15.8	Sonstige Polyarthrose
M15.9	Polyarthrose, nicht näher bezeichnet
M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig
M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig
M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose
M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
M18.9	Rhizarthrose, nicht näher bezeichnet
M19.9-	Arthrose, nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.99	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M20.1	Hallux valgus (erworben)
M20.2	Hallux rigidus
M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)
M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M21.4	Plattfuß [Pes planus] (erworben)
M21.60	Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]
M21.67	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes
M21.79	Unterschiedliche Extremitätenlänge (erworben): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M21.99	Erworbene Deformität einer Extremität, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M22.4	Chondromalacia patellae
M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
M23.39	Sonstige Meniskusschädigungen: Nicht näher bezeichneter Meniskus
M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band
M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus
M25.46	Gelenkerguss: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M25.5-	Gelenkschmerz
M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen
M25.51	Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M25.57	Gelenkschmerz: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M25.59	Gelenkschmerz: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M25.61	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.3	Polymyalgia rheumatica
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M40.24	Sonstige und nicht näher bezeichnete Kyphose: Thorakalbereich
M40.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Kyphose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M40.46	Sonstige Lordose: Lumbalbereich
M40.59	Lordose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M41.9-	Skoliose, nicht näher bezeichnet
M41.90	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

ICD	Bezeichnung
M41.94	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M41.95	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M41.96	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M41.99	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M42.09	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M42.1-	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen
M42.10	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M42.12	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Zervikalbereich
M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich
M42.17	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbosakralbereich
M42.19	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M42.9-	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet
M42.90	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M42.92	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich
M42.94	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M42.96	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M42.99	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich
M43.17	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich
M43.19	Spondylolisthesis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M43.99	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M45.09	Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M47.2-	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie
M47.20	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich
M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich
M47.29	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M47.8-	Sonstige Spondylose
M47.80	Sonstige Spondylose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.82	Sonstige Spondylose: Zervikalbereich
M47.84	Sonstige Spondylose: Thorakalbereich
M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich
M47.89	Sonstige Spondylose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M47.9-	Spondylose, nicht näher bezeichnet
M47.90	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.99	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich



ICD	Bezeichnung
M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie
M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung
M50.9	Zervikaler Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet
M51.0	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
M51.3	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration
M51.8	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden
M51.9	Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet
M53.0	Zervikozephalisches Syndrom
M53.1	Zervikobrachial-Syndrom
M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert
M53.9-	Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet
M53.90	Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M53.99	Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M54.1-	Radikulopathie
M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich
M54.13	Radikulopathie: Zervikothorakalbereich
M54.14	Radikulopathie: Thorakalbereich
M54.15	Radikulopathie: Thorakolumbalbereich
M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich
M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich
M54.19	Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M54.2	Zervikalneuralgie
M54.3	Ischialgie
M54.4	Lumboischialgie
M54.5	Kreuzschmerz
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich
M54.89	Sonstige Rückenschmerzen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M54.9-	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet
M54.90	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M54.96	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M54.99	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M62.39	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation

ICD	Bezeichnung
M62.81	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M62.88	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M62.89	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M62.98	Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M62.99	Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M65.3	Schnellender Finger
M65.99	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M70.2	Bursitis olecrani
M70.6	Bursitis trochanterica
M71.2	Synovialzyste im Bereich der Kniekehle [Baker-Zyste]
M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]
M72.2	Fibromatose der Plantarfaszie [Ledderhose-Kontraktur]
M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel
M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette
M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich
M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter
M75.5	Bursitis im Schulterbereich
M75.8	Sonstige Schulterläsionen
M76.6	Tendinitis der Achillessehne
M76.8	Sonstige Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes
M77.0	Epicondylitis ulnaris humeri
M77.1	Epicondylitis radialis humeri
M77.3	Kalkaneussporn
M77.4	Metatarsalgie
M77.8	Sonstige Enthesopathien, anderenorts nicht klassifiziert
M77.9	Enthesopathie, nicht näher bezeichnet
M79.0-	Rheumatismus, nicht näher bezeichnet
M79.09	Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M79.10	Myalgie: Mehrere Lokalisationen
M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M79.19	Myalgie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M79.29	Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M79.67	Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M79.69	Schmerzen in den Extremitäten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen
M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

ICD	Bezeichnung
M80.99	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.00	Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.09	Postmenopausale Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.89	Sonstige Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.9-	Osteoporose, nicht näher bezeichnet
M81.90	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M81.98	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.99	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M93.9	Osteochondropathie, nicht näher bezeichnet
M95.5	Erworbene Deformität des Beckens
M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert
M99.8-	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen
M99.81	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.82	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.83	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.84	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.89	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.99	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Abdomen und sonstige Lokalisationen
N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N18.89	Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet
N18.9	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
N20.0	Nierenstein
N20.9	Harnstein, nicht näher bezeichnet
N25.8	Sonstige Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet
N28.1	Zyste der Niere
N28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters
N28.9	Krankheit der Niere und des Ureters, nicht näher bezeichnet
N30.0	Akute Zystitis

ICD	Bezeichnung
N30.2	Sonstige chronische Zystitis
N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet
N31.0	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.88	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet
N32.0	Blasenhalsobstruktion
N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase
N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]
N39.4-	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
N39.41	Überlaufinkontinenz
N39.42	Dranginkontinenz
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
N40	Prostatahyperplasie
N41.1	Chronische Prostatitis
N41.9	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet
N42.9	Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet
N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet
N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose
N48.1	Balanoposthitis
N60.1	Diffuse zystische Mastopathie
N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
N64.4	Mastodynie
N64.9	Krankheit der Mamma, nicht näher bezeichnet
N76.0	Akute Kolpitis
N76.1	Subakute und chronische Kolpitis
N76.2	Akute Vulvitis
N76.88	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva
N77.1*	Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
N80.9	Endometriose, nicht näher bezeichnet
N81.1	Zystozele
N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina
N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet
N81.6	Rektozele
N81.8	Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau
N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten

ICD	Bezeichnung
N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri
N89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina
N89.9	Nichtentzündliche Krankheit der Vagina, nicht näher bezeichnet
N91.1	Sekundäre Amenorrhoe
N91.2	Amenorrhoe, nicht näher bezeichnet
N91.5	Oligomenorrhoe, nicht näher bezeichnet
N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus
N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus
N92.6	Unregelmäßige Menstruation, nicht näher bezeichnet
N93.9	Abnorme Uterus- oder Vaginalblutung, nicht näher bezeichnet
N94.6	Dysmenorrhoe, nicht näher bezeichnet
N94.9	Nicht näher bezeichneter Zustand im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus
N95.0	Postmenopausenblutung
N95.1	Zustände im Zusammenhang mit der Menopause und dem Klimakterium
N95.2	Atrophische Kolpitis in der Postmenopause
N95.8	Sonstige näher bezeichnete klimakterische Störungen
N95.9	Klimakterische Störung, nicht näher bezeichnet
P91.9	Zerebrale Störung beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P96.9	Zustand, der seinen Ursprung in der Perinatalperiode hat, nicht näher bezeichnet
Q61.0	Angeborene solitäre Nierenzyste
Q61.9	Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Q63.1	Gelappte Niere, verschmolzene Niere und Hufeisenniere
Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte
Q66.0	Pes equinovarus congenitus
Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße
Q66.7	Pes cavus
Q66.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Füße
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet
R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R00.2	Palpitationen
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
R04.0	Epistaxis
R05	Husten
R06.0	Dyspnoe
R06.4	Hyperventilation

ICD	Bezeichnung
R06.5	Mundatmung
R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung
R07.0	Halsschmerzen
R07.2	Präkordiale Schmerzen
R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches
R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen
R11	Übelkeit und Erbrechen
R12	Sodbrennen
R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
R14	Flatulenz und verwandte Zustände
R15	Stuhlinkontinenz
R16.0	Hepatomegalie, anderenorts nicht klassifiziert
R16.1	Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert
R20.2	Parästhesie der Haut
R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen
R23.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hautveränderungen
R25.1	Tremor, nicht näher bezeichnet
R25.2	Krämpfe und Spasmen der Muskulatur
R26.0	Ataktischer Gang
R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert
R26.3	Immobilität
R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
R27.0	Ataxie, nicht näher bezeichnet
R29.3	Abnorme Körperhaltung
R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert
R29.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30.0	Dysurie
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
R33	Harnverhaltung
R35	Polyurie
R39.1	Sonstige Miktionsstörungen
R41.0	Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet
R41.3	Sonstige Amnesie

ICD	Bezeichnung
R41.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
R42	Schwindel und Taumel
R44.0	Akustische Halluzinationen
R44.3	Halluzinationen, nicht näher bezeichnet
R45.0	Nervosität
R45.1	Ruhelosigkeit und Erregung
R45.8	Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen
R46.2	Seltsames und unerklärliches Verhalten
R47.0	Dysphasie und Aphasie
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen
R49.0	Dysphonie
R50.9	Fieber, nicht näher bezeichnet
R51	Kopfschmerz
R52.0	Akuter Schmerz
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet
R53	Unwohlsein und Ermüdung
R54	Senilität
R55	Synkope und Kollaps
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
R60.0	Umschriebenes Ödem
R60.9	Ödem, nicht näher bezeichnet
R61.9	Hyperhidrose, nicht näher bezeichnet
R63.0	Anorexie
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
R63.5	Abnorme Gewichtszunahme
R64	Kachexie
R68.8	Sonstige näher bezeichnete Allgemeinsymptome
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen
R70.0	Beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion
R73.0	Abnormer Glukosetoleranztest
R73.9	Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet
R74.0	Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]
R80	Isolierte Proteinurie
R87.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme zytologische Befunde

ICD	Bezeichnung
R94.2	Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen
S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung
S01.9	Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet
S06.0	Gehirnerschütterung
S06.9	Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet
S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule
S20.2	Prellung des Thorax
S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarmes
S42.3	Fraktur des Humerusschaftes
S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet
S60.2	Prellung sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand
S61.0	Offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels
S70.0	Prellung der Hüfte
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
S80.0	Prellung des Knies
S82.6	Fraktur des Außenknöchels
S83.2	Meniskusriss, akut
S83.6	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies
S93.40	Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Teil nicht näher bezeichnet
T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.
T14.00	Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Art der Verletzung nicht näher bezeichnet
T14.01	Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Schürfwunde
T14.03	Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
T14.05	Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Prellung
T14.1	Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion
T14.20	Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: geschlossen oder o.n.A.
T14.3	Luxation, Verstauchung und Zerrung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion
T14.9	Verletzung, nicht näher bezeichnet
T16	Fremdkörper im Ohr
T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden
T78.1	Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet
T78.9	Unerwünschte Nebenwirkung, nicht näher bezeichnet
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert
T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas



ICD	Bezeichnung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge
Z00.0	Ärztliche Allgemeinuntersuchung
Z00.8	Sonstige Allgemeinuntersuchungen
Z01.0	Visusprüfung und Untersuchung der Augen
Z01.3	Messung des Blutdrucks
Z01.4	Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)
Z01.7	Laboruntersuchung
Z04.8	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen
Z08.9	Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung
Z09.9	Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände
Z12.3	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Mamma [Brustdrüse]
Z12.4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Cervix uteri
Z12.5	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Prostata
Z12.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen sonstiger Lokalisationen
Z12.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet
Z13.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen
Z23.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige einzelne bakterielle Krankheiten
Z24.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Poliomyelitis
Z24.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Virusenzephalitis, durch Arthropoden übertragen
Z24.6	Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis
Z25.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza]
Z25.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten
Z26.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
Z27.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus [DPT]
Z27.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Poliomyelitis [DPT+Polio]
Z27.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige Kombinationen von Infektionskrankheiten
Z27.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Kombinationen von Infektionskrankheiten
Z30.0	Allgemeine Beratung zu Fragen der Kontrazeption
Z30.4	Überwachung bei medikamentöser Kontrazeption
Z30.8	Sonstige kontrazeptive Maßnahmen
Z30.9	Kontrazeptive Maßnahme, nicht näher bezeichnet
Z31.6	Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z45.0-	Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts
Z46.0	Versorgen mit und Anpassen von Brillen oder Kontaktlinsen

ICD	Bezeichnung
Z46.1	Versorgen mit und Anpassen eines Hörgerätes
Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
Z48.9	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung
Z51.2	Andere Chemotherapie
Z51.4	Vorbereitung auf eine nachfolgende Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
Z51.5	Palliativbehandlung
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
Z51.83	Opiatsubstitution
Z51.88	Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung
Z51.9	Medizinische Behandlung, nicht näher bezeichnet
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben
Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert
Z72.0	Probleme mit Bezug auf: Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln oder Drogen
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
Z74.9	Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet
Z76.0	Ausstellung wiederholter Verordnung
Z80.3	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese
Z80.9	Bösartige Neubildung in der Familienanamnese, nicht näher bezeichnet
Z88.0	Allergie gegenüber Penicillin in der Eigenanamnese
Z90.1	Verlust der Mamma(e) [Brustdrüse]
Z90.4	Verlust anderer Teile des Verdauungstraktes
Z90.5	Verlust der Niere(n)
Z90.7	Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane
Z91.1	Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen [Non-compliance] in der Eigenanamnese
Z91.8	Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert
Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
Z93.1	Vorhandensein eines Gastrostomas
Z93.5	Vorhandensein eines Zystostomas
Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses
Z95.2	Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe
Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

ICD	Bezeichnung
Z95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z96.1	Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates
Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
Z97.8	Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel
Z98.8	Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl

**Liste PSYCH OPS**

OPS	Leistungsbeschreibung
9-401	Psychosoziale Interventionen
9-401.0	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung
9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.01	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-401.02	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden
9-401.1	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung
9-401.10	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.11	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-401.12	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mehr als 4 Stunden
9-401.2	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation
9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-401.25	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
9-401.26	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
9-401.3	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie
9-401.30	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.31	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-401.32	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 4 Stunden
9-401.4	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie
9-401.40	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.41	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-401.42	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie: Mehr als 4 Stunden
9-401.5	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung
9-401.50	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung: Mindestens 3 Stunden
9-401.51	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung: Mehr als 3 bis 5 Stunden
9-401.52	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung: Mehr als 5 bis 8 Stunden
9-401.53	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung: Mehr als 8 Stunden
9-402	Psychosomatische Therapie
9-402.0	Psychosomatische Therapie: Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung
9-402.1	Psychosomatische Therapie: Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung
9-402.2	Psychosomatische Therapie: Psychosomatische und psychotherapeutische Krisenintervention als Komplexbehandlung
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-403.0	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Begleitende Therapie
9-403.1	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Therapie als Blockbehandlung

OPS	Leistungsbeschreibung
9-403.2	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Therapie als erweiterte Blockbehandlung
9-403.3	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Intensivtherapie
9-403.4	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Erweiterte Intensivtherapie
9-403.5	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Langzeit-Intensivtherapie
9-403.6	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Langzeit-Intensivtherapie zum verhaltenstherapeutischen Training
9-403.7	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Therapie im Gruppen-Setting
9-403.8	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Integrierte Blockbehandlung
9-403.x	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: Sonstige
9-403.y	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie: N.n.bez.
9-404	Neuropsychologische Therapie
9-404.0	Neuropsychologische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-404.1	Neuropsychologische Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-404.2	Neuropsychologische Therapie: Mehr als 4 Stunden
9-410	Einzeltherapie
9-410.0	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie
9-410.04	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An einem Tag
9-410.05	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-410.06	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-410.07	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 11 und mehr Tagen
9-410.1	Einzeltherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
9-410.14	Einzeltherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An einem Tag
9-410.15	Einzeltherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-410.16	Einzeltherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-410.17	Einzeltherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 11 und mehr Tagen
9-410.2	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie
9-410.24	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An einem Tag
9-410.25	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-410.26	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-410.27	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An 11 und mehr Tagen
9-410.x	Einzeltherapie: Sonstige
9-410.y	Einzeltherapie: N.n.bez.
9-411	Gruppentherapie
9-411.0	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie
9-411.04	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An einem Tag

OPS	Leistungsbeschreibung
9-411.05	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-411.06	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-411.07	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 11 und mehr Tagen
9-411.1	Gruppentherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
9-411.14	Gruppentherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An einem Tag
9-411.15	Gruppentherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-411.16	Gruppentherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-411.17	Gruppentherapie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: An 11 und mehr Tagen
9-411.2	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie
9-411.24	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An einem Tag
9-411.25	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An 2 bis 5 Tagen
9-411.26	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An 6 bis 10 Tagen
9-411.27	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An 11 und mehr Tagen
9-411.x	Gruppentherapie: Sonstige
9-411.y	Gruppentherapie: N.n.bez.
9-412	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst
9-412.2	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst: 2 bis unter 5 Stunden
9-412.3	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst: 5 bis 10 Stunden
9-412.4	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst: Mehr als 10 Stunden
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.5	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.6	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-605.7	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.8	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.9	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
9-605.a	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.5	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.6	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.7	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.8	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.9	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.a	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.b	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-606.c	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.d	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.e	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.f	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.g	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.h	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.j	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.k	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.m	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.n	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.p	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.q	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
9-606.r	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche
9-614.1	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche



OPS	Leistungsbeschreibung
9-614.11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 2 bis 4 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.12	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 4 bis 6 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.13	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 6 bis 8 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.14	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 8 bis 10 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.15	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 10 bis 12 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.16	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 12 bis 14 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.17	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 14 bis 16 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.18	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 16 bis 18 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.19	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 18 bis 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.1a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.2	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-614.22	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-614.23	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 6 bis 8 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-614.24	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 8 bis 10 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche



OPS	Leistungsbeschreibung
9-614.2n	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 42 bis 44 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-614.2p	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 44 bis 46 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-614.2q	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 46 bis 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-614.2r	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-615.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche
9-615.1	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
9-615.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 2 bis 4 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.12	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 4 bis 6 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.13	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 6 bis 8 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.14	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 8 bis 10 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.15	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 10 bis 12 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.16	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 12 bis 14 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.17	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 14 bis 16 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.18	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 16 bis 18 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.19	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 18 bis 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-615.1a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit mehr als 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.2	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
9-615.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-615.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-615.22	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-615.23	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 6 bis 8 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche
9-615.24	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 8 bis 10 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.25	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 10 bis 12 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.26	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 12 bis 14 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.27	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 14 bis 16 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.28	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 16 bis 18 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.29	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 18 bis 20 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.2a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 20 bis 22 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.2b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 22 bis 24 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.2c	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 24 bis 26 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-615.2d	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 26 bis 28 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-6 15.2e	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 28 bis 30 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2f	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 30 bis 32 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2g	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 32 bis 34 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2h	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 34 bis 36 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2j	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 36 bis 38 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2k	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 38 bis 40 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2m	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 40 bis 42 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2n	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 42 bis 44 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2p	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 44 bis 46 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2q	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 46 bis 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 15.2r	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-6 16.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche
9-6 16.1	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
9-6 16.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-6 16.11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 2 bis 4 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-6 16.12	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 4 bis 6 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-616.13	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 6 bis 8 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.14	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 8 bis 10 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.15	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 10 bis 12 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.16	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 12 bis 14 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.17	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 14 bis 16 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.18	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 16 bis 18 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.19	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 18 bis 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.1a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mit mehr als 20 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche
9-616.2	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
9-616.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.22	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.23	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 6 bis 8 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.24	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 8 bis 10 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.25	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 10 bis 12 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.26	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 12 bis 14 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche



OPS	Leistungsbeschreibung
9-616.2q	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 46 bis 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-616.2r	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen: mehr als 48 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche
9-624.0	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mit bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.1	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.2	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.3	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.4	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.5	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.6	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.7	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.8	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.9	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.a	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.b	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.c	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.d	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche



OPS	Leistungsbeschreibung
9-624.e	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
9-624.f	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche
9-625.0	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: bis 2 Therapieeinheiten/Woche
9-625.1	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten/Woche
9-625.2	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten/Woche
9-625.3	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten/Woche
9-625.4	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten/Woche
9-625.5	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten/Woche
9-625.6	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten/Woche
9-625.7	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten/Woche
9-625.8	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten/Woche
9-625.9	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten/Woche
9-625.a	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten/Woche
9-625.b	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten/Woche
9-625.c	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten/Woche
9-625.d	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten/Woche

OPS	Leistungsbeschreibung
9-625.e	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten/Woche
9-625.f	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten/Woche
9-625.g	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten/Woche
9-625.h	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten/Woche
9-625.j	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten/Woche
9-625.k	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten/Woche
9-625.m	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten/Woche
9-625.n	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten/Woche
9-625.p	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten/Woche
9-625.q	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten/Woche
9-625.r	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten TEen: mehr als 48 Therapieeinheiten/Woche
9-630.0	Bis 2 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.2	Mehr als 4 bis 6 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.3	Mehr als 6 bis 8 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.4	Mehr als 8 bis 10 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

OPS	Leistungsbeschreibung
9-630.5	Mehr als 10 bis 12 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.6	Mehr als 12 bis 14 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.7	Mehr als 14 bis 16 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-630.8	Mehr als 16 durch Ärzte erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.0	Bis 2 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.1	Mehr als 2 bis 4 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.2	Mehr als 4 bis 6 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.3	Mehr als 6 bis 8 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.4	Mehr als 8 bis 10 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.5	Mehr als 10 bis 12 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.6	Mehr als 12 bis 14 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.7	Mehr als 14 bis 16 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-631.8	Mehr als 16 durch Psychologen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.0	Bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.2	Mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

OPS	Leistungsbeschreibung
9-632.3	Mehr als 6 bis 8 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.4	Mehr als 8 bis 10 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.5	Mehr als 10 bis 12 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.6	Mehr als 12 bis 14 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.7	Mehr als 14 bis 16 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.8	Mehr als 16 bis 18 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.9	Mehr als 18 bis 20 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.a	Mehr als 20 bis 22 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.b	Mehr als 22 bis 24 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-632.c	Mehr als 24 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.0	Bis 2 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.2	Mehr als 4 bis 6 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.3	Mehr als 6 bis 8 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.4	Mehr als 8 bis 10 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.5	Mehr als 10 bis 12 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

OPS	Leistungsbeschreibung
9-633.6	Mehr als 12 bis 14 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.7	Mehr als 14 bis 16 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.8	Mehr als 16 bis 18 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.9	Mehr als 18 bis 20 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.a	Mehr als 20 bis 22 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.b	Mehr als 22 bis 24 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-633.c	Mehr als 24 durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640.00	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag
9-640.01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag
9-640.02	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag
9-640.03	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag
9-640.10	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Betreuung in der Kleinstgruppe: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag
9-640.11	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Betreuung in der Kleinstgruppe: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag
9-640.12	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Betreuung in der Kleinstgruppe: Mehr als 12 Stunden pro Tag
9-641.00	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
9-641.01	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
9-641.02	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
9-641.03	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag

OPS	Leistungsbeschreibung
9-641.04	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 6 Stunden pro Tag
9-641.10	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
9-641.11	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
9-641.12	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
9-641.13	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
9-641.14	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 6 Stunden pro Tag
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643.0	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 1 bis höchstens 7 Tage
9-643.1	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 8 bis höchstens 14 Tage
9-643.2	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 15 bis höchstens 21 Tage
9-643.3	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 22 bis höchstens 28 Tage
9-643.4	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 29 bis höchstens 35 Tage
9-643.5	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 36 bis höchstens 42 Tage
9-643.6	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 43 bis höchstens 49 Tage
9-643.7	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting): Mindestens 50 Tage
9-644.0	Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen: Ganztägiges Hometreatment
9-644.1	Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen: Halbtägiges Hometreatment
9-644.2	Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen: Halbtägige tagesklinische Behandlung
9-645.03	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen: durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden

OPS	Leistungsbeschreibung
9-645.04	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen: durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 2 bis zu 4 Stunden
9-645.05	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen: durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 4 Stunden
9-645.13	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: durch Ärzte und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden
9-645.14	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: durch Ärzte und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 2 bis zu 4 Stunden
9-645.15	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: durch Ärzte und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 4 Stunden
9-646.0	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen: Klärung und Regelung von 1 Mindestmerkmal
9-646.1	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen: Klärung und Regelung von 2 Mindestmerkmalen
9-646.2	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen: Klärung und Regelung von 3 Mindestmerkmalen
9-646.3	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen: Klärung und Regelung von 4 Mindestmerkmalen
9-647.0	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 1 Behandlungstag
9-647.1	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 2 Behandlungstage
9-647.2	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 3 Behandlungstage
9-647.3	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 4 Behandlungstage
9-647.4	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 5 Behandlungstage
9-647.5	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 6 Behandlungstage
9-647.6	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 7 Behandlungstage
9-647.7	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 8 Behandlungstage
9-647.8	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 9 Behandlungstage
9-647.9	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 10 Behandlungstage
9-647.a	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 11 Behandlungstage
9-647.b	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 12 Behandlungstage
9-647.c	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 13 Behandlungstage
9-647.d	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 14 Behandlungstage
9-647.e	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 15 Behandlungstage
9-647.f	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 16 Behandlungstage
9-647.g	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 17 Behandlungstage
9-647.h	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 18 Behandlungstage
9-647.j	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 19 Behandlungstage
9-647.k	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 20 Behandlungstage
9-647.m	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 21 Behandlungstage
9-647.n	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 22 Behandlungstage

OPS	Leistungsbeschreibung
9-647.p	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 23 Behandlungstage
9-647.q	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 24 Behandlungstage
9-647.r	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 25 Behandlungstage
9-647.s	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 26 Behandlungstage
9-647.t	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 27 Behandlungstage
9-647.u	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 28 Behandlungstage
9-648.00	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Einzelsupervision: Mindestens 25 bis unter 50 Minuten pro Tag
9-648.01	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Einzelsupervision: Mindestens 50 Minuten pro Tag
9-648.1	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Supervision eines Behandlungsteams
9-648.10	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Supervision eines Behandlungsteams: Mindestens 25 bis unter 50 Minuten pro Tag
9-648.11	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Supervision eines Behandlungsteams: Mindestens 50 Minuten pro Tag



## Liste PZN\_Psychotrop

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03 Antiepileptika		
N03AA02	Phenobarbital	804715; 3170381; 3175390; 3175409; 3175421; 3175444; 3175467; 3192543; 3192603; 4840895; 4895235; 4895258; 4895270; 5395115; 5395121; 5395138; 5395144; 6573731; 6573748; 6573754; 6573760; 6707284; 6707290; 6707315; 6707321; 7140690; 7140709; 9396614; 9396620; 10216853; 10216876; 10216882; 10216899
N03AA03	Primidon	659207; 659213; 659236; 695835; 695841; 1310369; 1358519; 1358525; 1985073; 1985096; 4043986; 4896430; 4897168; 4897174
N03AA04	Barbexaclon	651861; 651890; 1355432; 1355455; 7223559; 7330545; 7330551; 7593606; 8830250; 8830267
N03AB02	Phenytoin	141350; 141367; 141373; 337194; 805198; 1144681; 1144698; 1144706; 1144712; 1192674; 1403473; 1460985; 1579982; 2517411; 2519835; 3129361; 4503117; 4503123; 4503146
N03AD01	Ethosuximid	251216; 309298; 796625; 1660922; 2498211; 2517428; 3743026; 4026083; 4897180; 4897197; 6883733; 6883756; 8647528; 8647534
N03AD03	Mesuximid	796588; 2498197
N03AE01	Clonazepam	175604; 175610; 195825; 195831; 213799; 213836; 325802; 325819; 426294; 426302; 426325; 426331; 426360; 426377; 705924; 729416; 729511; 1253631; 1752713; 1752736; 1852886; 1852917; 1874304; 1874333; 1874385; 1874439; 2353576; 2353582; 2758362; 2758385; 2758439; 2758468; 4273054; 5501391; 5501416; 8791780; 8791797; 8791892; 8791900; 9680120; 9680137
N03AF01	Carbamazepin	71796; 71804; 71810; 78640; 104254; 110869; 110875; 110881; 116837; 116843; 116866; 159261; 159278; 159284; 159290; 159309; 159315; 159321; 159338; 159344; 201282; 201299; 201307; 201313; 201336; 235967; 235973; 236010; 236033; 361318; 361324; 361330; 361382; 361399; 361407; 361413; 361436; 361459; 431444; 431450; 461362; 461379; 461385; 461391; 461416; 461422; 461439; 461445; 461451; 476257; 476286; 476300; 476323; 476352; 476375; 476889; 476903; 476932; 479706; 479712; 479729; 479735; 479741; 479758; 505438; 505444; 505450; 523301; 523318; 523324; 523330; 590852; 594040; 605252; 605772; 605789; 607417; 608598; 608606; 612298; 612341; 614096; 615380; 620518; 620524; 620530; 630586; 630592; 630600; 631120; 730276; 730282; 730299; 738823; 738846; 738852; 771967; 771973; 771996; 799865; 799888; 799902; 799925; 799948; 799960; 799983; 800019; 816842; 816859; 816865; 914065; 914088; 914094; 914102; 914119; 914125; 914131; 914148; 914154; 914160; 914177; 914183; 958306; 958312; 958335; 958341; 958364; 958370; 969155; 969161; 969178; 969184; 969190; 969209; 969215; 969221; 969238; 969244; 969250; 969267; 1015334; 1015340; 1081986; 1081992; 1082193; 1127286; 1127292; 1127547; 1127553; 1185102; 1185148; 1185154; 1185183; 1187851; 1187868; 1188158; 1189689; 1189985; 1190008; 1190014; 1190020; 1238436; 1238465; 1238471; 1246200; 1246217; 1246223; 1388012; 1388029; 1388035; 1440882; 1440899; 1440907; 1459657; 1459700; 1460643; 1460666; 1844705; 1844711; 1984553; 1984576; 2016784; 2171326; 2171332; 2171349; 2197656; 2197780; 2198130; 2198963; 2198986; 2218884; 2218909; 2218938; 2218950; 2218973; 2218996; 2219033; 2219056; 2219079; 2219091; 2219122; 2219145; 2234920; 2235523; 2235546; 2245740; 2245763; 2259707; 2259713; 2367443; 2367466; 2367472; 2430532; 2430549; 2430555; 2430609; 2430615; 2430621; 2453711; 2453728; 2453734; 2684801; 2684818; 2717245; 2776503; 2776526; 3003766; 3003772; 3003789; 3067559; 3096360; 3096377; 3204789; 3220989; 3220995; 3233503; 3238216; 3419797; 3540903; 3540926; 3648977; 3649008; 3649014; 3659768; 3659774; 3659805; 3659811; 3659828; 3659834; 3672183; 3672208; 3685197; 3685205; 3691909; 3724253; 3724276; 3837307; 3971750; 3971767; 3996342; 3996359; 4010892; 4090253; 4090276;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4090282; 4090299; 4093352; 4093369; 4107858; 4107864; 4107870; 4187863; 4187886; 4187892; 4187900; 4187917; 4187923; 4187946; 4187952; 4187969; 4187975; 4187981; 4187998; 4188006; 4188012; 4188029; 4188035; 4188041; 4188058; 4247186; 4247192; 4442048; 4442054; 4442060; 4451314; 4451320; 4495582; 4503092; 4503100; 4511594; 4511602; 4511619; 4556295; 4556303; 4610563; 4610586; 4653265; 4653271; 4676705; 4779813; 4779836; 4779842; 4813303; 4813326; 4813332; 4897145; 4897151; 4908050; 4922972; 4922989; 4922995; 4966018; 4966024; 4966047; 4966053; 4976608; 4976614; 4976620; 5394699; 5394707; 5394713; 5394736; 5507442; 5507459; 5533043; 5533066; 5533072; 5533089; 5533095; 5533103; 5533126; 5533132; 5533149; 5533155; 5533161; 5533178; 5533184; 5533190; 5533209; 5533215; 5533221; 5533238; 5533244; 5533250; 5533267; 5533273; 5744567; 5744596; 5747152; 5747175; 6101943; 6154891; 6172452; 6172469; 6172475; 6172481; 6172498; 6879140; 6879157; 6879163; 6974950; 6974967; 6974973; 7140721; 7145227; 7145233; 7145256; 7145262; 7153221; 7189526; 7213992; 7242775; 7242781; 7269768; 7269774; 7269780; 7269797; 7269805; 7269811; 7299189; 7299195; 7299203; 7590281; 7590298; 7590306; 7602908; 7602914; 7602920; 7712442; 7712459; 7712465; 7712471; 7712488; 7726272; 7726289; 8415746; 8415752; 8415769; 8415775; 8415781; 8415798; 8594080; 8642270; 8642287; 8642293; 8655120; 8655137; 8655143; 8655166; 8655172; 8655189; 8772280; 8772297; 8772305; 8782261; 8782278; 8782284; 8782309; 8782315; 8782321; 8867649; 8871697; 8871705; 8871711; 8917229; 8917235; 8996370; 8996387; 8996393; 9089220; 9089237; 9494742; 9494759; 9494765; 9494771; 10276772; 10276789
N03AF02	Oxcarbazepin	220670; 220687; 220871; 476978; 476990; 477015; 477038; 477044; 477050; 477067; 477073; 477096; 477104; 477110; 574646; 574652; 580836; 581103; 581126; 705640; 705657; 705692; 705700; 714018; 714024; 714426; 714449; 714515; 894339; 894345; 1366654; 1366660; 1366677; 1366683; 1366708; 1366714; 1366737; 1366743; 1366766; 1456601; 1456618; 1456624; 1456630; 1456647; 1457262; 1712091; 1712116; 1712122; 1712139; 1712145; 1712151; 1712228; 1712234; 1712240; 1719822; 1719839; 1719845; 1719851; 1719868; 1719874; 1719880; 1719897; 1719905; 1903738; 1903744; 1996510; 2038834; 2067741; 2067758; 2067764; 2067770; 2067787; 2067793; 2233719; 2233748; 2233760; 2233777; 2233783; 2233808; 2233814; 2233820; 2233872; 2235434; 2235440; 2235457; 2235463; 2724788; 2724819; 3054048; 3441822; 3449887; 3449893; 3449901; 3449918; 3449924; 3449930; 3449947; 3449953; 3449976; 3449982; 3651956; 3651979; 3651985; 3913592; 3913600; 3913617; 3913623; 3913646; 3913652; 3929541; 4152787; 4152793; 4152801; 4392385; 4392391; 4392451; 5048106; 5048129; 5048135; 5048141; 5048218; 5048224; 5048230; 5048342; 5048359; 5356374; 5356380; 5356405; 5356411; 5356434; 5356440; 5565362; 6055172; 6055189; 6055195; 6055203; 6055226; 6055232; 6055249; 6055255; 6055261; 6127351; 6127374; 6127380; 6309135; 6309141; 7391529; 7391541; 7391558; 8461806; 8461812; 9318413; 9318436; 9318442; 9318459; 9318465; 9318471; 9318488; 9318494; 9318502; 9318519; 9338812; 9338829; 9338835; 9338841; 9338858; 9338864; 9338870; 9338887; 9338893; 9338901; 9485341; 9485358; 9485364; 9485370; 9485387; 9485393; 9485401; 9485418; 9485424; 9519442; 9519459; 9519465; 9519488; 9519494; 9519502; 9519525; 9519531; 9519548; 10409049; 10409055; 10541582; 10541599; 10966287
N03AF03	Rufinamid	361471; 361494; 496260; 553087; 1151267; 5378306; 5379292; 6573777; 9391870; 9512291; 9528234; 9528240; 9674361; 9681059; 9695423; 9695506; 9695512; 9695529; 10297567; 10392372; 10851408
N03AF04	Eslicarbazepin	24093; 1229928; 6328486; 6328492; 6940477; 9304919; 9537428; 9737156; 9764288; 9764294; 9775323; 9775346; 9778422; 9779226; 9781921; 9781938; 9943619; 10169214; 10299589
N03AG01	Valproinsäure	194168; 194174; 194228; 194234; 393577; 393583; 393614; 393620; 393637; 393643; 536255; 536261; 536278; 536284; 536290; 536309; 550835; 563973; 564004; 564010; 564027; 564033; 564056; 564062; 564079; 564085; 689154;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		833786; 833792; 833800; 833817; 833823; 833852; 860820; 860903; 860949; 860955; 860990; 861021; 947900; 947917; 951391; 951422; 951439; 951445; 999104; 999110; 999127; 999133; 999156; 999162; 1010503; 1010526; 1010532; 1010549; 1010555; 1010578; 1037293; 1037301; 1037318; 1037324; 1037330; 1037347; 1039079; 1039085; 1039091; 1039116; 1039122; 1039151; 1044092; 1044100; 1044117; 1044123; 1044146; 1044152; 1048523; 1048546; 1048552; 1048569; 1058668; 1058674; 1058680; 1058697; 1065214; 1065220; 1065332; 1065349; 1065355; 1065361; 1065378; 1065384; 1065473; 1065504; 1065510; 1065527; 1065533; 1065556; 1065562; 1084186; 1084192; 1084200; 1084217; 1084223; 1084246; 1320155; 1320184; 1320190; 1320209; 1320215; 1320221; 1320238; 1320244; 1320250; 1320267; 1320273; 1359536; 1359542; 1359559; 1359565; 1359571; 1359602; 1359619; 1359625; 1359631; 1383701; 1384356; 1384362; 1384379; 1384586; 1384592; 1384600; 1384617; 1384652; 1384669; 1393852; 1393869; 1393875; 1393898; 1393912; 1395118; 1400486; 1400492; 1400500; 1400546; 1400552; 1400569; 1400598; 1401250; 1401267; 1401273; 1401327; 1401356; 1401362; 1428711; 1428740; 1428757; 1428875; 1428881; 1428898; 1428970; 1429001; 1489701; 1496664; 1496687; 1496718; 1510832; 1510849; 1511435; 1511441; 1511458; 1511464; 1512133; 1512156; 1512162; 1512179; 1512185; 1512191; 1512216; 1518710; 1518727; 1518733; 1527330; 1527376; 1527407; 1527413; 1527442; 1527465; 1527488; 1527502; 1527519; 1527525; 1534749; 1534755; 1534761; 1534778; 1534784; 1534790; 1534809; 1534815; 1534821; 1552842; 1552859; 1605604; 1640612; 1852231; 1852248; 1852254; 1883467; 1883562; 1883697; 1883705; 1887057; 1897601; 1897618; 1907104; 1907110; 1907127; 1907133; 1907156; 1907162; 1926780; 1985021; 1995404; 1995427; 1995456; 2073026; 2073032; 2357568; 2357574; 2357605; 2357611; 2357640; 2357657; 2361015; 2361021; 2394977; 2399325; 2399331; 2399348; 2460562; 2460579; 2460585; 2460591; 2460616; 2460622; 2460639; 2460645; 2460651; 2460668; 2469913; 2480234; 2516765; 2516788; 2517397; 2517405; 2524902; 2524919; 2524925; 2757026; 2757919; 2757925; 2757931; 2759752; 2761890; 2855183; 2855214; 3208899; 3208936; 3208965; 3208994; 3209002; 3209048; 3209054; 3491257; 3691861; 4006577; 4006583; 4120669; 4120675; 4120681; 4120698; 4172353; 4172376; 4172382; 4172399; 4172407; 4172413; 4172436; 4172442; 4172465; 4172471; 4172488; 4172494; 4172502; 4172519; 4172525; 4188383; 4188408; 4188414; 4188420; 4188437; 4188443; 4188466; 4188472; 4188489; 4188495; 4217564; 4219899; 4220632; 4338575; 4338581; 4338658; 4338670; 4338687; 4341063; 4341086; 4342513; 4343783; 4343820; 4343837; 4343926; 4343932; 4343961; 4344044; 4367097; 4367105; 4367111; 4367128; 4367134; 4367140; 4897205; 4897211; 4897228; 4911796; 4922914; 4922920; 4957580; 5033582; 5033599; 5033613; 5033731; 5033808; 5033820; 5033872; 5033895; 5033926; 5034050; 5034179; 5034216; 5034280; 5034328; 5034340; 5559781; 6169094; 6182516; 6182522; 6182539; 6305781; 6305798; 6305806; 6305829; 6305835; 6305841; 6571376; 7015335; 7015424; 7015430; 7015476; 7015499; 7015507; 7015542; 7015594; 7015602; 7015683; 7021904; 7116800; 7140715; 7140968; 7244981; 7260655; 7260661; 7260678; 7260684; 7260709; 7260721; 7260738; 7415661; 7415678; 7415684; 7415690; 7420047; 7420053; 7499735; 7550353; 7550382; 7550407; 7698311; 8404205; 8404211; 8404228; 8404234; 8459241; 8718889; 8718895; 8718903; 8718926; 8718932; 8718949; 9016474; 9016592; 9016600; 9016623; 9016646; 9016652; 9016669; 9016675; 9016681; 9016698; 9431753; 9544807; 9544813; 9544836; 9544842; 9544859; 9544865; 9724656; 10072070; 10084222; 10177314; 10304824; 10304876; 10327073
N03AG01	Valproinsäure + Natriumvalproat	4398181
N03AG04	Vigabatrin	240359; 240394; 324375; 324576; 324760; 448580; 448634; 448640; 506662; 506679; 1550300; 1550317; 1550323; 1921699; 1922003; 2136531; 2136554; 2136577; 3565808; 3565814; 3565866; 3656988; 3656994; 3657002; 3993088; 3993622; 6983624; 6983630; 6983676; 7382890; 7382909; 7422773; 7422796;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7422804; 8544952; 8544969; 8544975; 8595949; 8595955; 8595961; 8600188; 8600194; 8600202; 8701251; 8701268; 8701274
N03AG06	Tiagabin	1358399; 1358407; 1358413; 1358442; 1358459; 1358465; 1358577; 1358583; 2846729; 2846735; 2846741; 2846758; 2846764; 2846770; 2846787; 2846793; 2846801; 4016914; 4016920; 4016937; 4017032; 7522575; 7522581; 7522598; 7522606; 7522612; 7522629; 8899810; 8899827; 8899833
N03AX03	Sultiam	6934844; 8767020; 8767037; 8767043; 8767066
N03AX09	Lamotrigin	80938; 80973; 80996; 81004; 81010; 81027; 81033; 81056; 81062; 83799; 107212; 157291; 164701; 164718; 166999; 167007; 171397; 172824; 173189; 173195; 175952; 181740; 247410; 247427; 247640; 247657; 248102; 248125; 248148; 263917; 263946; 263998; 264006; 274559; 274588; 275470; 275487; 503505; 503511; 503528; 503534; 503540; 503557; 503563; 503586; 632303; 632361; 632993; 633047; 758978; 758984; 758990; 763666; 764370; 764393; 764401; 764418; 764424; 764430; 764453; 764476; 768132; 768149; 937528; 938456; 938462; 947834; 947857; 947863; 947886; 1012577; 1012583; 1012608; 1012614; 1012620; 1012637; 1012643; 1012672; 1012689; 1029678; 1029690; 1029715; 1029738; 1029827; 1029922; 1030026; 1030109; 1030204; 1057255; 1216558; 1216564; 1281449; 1292631; 1404449; 1404455; 1414689; 1414695; 1414703; 1414726; 1414732; 1418983; 1419008; 1422631; 1422648; 1422660; 1422677; 1602557; 1662714; 1662720; 1834687; 1841598; 1841606; 1841612; 1896010; 1896027; 1896033; 1896056; 1973822; 1973839; 1973845; 2071783; 2173756; 2174460; 2177091; 2177286; 2177872; 2179457; 2179463; 2179523; 2179693; 2475374; 2478125; 2478355; 2478869; 2730665; 2730777; 2730808; 2730843; 2730955; 2730984; 2731009; 2731015; 2742272; 2742303; 2742326; 2779393; 3063722; 3073956; 3074080; 3360733; 3360756; 3360785; 3360816; 3360822; 3360839; 3360845; 3360868; 3360874; 3442997; 3645358; 3645364; 3645370; 3645453; 3645499; 3645507; 3645542; 3645565; 3645602; 3726571; 3754076; 3754113; 3806301; 3806330; 3806376; 3806382; 3870782; 3870799; 3870807; 3870836; 3870842; 3870859; 3870865; 3870871; 3871103; 3885950; 3886174; 3887363; 3888150; 3888581; 3888747; 3888753; 3890299; 3890572; 3927602; 3927677; 3927683; 3927708; 3927795; 3927803; 3927855; 3927861; 3927973; 3928240; 3928257; 3928263; 3928317; 3928346; 3928352; 3928369; 3928381; 4051773; 4051796; 4051810; 4051827; 4051833; 4051856; 4051862; 4051879; 4051891; 4051916; 4054369; 4087624; 4087630; 4087653; 4087682; 4087771; 4087788; 4087794; 4087802; 4087819; 4087825; 4090796; 4090827; 4090833; 4115378; 4115384; 4115390; 4115409; 4126850; 4126867; 4126873; 4126904; 4126910; 4126927; 4129995; 4130001; 4152681; 4152698; 4152706; 4163012; 4163029; 4163035; 4163041; 4163058; 4163064; 4163070; 4163093; 4163101; 4163118; 4165755; 4165761; 4165778; 4165784; 4165790; 4165809; 4165815; 4165821; 4165838; 4165844; 4165873; 4165904; 4165910; 4165933; 4165956; 4165979; 4169977; 4192367; 4192373; 4192396; 4192404; 4192410; 4192427; 4192433; 4192456; 4192462; 4192479; 4206939; 4206997; 4207063; 4207086; 4207092; 4207100; 4207146; 4207258; 4207270; 4207287; 4220750; 4220767; 4220810; 4234924; 4235504; 4235533; 4235579; 4235585; 4235591; 4235674; 4235711; 4235740; 4235852; 4237064; 4251443; 4251503; 4251609; 4251621; 4251638; 4251644; 4251650; 4251667; 4251673; 4306457; 4306463; 4306486; 4306492; 4306500; 4306517; 4306523; 4306546; 4314528; 4314534; 4314540; 4314557; 4314563; 4314600; 4314706; 4314712; 4314758; 4314764; 4345871; 4345925; 4345954; 4346020; 4346037; 4346043; 4346066; 4346072; 4346155; 4349627; 4349633; 4349656; 4349662; 4349679; 4349685; 4349691; 4349716; 4378379; 4378416; 4378422; 4378451; 4378474; 4378617; 4378646; 4378652; 4378669; 4378675; 4378729; 4385505; 4385511; 4385563; 4385586; 4385592; 4385617; 4385623; 4385669; 4385675; 4392037; 4392072; 4392126; 4392132; 4392149; 4392155; 4392161; 4392178; 4392184; 4413348; 4413354; 4436415; 4436444; 4436467; 4436496; 4436510; 4436533; 4436562; 4436585; 4436639; 4463777; 4463808; 4463814; 4463820; 4463837; 4623732; 4623749;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4623755; 4624128; 4624134; 4624140; 4625524; 4625530; 4625547; 4627902; 4826501; 4826748; 4827535; 4827601; 4918953; 4919094; 4919355; 4920016; 4920039; 4920045; 4920217; 4921889; 5131416; 5135029; 5135271; 5510906; 5510912; 5510929; 5510935; 5510941; 5510958; 5510964; 5510970; 5510987; 5510993; 5511001; 5511018; 5535243; 5535266; 5535272; 5535289; 5535295; 5535303; 5535326; 5535332; 5535349; 5535355; 5535361; 5535378; 5535384; 5535390; 5535409; 5535415; 5535421; 5535438; 5967014; 6107259; 6107271; 6107288; 6108336; 6108342; 6108365; 6108394; 6108425; 6108460; 6108477; 6435957; 6435963; 6446576; 6446582; 6446636; 6607105; 6643348; 6643360; 6643377; 6643383; 6643414; 6643420; 6643437; 6643466; 6643472; 6953600; 6953623; 6953646; 6953652; 6953669; 6953675; 6953681; 6953698; 6953706; 6961491; 6983854; 7017127; 7017268; 7017280; 7017452; 7017475; 7017512; 7017529; 7017535; 7017995; 7633889; 7712672; 7712689; 7712695; 7712761; 7712778; 7712784; 7712809; 7713068; 7713312; 7713329; 7713341; 7713358; 8790680; 8790697; 8790705; 9277430; 9277447; 9277453; 9277476; 9277482; 9277499; 9277507; 9278501; 9278518; 9462216; 9478536; 9478542; 9478559; 9478565; 9478571; 9478588; 9478594; 9478602; 9478619; 9478625; 9478631; 9478648; 9478654; 9687375; 9687381; 9687398; 9691170; 9691187; 9691193; 9691201; 9691218; 9691224; 9691230; 9691247; 9691253; 9691276; 9691282; 9691299
N03AX10	Felbamat	2044102; 2044119; 2180621; 2180638; 3524637; 3530247; 4051218; 4051224; 4484213; 4957290; 5505727; 5704473; 5704504; 5962873; 5962896; 5962904; 5962910; 6159138; 6159144; 6159173; 6159196; 6159227; 6159233
N03AX11	Topiramate	26637; 26643; 26672; 26695; 26703; 26726; 69121; 71649; 133907; 133913; 133936; 133971; 133988; 133994; 134031; 134048; 134054; 134060; 134077; 432691; 432716; 432722; 432739; 432745; 490777; 490889; 561359; 694540; 753952; 753969; 753975; 753981; 753998; 754006; 842710; 842727; 842733; 842756; 842762; 842779; 842785; 842791; 1005784; 1021599; 1021607; 1021613; 1262914; 1262920; 1266958; 1333399; 1333407; 1333442; 1333459; 1469147; 1537736; 1986552; 2095016; 2095246; 2095335; 2095370; 2143583; 2179397; 2179405; 2179569; 2179575; 2179836; 2179842; 2218393; 2218418; 2218424; 2218430; 2218453; 2218476; 2218499; 2401660; 2401677; 2459174; 2460013; 2460378; 2460450; 2460473; 2460496; 2535171; 2535188; 2827666; 2827672; 2934847; 2934853; 3097974; 3098287; 3098353; 3189794; 3193614; 3390148; 3390390; 3390616; 3390680; 3390697; 3390705; 3396352; 3401053; 3401082; 3401320; 3402207; 3402957; 3402986; 3404169; 3497314; 3497320; 3497550; 3497739; 3497745; 3864089; 3913586; 4113913; 4240592; 4240681; 4240706; 4240729; 4240735; 4240758; 4240770; 4804037; 4804706; 4810262; 5023253; 5131675; 5131729; 5131793; 5351891; 5351916; 5351922; 5351939; 5351945; 5351951; 5351968; 5351974; 5351997; 5352005; 5352034; 5375130; 5375147; 5375176; 5375182; 5375199; 5375213; 5375236; 5375242; 5375259; 5375271; 5388256; 5388262; 5388279; 5388291; 5388316; 5388322; 5388351; 5388368; 5388374; 5388380; 5453338; 5453344; 5453350; 5453367; 5453373; 5453396; 5453404; 5453410; 5453427; 5453433; 5453456; 5524883; 5725127; 5725185; 5746224; 5972624; 5972630; 5972647; 5972653; 5972676; 5972682; 5972699; 5972707; 6833988; 7035378; 7035881; 7035898; 7243757; 7243869; 7300449; 7300455; 7335471; 7550086; 7550092; 7748782; 7748799; 7748807; 7748813; 7748836; 7748842; 7748859; 7748865; 8457319; 8457590; 8839736; 8839742; 8856597; 9086753; 9089332; 9089349; 9151700; 9151717; 9151723; 9151752; 9151769; 9152496
N03AX12	Gabapentin	38652; 38669; 38675; 38681; 38698; 207876; 208723; 235329; 235335; 235341; 235358; 235370; 236139; 243866; 243872; 255415; 256716; 257176; 257182; 270610; 280206; 308175; 308293; 308821; 310002; 310054; 310060; 310108; 320822; 323163; 323200; 323217; 323252; 323269; 323312; 326730; 326747; 326776; 326865; 326871; 326948; 333150; 348192; 399953; 399976; 399982; 400001; 400030; 400099; 406328; 407368; 407374; 407552; 407747; 408190;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		<p>408304; 408310; 408356; 408362; 408422; 408480; 408623; 408706; 412889; 412903; 412949; 412990; 413110; 413127; 451346; 451352; 451369; 451783; 451843; 586081; 651430; 651447; 651453; 651476; 651482; 651513; 684843; 684866; 684872; 684889; 684895; 684903; 684926; 684932; 749583; 749608; 749614; 792194; 792202; 792219; 792225; 792231; 792248; 792254; 792260; 803288; 803294; 803302; 803319; 803325; 803331; 803348; 803354; 803360; 835443; 869525; 877594; 884447; 918330; 1005028; 1005212; 1005229; 1005235; 1005241; 1005258; 1005264; 1005382; 1015943; 1015966; 1015972; 1015989; 1016836; 1027521; 1027538; 1027550; 1027567; 1033415; 1033421; 1033438; 1033444; 1033450; 1033467; 1034751; 1034768; 1034774; 1034805; 1034811; 1034828; 1049770; 1072208; 1072214; 1072243; 1072266; 1072272; 1072289; 1072295; 1072326; 1072332; 1072384; 1072390; 1121929; 1121935; 1121958; 1121964; 1122001; 1122024; 1122030; 1122047; 1129894; 1129983; 1130012; 1130029; 1130118; 1130130; 1130242; 1260588; 1260594; 1260602; 1260619; 1260625; 1260631; 1260654; 1260660; 1325922; 1325939; 1325945; 1325951; 1339284; 1339290; 1339309; 1339315; 1339321; 1339338; 1344411; 1344428; 1344546; 1344552; 1387892; 1415594; 1415660; 1440356; 1455955; 1455961; 1465155; 1465178; 1465385; 1465557; 1465698; 1465741; 1465787; 1465801; 1465876; 1465913; 1465988; 1466019; 1466031; 1466048; 1515054; 1554864; 1554870; 1554887; 1562898; 1562906; 1562912; 1562929; 1562935; 1562941; 1562958; 1562964; 1602592; 1602623; 1602669; 1602712; 1602729; 1602735; 1641333; 1641416; 1677213; 1685721; 1685738; 1685750; 1752558; 1752682; 1819481; 1891886; 1892354; 1893069; 1893158; 1893170; 1893224; 1893247; 1971450; 1971467; 1971527; 1971585; 1971616; 1971674; 2012214; 2012409; 2012579; 2012585; 2022371; 2022388; 2022431; 2022448; 2022454; 2022460; 2022477; 2022483; 2022649; 2022655; 2022709; 2022773; 2022796; 2022804; 2065274; 2065280; 2065297; 2065305; 2065311; 2065328; 2065386; 2065392; 2161084; 2161090; 2161109; 2161115; 2161121; 2161150; 2180650; 2180667; 2180673; 2213800; 2238585; 2238591; 2261242; 2261265; 2401772; 2401789; 2466694; 2466725; 2466754; 2466961; 2466984; 2467015; 2467021; 2467050; 2485438; 2531279; 2531291; 2649124; 2649213; 2649236; 2649242; 2751911; 2765327; 2809935; 2814095; 2814103; 2814155; 2814221; 2814238; 2814250; 2814273; 2842275; 2843174; 2843984; 2843990; 2844009; 2844015; 3090133; 3413642; 3413671; 3413688; 3413694; 3413725; 3413731; 3413748; 3413760; 3453417; 3660346; 3660352; 3660369; 3660375; 3660381; 3660398; 3660406; 3660412; 3853921; 3853938; 3853944; 3853950; 3853967; 3853973; 3853996; 3854004; 3995383; 3995727; 3995733; 3996684; 4000008; 4000014; 4024210; 4024262; 4024285; 4024291; 4024316; 4024339; 4024351; 4024374; 4024380; 4024397; 4024405; 4024411; 4042082; 4042099; 4042171; 4042188; 4042202; 4042225; 4119985; 4119991; 4120008; 4120014; 4120020; 4120037; 4120043; 4120066; 4120942; 4120959; 4123231; 4130136; 4130142; 4130159; 4130165; 4130171; 4130188; 4130194; 4170638; 4170644; 4170650; 4170667; 4170673; 4170696; 4170704; 4170710; 4171543; 4171566; 4171572; 4171589; 4171595; 4171603; 4171626; 4171632; 4171649; 4215358; 4215393; 4215418; 4215447; 4215453; 4215476; 4215536; 4215542; 4379002; 4379025; 4379048; 4379054; 4379060; 4379108; 4379114; 4379137; 4379166; 4379172; 4379203; 4379278; 4379284; 4379290; 4385741; 4385758; 4385818; 4385824; 4392356; 4392362; 4392379; 4440397; 4440411; 4440428; 4440434; 4440517; 4440523; 4506297; 4507204; 4791352; 4857789; 5012717; 5012746; 5012752; 5012781; 5012798; 5012858; 5023371; 5049330; 5049347; 5049436; 5049442; 5049459; 5049465; 5394825; 5394831; 5394848; 5394854; 5394860; 5394877; 5394883; 5394914; 5394920; 5394966; 5394972; 5394989; 5394995; 5395003; 5395026; 5480418; 5506075; 5509323; 5509346; 5509352; 5509369; 5509375; 5509381; 5509398; 5509406; 5509412; 5509429; 5509435; 5509441; 5509458; 5509464; 5509470; 5534775; 5534781; 5534798; 5534806; 5534812; 5534829; 5534835; 5534841; 5534858; 5534864; 5534870; 5534887; 5534893; 5534901; 5534918; 5538431; 5956358; 5956364; 6052334; 6052340; 6052363; 6052386; 6165908; 6165914; 6413795; 6413803; 6413826; 6413849; 6413855; 6413861; 6413878;</p>

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		<p>6413890; 6413909; 6686553; 6686576; 6686582; 7153882; 7153907; 7153936; 7153942; 7153965; 7153971; 7229088; 7229409; 7229415; 7260098; 7260112; 7260158; 7260164; 7260218; 7260224; 7260230; 7260247; 7601866; 7639024; 7639030; 7639047; 7639076; 7639082; 7698564; 7698570; 7754535; 7757999; 7783324; 8877777; 9097001; 9103753; 9103776; 9103782; 9103799; 9103807; 9103813; 9103836; 9103842; 9103925; 9191071; 9219556; 9219562; 9219579; 9219585; 9219591; 9219616; 9219622; 9219639; 9219645; 9219651; 9219668; 9219674; 9219680; 9219697; 9219705; 9235012; 9252364; 9267466; 9267472; 9295095; 9425238; 9478418; 9478424; 9478447; 9478476; 9478482; 9478507; 9651928; 9651934; 9705475; 10058615; 10058621; 10058638; 10058644; 10061132; 10061149; 10061155; 10061161; 10061178; 10071455; 10071461; 10071478; 10071484; 10071490; 10071509; 10071515; 10071521; 10071538; 10071544; 10071550; 10071567; 10071573; 10071596; 10071604; 10071610; 10517069; 10517075; 10517081; 10517098; 10517106; 10517112; 10517129; 10517135; 10517141; 10517158; 10517164; 10517170; 10517187; 10517193; 10517201</p>
N03AX14	Levetiracetam	<p>25750; 104509; 113158; 216869; 272655; 272661; 364297; 364328; 554371; 554388; 554394; 554419; 554448; 554454; 566115; 698147; 698153; 780713; 789967; 789973; 827260; 1170075; 1218008; 1218020; 1218037; 1218043; 1218066; 1218089; 1218103; 1218132; 1218155; 1218178; 1258195; 1452201; 1557911; 1557928; 1557934; 1557940; 1626658; 1646425; 1807549; 1807584; 1807816; 1822626; 1890533; 1890556; 1897570; 1897587; 1930126; 1930132; 2472186; 2478881; 2956671; 3000940; 3037676; 3037682; 3177236; 3275370; 3412795; 3412803; 3440863; 3444163; 3444453; 3444571; 3444625; 3444795; 3444826; 3446676; 3446682; 3446713; 3446759; 3446771; 3494103; 3494126; 3679558; 3679564; 3679570; 3679587; 3679624; 3679676; 3806212; 3882590; 3956704; 3957402; 3959890; 4011319; 4011325; 4011331; 4011354; 4011360; 4011408; 4011414; 4033775; 4121947; 4258959; 4258965; 4258988; 4259060; 4259077; 4259083; 4306954; 4825163; 4970273; 5124497; 5453798; 5453806; 5461757; 5466192; 5480772; 5480789; 5480803; 5504455; 5504461; 5504478; 5504484; 5504490; 5504509; 5870875; 5870881; 5870898; 5870906; 6715355; 6793639; 7072936; 7104783; 7125259; 7243711; 7243728; 7243734; 7303815; 7303821; 7303844; 7303850; 7314799; 7354830; 7355048; 7377794; 7585587; 7585593; 7585601; 7585618; 7585624; 7585630; 7585647; 7585653; 7585676; 7585682; 7585699; 7585707; 7611020; 7611037; 7611043; 7611072; 7611089; 7611095; 7611126; 7611132; 7611149; 7611161; 7611178; 7611184; 7611190; 7730629; 7730641; 7730664; 7730670; 7730730; 7730983; 7779021; 7779038; 7779044; 7779050; 7779073; 7779096; 7779104; 7779110; 7779127; 7779156; 7779162; 7779179; 7779185; 7779222; 7779245; 7779251; 7779274; 8755583; 8755620; 8794241; 8794264; 8794270; 8794301; 8794318; 8794324; 8794330; 8794347; 8794353; 8794376; 8794382; 8794399; 8805298; 8805306; 8813990; 8814009; 8814015; 8814038; 8814044; 8814096; 8814110; 8814127; 8814133; 8814156; 8814239; 8814340; 8829229; 8829235; 8839914; 8839995; 8840001; 8840018; 8840024; 8840030; 8840053; 8840099; 8840107; 8840113; 8840159; 8840165; 8840171; 8841041; 8841058; 8841064; 8841070; 8841087; 8841093; 8841101; 8841118; 8841124; 8841130; 8841147; 8841153; 8850264; 8850270; 8850287; 8850293; 8850301; 8850318; 8850324; 8850330; 8850347; 8850353; 8850376; 8850382; 8890950; 8890967; 8891122; 8891139; 8891145; 8891435; 8891458; 8891665; 8891719; 8891760; 8891889; 8891926; 8891932; 8891949; 8891984; 8891990; 8892009; 8907171; 8907194; 8907219; 8907231; 8907254; 8928210; 8930388; 8930394; 8930402; 8930419; 8930425; 8930431; 8930448; 8930454; 8930595; 8930603; 8930626; 8930632; 8930661; 9006406; 9006412; 9064763; 9064786; 9064792; 9064817; 9064823; 9064846; 9064869; 9064875; 9064881; 9064906; 9064912; 9064929; 9064941; 9064958; 9071734; 9081081; 9081098; 9081106; 9081112; 9082815; 9121343; 9121366; 9121372; 9121389; 9121395; 9121403; 9121426; 9121432; 9121449; 9121455; 9121461; 9121478; 9123164; 9123170; 9123201; 9123218; 9123224; 9123230; 9123247; 9123253;</p>

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		9123276; 9123282; 9123299; 9123307; 9123313; 9123336; 9123342; 9123359; 9123365; 9123371; 9123388; 9123394; 9123402; 9123419; 9123425; 9123431; 9199167; 9199204; 9199210; 9199227; 9199233; 9199262; 9199285; 9199322; 9199380; 9199397; 9199405; 9199411; 9225189; 9228791; 9228816; 9228822; 9228839; 9228845; 9228851; 9228868; 9228874; 9228880; 9228897; 9228905; 9228911; 9234082; 9234099; 9234107; 9234113; 9234136; 9234142; 9234159; 9234165; 9234171; 9234188; 9234194; 9234202; 9276117; 9277795; 9277803; 9277826; 9277832; 9277849; 9277855; 9277861; 9277878; 9277884; 9277890; 9277909; 9277915; 9301430; 9301476; 9301499; 9301507; 9301513; 9301536; 9301542; 9301559; 9322449; 9322455; 9322461; 9338976; 9338982; 9338999; 9381392; 9381400; 9381417; 9381423; 9381446; 9381452; 9381469; 9381475; 9381481; 9381498; 9381506; 9381512; 9381529; 9381535; 9381541; 9381558; 9381564; 9381570; 9381587; 9381593; 9381601; 9381618; 9381624; 9381647; 9431635; 9467917; 9467975; 9467981; 9467998; 9468006; 9468012; 9468035; 9468041; 9468058; 9468064; 9468070; 9468087; 9469158; 9469164; 9469187; 9469193; 9469201; 9469218; 9469230; 9469247; 9469253; 9469282; 9469299; 9469307; 9478660; 9478677; 9478683; 9478708; 9478714; 9478720; 9478737; 9478743; 9478766; 9478772; 9478789; 9478795; 9482897; 9482905; 9482911; 9482928; 9482934; 9482940; 9482957; 9482963; 9482986; 9482992; 9483000; 9483017; 9485861; 9485878; 9485884; 9485890; 9485909; 9485915; 9485921; 9485938; 9485944; 9485950; 9485967; 9485973; 9518885; 9518922; 9518945; 9531130; 9531153; 9531176; 9531182; 9531199; 9531207; 9531213; 9531236; 9531242; 9531259; 9531265; 9531271; 9543558; 9632730; 9632747; 9632753; 9686507; 9686513; 9686536; 9705179; 9705185; 9705216; 9705222; 9705245; 9705251; 9705274; 9705280; 9716496; 9716504; 9717136; 9717142; 9717159; 9717165; 9717171; 9717188; 9717194; 9717202; 9717219; 9717225; 10094249; 10094255; 10094261; 10094278; 10094284; 10132205; 10146466; 10146472; 10147023; 10147046; 10174310; 10174327; 10174333; 10174356; 10174362; 10174379; 10174385; 10174391; 10174416; 10174422; 10174439; 10174445; 10199221; 10199238; 10224887; 10224893; 10224901; 10224918; 10224924; 10224930; 10224947; 10224953; 10224976; 10224982; 10224999; 10225007; 10228804; 10251683; 10251708; 10251714; 10251737; 10251743; 10251766; 10251789; 10251795; 10251803; 10251832; 10251849; 10251855; 10251878; 10251884; 10251890; 10271450; 10271473; 10271496; 10271786; 10307975; 10307981; 10307998; 10313289; 10313295; 10313326; 10313332; 10319719; 10319725; 10342925; 10342931; 10342948; 10342960; 10342977; 10342983; 10343008; 10343014; 10343020; 10343037; 10343066; 10343072; 10357223; 10357246; 10357252; 10357269; 10383255; 10383284; 10383290; 10383309; 10404224; 10404230; 10404247; 10404253; 10404282; 10404299; 10414636; 10637750; 10637767; 10637773; 10637796; 10637804; 10637810; 10637827; 10637833; 10744351; 10744368; 10795176; 10961887; 10961893; 10961901; 10961918; 10961924; 10961930; 10961947; 10961953; 10961976; 10961982; 10961999; 10962007
N03AX15	Zonisamid	98861; 942802; 1309627; 1309633; 1557957; 1557963; 1610309; 1697463; 2475322; 2667004; 3572375; 3572381; 3572398; 3772217; 3772246; 4132891; 4407224; 4407276; 4407282; 4407299; 4407307; 4407313; 4407336; 4595421; 4595438; 5500581; 5501468; 5501474; 6698160; 6698177; 6786668; 6786674; 6786680; 6786697; 6786705; 6793958; 6876762; 6876779; 7244113; 7244136; 7244159; 7244165; 7244202; 10183102; 10419119; 10855429; 10917024; 10917030
N03AX16	Pregabalin	174763; 203743; 203766; 221439; 227117; 227123; 250205; 363754; 585271; 602006; 616936; 714550; 996152; 996169; 1063830; 1074503; 1078642; 1078978; 1081673; 1163891; 1177835; 1177841; 1231836; 1289528; 1289563; 1362923; 1364980; 1453583; 1551966; 1551972; 1604036; 1673563; 1673586; 1674491; 1742040; 1742057; 1830399; 2010385; 2069473; 2135715; 2135721; 2523446; 2523452; 2703728; 3072247; 3389085; 3389234; 3389300; 3389317; 3389323; 3389346; 3389352; 3389369; 3389375; 3389381; 3389398; 3389406;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		3497751; 3497952; 3682767; 3872887; 4015056; 4120847; 4120853; 4152824; 4217015; 4322829; 4479229; 4479235; 4479790; 4479809; 4682723; 4682918; 4744329; 4830224; 4830371; 4830388; 5500291; 5500316; 5500322; 5500339; 5500345; 5504900; 5908141; 5947508; 6103669; 6107420; 6121130; 6121147; 6149507; 6339461; 6497036; 6497042; 6555644; 6621571; 6715160; 6715177; 6715183; 6715208; 6715214; 6715220; 6715237; 6715243; 6715266; 6715272; 6789543; 6789566; 6810757; 6813052; 6838543; 6924449; 7141123; 7214997; 7303867; 7308020; 7308037; 7314782; 7321411; 7359626; 7359833; 7360121; 7360138; 7394396; 7550169; 7625223; 7731014; 7731020; 7731066; 7731072; 7747765; 7747771; 7747788; 7747794; 7747802; 7747819; 7764108; 7764114; 8438747; 8439505; 8441608; 8441614; 8467565; 8467571; 8467594; 8467619; 8467625; 9044022; 9084719; 9084725; 9084731; 9266455; 9267526; 9267532; 9267549; 9276749; 9276755; 9278524; 9423328; 9423334; 9531288; 9544486; 9629024; 9643544; 9643567; 9716094; 9716119; 9896883; 9896908; 10044636; 10070757; 10070763; 10070786; 10070792; 10201047; 10259555; 10287103; 10287126; 10287155; 10313728; 10319866; 10328084; 10328753; 10328776; 10328782; 10328799; 10328807; 10328813; 10328836; 10328865; 10328871; 10328888; 10328894; 10328902; 10328919; 10328925; 10328931; 10328954; 10328960; 10328977; 10328983; 10355069; 10402455; 10526039; 10549069; 10552143; 10626829; 10628656; 10708906; 10783670; 10783687; 10783693; 10783701; 10783718; 10783724; 10783730; 10783747; 10783753; 10783776; 10783782; 10783799; 10783807; 10783813; 10783842; 10791729; 10791735; 10791741; 10791758; 10791764; 10791770; 10791787; 10791793; 10791801; 10791818; 10791824; 10791830; 10791847; 10791853; 10791876; 10791907; 10791913; 10793645; 10793651; 10793668; 10793674; 10793680; 10793705; 10793728; 10793734; 10793740; 10793757; 10793786; 10793792; 10793823; 10793846; 10793852; 10793869; 10793875; 10793881; 10793898; 10797175; 10810467; 10810473; 10810496; 10810504; 10810527; 10810533; 10810556; 10810562; 10810579; 10810585; 10810591; 10810616; 10810622; 10810639; 10810645; 10810674; 10810680; 10810697; 10810711; 10842088; 10848599; 10917308; 10940589; 10947077; 10962071; 10962088; 10962094; 10962102; 10962119; 10962125; 10962131; 10962148; 10962154; 10962160; 10962177; 10962208; 10962214; 10962243; 10962266; 10962272; 10962289; 10972997; 10973005; 10973034; 10973040; 10973057; 10973063; 10973086; 10973092; 10973100; 10973117; 10973123; 10973146; 10973152; 10973169; 10973175; 10973181; 10973198; 10987444; 10993108; 11004403; 11031156; 11031162
N03AX17	Stiripentol	724933; 724956; 724962; 724979
N03AX18	Lacosamid	72117; 72695; 72703; 72726; 72732; 72962; 73677; 73884; 1174104; 1174110; 1174127; 1174133; 1174156; 1174162; 1174179; 1174185; 1174191; 1174216; 1457552; 2534875; 2535722; 2535739; 2537164; 2537626; 2537862; 2538057; 2539068; 2539128; 2539157; 2818058; 3682394; 3688072; 3884471; 3884614; 3885105; 3886719; 4704637; 4861911; 4861928; 5137407; 5137413; 5488578; 5488584; 5491327; 5491333; 5491356; 5495615; 5505816; 5527278; 5527284; 5527290; 5527309; 5907561; 5907584; 5907590; 6100955; 6100961; 6100978; 6101653; 6110008; 6110014; 6110020; 6118197; 6120969; 6120975; 6120981; 6120998; 6121006; 6140015; 6142758; 6142787; 6145030; 6145047; 6145053; 6145076; 6416977; 6416983; 6417008; 6417014; 6436891; 6568718; 6568730; 6568753; 6568776; 6568782; 6568799; 6900710; 6926709; 6935039; 6935045; 6935051; 6935068; 7212426; 7504815; 7562480; 7584429; 7609767; 7609773; 7609796; 7609804; 7732143; 7732166; 7732172; 7732189; 7768052; 8755784; 8755927; 8755956; 9195873; 9195896; 9195904; 9263557; 9294316; 9305445; 9391887; 9423647; 9425310; 9435857; 9435886; 9440048; 9468354; 9468377; 9468383; 9468466; 9483810; 9508125; 9542180; 9542197; 9542205; 9542211; 9542228; 9542234; 9637070; 9706138; 9729553; 9778416; 9938067; 9938104; 10418143; 10626835

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03AX21	Kaliumbromid	4648235; 7385440; 7386445; 7386451; 7386474; 7386480; 7386497; 7386505; 7386511; 7386528; 7386534; 7386540; 9941684; 9941690; 9941709; 9941721
N03AX22	Perampanel	2088625; 2088654; 2088720; 2088766; 2088832; 2088861; 2088890; 2089435; 2089441; 2089932; 2089949; 2092609; 3224898; 3226124; 3227342; 3227359; 4368004; 7130154; 8509341; 8509364; 9648263; 9648286; 9648292; 9648300; 9648317; 9648323; 9648346; 9648352; 9648369; 9648406; 9648412; 9648429; 9648435; 9891710; 9891727; 9891733; 9891756; 9891762
N05 Psycholeptika		
N05AA01	Chlorpromazin	4022754; 4607532; 4650976; 4661388; 7192439; 7192445; 7192451
N05AA03	Promazin	4607549; 4650982; 7124596; 7124604; 7124610
N05AD08	Droperidol	1161314; 10194229; 10950062
N05AE05	Lurasidon	10271987; 10272018; 10272030; 10272047; 10272053
N05AH01	Loxapin	4440210
N05AL03	Tiaprid	27683; 40778; 83144; 356843; 356872; 411157; 411217; 433495; 433704; 673118; 673124; 673130; 698667; 698673; 698696; 754549; 754555; 800769; 800781; 800798; 815245; 923124; 946361; 946378; 1032829; 1032835; 1032864; 1060984; 1060990; 1121504; 1121562; 1121651; 1121711; 1121757; 1121763; 1121881; 1242981; 1242998; 1243006; 1356041; 1356058; 1356064; 1804551; 1874706; 1874770; 1874787; 1874793; 1875019; 1875025; 2024832; 2024855; 2024861; 2245800; 2245817; 2245823; 2535573; 2535627; 2540999; 2733155; 2733391; 2733422; 3180445; 3654021; 3981470; 3981493; 3981731; 4049865; 4049888; 4049894; 4078482; 4078499; 4078507; 4183664; 4193421; 4193438; 4193444; 4240089; 4240126; 4240221; 4408465; 4408471; 4408488; 4416312; 4435309; 4435315; 4435338; 4528689; 4528695; 4532834; 4568418; 4604373; 4604396; 4668812; 4668829; 4669438; 4853171; 4853188; 5557003; 5557026; 5557032; 5966173; 5966196; 5966233; 6407777; 6407783; 6707166; 6707172; 7031297; 7031357; 7031601; 7682126; 7682132; 8997211; 8997228; 8997234; 10322785; 10332128; 10332134
N05AN01	Lithium	654144; 654150; 1171873; 1296787; 2033328; 2524807; 2524813; 3366256; 3366262; 3462089; 3534877; 3534883; 3819284; 3819290; 3819309; 3873987; 3927341; 3927358; 3961697; 4775459; 4775465; 6970917; 7278247; 7278276; 7750804; 7750810; 8605984; 9534625; 9534631; 10122566; 10122572; 10737405
N05AX11	Zotepin	3813347; 3813353; 3813382; 3813399; 3813413; 3813436; 7333199; 7333207; 7333213
N05BB01	Hydroxyzin	6296; 6304; 6468; 126468; 126505; 260379; 260385; 260391; 291026; 291032; 291061; 1408967; 1408973; 1409004; 1550760; 1550777; 1550783; 2520933; 2520985; 2521022; 3283642; 3283659; 3283665; 3628437; 3882733; 3882756; 4765490; 4765509; 4765544; 4954825; 4954831; 6726985; 6726991; 8491658; 8491664; 8491670
N05BC01	Meprobamat	6159026
N05BE01	Buspiron	659093; 659101; 659710; 1474102; 1474119; 1474148; 1474154; 1474160; 1474177; 2329879; 2329885; 2329891; 4681830; 4681847; 5103986; 5103992; 5104158; 7507392; 7507400; 7507417; 7507423; 7507446; 7507452; 8671946; 8671952; 8671969; 8671975; 8671981; 8671998
N05BP02	Phytopharmakon	227086; 638518; 1581795; 3673604; 4471417; 4471423; 6342078
N05BX05	Kavain	7112601

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05CB02	Phenobarbital + Phyto2 (Mutterkorn + Belladonna) + Procain	114732
N05CC01	Chloralhydrat	208137; 208143; 208166; 208172; 208195; 1554195; 2400353; 2780640; 4778883; 4778920; 4779144; 4779150; 6434231
N05CF01	Zopiclon	24101; 24118; 361519; 361525; 361531; 361548; 574528; 574534; 574563; 574586; 574592; 574600; 575812; 575829; 575858; 575870; 599072; 599089; 604790; 604821; 611985; 611991; 639251; 639268; 639280; 639297; 668264; 668270; 746142; 746159; 862865; 863391; 863416; 865929; 865935; 1150405; 1215470; 1215487; 1229590; 1229609; 1263983; 1264008; 1264020; 1264037; 1332508; 1332514; 1458735; 1458764; 1586350; 1586367; 1654235; 1654241; 1797348; 1797354; 1830778; 1830790; 2067706; 2067712; 2085242; 2085420; 2090355; 2090473; 2182057; 2182063; 2721873; 2721896; 3024165; 3024171; 3197836; 3197842; 3712273; 3712304; 3712391; 3712474; 3909366; 3909372; 3953278; 4344104; 4344110; 4344328; 4344392; 4620774; 5850915; 5850921; 5850938; 5850944; 6455612; 9121484; 9121490; 9706925; 9706931; 9716467; 9716473; 10342865; 10342871; 10342894; 10342902
N05CF02	Zolpidem	24124; 24176; 244788; 244794; 275926; 275932; 679701; 679718; 723394; 723595; 862428; 862813; 862836; 1263084; 1263210; 1309030; 1309053; 1315272; 1429691; 1429780; 1457227; 1457500; 1554054; 1554114; 1555800; 1556018; 1639945; 1639951; 1639974; 1639980; 1657564; 1657570; 1657601; 1657618; 1698617; 1812444; 1812450; 1812970; 1812987; 1833446; 1833452; 1833469; 1833475; 1842209; 1842215; 1845811; 1845828; 1845834; 1845840; 1851786; 1851800; 1851817; 1851869; 1851875; 1851881; 1851898; 1851941; 1871180; 1871205; 1871292; 1871300; 1889837; 1889843; 1973911; 1973928; 1973934; 1973940; 1974939; 1974945; 1975206; 1975212; 1996527; 1996533; 1996556; 2131189; 2131195; 2131203; 2131226; 2173868; 2516647; 2516653; 2517664; 2517670; 2749831; 3045115; 3045121; 3195493; 3195501; 3480911; 3480928; 3561377; 3655894; 3655931; 4024196; 4032095; 4032126; 4257345; 4257351; 4257368; 4291336; 4291342; 4705105; 4973372; 4980917; 5119154; 5119177; 5453309; 5453315; 5556966; 5556972; 5850861; 5850878; 5850884; 5850890; 5851576; 5851607; 6114029; 6114035; 6415386; 7243993; 7244001; 7290828; 7424737; 7461589; 7478319; 7709724; 7711218; 8452440; 8713952; 8778638; 10347437
N05CF03	Zaleplon	344573; 344604; 1103311; 1103328; 1340821; 1447789; 3817322
N05CH01	Melatonin	1992191; 5143968; 5892983; 6452915; 9422180; 10078109; 10192704; 10398386
N05CM02	Clomethiazol	1250383; 1250408; 2151921
N05CM18	Dexmedetomidin	9264410; 9264427; 9264433; 9264456
N05CM20	Diphenhydramin	444808; 444814; 480804; 755201; 755218; 816724; 1361898; 1362001; 1362018; 1362024; 1495587; 1580867; 1846182; 2049909; 2049915; 2083906; 2567828; 3069251; 3078669; 3241678; 3241684; 3280595; 3417551; 3468175; 3672898; 4132483; 4132508; 4142079; 4361835; 4386054; 4609554; 5020450; 6191544; 6890271; 7065511; 7502472; 8812654
N05CM21	Doxylamin	1609915; 1741419; 2026015; 2026021; 2052946; 2052952; 2540433; 2540456; 3080695; 4402020; 4402066; 6645809; 6645815; 6785798; 7139899; 7139907; 7707524
N05CM25	Magnesium- aspartathydro- bromid	2001417

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05CP01	Baldrian	3118498; 8807357
N05CP01	Baldrianwurzel	103533; 120365; 120371; 249892; 270076; 432343; 432515; 563513; 646883; 649054; 649060; 649077; 860346; 930615; 930667; 1027389; 1027395; 1071522; 1461393; 1465675; 1508278; 1508284; 1846319; 1846325; 1890875; 1890881; 1921529; 2024938; 2024944; 2024950; 2084076; 2096470; 2164639; 2182985; 2268184; 2502964; 2503099; 2503107; 2559042; 2559059; 2859904; 2859910; 3023875; 3083707; 3153158; 3180959; 3180965; 3180971; 3194393; 3196736; 3203407; 3206469; 3242979; 3252021; 3460558; 3460564; 3489680; 3489697; 3508928; 3508934; 3647044; 3779277; 3818652; 3926181; 3952586; 4008760; 4079642; 4080361; 4491756; 4552819; 4614408; 4787729; 5518121; 5518173; 5518196; 5591661; 5948324; 6175663; 6175686; 6582842; 6891520; 6891537; 6891543; 7052690; 7145500; 7326029; 7326035; 7334738; 7566868; 7566874; 8869016
N05CP04	Melissenblätter	1884892; 2709180; 3394761; 8767362; 8902819; 9925604
N05CP05	Passionsblumenkraut	500062; 748112; 1587674; 1633500; 3678688; 3678777; 3714390; 3714409; 3913161; 4173200; 4215559; 4215677; 4544317; 4752263; 4837410; 4837427; 5119444; 8755040; 9723591
N05CP07	Phytopharmakon	2460680; 7556108
N05CP08	Lavendelöl	5489603; 5489626; 5489632
N05CP30	Phytopharmakon	30550; 118061; 118322; 865527; 865533; 865556; 865562; 1351339; 1408128; 1473634; 2414958; 2565976; 3228838; 3228844; 3410738; 3779320; 3831606; 3913209; 3913215; 3962219; 4152497; 4152505; 4302815; 4347031; 4491940; 4491957; 4658185; 4658191; 4919786; 4919792; 4956020; 6175700; 6175717; 6191521; 6191538; 6309750; 6957549; 7125058; 7133313; 7233552; 7258345; 7258351; 7275964; 7296647; 7296653; 7325219; 7610256; 7714843; 8542226; 8913183; 8913208
N05CP51	Baldrian	215657; 499175; 499181; 1819245
N05CP51	Baldrianwurzel, Kombinationen	97258; 97264; 97413; 175662; 188216; 189871; 189888; 266212; 266229; 451659; 451665; 451731; 504077; 516554; 516560; 677228; 699750; 761934; 761940; 761957; 815251; 828963; 828992; 930710; 930727; 944072; 955495; 955503; 974305; 1126884; 1126950; 1280065; 1566488; 1652377; 1864300; 1864932; 1879750; 2170580; 2170597; 2170605; 2170611; 2195628; 2195634; 2197797; 2197805; 2241914; 2373254; 2647390; 2859867; 2859873; 2919492; 2919500; 3093746; 3107448; 3107508; 3201147; 3201153; 3244582; 3244599; 3244843; 3531844; 3531850; 3731520; 3924791; 3925158; 3968883; 4009498; 4046565; 4133465; 4145416; 4145422; 4218026; 4266864; 4482579; 4482585; 4482591; 4521500; 4600263; 4600286; 4635497; 4687927; 4687933; 4745300; 4745346; 4824301; 4824318; 4826694; 4826702; 4981503; 4994500; 4994517; 4994523; 5554068; 5554080; 6153489; 6153495; 6153503; 6153526; 6196820; 6197357; 6862553; 6876727; 6876733; 6904694; 7031624; 7031647; 7314983; 7315008; 7315014; 7510460; 7587563; 8708023; 8736640
N05CX07	Diphenhydramin + Chlorthephyllin	2051680; 2051697
N05CX07	Diphenhydramin + Phyto	1833713; 1833736; 2652244; 2652250; 2652267; 2652273; 2652296
N05HH10	Homöopathikum	1571905; 1571911; 1571928; 1571934; 1572336; 1572342; 1613087; 1615229; 1615235; 1615264; 1618015; 1618038; 1619813; 1627304; 1628858; 1629059; 1629065; 1629071; 1629711; 1629964; 1631441; 1631458; 1632073; 1632096; 1755829; 1755841; 1755858; 2436285; 2591896; 2591904; 2591910; 2597522; 2597539; 2818377; 3205300; 7016300; 7016317; 7016323; 7016464; 7016470; 7016487; 7016493; 7091129; 7091135; 7091158; 7091218; 7091224; 7091589

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05HH20	Homöopathikum	635081; 667158; 667193; 872958; 873194; 1315906; 1503068; 1504435; 1676366; 1676372; 1797845; 1797851; 1797874; 1797897; 1797905; 1812059; 2029143; 2029278; 2029367; 2429842; 2429859; 2700173; 2860681; 2860698; 3465610; 3767908; 3811006; 3811704; 3816110; 3816127; 3816133; 4115243; 4115266; 4115272; 4115289; 4143009; 4184362; 4184379; 4495599; 4810983; 4811994; 4812321; 4812338; 4812350; 4886839; 5553784; 6059276; 6059282; 6679659
N06 Psychoanaleptika		
N06AA01	Desipramin	4021588
N06AA02	Imipramin	448864; 448918; 448924; 448982; 449042; 449059; 449071; 449088; 810012; 904279; 904285; 904291; 1031787; 1262498; 1293139; 2410274; 2410529; 2410535; 2410587; 2410593; 3846370; 3846387; 3846393; 3846401; 3883572; 3883589; 3939605; 3939611; 4023044; 4023050; 4345026; 4345032; 4966248; 4966254; 4966260; 4966277; 4993452; 6865451; 6865468; 6867326; 6867332; 6867349; 6867355; 7242918; 7242924; 7242930; 7242947; 7253678; 7253684; 7487873; 7487896; 7488105; 7684444; 7684450; 8858946; 8858952; 8859035; 8876358
N06AA04	Clomipramin	2594; 248533; 248556; 248697; 248705; 248711; 248728; 248734; 248740; 801131; 801154; 801208; 801237; 878470; 890399; 890407; 946119; 946125; 946148; 969586; 969592; 1261197; 1261205; 1261352; 1485904; 1485910; 1485927; 1485956; 1485962; 1485979; 1485985; 1485991; 1486016; 1512274; 1512280; 1517403; 1517432; 1546965; 1546971; 1546988; 1546994; 1547002; 2410363; 2410392; 2410400; 2410417; 2410423; 2410446; 2410452; 2410469; 2410475; 2454107; 2454113; 2454142; 2454165; 3120006; 3120012; 3120029; 3240325; 3240331; 3240348; 3652105; 3882696; 3944316; 3944322; 3944339; 3944345; 3944351; 3995785; 3995791; 3995816; 4013755; 4019775; 4019812; 4019841; 4142731; 4257983; 4258008; 4258014; 4439655; 4439661; 4569145; 4569151; 4569168; 4954647; 4954653; 4954676; 4954682; 4954699; 4954707; 4954713; 4954736; 4954742; 6867208; 6867214; 6867220; 6867266; 6867272; 6867289; 6899622; 6899639; 6899645; 7152753; 7152776; 7152782; 7356970; 7356987; 7374212; 7374229; 7390501; 7390518; 7390530; 7390547; 7390553; 7390719; 7390725; 7390754; 7390760; 7390777; 7390783; 7448117; 7448123; 7448146; 7448896; 7478331; 7478348; 7478354; 8772021; 8772038; 8772044
N06AA05	Opipramol	249998; 250004; 250010; 423723; 423746; 423752; 423775; 423781; 423812; 524097; 846056; 846062; 848836; 861446; 861937; 862859; 1746380; 1746397; 1746405; 1755232; 1755249; 1755255; 2410481; 2410498; 2480926; 2480955; 2480961; 3480029; 3480035; 3480041; 3480070; 3480087; 3480093; 3480124; 3480130; 3480147; 3558079; 3654015; 3783907; 3783913; 3784918; 3822323; 3822398; 3823015; 4142866; 4142872; 4253293; 4253324; 4253353; 4320641; 4320658; 4320664; 4390920; 4390937; 4390943; 4390966; 4390972; 4390989; 4442137; 4442143; 4442166; 4442172; 4442189; 4442195; 4452354; 4452360; 4452383; 4483679; 4483685; 4483691; 4483716; 4483722; 4483739; 4535873; 4535896; 4535904; 4536074; 4536105; 4536134; 4550950; 4550967; 4550973; 4550996; 4551004; 4551010; 4609436; 4609442; 4609459; 4609465; 4609471; 4609488; 4775904; 4775910; 4775933; 4775956; 4775979; 4775985; 4782034; 4782040; 4782146; 4782152; 4782241; 4782258; 4838421; 4838438; 4838444; 4838556; 4838562; 4838579; 4861673; 4861696; 4861704; 4978889; 4978895; 4978903; 6094278; 6094290; 6094309; 6407659; 6407665; 6407688; 6964236; 6964242; 6964294; 6964325; 6964348; 6964377; 7017009; 7017015; 7017038; 7017044; 7017050; 7017067; 7378316; 8874603; 9166535; 9166541; 9166558; 9166570; 9166587; 9166593; 9692471; 9692488; 9692494

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AA06	Trimipramin	189807; 278250; 278497; 278505; 346106; 403991; 432024; 453411; 453428; 483665; 634271; 636838; 639357; 772010; 772027; 772033; 860458; 860470; 860501; 965677; 965708; 1179722; 1179739; 1179774; 1179780; 1179797; 1527583; 1527608; 1527620; 1527732; 1527790; 1537802; 1537825; 1537831; 1537854; 1537860; 1537877; 1656205; 1656211; 1656576; 1664179; 1664185; 1664191; 1664216; 1664222; 1664239; 1752972; 1752989; 1752995; 1757610; 1757627; 1757633; 1830005; 1830011; 1830028; 1871168; 1924999; 1925007; 1925013; 1925036; 1925042; 1925065; 2155913; 2155936; 2155965; 2426507; 2426513; 2426536; 2426542; 2426559; 2426565; 2669405; 2669411; 2669500; 2669581; 2669598; 2681300; 2681323; 2681346; 2783733; 2783816; 2783822; 2783851; 2783880; 2840193; 2840201; 2840218; 3047456; 3047479; 3047485; 3047522; 3047551; 3047686; 3080896; 3080904; 3205599; 3289047; 3304597; 3424700; 3433426; 3462741; 3470752; 3473294; 3473302; 3509069; 3509075; 3509081; 3547609; 3547615; 3547621; 3547638; 3552349; 3552355; 3671700; 3671717; 3671723; 3906907; 3906913; 3906936; 3910731; 3910748; 3920563; 3920592; 3920600; 3925201; 3929340; 3929357; 3929363; 3929512; 3929529; 3929535; 3944291; 3944368; 4013092; 4015211; 4015228; 4015234; 4034208; 4034214; 4034289; 4096675; 4096681; 4096698; 4182073; 4182096; 4182104; 4317403; 4317426; 4317432; 4346221; 4993400; 5462923; 5462946; 5509607; 5981215; 5981238; 6130583; 7602618; 7653320; 9013205; 9013211; 9042997; 9043005; 9043011; 9166618; 9166624; 9166630; 9166653; 9166676; 9166682; 9481857; 9481863; 9481886; 9481892; 9481900; 9891779; 9891785; 9891791; 9891816; 9891822; 10982955
N06AA07	Lofepramin	1924723; 2171993; 2521068
N06AA08	Dibenzepin	260770; 279574; 279580; 732163; 2508607; 2508636; 2508642; 2508659; 3672154; 3672160; 3746421; 3883299; 3883307; 3883313; 4542301; 4542318; 4964887; 4964893; 4964901; 7241913; 7241936; 7241942; 7421851; 7432398; 7488200
N06AA09	Amitriptylin	105911; 105928; 105934; 448189; 448203; 448321; 448338; 448344; 448350; 448404; 448427; 448456; 448522; 448574; 448628; 715822; 715839; 715845; 715868; 715874; 715880; 715897; 715928; 715934; 715940; 715957; 968902; 968919; 968925; 968931; 968948; 968954; 968960; 968977; 968983; 982517; 982546; 982552; 1253660; 1253677; 1253683; 1253714; 1253737; 1296669; 1296675; 1298326; 1448932; 1448949; 1448955; 1574051; 1574074; 1574080; 1924924; 1924930; 1924976; 1925214; 1925220; 1925237; 1925243; 1925266; 1925272; 1925289; 1925295; 1925303; 1925332; 1925349; 1925355; 2720052; 3173184; 3173190; 3173209; 3343120; 3343137; 3343143; 3393750; 3393767; 3393773; 3393796; 3634314; 3634320; 3634337; 3634343; 3634366; 3634372; 3634389; 3634395; 3634403; 3634426; 3634432; 3634449; 3634455; 3634461; 3634478; 3906965; 3906971; 3906988; 3907002; 3907019; 3907025; 3907031; 3907054; 3918371; 3918388; 3918394; 3918402; 3918419; 3918425; 3918431; 3918448; 3918454; 3918460; 3918477; 3918483; 4325667; 4329613; 4345658; 4345664; 4345670; 4355697; 4461620; 4461637; 4461643; 4463317; 4885372; 4885389; 4885395; 6341162; 6341179; 6341185; 6341216; 6341222; 6341245; 6341251; 6616535; 6872681; 6872698; 6872706; 6957176; 6957182; 6957199; 7242031; 7378813; 7378836; 7378842; 7378859; 7606562; 7712407; 7712413; 7712436; 8516571; 8516588; 8516594; 8516602; 8516619; 8516625; 8516631; 8516648; 8516654; 10516791; 10516816; 10516822; 10516839; 10516845; 10516851; 10516868; 10516880; 10516897
N06AA10	Nortriptylin	730081; 1440988; 3812626; 3812632; 3812649
N06AA12	Doxepin	192206; 192212; 192229; 259531; 259548; 259554; 259560; 259577; 259583; 263828; 263834; 263857; 271911; 271928; 271934; 271940; 271957; 271963; 278853; 278876; 278882; 278899; 278913; 278936; 278942; 278959; 278965; 278971; 279019; 279025; 279031; 279048; 279054; 347560; 347577; 347583; 447971; 447988; 447994; 448002; 448019; 448025; 448077; 448108; 448114;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		448120; 448143; 448172; 449154; 449160; 449177; 449183; 449208; 449214; 461623; 461698; 461706; 482849; 482855; 482861; 581008; 581014; 581020; 581037; 581043; 581066; 631143; 631172; 631700; 631717; 631723; 632378; 772292; 772300; 772317; 772323; 772352; 772369; 802277; 802320; 802343; 802372; 802395; 802426; 802449; 802484; 802521; 802544; 802567; 802596; 802662; 802685; 947515; 947521; 947538; 1121384; 1121415; 1121450; 1216713; 1216825; 1216848; 1216854; 1216877; 1216883; 1252494; 1252502; 1252519; 1346611; 1346628; 1346657; 1346663; 1349331; 1403852; 1403875; 1403881; 1416777; 1416783; 1586166; 1586172; 1586232; 1586249; 1586255; 1586261; 1664251; 1664268; 1664274; 1664305; 1664334; 1664340; 1664512; 1664593; 1664653; 1797029; 1797035; 1797041; 1797058; 1797064; 1797070; 1834693; 1834701; 1834776; 1834782; 1834799; 1834807; 1845188; 1845194; 1845202; 2181626; 2181632; 2181649; 2458192; 2458217; 2458223; 2475032; 2475055; 2475078; 2529259; 2529265; 2529271; 2529288; 2529294; 2529302; 2570813; 2570836; 2570859; 2570865; 2572315; 2572321; 2572338; 2572344; 2708499; 2708513; 3268973; 3296001; 3296018; 3296024; 3395252; 3395269; 4086820; 4086837; 4087127; 4087570; 4088167; 4088405; 4216412; 4216429; 4815377; 4815383; 4815408; 4815437; 4815443; 4815466; 4830276; 4830282; 4830299; 4830307; 4830313; 4830336; 4830342; 4830359; 4830365; 4847868; 4873699; 4873707; 4873713; 4873736; 4873742; 4873759; 4873765; 4873771; 4873788; 4935325; 4935348; 4935354; 4935667; 4935673; 4935696; 4935704; 6195275; 6195281; 6195298; 6195306; 6195312; 6195329; 6323307; 6323313; 6330460; 6330477; 6330483; 6330508; 6330514; 6330520; 6330537; 6330543; 6330566; 6330572; 6330589; 6330595; 6957130; 6957147; 6957153; 6995774; 6995780; 6995797; 7229183; 7229208; 7244923; 8518601; 8518618; 9431316
N06AA16	Dosulepin	3100587; 3100593; 3100601
N06AA21	Maprotilin	447876; 447882; 447899; 447907; 447913; 447936; 447942; 447959; 447965; 570890; 622492; 622500; 622517; 622546; 622552; 622569; 622575; 622581; 622598; 990333; 1384698; 1384706; 1384712; 1384741; 1384764; 1384793; 1384801; 1384818; 1384830; 1583653; 1583707; 1885785; 2181282; 2181299; 2181307; 2181336; 2410305; 2410311; 2410328; 3560952; 3566009; 3566015; 3566021; 3566044; 3566050; 3566067; 3566073; 3566096; 3571996; 3572004; 3572010; 3572027; 3572033; 3572056; 3572062; 3572079; 3572085; 3572091; 3572116; 3572122; 3727961; 3727978; 3727984; 3728009; 3728015; 3728021; 3831440; 3831457; 3831463; 4354924; 4360534; 4360540; 4360557; 4360563; 4360586; 4360592; 4360600; 4360617; 4360623; 4463547; 5918010; 5918027; 5918033
N06AA25	Amitriptylinoxid	2437876; 2437882; 2437907; 2437913; 2476669; 2773887; 3407245; 3407251; 3407268; 3414883; 3414908; 3414914; 8515494; 8515502; 8515519; 8518831; 8518848; 8518854; 8909371; 8909388; 8909394; 8909425; 8909431; 8909448
N06AB03	Fluoxetin	42895; 42903; 42926; 66217; 66223; 66246; 226804; 234637; 292994; 293019; 293025; 300305; 300311; 300328; 364280; 364305; 364311; 379620; 379689; 379695; 413713; 413831; 413908; 414374; 414517; 416077; 416166; 416456; 416924; 470119; 470125; 516270; 532412; 564984; 564990; 565015; 583243; 583266; 583272; 681023; 681046; 681141; 681158; 754710; 754727; 754733; 810437; 810443; 810466; 945485; 945491; 945516; 945798; 945806; 945812; 969037; 969043; 969066; 1015765; 1015771; 1015788; 1251738; 1252005; 1252011; 1291821; 1291838; 1291850; 1403740; 1403763; 1403786; 1416033; 1416056; 1416062; 1429248; 1502086; 1502092; 1502117; 1527198; 1527206; 1532408; 1538262; 1539468; 1539474; 1539480; 1555131; 1555154; 1555160; 1570840; 1570857; 1570863; 1581453; 1581476; 1581482; 1612194; 1612219; 1612225; 1627818; 1627824; 1627847; 1627876; 1627882; 1627899; 1627913; 1627936; 1627959; 1754215; 1754221; 1754238; 1822879; 1822885; 1822891; 1822916; 1822922; 1822939; 1822945; 1822951; 1822968; 1822974; 1822980; 1822997; 1823005; 1823011; 1823034; 1823040; 1994712; 1994853; 1994882; 2011628; 2011692; 2011901; 2066523; 2071837; 2071843; 2071866; 2071872;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		2071949; 2071955; 2136152; 2136169; 2136175; 2414668; 2414674; 2414728; 2433708; 2433714; 2433720; 2453987; 2454001; 2458447; 2458453; 2458476; 2462302; 2462331; 2462348; 2462354; 2462360; 2462377; 2462383; 2462408; 2462414; 2523819; 2523966; 2523989; 2565031; 2567857; 2572278; 2572284; 3063159; 3063165; 3211051; 3211068; 3211074; 3215238; 3215244; 3215250; 3645683; 3645708; 3645714; 3702688; 3702694; 3702702; 3702719; 3702725; 3702731; 3770750; 3770767; 3770773; 3770885; 3771169; 3771175; 3971342; 4074840; 4074857; 4074863; 4236751; 4236768; 4236774; 4376943; 4376972; 4376989; 4376995; 4377032; 4377084; 4653414; 4705051; 4760877; 4832967; 4833010; 4833033; 4833197; 4833375; 4834127; 4834133; 4834334; 4834417; 5371758; 6407599; 6407607; 6407613; 7321776; 7321782; 7321799; 7379089; 7379095; 7390688; 7536034; 7536040; 7536057; 7536063; 8427229; 8427235; 8427241; 8515525; 8515531; 8515548; 8527379; 8527385; 8527391; 8745538; 8745544; 8745550; 8860015; 8860021; 8860038; 8906734; 8906740; 8906757; 9901650; 9901667; 9901673
N06AB04	Citalopram	18678; 18684; 18690; 32520; 34648; 123292; 123300; 123317; 176101; 176207; 176868; 176874; 176992; 177000; 177046; 177052; 177069; 177075; 177307; 177313; 287332; 287355; 323022; 358687; 418596; 418656; 419288; 419779; 420073; 420110; 420535; 421606; 421859; 436921; 446078; 453368; 471099; 475559; 494870; 494887; 494893; 500085; 507845; 517341; 517364; 569473; 582752; 582775; 582806; 582835; 584366; 584372; 606530; 606553; 610980; 610997; 611028; 611057; 611146; 611347; 680420; 680443; 680466; 680472; 680495; 680845; 681201; 681218; 681224; 681448; 681454; 681460; 684398; 684406; 684412; 684429; 684435; 684441; 684458; 800812; 800835; 800858; 800870; 800893; 800930; 800953; 800982; 801007; 804359; 804371; 804388; 895480; 895497; 895505; 895511; 895528; 1009285; 1009457; 1009463; 1037028; 1037034; 1121208; 1121237; 1121243; 1138640; 1138657; 1138663; 1229667; 1229673; 1229696; 1240491; 1240516; 1247694; 1265597; 1265634; 1265700; 1265717; 1275383; 1275408; 1286004; 1299107; 1299165; 1308757; 1308786; 1308846; 1308875; 1308987; 1309484; 1309538; 1311699; 1311707; 1311713; 1311736; 1311742; 1390859; 1390871; 1390894; 1390919; 1390925; 1390931; 1390948; 1390954; 1390960; 1395443; 1395472; 1395489; 1395503; 1395526; 1395549; 1395555; 1395561; 1395578; 1409464; 1409470; 1409487; 1409493; 1409501; 1409518; 1413537; 1413543; 1413572; 1419959; 1419965; 1419971; 1419988; 1419994; 1420023; 1441284; 1441290; 1441309; 1441315; 1441321; 1441338; 1507764; 1507770; 1507787; 1507793; 1507801; 1507818; 1507824; 1507830; 1507847; 1567631; 1567648; 1567654; 1567660; 1567677; 1567683; 1877900; 1877917; 1877923; 1877946; 1877952; 1877975; 1878006; 1878029; 1878087; 1885213; 1885236; 1885242; 1885259; 1885288; 1885319; 1888619; 1888625; 1888631; 1888648; 1888654; 1888660; 1930072; 1930089; 1994959; 1994994; 1995048; 1995172; 1995189; 1995195; 1995203; 1995249; 1995255; 2136324; 2136330; 2136347; 2136353; 2160179; 2170663; 2170686; 2170717; 2170746; 2170769; 2170812; 2170829; 2170835; 2170901; 2189094; 2189102; 2189119; 2189125; 2189131; 2189272; 2195284; 2195999; 2196007; 2196013; 2196036; 2196042; 2196059; 2196065; 2231005; 2231011; 2231028; 2250008; 2250014; 2250020; 2250037; 2250043; 2250066; 2407177; 2459122; 2459139; 2459145; 2459197; 2459205; 2496229; 2496235; 2496241; 2507424; 2507430; 2507447; 2558717; 2571824; 2571913; 2571936; 2572031; 2649590; 2649609; 2708447; 2708453; 2708476; 2708482; 2711840; 2711900; 2711923; 2744549; 2752129; 2752313; 2752709; 2839913; 2839936; 2839942; 2839959; 2839965; 2839971; 2854976; 2854982; 2854999; 2855007; 2855013; 2855036; 2855042; 2855059; 2855065; 2950585; 2950591; 2950616; 2950622; 2950639; 2950645; 2950651; 2950668; 2950674; 3045167; 3045173; 3045411; 3045457; 3045463; 3045486; 3045500; 3045517; 3045581; 3052090; 3087846; 3265288; 3265302; 3345484; 3345604; 3345685; 3447374; 3447380; 3447428; 3447517; 3447598; 3447747; 3494273; 3695563; 3705936; 3705942; 3705959; 3708188; 3708308; 3708691; 3708716; 3708722; 3708952; 3713255; 3713261; 3792728;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		3792734; 3793113; 3812247; 3812276; 3826485; 3872835; 3872841; 3872858; 3880243; 3882325; 3882348; 3897539; 3897545; 3921700; 3921717; 3921746; 3921901; 4082041; 4082058; 4082118; 4082124; 4082319; 4085016; 4085045; 4085068; 4085074; 4181955; 4181961; 4181978; 4181984; 4181990; 4182009; 4182015; 4182021; 4182038; 4220247; 4220253; 4220276; 4220307; 4220313; 4220336; 4220454; 4220460; 4220477; 4309705; 4309711; 4309728; 4445408; 4445414; 4445420; 4649370; 4704985; 4705016; 4973716; 4973722; 4973739; 4973751; 4973774; 4973780; 5027937; 5027966; 5028049; 5028138; 5028150; 5028167; 5028173; 5028196; 5028262; 5028285; 5028440; 5028612; 5028635; 5028641; 5028658; 5126875; 5126898; 5369945; 5369951; 5369968; 5372657; 5386719; 5386725; 5386731; 5386748; 5386754; 5386760; 5394742; 5394759; 5394765; 5394771; 5399886; 5399892; 5399900; 5487716; 5487722; 5487739; 5533592; 5533600; 5533617; 5533623; 5533646; 5533652; 5533669; 5533675; 5533681; 5533698; 5533706; 5533712; 5538365; 5538371; 5538388; 5538394; 5538402; 5538419; 5538856; 5538862; 5538879; 5745791; 5748789; 5748795; 5890145; 5890151; 5890168; 5890180; 5890205; 5890211; 5890240; 5890257; 5890263; 5890300; 5890317; 5890323; 5890346; 5890352; 5890369; 5957754; 5957783; 6079014; 6079037; 6079066; 6107118; 6107124; 6107130; 6107147; 6107153; 6107176; 6107182; 6107199; 6107207; 6107213; 6107236; 6107242; 6338993; 6339024; 6339283; 6339343; 6339366; 6433450; 6433467; 6433473; 6433496; 6433504; 6433510; 6433527; 6433533; 6571554; 6571560; 6571577; 6571583; 6571608; 6571614; 6574624; 6574630; 6574647; 6580547; 6580553; 6580576; 6607565; 6607571; 6607588; 6865132; 6865149; 6865310; 6919342; 7117194; 7528425; 7528431; 7528448; 7586463; 7686650; 8691943; 8691966; 8691972; 8696107; 8709850; 8709867; 8709873; 8757381; 8757398; 8757406; 9174658; 9313309; 9313315; 9313321; 9313338; 9313344; 9313350; 9313367; 9313373; 9313396; 9700615; 9700621; 9700638; 9703306
N06AB05	Paroxetin	186967; 187079; 190845; 190851; 190868; 191649; 191690; 191709; 240537; 243926; 243949; 278327; 278356; 278422; 279373; 280910; 294094; 301262; 301285; 312099; 321313; 321862; 321879; 323045; 323051; 351001; 351024; 351739; 351774; 357535; 614475; 614481; 614498; 618792; 679836; 679859; 686434; 686629; 686635; 687132; 687149; 687155; 687161; 687178; 687617; 704310; 704451; 738131; 739283; 788985; 843431; 843448; 843514; 1021518; 1034627; 1034633; 1034656; 1060872; 1060889; 1060895; 1082974; 1082980; 1082997; 1314976; 1315007; 1315042; 1423062; 1423085; 1423091; 1463570; 1463593; 1463601; 1485761; 1485784; 1485790; 1527264; 1527270; 1527287; 1541264; 1541270; 1541287; 1584285; 1584322; 1842221; 1842238; 1842244; 1842250; 1842267; 1842273; 1970344; 1970350; 1970404; 2000369; 2000398; 2000412; 2013053; 2013076; 2013082; 2116095; 2116273; 2116333; 2156077; 2156083; 2156108; 2160914; 2160920; 2160943; 2182181; 2182198; 2188953; 2189071; 2189088; 2291869; 2291875; 2291881; 2507453; 2507476; 2507482; 2752017; 2752023; 2752046; 2757747; 3045138; 3045144; 3045150; 3195582; 3195599; 3195607; 3210407; 3210413; 3210519; 3310511; 3311077; 3311350; 3672361; 3672378; 3672556; 3702139; 3702145; 3702151; 3712103; 3712310; 3712327; 3791901; 3791918; 3791924; 3791930; 3792591; 3792616; 3864020; 3864037; 3864043; 4010805; 4010811; 4010828; 4032847; 4032853; 4032876; 4073705; 4073711; 4073728; 4073734; 4121054; 4121060; 4121077; 4131354; 4182044; 4182050; 4182067; 4524303; 4526503; 4526526; 4526532; 4767945; 4767951; 4767968; 4767974; 4768117; 4768146; 4784079; 4784487; 4784493; 4784501; 4784518; 4784524; 4784530; 4784688; 4787161; 4787178; 4787422; 4787534; 4788545; 4788605; 4788611; 4898647; 4898682; 4898699; 4957812; 4957829; 4957835; 5454220; 5454237; 5454243; 5454266; 5454272; 5454289; 5890381; 5890398; 5890406; 6057461; 6057478; 6337700; 6337752; 6338160; 6407694; 6681521; 6681538; 6681544; 6829550; 7217056; 7217062; 7217079; 7217116; 7217122; 7217139; 7390814; 7390820; 7390843; 7390872; 7668161; 8778609; 8778615; 8778621; 8791231; 9323012; 9323029; 9323035; 9487127; 9638431; 9638448; 9638454; 9638460; 10228276; 10232912; 10232929; 10273093

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AB06	Sertralin	12836; 12842; 12859; 31199; 87886; 87917; 174846; 174852; 174869; 226721; 226738; 226744; 251788; 251794; 251802; 251819; 251825; 251831; 253818; 253824; 253830; 253847; 362424; 363346; 393778; 394200; 425018; 425024; 470183; 470208; 470214; 470303; 470384; 470390; 470562; 470579; 470585; 470591; 470616; 470622; 523784; 524186; 524542; 561158; 561164; 561170; 561187; 561483; 561678; 589866; 596866; 597133; 602325; 610833; 610856; 791533; 793851; 796631; 797323; 797346; 859343; 993739; 993745; 993751; 993768; 993774; 993780; 1028704; 1028710; 1028727; 1028733; 1028756; 1028779; 1032031; 1032870; 1032887; 1032893; 1032901; 1032918; 1034834; 1034840; 1034857; 1034892; 1034900; 1034975; 1034981; 1041490; 1054943; 1054966; 1054972; 1054989; 1054995; 1055003; 1055049; 1055055; 1055061; 1055078; 1055084; 1055090; 1082690; 1082709; 1082715; 1082721; 1082738; 1082744; 1083005; 1083011; 1083028; 1083092; 1083169; 1083212; 1264830; 1264847; 1264876; 1407583; 1407608; 1511062; 1571319; 1715273; 1715296; 1715304; 1715310; 1715327; 1715333; 1719650; 1719667; 1807101; 1807118; 1807124; 1807130; 1807147; 1807207; 1883591; 1883616; 1883622; 1883728; 1883734; 1883740; 1892325; 1892348; 2179948; 2180012; 2180029; 2182620; 2182672; 2182689; 2182732; 2183045; 2188344; 2198064; 2198070; 2198549; 2198555; 2198561; 2393133; 2407467; 2422337; 2452597; 2452605; 2452611; 2458967; 2458973; 2465192; 2497447; 2497453; 2497476; 2497482; 2497499; 2618135; 2618543; 2619755; 2621249; 2622237; 2622869; 2711426; 2728786; 2728792; 2743136; 2743165; 2743975; 2758190; 2758244; 3050257; 3051400; 3099393; 3264900; 3496496; 3496504; 3496929; 3496935; 3496941; 3497366; 3499425; 3531235; 3560716; 3560722; 3628644; 3628667; 3669287; 3669732; 3784924; 3784930; 3784953; 3784976; 3784982; 3784999; 3873697; 3873705; 3874219; 3875130; 3875147; 3875153; 3887601; 3887618; 3887624; 3887653; 3887676; 3887682; 3952095; 3976753; 3986295; 3988868; 3996715; 3996738; 3996744; 4086978; 4086984; 4086990; 4087009; 4087015; 4123834; 4123840; 4123857; 4131242; 4152072; 4166223; 4166246; 4166252; 4166269; 4166275; 4166281; 4191681; 4191698; 4191706; 4191712; 4191729; 4191735; 4244377; 4244383; 4352167; 4352210; 4352262; 4352322; 4352339; 4392310; 4393491; 4393516; 4548700; 4788427; 4788456; 4788462; 4788479; 4788522; 4788539; 4958993; 5370894; 5370902; 5370919; 5454007; 5454013; 5454036; 5454042; 5454059; 5454065; 5454071; 5454088; 5509814; 5509820; 5509837; 5509843; 5509866; 5509872; 5531386; 5532707; 5532713; 5532736; 5532742; 5532759; 5532765; 5555352; 5555369; 5555375; 5555381; 5890412; 5890429; 5890435; 5890458; 5890464; 5890470; 5985756; 5985762; 6057053; 6057076; 6057082; 6574707; 6574713; 6574736; 6846494; 6846502; 7249547; 7249553; 7249808; 7265859; 7265865; 7265871; 7378598; 7378606; 7378612; 7378641; 7378658; 7378664; 7544068; 7572509; 7572521; 7572544; 7577820; 7577837; 7577843; 7589964; 7589970; 7589987; 9069565; 9277513; 9277536; 9277542; 9277559; 9277565; 9277571
N06AB08	Fluvoxamin	24963; 25000; 213144; 213150; 213167; 213196; 213204; 213210; 227488; 227494; 227637; 227643; 227962; 227979; 229234; 242708; 242714; 242720; 266749; 266755; 266761; 266778; 266784; 266790; 296940; 296957; 296963; 371848; 371860; 371877; 371908; 371914; 371937; 424295; 424562; 601142; 601159; 601165; 601171; 601188; 601194; 712723; 712798; 712806; 712841; 712864; 712893; 904486; 904546; 904552; 1393415; 1393421; 1393444; 1393450; 1393496; 1393510; 1552664; 1552670; 1552687; 1552693; 1552701; 1552718; 1552730; 1552747; 1552753; 1552776; 1552782; 1552799; 1601457; 1601463; 1601492; 1601500; 1601552; 1633204; 1633210; 1633227; 1863921; 1863938; 1863944; 2639887; 2639918; 2639924; 2639930; 2796575; 2796581; 2796598; 2840023; 2840052; 2840069; 2840075; 2840081; 2840098; 3048622; 3048639; 3146307; 3146336; 3191130; 3191259; 3191271; 3655049; 3655055; 4416163; 4416186; 4416192; 7669634; 8926004; 8926010; 8926027; 8926033; 8926056; 8926062; 8926079; 8926085; 8926091

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AB10	Escitalopram	1838; 4417; 4423; 19583; 19726; 19761; 19933; 19962; 20089; 20095; 20126; 20379; 20563; 20830; 66855; 66861; 66884; 66890; 75788; 75794; 90782; 91818; 107695; 116398; 204033; 246296; 246445; 268300; 269340; 269742; 270484; 270490; 270716; 270797; 271354; 271360; 272282; 272388; 273991; 681000; 681017; 831014; 831020; 831037; 831043; 831066; 1147219; 1147225; 1147231; 1147260; 1147277; 1147283; 1147320; 1147337; 1147343; 1147389; 1147395; 1147403; 1176043; 1176072; 1176089; 1176103; 1176132; 1176155; 1176161; 1176184; 1176190; 1176215; 1176221; 1176244; 1272456; 1272485; 1272516; 1377422; 1547226; 1610255; 1610261; 1610278; 1638549; 1638555; 1638561; 1638578; 1638584; 1638590; 1708215; 1941615; 1941696; 1942052; 1942276; 1942282; 1942520; 2217459; 2217471; 2217531; 2448213; 2459151; 2571310; 2766143; 3338171; 3338685; 3417924; 3417930; 3500401; 3711977; 3711983; 3712066; 3770141; 3770158; 3770164; 3887297; 4212779; 4214749; 4320055; 4320061; 5362392; 5504225; 5504231; 5504248; 5504254; 5559893; 5559901; 5745957; 5745963; 5745986; 5984544; 5984550; 5984567; 5984610; 5984627; 5984633; 6059543; 6059566; 6059572; 6059589; 6059595; 6059603; 6315199; 6315242; 6332022; 6332039; 6332051; 6332068; 6332074; 6332200; 6332217; 6332223; 6499704; 6572832; 6572849; 6572855; 6681610; 6681627; 6681656; 6681662; 6681679; 6681685; 6681691; 6681716; 6681722; 6681739; 6681745; 6681751; 6830949; 6885614; 6885620; 6885637; 7000463; 7000486; 7000492; 7005590; 7005609; 7005615; 7007413; 7007614; 7007620; 7073746; 7073752; 7126402; 7521009; 7729135; 7729141; 7729158; 7729164; 8504697; 9294405; 9390362; 9390379; 9390385; 10003235; 10003241; 10099057; 10099063; 10099086; 10099092; 10099100; 10099117; 10099123; 10099146; 10099152; 10099169; 10099175; 10099181; 10099198; 10113805; 10113811; 10142511; 10146615; 10146621; 10146638; 10146644; 10146667; 10146673; 10206530; 10206547; 10206553; 10206576; 10206599; 10206607; 10228537; 10228862; 10228879; 10228885; 10228891; 10228916; 10228922; 10251080; 10251105; 10251111; 10251128; 10251134; 10251140; 10251157; 10251217; 10251246; 10251269; 10251306; 10251329; 10252027; 10253618; 10253624; 10253647; 10253653; 10253676; 10253699; 10253707; 10254084; 10254090; 10254109; 10254115; 10254121; 10260073; 10260096; 10260104; 10260110; 10260127; 10260133; 10260185; 10260191; 10260216; 10260251; 10260268; 10260274; 10268175; 10268181; 10280354; 10280360; 10280377; 10280408; 10280414; 10280420; 10283068; 10283074; 10283105; 10283111; 10283128; 10283140; 10353248; 10353254; 10353260; 10353277; 10353283; 10353308; 10353314; 10353320; 10353337; 10353343; 10358079; 10358091; 10358116; 10358145; 10358151; 10358168; 10358174; 10397441; 10397458; 10399776; 10399782; 10399799; 10399807; 10399813; 10399836; 10399865; 10399871; 10399888; 10399894; 10402975; 10419450; 10516495; 10516503; 10516526; 10516532; 10516549; 10516555; 10626640; 10626657; 10732804; 10732810; 10732827; 10732833; 10732856; 10732862; 11017328; 11017676
N06AF04	Tranlylcypromin	911693; 911701; 989413; 2826425; 2826431; 7781348; 7781354; 7795480; 7795497; 7795505; 8531056; 8531062; 8531079; 9923775; 9923858; 9923864; 9923887; 9923893; 9923901
N06AG02	Moclobemid	199361; 199378; 202488; 202494; 202502; 210849; 210878; 210884; 210890; 210909; 210915; 371943; 371972; 371989; 372003; 372026; 372049; 426236; 426259; 426271; 828443; 828503; 828526; 828704; 828733; 828779; 1299828; 1299834; 1299840; 1299857; 1299863; 1299886; 1351776; 1351807; 1351813; 1409777; 1409895; 1409903; 1409932; 1409949; 1409955; 1432351; 1432368; 1432397; 1432405; 1432434; 1432457; 1438081; 1438098; 1461424; 1461430; 1461447; 1461499; 1461507; 1461513; 1471500; 1471517; 1471523; 1471552; 1471569; 1471581; 1496032; 1496049; 1496055; 1496061; 1496078; 1496090; 1510766; 1510772; 1510789; 1510795; 1510803; 1510826; 1544937; 1544943; 1544966; 1544972; 1544989; 1544995; 1586278; 1586309; 1586315; 1586321; 1586338; 1586344; 1848258; 1848287; 1848318; 1848413; 1854655; 1854750; 1854773; 1854804; 1854827; 1854856; 2178914; 2178943; 2178966; 2178972;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		2181537; 2181543; 2181566; 2521080; 2521097; 2521105; 2521134; 2521140; 2521163; 2840106; 2840112; 2840129; 2840135; 2840141; 2840158; 3160939; 3190202; 3190225; 3190231; 3656422; 3656439; 3656480; 3656534; 3656586; 3656617; 3741872; 3741926; 3741932; 3741955; 3741978; 3741990; 4275254; 4275260; 4275277; 4954423; 4954446; 4959277; 4959283; 4965757; 6179649; 6190906; 6193916; 6620821; 6620838; 6620844; 6621430; 6621447; 6621453; 7258279; 7258285; 7266528; 7431944; 7431950; 7431967; 7513240; 7513257; 7513263; 8772050; 8772067; 8772073; 8778207; 8778213; 8779514; 8779655; 9276264; 9276270
N06AH01	Homöopathikum	254338; 254344; 254350
N06AP01	Johanniskraut	30573; 40637; 40643; 40666; 51865; 57951; 66950; 66967; 67079; 104998; 105012; 105101; 122163; 122186; 183549; 183555; 183561; 244297; 246095; 246103; 246126; 300067; 300073; 300096; 361092; 361100; 361123; 505409; 505415; 505421; 511982; 511999; 512102; 512119; 512295; 512303; 512326; 512332; 520099; 520107; 520113; 539236; 539242; 555324; 555330; 555382; 592383; 592408; 620837; 673213; 673236; 673259; 679285; 679569; 679575; 692162; 738349; 738355; 738361; 807412; 807429; 807435; 807441; 807493; 807524; 807530; 807576; 814458; 814464; 930621; 930638; 951020; 951037; 951043; 1018485; 1018491; 1018516; 1018539; 1018545; 1018551; 1018568; 1123093; 1209914; 1215062; 1215375; 1319407; 1344279; 1367547; 1367553; 1367576; 1466025; 1550671; 1569771; 1848442; 1848459; 1848465; 2068545; 2068551; 2068568; 2196869; 2196881; 2231643; 2231672; 2298920; 2298937; 2416704; 2437089; 2455874; 2477060; 2477077; 2477108; 2486136; 2532422; 2785459; 2785465; 2805067; 2918742; 2949487; 2956754; 2956760; 2956777; 3018207; 3026098; 3089905; 3089986; 3439742; 3843526; 3884347; 3884353; 3884376; 4004578; 4004584; 4004590; 4004957; 4023570; 4026054; 4026060; 4026120; 4430795; 4602026; 4877958; 4877964; 4991200; 4991217; 4991223; 5128466; 5373125; 5373131; 5373148; 5506230; 6119512; 6119529; 6119535; 6119541; 6155850; 6320266; 6320272; 6320289; 6340866; 6581386; 6581392; 6620867; 6620873; 6620896; 6729096; 6729104; 6729110; 7114830; 7137216; 7137222; 7245360; 7245377; 7253247; 7269917; 7269923; 7287631; 7287714; 7287973; 7296765; 7296771; 7358503; 7358526; 7367063; 7367086; 7367092; 7392842; 7392859; 7468083; 7468108; 7496406; 7525622; 7599276; 7606007; 7712198; 7712206; 7712212; 7751979; 7751985; 7751991; 8425124; 8436493; 8436501; 8491753; 8491776; 8491782; 8520058; 8521572; 8521589; 8521595; 8521603; 8521626; 8521632; 8529912; 8630568; 8643200; 8697503; 8697526; 8697532; 8710818; 8736611; 8736628; 8736634; 8771085; 8771091; 8771116; 8776444; 8790734; 8790740; 8790757; 8829985; 8829991; 8830008; 8861670; 8869921; 8869938; 8869944; 8889527; 8889585; 8889591; 8913295; 8913303; 8918849; 8918855; 8918861; 8921768; 8921774; 9081595; 9097142; 9189200; 9321119; 9441237; 9942519; 9942525
N06AP01	Phytopharmakon	592360
N06AP51	Johanniskraut, Kombinationen	126356; 1404538; 1404544; 1498120; 1498137; 1498143; 2787783; 3410684; 4991772; 4991789; 6197593; 6197601; 7125207; 7245325; 7245331
N06AX02	Tryptophan	1313391; 1313416; 1313422; 4623092; 4623100; 4623117; 7422721; 7422738; 7422744; 7509758; 7509764; 7509770; 7554049; 7714872; 7714889; 7714895
N06AX03	Mianserin	909845; 909851; 909874; 909880; 909897; 909905; 1267053; 1267076; 1267082; 1507876; 1507882; 1507907; 1507913; 2182258; 2501462; 2501479; 2501485; 2501491; 2501516; 3750888; 3750894; 3750902; 3750919; 3844709; 3844715; 3853358; 3853364; 4815549; 4815555; 4815561; 4815590; 4815609; 4815615; 4875310; 4875327; 4883338; 4898251; 4931126; 4931132; 4931149; 4933289; 4933295; 4933303; 6349502; 6349519; 7113084; 7113115; 8729083; 8729108; 8729114; 8729120; 8729137; 8729143

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AX05	Trazodon	1345899; 1345907; 1345913; 1995284; 1995290; 1995338; 1995344; 2136407; 2136413; 2136436; 2783992; 2784218; 2784224
N06AX06	Nefazodon	8417455; 8417461; 8417478; 8417490; 8417509; 8417515; 8417538; 8417544; 8417550
N06AX09	Viloxazin	2490712; 2490729
N06AX11	Mirtazapin	114933; 126155; 126480; 144213; 144236; 144242; 217900; 217969; 218549; 218555; 218561; 218578; 218609; 218615; 230740; 231840; 250027; 250487; 250642; 250659; 250665; 250671; 250688; 250694; 250702; 250719; 260089; 260095; 260103; 260126; 260468; 260669; 261290; 261309; 278273; 278304; 518843; 519216; 519475; 520679; 520716; 520886; 558831; 558848; 563743; 563766; 567480; 567497; 567534; 567557; 603980; 603997; 604005; 698704; 698710; 698727; 698733; 698756; 698762; 698779; 698785; 750244; 750250; 750267; 750592; 780972; 780989; 780995; 781003; 781026; 781032; 799919; 799931; 895712; 965401; 965424; 976681; 976698; 981475; 988419; 992266; 996198; 996206; 1007530; 1027053; 1027082; 1027099; 1027107; 1027113; 1027136; 1027142; 1027159; 1028495; 1028503; 1058941; 1201338; 1201947; 1202148; 1202349; 1202361; 1202378; 1202384; 1202390; 1330521; 1330604; 1330610; 1404604; 1404610; 1404633; 1427321; 1427344; 1512475; 1549403; 1549426; 1555295; 1571414; 1571489; 1571495; 1577664; 1717510; 1902609; 1919047; 1921340; 1921357; 1923652; 1923675; 1923681; 1923712; 1923882; 1923959; 1923994; 1924002; 1924019; 1925970; 1925993; 1926001; 1926024; 1926030; 1926047; 1926142; 1926159; 2022520; 2022537; 2022572; 2022589; 2022595; 2022603; 2080115; 2160021; 2242380; 2268310; 2268959; 2268965; 2268971; 2268994; 2269002; 2269019; 2269108; 2329543; 2329566; 2341107; 2341165; 2341320; 2341515; 2430236; 2430259; 2430288; 2430294; 2430302; 2430325; 2430331; 2430348; 2434524; 2753063; 2753554; 2753666; 2753844; 2753896; 2754335; 2817627; 2817656; 2817662; 2817679; 2817685; 2817691; 2817716; 2817722; 2855467; 2892178; 2892238; 2892327; 2892333; 2892439; 2892528; 2892586; 2892652; 3045405; 3045523; 3045546; 3045612; 3045747; 3045776; 3045799; 3045807; 3045836; 3083995; 3084090; 3084109; 3084115; 3084121; 3084138; 3084144; 3084227; 3084233; 3098784; 3098790; 3098850; 3103918; 3107603; 3107626; 3107632; 3107649; 3107655; 3120265; 3120271; 3120288; 3120294; 3120377; 3120414; 3120420; 3120495; 3120503; 3123074; 3123080; 3123097; 3123140; 3123157; 3123163; 3123200; 3123217; 3136378; 3136390; 3136409; 3136415; 3136591; 3136622; 3136645; 3152621; 3152762; 3152779; 3152785; 3152816; 3152897; 3152905; 3152911; 3393342; 3393359; 3393483; 3393508; 3393537; 3393543; 3393572; 3393603; 3393632; 3393661; 3423764; 3423818; 3423907; 3423913; 3423936; 3423942; 3430818; 3446819; 3446825; 3446943; 3447115; 3447345; 3447351; 3447368; 3448681; 3524933; 3525163; 3553768; 3562023; 3625723; 3625746; 3625769; 3625775; 3625781; 3625798; 3625806; 3625812; 3647191; 3647216; 3647222; 3647239; 3647245; 3647251; 3647268; 3647274; 3647340; 3647357; 3647363; 3647386; 3647392; 3647400; 3647417; 3647423; 3647446; 3673142; 3673159; 3674207; 3674377; 3674822; 3674934; 3674940; 3674957; 3674963; 3675164; 3675572; 3675690; 3675715; 3675804; 3702174; 3702180; 3702197; 3702205; 3702211; 3702234; 3702240; 3702808; 3702814; 3702820; 3702837; 3702843; 3702866; 3702872; 3702889; 3723420; 3723437; 3723443; 3728914; 3803047; 3805106; 3836319; 3845962; 3846140; 3847300; 3847323; 3876425; 3878507; 3878677; 3879197; 3879659; 3879694; 3879783; 3879808; 3880237; 3898786; 3898800; 3898817; 3898823; 3898846; 3898881; 3898906; 4087340; 4087357; 4188644; 4188650; 4188667; 4188673; 4188696; 4188704; 4188710; 4188727; 4193059; 4193065; 4196891; 4232138; 4232144; 4232167; 4232196; 4232227; 4232262; 4232279; 4232285; 4232291; 4393539; 4620662; 4621503; 4765188; 4765248; 4765260; 4765277; 4865955; 4865961; 5105028; 5105034; 5105063; 5105206; 5105241; 5105270; 5105318; 5105376; 5108110; 5108127; 5108156; 5108179; 5108185; 5108191; 5108245; 5108251; 5108268; 5126912; 5126958; 5358226; 5358232;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		5389818; 5389824; 5389830; 5454094; 5454102; 5454119; 5454125; 5454131; 5454148; 5454154; 5454160; 5454177; 5454183; 5454208; 5454214; 5499033; 5499056; 5519959; 5519965; 5519971; 5535906; 5535912; 5535929; 5535935; 5535941; 5535958; 5535964; 5535970; 5535987; 5535993; 5536001; 5536018; 5536024; 5536030; 5541887; 5541893; 5541901; 5541999; 5732280; 5732305; 5732311; 5732386; 5745779; 5745785; 5748571; 5748588; 5859371; 5872012; 5872029; 5872035; 5881778; 5890487; 5890493; 5890501; 5890518; 5890524; 5890530; 5890547; 5890553; 5890576; 5890777; 5892919; 5892925; 5892931; 5892948; 5892954; 5892960; 5892977; 5901937; 5901943; 5904806; 5904812; 5968456; 5968462; 5984225; 6078782; 6078902; 6078919; 6078925; 6320332; 6320349; 6320355; 6320361; 6320912; 6320929; 6320958; 6320970; 6320987; 6477192; 6477200; 6477217; 6477223; 6477246; 6707195; 6707203; 6707226; 6787099; 6787107; 6882573; 6882604; 6882627; 6882739; 6882805; 6906090; 7234824; 7234830; 7287192; 7376263; 7376286; 7376292; 7586517; 8860914; 8868212; 9123514; 9123520; 9215386; 9215392; 9215400; 9215423; 9215446; 9215452; 9215469; 9215475; 9215481; 9223084; 9298136; 9298142; 9298165; 9298171; 9298194; 9298202; 9704694; 9704702; 9704719; 9704725; 9920877
N06AX12	Bupropion	17880; 17897; 17905; 17911; 1256641; 1258692; 2084774; 2084828; 2084834; 2084923; 3446736; 3446742; 3648612; 3651703; 3651726; 5467820; 5467837; 5743421; 6474756; 6474762; 6474779; 6474791; 6574819; 6574825; 7266451; 7266468; 7266534; 7765102; 7765119; 7765125; 7765131; 8809907; 8892185; 8892191; 8907076; 8907082; 8907107; 9008836; 9008842; 9063829
N06AX14	Tianeptin	9680203; 9680226; 9680232
N06AX16	Venlafaxin	21019; 21025; 21031; 21048; 21054; 21060; 21077; 21083; 21108; 21120; 21137; 21143; 21663; 21686; 21692; 21700; 21717; 21723; 21746; 50570; 53143; 53166; 53172; 53189; 70058; 70087; 71299; 71626; 71721; 71945; 71951; 71968; 72241; 72436; 72531; 73192; 88271; 88288; 88294; 88302; 88319; 88325; 91445; 91592; 91600; 100078; 100090; 102812; 103266; 107301; 107318; 107324; 107330; 115358; 203275; 203281; 203298; 203306; 203312; 203329; 203335; 203341; 203358; 203364; 203370; 203387; 203393; 203401; 203418; 203424; 203430; 211079; 246698; 247002; 247166; 247195; 247232; 247261; 248131; 249484; 249521; 340210; 344136; 350591; 353081; 357802; 357819; 368094; 375438; 380215; 380362; 380416; 490027; 490033; 490056; 490062; 678877; 678908; 678937; 678943; 678966; 705108; 705114; 705120; 707550; 852140; 852157; 852163; 978332; 978349; 1121007; 1121013; 1121036; 1121042; 1121059; 1121065; 1121071; 1121088; 1123940; 1123957; 1123963; 1123986; 1124000; 1124017; 1124023; 1147001; 1147018; 1147024; 1147076; 1147082; 1147099; 1147107; 1147142; 1147159; 1147165; 1147171; 1169959; 1169965; 1169971; 1169988; 1419066; 1549225; 1549231; 1549248; 1549254; 1605478; 1617441; 1622666; 1624599; 1672552; 1672569; 1672581; 1672598; 1672658; 1672670; 1715994; 1716002; 1716048; 1716054; 1716060; 1716077; 1716083; 1716108; 1716114; 1756757; 1779764; 1780017; 1795763; 1918237; 1918243; 1918266; 1995516; 1997900; 1997975; 1998420; 1998437; 2030761; 2031269; 2090214; 2090272; 2090303; 2111270; 2111287; 2198779; 2198785; 2198845; 2396717; 2396723; 2396746; 2406261; 2406278; 2406284; 2566378; 2568319; 2671158; 2671313; 2671572; 2704969; 2705489; 2706371; 2708080; 2717021; 2717038; 2717831; 2717860; 2726511; 2726528; 2726540; 2726557; 2727798; 2727806; 2935249; 2935290; 2935309; 2935315; 2935321; 2935338; 3221434; 3221569; 3246888; 3246894; 3337935; 3338478; 3373569; 3373598; 3397185; 3397216; 3410483; 3412832; 3412861; 3415776; 3415782; 3415871; 3418119; 3433225; 3443347; 3443353; 3443376; 3445978; 3446127; 3449864; 3451105; 3452889; 3460682; 3460699; 3482382; 3519808; 3519814; 3520912; 3544083; 3630434; 3630440; 3630457; 3630486; 3632195; 3632203; 3632226; 3632315; 3865982; 3877270; 3883158; 3887357; 3887788; 3887794; 3891465; 3892453; 3892476; 3931176; 3931182; 3931199; 3931242; 3931271; 3931288; 4120729; 4120735; 4120818; 4120824; 4120830; 4172873; 4172896; 4172904; 4443504; 4443510;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4704442; 4704459; 5372551; 5392016; 5392022; 5392039; 5395167; 5395173; 5395196; 5395204; 5395210; 5395227; 5395316; 5395322; 5450972; 5450989; 5450995; 5451026; 5457922; 5464075; 5464081; 5464098; 5464106; 5464112; 5466594; 5466602; 5466625; 5466631; 5466648; 5466654; 5466660; 5466677; 5537816; 5537822; 5537839; 5537845; 5537851; 5537868; 5537874; 5537880; 5537897; 5537905; 5537911; 5537928; 5543550; 5543567; 5745839; 5745845; 5745851; 5850789; 5850832; 5861563; 5861586; 5867910; 6060026; 6060032; 6060049; 6060055; 6060061; 6060078; 6060084; 6060090; 6060109; 6330129; 6330135; 6330141; 6330158; 6342115; 6344410; 6455859; 6455865; 6455871; 6455888; 6455894; 6455902; 6455919; 6455925; 6455931; 6455948; 6455954; 6455977; 6637939; 6690655; 6690661; 6690678; 6690684; 6690690; 6690715; 6690721; 6704618; 6704624; 6704819; 6704825; 6704848; 6704854; 6704877; 6704883; 6705055; 6705061; 6705078; 6705090; 6705150; 6705167; 6705173; 6705196; 6717489; 6717495; 6717503; 6717526; 6717532; 6717549; 6717555; 6717561; 6717578; 6718709; 6718715; 6718721; 6718738; 6718744; 6718750; 6718767; 6718773; 6718796; 6727708; 6731555; 6767062; 6784824; 6784830; 6784847; 6787165; 6787171; 6787188; 6787194; 6787202; 6787219; 6787225; 6787231; 6794248; 6794254; 6794260; 6794277; 6794283; 6794308; 6794314; 6794320; 6794343; 6794366; 6794372; 6798602; 6798619; 6798625; 6798631; 6798648; 6798654; 6802350; 6802367; 6802373; 6802396; 6802404; 6802410; 6802427; 6802433; 6802456; 6892867; 6892873; 6897669; 6897793; 6897882; 6897907; 6898048; 6898195; 6898203; 6898290; 6898309; 6912162; 6912216; 6912222; 6912239; 6912245; 6912268; 6912274; 6912280; 6912328; 7022973; 7022996; 7023004; 7023056; 7023062; 7023079; 7116384; 7198991; 7199068; 7199140; 7199163; 7199186; 7199192; 7199200; 7200989; 7201026; 7201977; 7202037; 7214661; 7263493; 7263501; 7263518; 7263524; 7263530; 7263547; 7263553; 7263576; 7263582; 7275616; 7275622; 7275639; 7275645; 7275651; 7275668; 7275674; 7281137; 7281143; 7281166; 7281172; 7281203; 7281226; 7281255; 7281261; 7281278; 7287401; 7287418; 7287424; 7287430; 7287447; 7287499; 7287507; 7287513; 7287536; 7292388; 7292394; 7292402; 7292419; 7292425; 7292431; 7292448; 7292454; 7317390; 7317409; 7377274; 7377280; 7377297; 7377305; 7377311; 7377328; 7377334; 7377340; 7377357; 7425582; 7558308; 7558314; 7558320; 7578481; 7578558; 7578564; 7625789; 7631815; 7631821; 7633174; 7633197; 7688809; 7688815; 7688821; 7689111; 7757284; 7764717; 7773509; 7773515; 8819544; 8819745; 9007860; 9066443; 9191272; 9191289; 9223055; 9225249; 9225255; 9225261; 9391054; 9391060; 9391077; 9391108; 9391114; 9391137; 9391166; 9391189; 9391195; 9428225; 9428231; 9428248; 9428254; 9428260; 9488078; 9488084; 9488090; 9493990; 9494009; 9494021; 9494038; 9494044; 9494050; 9494268; 9494274; 9494280; 9495078; 9708798; 9708806; 9708812; 10145107; 10145113; 10145136; 10145142; 10145159; 10145165; 10145171; 10145188; 10145194; 10389045
N06AX18	Reboxetin	839079; 839085; 839091; 1061009; 1061015; 1061021; 1509467; 1509473; 1509496; 1534531; 1534548; 1534554; 1534873; 1534896; 1546296; 1546304; 1546310; 1577724; 1577807; 1577813; 1577888; 2454490; 2454509; 2454981; 2528372; 2528389; 2528395; 2528403; 3223367; 3223456; 3223462; 5504596; 5504604; 7265291; 7265316; 7265322; 7729299; 7729425; 8755459; 8755471; 8797274; 10094321; 10094338; 10094344
N06AX21	Duloxetin	104484; 203559; 203565; 203571; 203588; 225325; 348513; 363352; 394105; 397687; 403531; 403548; 429192; 429200; 565009; 634087; 636293; 636301; 770531; 770548; 797837; 834159; 896769; 896781; 985906; 991137; 991166; 1010437; 1097007; 1138829; 1170276; 1170282; 1170299; 1170307; 1564064; 1575168; 1852857; 1937720; 1938582; 2187669; 2579010; 2582791; 2844423; 3140026; 3426969; 3427041; 3882495; 3882503; 4049115; 4049121; 4165436; 4165442; 4165459; 4355668; 4659492; 4659523; 4659569; 4761670; 4862603; 4866423; 4927320; 4957611; 4957628; 4965237; 4978814; 5025080; 5026033; 5124511; 5500546; 5500569; 5504834; 5504840; 5504857; 5504863; 6059773; 6143278; 6143284; 6152254; 6439033; 6439056; 6560102; 6560591; 7023990;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7024162; 7176707; 7176742; 7176759; 7177339; 7288398; 7288406; 7288412; 7355893; 7424111; 7424128; 7424157; 7517769; 7717304; 7717310; 7729230; 7729247; 7729253; 7729276; 7757290; 7769577; 7769583; 8444179; 8467476; 8467482; 8467499; 8491026; 8877949; 9000823; 9000846; 9000852; 9091493; 9224008; 9224020; 9237181; 9237198; 9237206; 9241283; 9241308; 9320634; 9332809; 9527803; 9529096; 9529104; 9529110; 9544434; 9544440; 9636136; 9636194; 9636314; 9636320; 9637029; 9637035; 9640942; 9640959; 9709792; 9711168; 9711174; 9711582; 9729547; 9739497; 9739505; 9740721; 9740738; 9896825; 9896966; 10005168; 10005234; 10005263; 10019710; 10019727; 10220470; 10399581; 10405212; 10530905; 10744339
N06AX22	Agomelatin	6935192; 6935200; 7338914; 7697843; 7697866; 8796837; 8922615; 8922621; 9003879; 9003885; 9237123; 9237146; 9435142; 9435159; 9505693; 9505701; 9744044; 9927603; 9928838; 9928844; 10006280; 10356123; 10356146
N06BA02	Dexamfetamin	9303274; 9303280
N06BA04	Methylphenidat	428809; 428991; 429223; 429252; 429269; 734802; 881495; 943807; 1208642; 1208694; 1208777; 1299018; 1348188; 2262081; 2262098; 2262106; 2262112; 2262129; 2262135; 2328472; 2328489; 2328495; 2328578; 2387807; 2388126; 2388155; 2388190; 2388215; 2744710; 2744756; 2842045; 2842051; 2842068; 3443028; 3443040; 3460067; 3460191; 3649304; 3806229; 3806235; 3806258; 3806264; 3806270; 3806287; 3943618; 3943624; 3943630; 3943647; 3944026; 4608365; 4608371; 4608388; 4793291; 4793316; 5900441; 6681596; 6681604; 6876153; 6905400; 6970716; 6970745; 6970751; 6970768; 6970774; 6970780; 6970805; 6970811; 6970863; 6970886; 6970892; 6971495; 6973620; 6974306; 7008708; 7313363; 7313386; 7313512; 7313529; 7313535; 7313558; 7313564; 7313570; 7313593; 7350016; 7350022; 7350039; 8822167; 9621117; 9621123; 10002566; 10020481; 10020506; 10020512; 10020529; 10020535; 10020564; 10020570; 10067100; 10067123; 10067152; 10327328; 10327334; 10327363; 10327386; 10533097; 10533128
N06BA05	Pemolin	707515
N06BA07	Modafinil	44055; 44061; 4603965; 5357273; 5357296; 5357304; 7290739; 7291213; 7291236; 9292085; 9292091; 9292116; 9292139; 9292145; 9292151; 9924898; 9925248; 9925254
N06BA09	Atomoxetin	1137008; 3881484; 3881490; 4192769; 4192775; 4192781; 4192798; 4192806; 4192812; 4192829; 4192858; 4192870; 5124652; 5124712; 5124764; 5124787; 5124899; 5124913; 5124942; 5125031; 5125048; 5371310; 5371327; 5371764; 5371770; 5389847; 5389853; 5389876; 6102463; 6105390; 6105409; 6130270; 7176392; 9156146; 9156152; 9156175; 9156181; 9156198; 9156206; 9156212; 9743903; 10180026; 10304764; 10304770; 10325915; 10325938; 10325944; 10355537; 10355543; 10713652; 10713669; 10713675
N06BA12	Lisdexamfetamindi mesliat	9702407; 9702413; 9702436
N06BC	Phytopharmakon	8508637
N06BC01	Coffein	2756794; 2756802; 4006235; 4584653; 4584676
N06BX01	Meclofenoxat	1278602; 4908067; 4908096; 7434196; 7434204
N06BX02	Pyritinol	193884; 586744; 1250561; 2584146; 4862336; 4862342; 4862359; 4862365; 6156045; 6156068; 6606258; 6606264; 7333779; 8438084; 8791722; 8791828; 8791834; 8924206; 8924212
N06BX03	Piracetam	43883; 43908; 59140; 59157; 177371; 177388; 177394; 177402; 177419; 177425; 202399; 729008; 729020; 729043; 729072; 800396; 800410; 800433; 878665; 878671; 878688; 886156; 886179; 1086736; 1167179; 1167185; 1200505; 1200511; 1243294; 1289965; 1289971; 1289988; 1289994; 1290000; 1290017; 1290069; 1290075; 1290081; 1290098; 1290106; 1391267; 1391356; 1391468;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		1391592; 1658523; 1663056; 1663062; 1663079; 1663091; 1663116; 1663122; 1755976; 1755982; 1756007; 1756013; 1887241; 1887258; 1889300; 1889317; 1889352; 2003184; 2170775; 2190105; 2196208; 2196220; 2196266; 2238510; 2238527; 2238964; 2334053; 2465358; 2506293; 2506301; 2526261; 2799303; 2799326; 2799332; 2799349; 2799355; 2799361; 3006204; 3006210; 3009065; 3009071; 3010683; 3010708; 3010714; 3023616; 3023622; 3089489; 3089495; 3101440; 3112840; 3112857; 3112863; 3116298; 3116306; 3156702; 3187654; 3196570; 3196587; 3218573; 3218596; 3218604; 3257202; 3295036; 3302486; 3831546; 3872864; 3872870; 3911185; 3911216; 3928151; 3942464; 3972689; 4034131; 4034148; 4174429; 4174441; 4174458; 4174464; 4301158; 4301170; 4302330; 4302347; 4382257; 4461689; 4597294; 4601469; 4601481; 4653331; 4674830; 4676504; 4676510; 4765521; 4765538; 4843327; 4843385; 4843391; 4944583; 4944608; 4944620; 4944637; 4963132; 4963149; 4963161; 6110735; 6154218; 6154230; 6192236; 6192242; 6192259; 6192265; 6192288; 6192294; 6343971; 6616593; 6616601; 6616794; 6616802; 6621909; 6730001; 7106807; 7108700; 7112707; 7277331; 7382536; 7382542; 7382559; 7464079; 7464085; 7500734; 7500740; 7505393; 7511927; 7526171; 7526194; 7549947; 7569714; 7626866; 7626872; 7668764; 7668770; 7726639; 7726645; 8516884; 8516890; 8516909; 8534959; 8534965; 8617473; 8617496; 8617504; 8764470; 8764487; 8896906; 9123566; 9123589; 9223109; 9322521; 9322538; 9322544; 9322567; 9519933; 10261718; 10261747
N06BX04	Deanol	1556001; 1556024; 4630181; 4630198
N06BX18	Vinpocetin	4005201; 4290673
N06DA01	Tacrin	349458; 447741; 447758; 6627094; 6627102; 6627125; 6627160; 6627208
N06DA02	Donepezil	432774; 450200; 474910; 486899; 491038; 491044; 1086239; 1086251; 1086268; 1094612; 1325968; 1325980; 1399458; 1399470; 1399501; 1499237; 1499243; 1499266; 1603858; 1603864; 1603870; 1647873; 1647910; 1647979; 1647991; 1699539; 1903690; 1903709; 1903715; 2205025; 2205048; 2205060; 2448302; 2448638; 2448644; 2457809; 2457815; 2475150; 2923967; 2923973; 2953514; 3147904; 3208824; 3264076; 3264082; 3264099; 3552562; 3644927; 3644956; 3644985; 3645401; 3702493; 3864646; 4054553; 4054576; 4934225; 4934231; 4934248; 4934254; 5041127; 5117735; 5117741; 5370859; 5370865; 5370871; 5370888; 5504171; 5504188; 5515424; 5515430; 5515447; 5549050; 5555398; 5972587; 5972593; 5972601; 5993833; 5993856; 5993862; 6058503; 6058532; 6307550; 6309069; 6434857; 6434892; 6434900; 6434917; 6434923; 6434946; 6435762; 6435779; 6451643; 6451666; 6451689; 6705948; 6705954; 6705960; 6907600; 6907617; 7373365; 7373371; 7373402; 7373483; 7406047; 7406053; 7516907; 7532088; 7577139; 7577145; 7577429; 7577435; 7577441; 7728733; 7728756; 8490512; 8490529; 8490535; 8490541; 8490558; 8490564; 8490570; 8845263; 8845286; 8845292; 8845300; 8845317; 8845323; 8850146; 8850152; 8850169; 8850175; 8850181; 8850198; 8878883; 8878908; 8878920; 8878937; 8878943; 8878972; 8885251; 8885268; 8885274; 8885280; 8885297; 8885305; 8885570; 8885587; 8885593; 8885601; 8885624; 8885630; 8885647; 8885653; 8885676; 8885682; 9231072; 9231089; 9231095; 9231126; 9231132; 9231149; 9231155; 9231178; 9231184; 9231209; 9232539; 9232545; 9232551; 9232568; 9232663; 9232686; 9232692; 9232700; 9232717; 9232723; 9272728; 9272734; 9272740; 9272763; 9272786; 9282359; 9282365; 9282371; 9282388; 9282394; 9282402; 9285441; 9285458; 9285464; 9285470; 9285487; 9285493; 9293831; 9293854; 9293860; 9293877; 9297332; 9297349; 9297361; 9297378; 9300040; 9300057; 9302435; 9302441; 9302458; 9302470; 9302487; 9302493; 9312540; 9312557; 9312563; 9312586; 9312592; 9312600; 9320640; 9320663; 9320686; 9320746; 9320752; 9320769; 9322219; 9322225; 9322231; 9322248; 9322254; 9322260; 9322277; 9322283; 9322308; 9322314; 9322320; 9322337; 9335251; 9335268; 9335274; 9335280; 9335297; 9335305; 9373895; 9373903; 9373926; 9373932; 9373949; 9373955; 9374133; 9374156; 9374162; 9374179; 9374185; 9374191; 9374216; 9374239; 9374245; 9374251; 9374268; 9374280; 9375440;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		9375457; 9381943; 9381966; 9381972; 9382003; 9382032; 9382049; 9382078; 9382090; 9382109; 9382138; 9382144; 9382150; 9391373; 9391396; 9391404; 9391410; 9391427; 9391433; 9425623; 9425646; 9425652; 9425669; 9425675; 9425681; 9442567; 9442573; 9442596; 9442604; 9442610; 9442627; 9475615; 9475621; 9475638; 9475644; 9475650; 9475667; 9475673; 9475696; 9475704; 9475710; 9477198; 9477212; 9477229; 9477241; 9487156; 9487162; 9487179; 9487185; 9487191; 9487216; 9529819; 9529825; 9531414; 9531437; 9531443; 9531466; 9531472; 9531489; 9722551; 9739847; 9739853; 9739876; 9739882; 9739899; 9739907; 9769707; 9769713; 9769736; 9769742; 9771271; 9771288; 9771294; 9771302; 9771319; 9771325; 10004677; 10004683; 10044323; 10044346; 10044352; 10044369; 10057751; 10057768; 10057774; 10057780; 10057797; 10057805; 10358346; 10358352; 10630179
N06DA03	Rivastigmin	200466; 449102; 491050; 491096; 523057; 523063; 523092; 523152; 1352178; 1352190; 1352310; 1647726; 1647749; 1683538; 1683685; 1805591; 1805622; 1805668; 1806136; 1806923; 1807271; 1807354; 1810847; 1897469; 1897475; 2167767; 2297033; 2297056; 2533640; 3051127; 3051765; 3052150; 3052279; 3052351; 3053066; 3058299; 3277564; 3719298; 3921255; 4001025; 4033864; 4133488; 4133755; 4134387; 4134393; 4134418; 4134424; 4134453; 4134476; 4706381; 4706398; 4706406; 4706412; 4706429; 4706435; 4708701; 4708718; 4708724; 4708730; 4708747; 4708776; 4709853; 4709876; 4709882; 4709899; 4709907; 4709913; 4911678; 4911684; 5548984; 5548990; 5549009; 5549015; 5549021; 5549038; 5859075; 5859098; 6078799; 6106372; 6106389; 6106395; 6106403; 6106426; 6106432; 6407518; 6407524; 6407725; 6436632; 6436655; 6436678; 6588856; 6683804; 6683810; 6706304; 6733637; 6733643; 6733666; 6733672; 6830091; 6830116; 7287298; 7343016; 7405929; 7405935; 7405958; 7405964; 7405987; 7405993; 7406018; 7406024; 8608511; 8608528; 8608534; 8608540; 8608557; 8608563; 8608586; 8608592; 8608600; 8608617; 8608623; 8608646; 8628206; 8628212; 9000875; 9000881; 9000898; 9000906; 9000912; 9000929; 9000935; 9063309; 9063315; 9086888; 9086894; 9086902; 9086919; 9086925; 9086931; 9086948; 9086954; 9086960; 9086977; 9230173; 9230196; 9230204; 9230210; 9230227; 9230233; 9230279; 9230316; 9230322; 9230345; 9230351; 9230368; 9266751; 9266768; 9266780; 9266797; 9266811; 9266828; 9266840; 9266863; 9289249; 9289255; 9289261; 9289278; 9289284; 9289290; 9289309; 9289315; 9302553; 9305184; 9305190; 9305209; 9305215; 9313410; 9313427; 9313433; 9313479; 9313485; 9313516; 9313522; 9313551; 9322573; 9322596; 9322604; 9322610; 9322627; 9322633; 9322656; 9322662; 9322679; 9322685; 9322691; 9322716; 9322722; 9332146; 9332152; 9332169; 9332175; 9332181; 9332198; 9332206; 9332212; 9436259; 9436265; 9439855; 9439861; 9439884; 9439890; 9439915; 9439921; 9439944; 9439950; 9482259; 9482265; 9482271; 9482288; 9482294; 9482302; 9482319; 9482325; 9530610; 9530627; 9530633; 9530656; 9530716; 9530780; 9530811; 9530840; 9544256; 9544279; 9544285; 9544291; 9544316; 9544322; 9544339; 9544345; 9708456; 9708462; 9708479; 9708485; 9708516; 9708522; 9724030; 9724047; 9724076; 9724082; 9724107; 9724113; 9724142; 9724159; 9739669; 9739675; 9739681; 9739698; 9739706; 9739712; 9739729; 9739735; 9750808; 9750814; 9750843; 9750866; 9750895; 9750903; 9750949; 9750955; 9777457; 9777463; 9923686; 9923692; 9923700; 9923723; 9923746; 9923752; 9929588; 10005458; 10005470; 10005518; 10005553; 10041804; 10041810; 10041827; 10041833; 10041856; 10041862; 10126251; 10126268; 10126274; 10181190; 10181209; 10181215; 10181221; 10187525; 10187531; 10187548; 10187554; 10187560; 10187577; 10204117; 10204123; 10204146; 10206582; 10206613; 10206636; 10206642; 10286799; 10309448; 10315638; 10315650; 10315667; 10315673; 10342196; 10342204; 10385283; 10398707; 10398713; 10398736; 10398742; 10408268; 10408274; 10408280; 10408297; 10411678; 10524856; 10524885; 10524891; 10542340; 10547225; 10547231; 10547248; 10547254; 10547260; 10547277; 10552775; 10709538; 10709544; 10712322; 10712339; 10712345; 10712374; 10792404; 10792433; 10792456; 10792462; 10792479

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06DA04	Galantamin	72169; 645062; 675324; 676068; 1178510; 1178556; 1416139; 1416145; 1416174; 1416228; 1528594; 1528619; 1533655; 1545090; 1809838; 1812355; 1888565; 1888571; 1888588; 2288494; 2449448; 2558574; 2558597; 3866728; 3866734; 3866740; 3866757; 3866763; 3866846; 4110671; 4110688; 4307095; 4512702; 5371818; 5371876; 5484965; 5484971; 5484988; 5484994; 5491296; 5491310; 5857455; 5857478; 5857484; 5960897; 6083257; 6083286; 6088964; 6111491; 6111516; 6111522; 6195016; 6195401; 6438967; 6438973; 6785870; 6786935; 6838158; 6838170; 6838187; 6919968; 6919974; 6966548; 6976096; 7335815; 7335844; 7731451; 7731468; 7731474; 8755407; 8755442; 8755494; 8755519; 8755554; 8755577; 9012849; 9012855; 9193383; 9193414; 9193420; 9193437; 9232479; 9232485; 9232491; 9232516; 9232522; 9233007; 9233013; 9233036; 9233042; 9233059; 9264976; 9300063; 9300086; 9300092; 9300100; 9301878; 9302010; 9302033; 9302056; 9302079; 9302091; 9303015; 9303021; 9303038; 9303044; 9303050; 9303452; 9303481; 9303506; 9303535; 9381742; 9381771; 9381788; 9381819; 9381854; 9381883; 9381914; 9385651; 9385674; 9385680; 9385697; 9385705; 9422642; 9422702; 9426686; 9426692; 9426700; 9426723; 9426746; 9426752; 9426775; 9426781; 9426798; 9483419; 9483425; 9483448; 9530136; 9530188; 9530194; 9530202; 9530219; 9531650; 9531667; 9531673; 9531696; 9531704; 9632842; 9632859; 9632871; 9632888; 9632902; 9692784; 9692809; 9692815; 9723846; 9723852; 9723875; 9723898; 9723912; 9901590; 9935519; 9941626; 9941649; 9941655; 10071001; 10228773; 10228796; 10408908
N06DP01	Ginkgo biloba Blätter-Trockenextrakt	10300; 67429; 67435; 67441; 67458; 67464; 67470; 75216; 78976; 78982; 244156; 244162; 244179; 291687; 291701; 449220; 669737; 784763; 788330; 789105; 789281; 811661; 812560; 812577; 812608; 930584; 930590; 930609; 975339; 975345; 975351; 1229986; 1229992; 1230015; 1241792; 1241800; 1635870; 1635887; 1635893; 1635901; 1635918; 1635924; 1682680; 1683030; 1683225; 1683461; 1683751; 1684012; 1902578; 1902650; 1902667; 1902673; 1902704; 2293785; 2293791; 2293816; 2456885; 2563405; 2563411; 2563428; 2650771; 2650788; 2650794; 2739577; 2739732; 2739755; 2886172; 2886189; 3362442; 3379106; 3428796; 3428804; 3428891; 3910180; 3910205; 3910211; 4074952; 4074969; 4074975; 4247370; 4355303; 4369216; 4369222; 4369251; 4405998; 4420271; 4507747; 4595088; 4595094; 4666546; 4666552; 4666569; 4751795; 4751803; 4751826; 4791369; 4791375; 4994374; 4994380; 4998923; 4998946; 4998952; 5016193; 5101295; 5101303; 5486415; 5486421; 5486438; 5486444; 5486450; 6189211; 6342641; 6342658; 6342670; 6617322; 6680792; 6680800; 6680817; 6680823; 6680846; 6680852; 6680869; 6680875; 6680881; 6680898; 6680906; 6680912; 6718193; 6718201; 6817802; 6817819; 6817825; 6958738; 6958767; 6958773; 6966749; 6966755; 6966761; 6966790; 6966809; 6994208; 6994326; 6994332; 6995567; 6995573; 6995981; 6995998; 6997431; 6997448; 6997891; 7137179; 7137185; 7210545; 7210551; 7210568; 7258730; 7258747; 7314374; 7314701; 7314718; 7314724; 7368358; 7368364; 7411806; 7411812; 7411829; 7442468; 7446696; 7446704; 7519544; 7519550; 7525668; 7525697; 7525705; 7579983; 7580006; 7580012; 7580029; 7617844; 7632909; 7632915; 7682333; 7682356; 7736483; 7736508; 7752016; 7752039; 7752045; 8472767; 8472773; 8601035; 8613357; 8692575; 8828454; 8832734; 8858834; 8863752; 8863893; 8864415; 8868198; 8896007; 8896013; 8896036; 8896065; 8896071; 9206482; 9206631; 9206654; 9206677; 9312942; 9921888; 9921894; 9921902; 9921931; 9921948; 9921954; 9921960; 9921977; 9921983; 9922008; 9922014; 9922020; 10203796
N06DX01	Memantin	106170; 143024; 143030; 143053; 143076; 143099; 143107; 143136; 146620; 146637; 146643; 146672; 146689; 146695; 146703; 146726; 883956; 883962; 883979; 883985; 1699953; 1699976; 1700024; 2157585; 2157734; 2157792; 2158892; 2160009; 2650268; 2650311; 2650340; 2650357; 2738767; 2738773; 2738810; 2738827; 4024569; 4469389; 4469395; 4469426; 4469449; 4469461; 4469478; 4704548; 4704554; 4704560; 4704577; 4704583; 4704608; 4704979; 4704991; 4706458; 4706464; 4706470; 4706487; 4706493; 5024241; 5024270;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		5024287; 5024293; 5024353; 5024407; 5108601; 5108676; 6470971; 6581558; 6581564; 6686895; 6686903; 6686949; 6809636; 6828289; 6828295; 6828326; 6828332; 6939681; 6939729; 7090472; 7333176; 7333294; 7333302; 7333325; 7415218; 7619406; 7693561; 7693638; 7747475; 7747481; 7788936; 8455674; 8455680; 8455697; 8455705; 8456076; 8456082; 8456099; 8456107; 8769237; 8769734; 8806530; 8806547; 8806553; 8806576; 8806582; 8872550; 8930767; 9234946; 9328601; 9328618; 9333660; 9333683; 9421594; 9435863; 9507781; 9507798; 9533956; 9533962; 9605561; 9605578; 9607086; 9628674; 9628680; 9637785; 9637791; 9637816; 9637822; 9637839; 9637845; 9637851; 9637868; 9677750; 9751788; 9751794; 9751819; 9751825; 9751831; 9751848; 9759100; 9759117; 9759146; 9759152; 9759169; 9759175; 9764650; 9774795; 9775151; 9885135; 9885141; 9885158; 9885164; 9890099; 9890107; 9890113; 9890136; 9890188; 9890202; 9890231; 9890248; 9890260; 9890277; 9890283; 9890308; 9893465; 9893471; 9893488; 9893494; 9921003; 9923120; 9923203; 9923226; 9923232; 9923255; 9923261; 9923278; 9923309; 9923315; 9923338; 9923479; 9923516; 9923522; 9929708; 9929714; 9929720; 9929737; 9929743; 9929766; 9929789; 10005731; 10005748; 10005978; 10015592; 10015600; 10066247; 10067867; 10067896; 10067904; 10067910; 10067927; 10079965; 10079971; 10079988; 10080046; 10080052; 10080081; 10084363; 10084386; 10084392; 10084400; 10084417; 10084423; 10089449; 10089455; 10092374; 10092380; 10118240; 10130330; 10131565; 10131588; 10141983; 10142008; 10142014; 10142020; 10142037; 10142043; 10142296; 10142304; 10142310; 10142327; 10147299; 10147307; 10147313; 10147336; 10147342; 10147365; 10147394; 10184030; 10184047; 10184053; 10184076; 10198664; 10228572; 10228589; 10256321; 10261150; 10273058; 10273064; 10273673; 10273696; 10273704; 10273710; 10273727; 10273733; 10273756; 10273762; 10273779; 10273874; 10273880; 10273897; 10273905; 10299810; 10302713; 10302742; 10313272; 10381262; 10381279; 10381285; 10381291; 10402834; 10402886; 10402923; 10537801; 10537818; 10546527; 10708912; 10965833
N06DX07	Dihydroergotoxin	507124; 1665859; 1880405; 1954026; 1954032; 2000406; 2098322; 2098345; 2159302; 2159319; 2179871; 2179888; 2185624; 2467357; 2467363; 2483385; 2483391; 2573160; 2702143; 2702166; 2702189; 2702195; 2702203; 2702226; 2702232; 2702249; 2767906; 2767912; 2767929; 2781645; 2781651; 3029027; 3029085; 3029091; 3029116; 3083877; 3083883; 3112751; 3133078; 3133084; 3312160; 3312177; 3318961; 3318978; 3318990; 3319009; 3319021; 3319038; 3389659; 3421819; 3421825; 3421831; 3421854; 3421860; 3421877; 3421883; 3450212; 3450229; 3522957; 3522963; 3628561; 3796608; 3796614; 4275343; 4563007; 4563332; 4938826; 4938832; 4938849; 4938855; 4938861; 4938878; 4959969; 4959975; 6182692; 6182717; 6182746; 7389082; 7389099; 7487962; 7487979; 8874543; 8874566
N06DX10	Kälberblutextrakt	11676; 1459717; 1925473; 1925556; 1925562; 2398024; 2499742; 6171228; 6171257; 6171263; 6171352; 6171369; 6171398; 6171406; 6171435; 6171441
N06DX12	Cinnarizin	1906168; 2570598; 3142640; 3411815; 3412016
N06DX13	Nicergolin	600740; 600757; 600763; 1267165; 1267171; 1267188; 1391422; 2846327; 2846333; 2846356; 3045813; 3652648; 3652654; 3652660; 3652683; 3652708; 3756046; 3756052; 3756075; 3756081; 4266634; 4266663; 4353942; 4895086; 4895092; 4895100; 4901326; 4901332; 4901349; 4923693; 6154388; 6154394; 6154419; 6154425; 6338846; 6338852; 6338869; 6616587; 6616788; 6869437; 6869466; 6869472; 7113339; 7113345; 7268148; 7268154; 7268160; 7284905; 7284911; 7284928; 7284957; 7284963; 7284986; 7333897; 7333905; 7333911; 7347801; 7347818; 7347824; 7383961; 7383978; 7383984; 7384009; 7384015; 7396159; 7461201; 7461218; 7461224; 7626843; 8770016; 8770022; 8828098; 8828106; 8830209; 8830215; 8830221; 8853274; 8853280; 8853417; 8853423; 8898940; 8898957; 8898963

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06DX18	Nimodipin	114241; 114258; 114287; 122714; 122720; 122737; 165310; 165327; 165333; 168308; 168314; 1423027; 1423033; 1423056; 1549946; 1549952; 1549969; 2421964; 2421970; 2421987; 3061628; 3061634; 3061640; 4083135; 4083141; 4083158; 4123277; 6151361; 6151378; 6151384; 6608139; 6608145; 6608151; 7435089; 7435095; 7435103; 7435126; 7435132; 7435149; 8778420; 8778437
N06DX19	Dihydroergocristin	2466990; 3946083
N06DX20	Schweinehirnextrakt	193186; 1915629; 2452692; 2452723; 4114864; 6156022; 7290395
N03AA02	Phenobarbital	804715; 3170381; 3175390; 3175409; 3175421; 3175444; 3175467; 3192543; 3192603; 4840895; 4895235; 4895258; 4895270; 5395115; 5395121; 5395138; 5395144; 6573731; 6573748; 6573754; 6573760; 6707284; 6707290; 6707315; 6707321; 7140690; 7140709; 9396614; 9396620; 10216853; 10216876; 10216882; 10216899
N03AA03	Primidon	659207; 659213; 659236; 695835; 695841; 1310369; 1358519; 1358525; 1985073; 1985096; 4043986; 4896430; 4897168; 4897174
N03AA04	Barbexaclon	651861; 651890; 1355432; 1355455; 7223559; 7330545; 7330551; 7593606; 8830250; 8830267
N03AB02	Phenytoin	141350; 141367; 141373; 337194; 805198; 1144681; 1144698; 1144706; 1144712; 1192674; 1403473; 1460985; 1579982; 2517411; 2519835; 3129361; 4503117; 4503123; 4503146
N03AD01	Ethosuximid	251216; 309298; 796625; 1660922; 2498211; 2517428; 3743026; 4026083; 4897180; 4897197; 6883733; 6883756; 8647528; 8647534
N03AD03	Mesuximid	796588; 2498197
N03AE01	Clonazepam	175604; 175610; 195825; 195831; 213799; 213836; 325802; 325819; 426294; 426302; 426325; 426331; 426360; 426377; 705924; 729416; 729511; 1253631; 1752713; 1752736; 1852886; 1852917; 1874304; 1874333; 1874385; 1874439; 2353576; 2353582; 2758362; 2758385; 2758439; 2758468; 4273054; 5501391; 5501416; 8791780; 8791797; 8791892; 8791900; 9680120; 9680137
N03AF01	Carbamazepin	71796; 71804; 71810; 78640; 104254; 110869; 110875; 110881; 116837; 116843; 116866; 159261; 159278; 159284; 159290; 159309; 159315; 159321; 159338; 159344; 201282; 201299; 201307; 201313; 201336; 235967; 235973; 236010; 236033; 361318; 361324; 361330; 361382; 361399; 361407; 361413; 361436; 361459; 431444; 431450; 461362; 461379; 461385; 461391; 461416; 461422; 461439; 461445; 461451; 476257; 476286; 476300; 476323; 476352; 476375; 476889; 476903; 476932; 479706; 479712; 479729; 479735; 479741; 479758; 505438; 505444; 505450; 523301; 523318; 523324; 523330; 590852; 594040; 605252; 605772; 605789; 607417; 608598; 608606; 612298; 612341; 614096; 615380; 620518; 620524; 620530; 630586; 630592; 630600; 631120; 730276; 730282; 730299; 738823; 738846; 738852; 771967; 771973; 771996; 799865; 799888; 799902; 799925; 799948; 799960; 799983; 800019; 816842; 816859; 816865; 914065; 914088; 914094; 914102; 914119; 914125; 914131; 914148; 914154; 914160; 914177; 914183; 958306; 958312; 958335; 958341; 958364; 958370; 969155; 969161; 969178; 969184; 969190; 969209; 969215; 969221; 969238; 969244; 969250; 969267; 1015334; 1015340; 1081986; 1081992; 1082193; 1127286; 1127292; 1127547; 1127553; 1185102; 1185148; 1185154; 1185183; 1187851; 1187868; 1188158; 1189689; 1189985; 1190008; 1190014; 1190020; 1238436; 1238465; 1238471; 1246200; 1246217; 1246223; 1388012; 1388029; 1388035; 1440882; 1440899; 1440907; 1459657; 1459700; 1460643; 1460666; 1844705; 1844711; 1984553; 1984576; 2016784; 2171326; 2171332; 2171349; 2197656; 2197780; 2198130; 2198963; 2198986; 2218884; 2218909; 2218938; 2218950; 2218973; 2218996; 2219033; 2219056; 2219079; 2219091; 2219122; 2219145; 2234920; 2235523; 2235546; 2245740; 2245763; 2259707;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		2259713; 2367443; 2367466; 2367472; 2430532; 2430549; 2430555; 2430609; 2430615; 2430621; 2453711; 2453728; 2453734; 2684801; 2684818; 2717245; 2776503; 2776526; 3003766; 3003772; 3003789; 3067559; 3096360; 3096377; 3204789; 3220989; 3220995; 3233503; 3238216; 3419797; 3540903; 3540926; 3648977; 3649008; 3649014; 3659768; 3659774; 3659805; 3659811; 3659828; 3659834; 3672183; 3672208; 3685197; 3685205; 3691909; 3724253; 3724276; 3837307; 3971750; 3971767; 3996342; 3996359; 4010892; 4090253; 4090276; 4090282; 4090299; 4093352; 4093369; 4107858; 4107864; 4107870; 4187863; 4187886; 4187892; 4187900; 4187917; 4187923; 4187946; 4187952; 4187969; 4187975; 4187981; 4187998; 4188006; 4188012; 4188029; 4188035; 4188041; 4188058; 4247186; 4247192; 4442048; 4442054; 4442060; 4451314; 4451320; 4495582; 4503092; 4503100; 4511594; 4511602; 4511619; 4556295; 4556303; 4610563; 4610586; 4653265; 4653271; 4676705; 4779813; 4779836; 4779842; 4813303; 4813326; 4813332; 4897145; 4897151; 4908050; 4922972; 4922989; 4922995; 4966018; 4966024; 4966047; 4966053; 4976608; 4976614; 4976620; 5394699; 5394707; 5394713; 5394736; 5507442; 5507459; 5533043; 5533066; 5533072; 5533089; 5533095; 5533103; 5533126; 5533132; 5533149; 5533155; 5533161; 5533178; 5533184; 5533190; 5533209; 5533215; 5533221; 5533238; 5533244; 5533250; 5533267; 5533273; 5744567; 5744596; 5747152; 5747175; 6101943; 6154891; 6172452; 6172469; 6172475; 6172481; 6172498; 6879140; 6879157; 6879163; 6974950; 6974967; 6974973; 7140721; 7145227; 7145233; 7145256; 7145262; 7153221; 7189526; 7213992; 7242775; 7242781; 7269768; 7269774; 7269780; 7269797; 7269805; 7269811; 7299189; 7299195; 7299203; 7590281; 7590298; 7590306; 7602908; 7602914; 7602920; 7712442; 7712459; 7712465; 7712471; 7712488; 7726272; 7726289; 8415746; 8415752; 8415769; 8415775; 8415781; 8415798; 8594080; 8642270; 8642287; 8642293; 8655120; 8655137; 8655143; 8655166; 8655172; 8655189; 8772280; 8772297; 8772305; 8782261; 8782278; 8782284; 8782309; 8782315; 8782321; 8867649; 8871697; 8871705; 8871711; 8917229; 8917235; 8996370; 8996387; 8996393; 9089220; 9089237; 9494742; 9494759; 9494765; 9494771; 10276772; 10276789
N03AF02	Oxcarbazepin	220670; 220687; 220871; 476978; 476990; 477015; 477038; 477044; 477050; 477067; 477073; 477096; 477104; 477110; 574646; 574652; 580836; 581103; 581126; 705640; 705657; 705692; 705700; 714018; 714024; 714426; 714449; 714515; 894339; 894345; 1366654; 1366660; 1366677; 1366683; 1366708; 1366714; 1366737; 1366743; 1366766; 1456601; 1456618; 1456624; 1456630; 1456647; 1457262; 1712091; 1712116; 1712122; 1712139; 1712145; 1712151; 1712228; 1712234; 1712240; 1719822; 1719839; 1719845; 1719851; 1719868; 1719874; 1719880; 1719897; 1719905; 1903738; 1903744; 1996510; 2038834; 2067741; 2067758; 2067764; 2067770; 2067787; 2067793; 2233719; 2233748; 2233760; 2233777; 2233783; 2233808; 2233814; 2233820; 2233872; 2235434; 2235440; 2235457; 2235463; 2724788; 2724819; 3054048; 3441822; 3449887; 3449893; 3449901; 3449918; 3449924; 3449930; 3449947; 3449953; 3449976; 3449982; 3651956; 3651979; 3651985; 3913592; 3913600; 3913617; 3913623; 3913646; 3913652; 3929541; 4152787; 4152793; 4152801; 4392385; 4392391; 4392451; 5048106; 5048129; 5048135; 5048141; 5048218; 5048224; 5048230; 5048342; 5048359; 5356374; 5356380; 5356405; 5356411; 5356434; 5356440; 5565362; 6055172; 6055189; 6055195; 6055203; 6055226; 6055232; 6055249; 6055255; 6055261; 6127351; 6127374; 6127380; 6309135; 6309141; 7391529; 7391541; 7391558; 8461806; 8461812; 9318413; 9318436; 9318442; 9318459; 9318465; 9318471; 9318488; 9318494; 9318502; 9318519; 9338812; 9338829; 9338835; 9338841; 9338858; 9338864; 9338870; 9338887; 9338893; 9338901; 9485341; 9485358; 9485364; 9485370; 9485387; 9485393; 9485401; 9485418; 9485424; 9519442; 9519459; 9519465; 9519488; 9519494; 9519502; 9519525; 9519531; 9519548; 10409049; 10409055; 10541582; 10541599; 10966287
N03AF03	Rufinamid	361471; 361494; 496260; 553087; 1151267; 5378306; 5379292; 6573777; 9391870; 9512291; 9528234; 9528240; 9674361; 9681059; 9695423; 9695506; 9695512; 9695529; 10297567; 10392372; 10851408

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03AF04	Eslicarbazepin	24093; 1229928; 6328486; 6328492; 6940477; 9304919; 9537428; 9737156; 9764288; 9764294; 9775323; 9775346; 9778422; 9779226; 9781921; 9781938; 9943619; 10169214; 10299589
N03AG01	Valproinsäure	194168; 194174; 194228; 194234; 393577; 393583; 393614; 393620; 393637; 393643; 536255; 536261; 536278; 536284; 536290; 536309; 550835; 563973; 564004; 564010; 564027; 564033; 564056; 564062; 564079; 564085; 689154; 833786; 833792; 833800; 833817; 833823; 833852; 860820; 860903; 860949; 860955; 860990; 861021; 947900; 947917; 951391; 951422; 951439; 951445; 999104; 999110; 999127; 999133; 999156; 999162; 1010503; 1010526; 1010532; 1010549; 1010555; 1010578; 1037293; 1037301; 1037318; 1037324; 1037330; 1037347; 1039079; 1039085; 1039091; 1039116; 1039122; 1039151; 1044092; 1044100; 1044117; 1044123; 1044146; 1044152; 1048523; 1048546; 1048552; 1048569; 1058668; 1058674; 1058680; 1058697; 1065214; 1065220; 1065332; 1065349; 1065355; 1065361; 1065378; 1065384; 1065473; 1065504; 1065510; 1065527; 1065533; 1065556; 1065562; 1084186; 1084192; 1084200; 1084217; 1084223; 1084246; 1320155; 1320184; 1320190; 1320209; 1320215; 1320221; 1320238; 1320244; 1320250; 1320267; 1320273; 1359536; 1359542; 1359559; 1359565; 1359571; 1359602; 1359619; 1359625; 1359631; 1383701; 1384356; 1384362; 1384379; 1384586; 1384592; 1384600; 1384617; 1384652; 1384669; 1393852; 1393869; 1393875; 1393898; 1393912; 1395118; 1400486; 1400492; 1400500; 1400546; 1400552; 1400569; 1400598; 1401250; 1401267; 1401273; 1401327; 1401356; 1401362; 1428711; 1428740; 1428757; 1428875; 1428881; 1428898; 1428970; 1429001; 1489701; 1496664; 1496687; 1496718; 1510832; 1510849; 1511435; 1511441; 1511458; 1511464; 1512133; 1512156; 1512162; 1512179; 1512185; 1512191; 1512216; 1518710; 1518727; 1518733; 1527330; 1527376; 1527407; 1527413; 1527442; 1527465; 1527488; 1527502; 1527519; 1527525; 1534749; 1534755; 1534761; 1534778; 1534784; 1534790; 1534809; 1534815; 1534821; 1552842; 1552859; 1605604; 1640612; 1852231; 1852248; 1852254; 1883467; 1883562; 1883697; 1883705; 1887057; 1897601; 1897618; 1907104; 1907110; 1907127; 1907133; 1907156; 1907162; 1926780; 1985021; 1995404; 1995427; 1995456; 2073026; 2073032; 2357568; 2357574; 2357605; 2357611; 2357640; 2357657; 2361015; 2361021; 2394977; 2399325; 2399331; 2399348; 2460562; 2460579; 2460585; 2460591; 2460616; 2460622; 2460639; 2460645; 2460651; 2460668; 2469913; 2480234; 2516765; 2516788; 2517397; 2517405; 2524902; 2524919; 2524925; 2757026; 2757919; 2757925; 2757931; 2759752; 2761890; 2855183; 2855214; 3208899; 3208936; 3208965; 3208994; 3209002; 3209048; 3209054; 3491257; 3691861; 4006577; 4006583; 4120669; 4120675; 4120681; 4120698; 4172353; 4172376; 4172382; 4172399; 4172407; 4172413; 4172436; 4172442; 4172465; 4172471; 4172488; 4172494; 4172502; 4172519; 4172525; 4188383; 4188408; 4188414; 4188420; 4188437; 4188443; 4188466; 4188472; 4188489; 4188495; 4217564; 4219899; 4220632; 4338575; 4338581; 4338658; 4338670; 4338687; 4341063; 4341086; 4342513; 4343783; 4343820; 4343837; 4343926; 4343932; 4343961; 4344044; 4367097; 4367105; 4367111; 4367128; 4367134; 4367140; 4897205; 4897211; 4897228; 4911796; 4922914; 4922920; 4957580; 5033582; 5033599; 5033613; 5033731; 5033808; 5033820; 5033872; 5033895; 5033926; 5034050; 5034179; 5034216; 5034280; 5034328; 5034340; 5559781; 6169094; 6182516; 6182522; 6182539; 6305781; 6305798; 6305806; 6305829; 6305835; 6305841; 6571376; 7015335; 7015424; 7015430; 7015476; 7015499; 7015507; 7015542; 7015594; 7015602; 7015683; 7021904; 7116800; 7140715; 7140968; 7244981; 7260655; 7260661; 7260678; 7260684; 7260709; 7260721; 7260738; 7415661; 7415678; 7415684; 7415690; 7420047; 7420053; 7499735; 7550353; 7550382; 7550407; 7698311; 8404205; 8404211; 8404228; 8404234; 8459241; 8718889; 8718895; 8718903; 8718926; 8718932; 8718949; 9016474; 9016592; 9016600; 9016623; 9016646; 9016652; 9016669; 9016675; 9016681; 9016698; 9431753; 9544807; 9544813; 9544836; 9544842; 9544859; 9544865; 9724656; 10072070; 10084222; 10177314; 10304824; 10304876; 10327073

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03AG01	Valproinsäure + Natriumvalproat	4398181
N03AG04	Vigabatrin	240359; 240394; 324375; 324576; 324760; 448580; 448634; 448640; 506662; 506679; 1550300; 1550317; 1550323; 1921699; 1922003; 2136531; 2136554; 2136577; 3565808; 3565814; 3565866; 3656988; 3656994; 3657002; 3993088; 3993622; 6983624; 6983630; 6983676; 7382890; 7382909; 7422773; 7422796; 7422804; 8544952; 8544969; 8544975; 8595949; 8595955; 8595961; 8600188; 8600194; 8600202; 8701251; 8701268; 8701274
N03AG06	Tiagabin	1358399; 1358407; 1358413; 1358442; 1358459; 1358465; 1358577; 1358583; 2846729; 2846735; 2846741; 2846758; 2846764; 2846770; 2846787; 2846793; 2846801; 4016914; 4016920; 4016937; 4017032; 7522575; 7522581; 7522598; 7522606; 7522612; 7522629; 8899810; 8899827; 8899833
N03AX03	Sultiam	6934844; 8767020; 8767037; 8767043; 8767066
N03AX09	Lamotrigin	80938; 80973; 80996; 81004; 81010; 81027; 81033; 81056; 81062; 83799; 107212; 157291; 164701; 164718; 166999; 167007; 171397; 172824; 173189; 173195; 175952; 181740; 247410; 247427; 247640; 247657; 248102; 248125; 248148; 263917; 263946; 263998; 264006; 274559; 274588; 275470; 275487; 503505; 503511; 503528; 503534; 503540; 503557; 503563; 503586; 632303; 632361; 632993; 633047; 758978; 758984; 758990; 763666; 764370; 764393; 764401; 764418; 764424; 764430; 764453; 764476; 768132; 768149; 937528; 938456; 938462; 947834; 947857; 947863; 947886; 1012577; 1012583; 1012608; 1012614; 1012620; 1012637; 1012643; 1012672; 1012689; 1029678; 1029690; 1029715; 1029738; 1029827; 1029922; 1030026; 1030109; 1030204; 1057255; 1216558; 1216564; 1281449; 1292631; 1404449; 1404455; 1414689; 1414695; 1414703; 1414726; 1414732; 1418983; 1419008; 1422631; 1422648; 1422660; 1422677; 1602557; 1662714; 1662720; 1834687; 1841598; 1841606; 1841612; 1896010; 1896027; 1896033; 1896056; 1973822; 1973839; 1973845; 2071783; 2173756; 2174460; 2177091; 2177286; 2177872; 2179457; 2179463; 2179523; 2179693; 2475374; 2478125; 2478355; 2478869; 2730665; 2730777; 2730808; 2730843; 2730955; 2730984; 2731009; 2731015; 2742272; 2742303; 2742326; 2779393; 3063722; 3073956; 3074080; 3360733; 3360756; 3360785; 3360816; 3360822; 3360839; 3360845; 3360868; 3360874; 3442997; 3645358; 3645364; 3645370; 3645453; 3645499; 3645507; 3645542; 3645565; 3645602; 3726571; 3754076; 3754113; 3806301; 3806330; 3806376; 3806382; 3870782; 3870799; 3870807; 3870836; 3870842; 3870859; 3870865; 3870871; 3871103; 3885950; 3886174; 3887363; 3888150; 3888581; 3888747; 3888753; 3890299; 3890572; 3927602; 3927677; 3927683; 3927708; 3927795; 3927803; 3927855; 3927861; 3927973; 3928240; 3928257; 3928263; 3928317; 3928346; 3928352; 3928369; 3928381; 4051773; 4051796; 4051810; 4051827; 4051833; 4051856; 4051862; 4051879; 4051891; 4051916; 4054369; 4087624; 4087630; 4087653; 4087682; 4087771; 4087788; 4087794; 4087802; 4087819; 4087825; 4090796; 4090827; 4090833; 4115378; 4115384; 4115390; 4115409; 4126850; 4126867; 4126873; 4126904; 4126910; 4126927; 4129995; 4130001; 4152681; 4152698; 4152706; 4163012; 4163029; 4163035; 4163041; 4163058; 4163064; 4163070; 4163093; 4163101; 4163118; 4165755; 4165761; 4165778; 4165784; 4165790; 4165809; 4165815; 4165821; 4165838; 4165844; 4165873; 4165904; 4165910; 4165933; 4165956; 4165979; 4169977; 4192367; 4192373; 4192396; 4192404; 4192410; 4192427; 4192433; 4192456; 4192462; 4192479; 4206939; 4206997; 4207063; 4207086; 4207092; 4207100; 4207146; 4207258; 4207270; 4207287; 4220750; 4220767; 4220810; 4234924; 4235504; 4235533; 4235579; 4235585; 4235591; 4235674; 4235711; 4235740; 4235852; 4237064; 4251443; 4251503; 4251609; 4251621; 4251638; 4251644; 4251650; 4251667; 4251673; 4306457; 4306463; 4306486; 4306492; 4306500; 4306517; 4306523; 4306546; 4314528; 4314534; 4314540; 4314557; 4314563; 4314600; 4314706; 4314712; 4314758; 4314764; 4345871; 4345925; 4345954; 4346020; 4346037; 4346043; 4346066; 4346072; 4346155; 4349627; 4349633; 4349656; 4349662; 4349679; 4349685; 4349691;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4349716; 4378379; 4378416; 4378422; 4378451; 4378474; 4378617; 4378646; 4378652; 4378669; 4378675; 4378729; 4385505; 4385511; 4385563; 4385586; 4385592; 4385617; 4385623; 4385669; 4385675; 4392037; 4392072; 4392126; 4392132; 4392149; 4392155; 4392161; 4392178; 4392184; 4413348; 4413354; 4436415; 4436444; 4436467; 4436496; 4436510; 4436533; 4436562; 4436585; 4436639; 4463777; 4463808; 4463814; 4463820; 4463837; 4623732; 4623749; 4623755; 4624128; 4624134; 4624140; 4625524; 4625530; 4625547; 4627902; 4826501; 4826748; 4827535; 4827601; 4918953; 4919094; 4919355; 4920016; 4920039; 4920045; 4920217; 4921889; 5131416; 5135029; 5135271; 5510906; 5510912; 5510929; 5510935; 5510941; 5510958; 5510964; 5510970; 5510987; 5510993; 5511001; 5511018; 5535243; 5535266; 5535272; 5535289; 5535295; 5535303; 5535326; 5535332; 5535349; 5535355; 5535361; 5535378; 5535384; 5535390; 5535409; 5535415; 5535421; 5535438; 5967014; 6107259; 6107271; 6107288; 6108336; 6108342; 6108365; 6108394; 6108425; 6108460; 6108477; 6435957; 6435963; 6446576; 6446582; 6446636; 6607105; 6643348; 6643360; 6643377; 6643383; 6643414; 6643420; 6643437; 6643466; 6643472; 6953600; 6953623; 6953646; 6953652; 6953669; 6953675; 6953681; 6953698; 6953706; 6961491; 6983854; 7017127; 7017268; 7017280; 7017452; 7017475; 7017512; 7017529; 7017535; 7017995; 7633889; 7712672; 7712689; 7712695; 7712761; 7712778; 7712784; 7712809; 7713068; 7713312; 7713329; 7713341; 7713358; 8790680; 8790697; 8790705; 9277430; 9277447; 9277453; 9277476; 9277482; 9277499; 9277507; 9278501; 9278518; 9462216; 9478536; 9478542; 9478559; 9478565; 9478571; 9478588; 9478594; 9478602; 9478619; 9478625; 9478631; 9478648; 9478654; 9687375; 9687381; 9687398; 9691170; 9691187; 9691193; 9691201; 9691218; 9691224; 9691230; 9691247; 9691253; 9691276; 9691282; 9691299
N03AX10	Felbamat	2044102; 2044119; 2180621; 2180638; 3524637; 3530247; 4051218; 4051224; 4484213; 4957290; 5505727; 5704473; 5704504; 5962873; 5962896; 5962904; 5962910; 6159138; 6159144; 6159173; 6159196; 6159227; 6159233
N03AX11	Topiramate	26637; 26643; 26672; 26695; 26703; 26726; 69121; 71649; 133907; 133913; 133936; 133971; 133988; 133994; 134031; 134048; 134054; 134060; 134077; 432691; 432716; 432722; 432739; 432745; 490777; 490889; 561359; 694540; 753952; 753969; 753975; 753981; 753998; 754006; 842710; 842727; 842733; 842756; 842762; 842779; 842785; 842791; 1005784; 1021599; 1021607; 1021613; 1262914; 1262920; 1266958; 1333399; 1333407; 1333442; 1333459; 1469147; 1537736; 1986552; 2095016; 2095246; 2095335; 2095370; 2143583; 2179397; 2179405; 2179569; 2179575; 2179836; 2179842; 2218393; 2218418; 2218424; 2218430; 2218453; 2218476; 2218499; 2401660; 2401677; 2459174; 2460013; 2460378; 2460450; 2460473; 2460496; 2535171; 2535188; 2827666; 2827672; 2934847; 2934853; 3097974; 3098287; 3098353; 3189794; 3193614; 3390148; 3390390; 3390616; 3390680; 3390697; 3390705; 3396352; 3401053; 3401082; 3401320; 3402207; 3402957; 3402986; 3404169; 3497314; 3497320; 3497550; 3497739; 3497745; 3864089; 3913586; 4113913; 4240592; 4240681; 4240706; 4240729; 4240735; 4240758; 4240770; 4804037; 4804706; 4810262; 5023253; 5131675; 5131729; 5131793; 5351891; 5351916; 5351922; 5351939; 5351945; 5351951; 5351968; 5351974; 5351997; 5352005; 5352034; 5375130; 5375147; 5375176; 5375182; 5375199; 5375213; 5375236; 5375242; 5375259; 5375271; 5388256; 5388262; 5388279; 5388291; 5388316; 5388322; 5388351; 5388368; 5388374; 5388380; 5453338; 5453344; 5453350; 5453367; 5453373; 5453396; 5453404; 5453410; 5453427; 5453433; 5453456; 5524883; 5725127; 5725185; 5746224; 5972624; 5972630; 5972647; 5972653; 5972676; 5972682; 5972699; 5972707; 6833988; 7035378; 7035881; 7035898; 7243757; 7243869; 7300449; 7300455; 7335471; 7550086; 7550092; 7748782; 7748799; 7748807; 7748813; 7748836; 7748842; 7748859; 7748865; 8457319; 8457590; 8839736; 8839742; 8856597; 9086753; 9089332; 9089349; 9151700; 9151717; 9151723; 9151752; 9151769; 9152496

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03AX12	Gabapentin	38652; 38669; 38675; 38681; 38698; 207876; 208723; 235329; 235335; 235341; 235358; 235370; 236139; 243866; 243872; 255415; 256716; 257176; 257182; 270610; 280206; 308175; 308293; 308821; 310002; 310054; 310060; 310108; 320822; 323163; 323200; 323217; 323252; 323269; 323312; 326730; 326747; 326776; 326865; 326871; 326948; 333150; 348192; 399953; 399976; 399982; 400001; 400030; 400099; 406328; 407368; 407374; 407552; 407747; 408190; 408304; 408310; 408356; 408362; 408422; 408480; 408623; 408706; 412889; 412903; 412949; 412990; 413110; 413127; 451346; 451352; 451369; 451783; 451843; 586081; 651430; 651447; 651453; 651476; 651482; 651513; 684843; 684866; 684872; 684889; 684895; 684903; 684926; 684932; 749583; 749608; 749614; 792194; 792202; 792219; 792225; 792231; 792248; 792254; 792260; 803288; 803294; 803302; 803319; 803325; 803331; 803348; 803354; 803360; 835443; 869525; 877594; 884447; 918330; 1005028; 1005212; 1005229; 1005235; 1005241; 1005258; 1005264; 1005382; 1015943; 1015966; 1015972; 1015989; 1016836; 1027521; 1027538; 1027550; 1027567; 1033415; 1033421; 1033438; 1033444; 1033450; 1033467; 1034751; 1034768; 1034774; 1034805; 1034811; 1034828; 1049770; 1072208; 1072214; 1072243; 1072266; 1072272; 1072289; 1072295; 1072326; 1072332; 1072384; 1072390; 1121929; 1121935; 1121958; 1121964; 1122001; 1122024; 1122030; 1122047; 1129894; 1129983; 1130012; 1130029; 1130118; 1130130; 1130242; 1260588; 1260594; 1260602; 1260619; 1260625; 1260631; 1260654; 1260660; 1325922; 1325939; 1325945; 1325951; 1339284; 1339290; 1339309; 1339315; 1339321; 1339338; 1344411; 1344428; 1344546; 1344552; 1387892; 1415594; 1415660; 1440356; 1455955; 1455961; 1465155; 1465178; 1465385; 1465557; 1465698; 1465741; 1465787; 1465801; 1465876; 1465913; 1465988; 1466019; 1466031; 1466048; 1515054; 1554864; 1554870; 1554887; 1562898; 1562906; 1562912; 1562929; 1562935; 1562941; 1562958; 1562964; 1602592; 1602623; 1602669; 1602712; 1602729; 1602735; 1641333; 1641416; 1677213; 1685721; 1685738; 1685750; 1752558; 1752682; 1819481; 1891886; 1892354; 1893069; 1893158; 1893170; 1893224; 1893247; 1971450; 1971467; 1971527; 1971585; 1971616; 1971674; 2012214; 2012409; 2012579; 2012585; 2022371; 2022388; 2022431; 2022448; 2022454; 2022460; 2022477; 2022483; 2022649; 2022655; 2022709; 2022773; 2022796; 2022804; 2065274; 2065280; 2065297; 2065305; 2065311; 2065328; 2065386; 2065392; 2161084; 2161090; 2161109; 2161115; 2161121; 2161150; 2180650; 2180667; 2180673; 2213800; 2238585; 2238591; 2261242; 2261265; 2401772; 2401789; 2466694; 2466725; 2466754; 2466961; 2466984; 2467015; 2467021; 2467050; 2485438; 2531279; 2531291; 2649124; 2649213; 2649236; 2649242; 2751911; 2765327; 2809935; 2814095; 2814103; 2814155; 2814221; 2814238; 2814250; 2814273; 2842275; 2843174; 2843984; 2843990; 2844009; 2844015; 3090133; 3413642; 3413671; 3413688; 3413694; 3413725; 3413731; 3413748; 3413760; 3453417; 3660346; 3660352; 3660369; 3660375; 3660381; 3660398; 3660406; 3660412; 3853921; 3853938; 3853944; 3853950; 3853967; 3853973; 3853996; 3854004; 3995383; 3995727; 3995733; 3996684; 4000008; 4000014; 4024210; 4024262; 4024285; 4024291; 4024316; 4024339; 4024351; 4024374; 4024380; 4024397; 4024405; 4024411; 4042082; 4042099; 4042171; 4042188; 4042202; 4042225; 4119985; 4119991; 4120008; 4120014; 4120020; 4120037; 4120043; 4120066; 4120942; 4120959; 4123231; 4130136; 4130142; 4130159; 4130165; 4130171; 4130188; 4130194; 4170638; 4170644; 4170650; 4170667; 4170673; 4170696; 4170704; 4170710; 4171543; 4171566; 4171572; 4171589; 4171595; 4171603; 4171626; 4171632; 4171649; 4215358; 4215393; 4215418; 4215447; 4215453; 4215476; 4215536; 4215542; 4379002; 4379025; 4379048; 4379054; 4379060; 4379108; 4379114; 4379137; 4379166; 4379172; 4379203; 4379278; 4379284; 4379290; 4385741; 4385758; 4385818; 4385824; 4392356; 4392362; 4392379; 4440397; 4440411; 4440428; 4440434; 4440517; 4440523; 4506297; 4507204; 4791352; 4857789; 5012717; 5012746; 5012752; 5012781; 5012798; 5012858; 5023371; 5049330; 5049347; 5049436; 5049442; 5049459; 5049465; 5394825; 5394831; 5394848; 5394854; 5394860; 5394877; 5394883; 5394914; 5394920; 5394966; 5394972; 5394989; 5394995; 5395003; 5395026;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		5480418; 5506075; 5509323; 5509346; 5509352; 5509369; 5509375; 5509381; 5509398; 5509406; 5509412; 5509429; 5509435; 5509441; 5509458; 5509464; 5509470; 5534775; 5534781; 5534798; 5534806; 5534812; 5534829; 5534835; 5534841; 5534858; 5534864; 5534870; 5534887; 5534893; 5534901; 5534918; 5538431; 5956358; 5956364; 6052334; 6052340; 6052363; 6052386; 6165908; 6165914; 6413795; 6413803; 6413826; 6413849; 6413855; 6413861; 6413878; 6413890; 6413909; 6686553; 6686576; 6686582; 7153882; 7153907; 7153936; 7153942; 7153965; 7153971; 7229088; 7229409; 7229415; 7260098; 7260112; 7260158; 7260164; 7260218; 7260224; 7260230; 7260247; 7601866; 7639024; 7639030; 7639047; 7639076; 7639082; 7698564; 7698570; 7754535; 7757999; 7783324; 8877777; 9097001; 9103753; 9103776; 9103782; 9103799; 9103807; 9103813; 9103836; 9103842; 9103925; 9191071; 9219556; 9219562; 9219579; 9219585; 9219591; 9219616; 9219622; 9219639; 9219645; 9219651; 9219668; 9219674; 9219680; 9219697; 9219705; 9235012; 9252364; 9267466; 9267472; 9295095; 9425238; 9478418; 9478424; 9478447; 9478476; 9478482; 9478507; 9651928; 9651934; 9705475; 10058615; 10058621; 10058638; 10058644; 10061132; 10061149; 10061155; 10061161; 10061178; 10071455; 10071461; 10071478; 10071484; 10071490; 10071509; 10071515; 10071521; 10071538; 10071544; 10071550; 10071567; 10071573; 10071596; 10071604; 10071610; 10517069; 10517075; 10517081; 10517098; 10517106; 10517112; 10517129; 10517135; 10517141; 10517158; 10517164; 10517170; 10517187; 10517193; 10517201
N03AX14	Levetiracetam	25750; 104509; 113158; 216869; 272655; 272661; 364297; 364328; 554371; 554388; 554394; 554419; 554448; 554454; 566115; 698147; 698153; 780713; 789967; 789973; 827260; 1170075; 1218008; 1218020; 1218037; 1218043; 1218066; 1218089; 1218103; 1218132; 1218155; 1218178; 1258195; 1452201; 1557911; 1557928; 1557934; 1557940; 1626658; 1646425; 1807549; 1807584; 1807816; 1822626; 1890533; 1890556; 1897570; 1897587; 1930126; 1930132; 2472186; 2478881; 2956671; 3000940; 3037676; 3037682; 3177236; 3275370; 3412795; 3412803; 3440863; 3444163; 3444453; 3444571; 3444625; 3444795; 3444826; 3446676; 3446682; 3446713; 3446759; 3446771; 3494103; 3494126; 3679558; 3679564; 3679570; 3679587; 3679624; 3679676; 3806212; 3882590; 3956704; 3957402; 3959890; 4011319; 4011325; 4011331; 4011354; 4011360; 4011408; 4011414; 4033775; 4121947; 4258959; 4258965; 4258988; 4259060; 4259077; 4259083; 4306954; 4825163; 4970273; 5124497; 5453798; 5453806; 5461757; 5466192; 5480772; 5480789; 5480803; 5504455; 5504461; 5504478; 5504484; 5504490; 5504509; 5870875; 5870881; 5870898; 5870906; 6715355; 6793639; 7072936; 7104783; 7125259; 7243711; 7243728; 7243734; 7303815; 7303821; 7303844; 7303850; 7314799; 7354830; 7355048; 7377794; 7585587; 7585593; 7585601; 7585618; 7585624; 7585630; 7585647; 7585653; 7585676; 7585682; 7585699; 7585707; 7611020; 7611037; 7611043; 7611072; 7611089; 7611095; 7611126; 7611132; 7611149; 7611161; 7611178; 7611184; 7611190; 7730629; 7730641; 7730664; 7730670; 7730730; 7730983; 7779021; 7779038; 7779044; 7779050; 7779073; 7779096; 7779104; 7779110; 7779127; 7779156; 7779162; 7779179; 7779185; 7779222; 7779245; 7779251; 7779274; 8755583; 8755620; 8794241; 8794264; 8794270; 8794301; 8794318; 8794324; 8794330; 8794347; 8794353; 8794376; 8794382; 8794399; 8805298; 8805306; 8813990; 8814009; 8814015; 8814038; 8814044; 8814096; 8814110; 8814127; 8814133; 8814156; 8814239; 8814340; 8829229; 8829235; 8839914; 8839995; 8840001; 8840018; 8840024; 8840030; 8840053; 8840099; 8840107; 8840113; 8840159; 8840165; 8840171; 8841041; 8841058; 8841064; 8841070; 8841087; 8841093; 8841101; 8841118; 8841124; 8841130; 8841147; 8841153; 8850264; 8850270; 8850287; 8850293; 8850301; 8850318; 8850324; 8850330; 8850347; 8850353; 8850376; 8850382; 8890950; 8890967; 8891122; 8891139; 8891145; 8891435; 8891458; 8891665; 8891719; 8891760; 8891889; 8891926; 8891932; 8891949; 8891984; 8891990; 8892009; 8907171; 8907194; 8907219; 8907231; 8907254; 8928210; 8930388; 8930394; 8930402; 8930419; 8930425; 8930431; 8930448;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		<p>8930454; 8930595; 8930603; 8930626; 8930632; 8930661; 9006406; 9006412; 9064763; 9064786; 9064792; 9064817; 9064823; 9064846; 9064869; 9064875; 9064881; 9064906; 9064912; 9064929; 9064941; 9064958; 9071734; 9081081; 9081098; 9081106; 9081112; 9082815; 9121343; 9121366; 9121372; 9121389; 9121395; 9121403; 9121426; 9121432; 9121449; 9121455; 9121461; 9121478; 9123164; 9123170; 9123201; 9123218; 9123224; 9123230; 9123247; 9123253; 9123276; 9123282; 9123299; 9123307; 9123313; 9123336; 9123342; 9123359; 9123365; 9123371; 9123388; 9123394; 9123402; 9123419; 9123425; 9123431; 9199167; 9199204; 9199210; 9199227; 9199233; 9199262; 9199285; 9199322; 9199380; 9199397; 9199405; 9199411; 9225189; 9228791; 9228816; 9228822; 9228839; 9228845; 9228851; 9228868; 9228874; 9228880; 9228897; 9228905; 9228911; 9234082; 9234099; 9234107; 9234113; 9234136; 9234142; 9234159; 9234165; 9234171; 9234188; 9234194; 9234202; 9276117; 9277795; 9277803; 9277826; 9277832; 9277849; 9277855; 9277861; 9277878; 9277884; 9277890; 9277909; 9277915; 9301430; 9301476; 9301499; 9301507; 9301513; 9301536; 9301542; 9301559; 9322449; 9322455; 9322461; 9338976; 9338982; 9338999; 9381392; 9381400; 9381417; 9381423; 9381446; 9381452; 9381469; 9381475; 9381481; 9381498; 9381506; 9381512; 9381529; 9381535; 9381541; 9381558; 9381564; 9381570; 9381587; 9381593; 9381601; 9381618; 9381624; 9381647; 9431635; 9467917; 9467975; 9467981; 9467998; 9468006; 9468012; 9468035; 9468041; 9468058; 9468064; 9468070; 9468087; 9469158; 9469164; 9469187; 9469193; 9469201; 9469218; 9469230; 9469247; 9469253; 9469282; 9469299; 9469307; 9478660; 9478677; 9478683; 9478708; 9478714; 9478720; 9478737; 9478743; 9478766; 9478772; 9478789; 9478795; 9482897; 9482905; 9482911; 9482928; 9482934; 9482940; 9482957; 9482963; 9482986; 9482992; 9483000; 9483017; 9485861; 9485878; 9485884; 9485890; 9485909; 9485915; 9485921; 9485938; 9485944; 9485950; 9485967; 9485973; 9518885; 9518922; 9518945; 9531130; 9531153; 9531176; 9531182; 9531199; 9531207; 9531213; 9531236; 9531242; 9531259; 9531265; 9531271; 9543558; 9632730; 9632747; 9632753; 9686507; 9686513; 9686536; 9705179; 9705185; 9705216; 9705222; 9705245; 9705251; 9705274; 9705280; 9716496; 9716504; 9717136; 9717142; 9717159; 9717165; 9717171; 9717188; 9717194; 9717202; 9717219; 9717225; 10094249; 10094255; 10094261; 10094278; 10094284; 10132205; 10146466; 10146472; 10147023; 10147046; 10174310; 10174327; 10174333; 10174356; 10174362; 10174379; 10174385; 10174391; 10174416; 10174422; 10174439; 10174445; 10199221; 10199238; 10224887; 10224893; 10224901; 10224918; 10224924; 10224930; 10224947; 10224953; 10224976; 10224982; 10224999; 10225007; 10228804; 10251683; 10251708; 10251714; 10251737; 10251743; 10251766; 10251789; 10251795; 10251803; 10251832; 10251849; 10251855; 10251878; 10251884; 10251890; 10271450; 10271473; 10271496; 10271786; 10307975; 10307981; 10307998; 10313289; 10313295; 10313326; 10313332; 10319719; 10319725; 10342925; 10342931; 10342948; 10342960; 10342977; 10342983; 10343008; 10343014; 10343020; 10343037; 10343066; 10343072; 10357223; 10357246; 10357252; 10357269; 10383255; 10383284; 10383290; 10383309; 10404224; 10404230; 10404247; 10404253; 10404282; 10404299; 10414636; 10637750; 10637767; 10637773; 10637796; 10637804; 10637810; 10637827; 10637833; 10744351; 10744368; 10795176; 10961887; 10961893; 10961901; 10961918; 10961924; 10961930; 10961947; 10961953; 10961976; 10961982; 10961999; 10962007</p>
N03AX15	Zonisamid	<p>98861; 942802; 1309627; 1309633; 1557957; 1557963; 1610309; 1697463; 2475322; 2667004; 3572375; 3572381; 3572398; 3772217; 3772246; 4132891; 4407224; 4407276; 4407282; 4407299; 4407307; 4407313; 4407336; 4595421; 4595438; 5500581; 5501468; 5501474; 6698160; 6698177; 6786668; 6786674; 6786680; 6786697; 6786705; 6793958; 6876762; 6876779; 7244113; 7244136; 7244159; 7244165; 7244202; 10183102; 10419119; 10855429; 10917024; 10917030</p>

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N03AX16	Pregabalin	174763; 203743; 203766; 221439; 227117; 227123; 250205; 363754; 585271; 602006; 616936; 714550; 996152; 996169; 1063830; 1074503; 1078642; 1078978; 1081673; 1163891; 1177835; 1177841; 1231836; 1289528; 1289563; 1362923; 1364980; 1453583; 1551966; 1551972; 1604036; 1673563; 1673586; 1674491; 1742040; 1742057; 1830399; 2010385; 2069473; 2135715; 2135721; 2523446; 2523452; 2703728; 3072247; 3389085; 3389234; 3389300; 3389317; 3389323; 3389346; 3389352; 3389369; 3389375; 3389381; 3389398; 3389406; 3497751; 3497952; 3682767; 3872887; 4015056; 4120847; 4120853; 4152824; 4217015; 4322829; 4479229; 4479235; 4479790; 4479809; 4682723; 4682918; 4744329; 4830224; 4830371; 4830388; 5500291; 5500316; 5500322; 5500339; 5500345; 5504900; 5908141; 5947508; 6103669; 6107420; 6121130; 6121147; 6149507; 6339461; 6497036; 6497042; 6555644; 6621571; 6715160; 6715177; 6715183; 6715208; 6715214; 6715220; 6715237; 6715243; 6715266; 6715272; 6789543; 6789566; 6810757; 6813052; 6838543; 6924449; 7141123; 7214997; 7303867; 7308020; 7308037; 7314782; 7321411; 7359626; 7359833; 7360121; 7360138; 7394396; 7550169; 7625223; 7731014; 7731020; 7731066; 7731072; 7747765; 7747771; 7747788; 7747794; 7747802; 7747819; 7764108; 7764114; 8438747; 8439505; 8441608; 8441614; 8467565; 8467571; 8467594; 8467619; 8467625; 9044022; 9084719; 9084725; 9084731; 9266455; 9267526; 9267532; 9267549; 9276749; 9276755; 9278524; 9423328; 9423334; 9531288; 9544486; 9629024; 9643544; 9643567; 9716094; 9716119; 9896883; 9896908; 10044636; 10070757; 10070763; 10070786; 10070792; 10201047; 10259555; 10287103; 10287126; 10287155; 10313728; 10319866; 10328084; 10328753; 10328776; 10328782; 10328799; 10328807; 10328813; 10328836; 10328865; 10328871; 10328888; 10328894; 10328902; 10328919; 10328925; 10328931; 10328954; 10328960; 10328977; 10328983; 10355069; 10402455; 10526039; 10549069; 10552143; 10626829; 10628656; 10708906; 10783670; 10783687; 10783693; 10783701; 10783718; 10783724; 10783730; 10783747; 10783753; 10783776; 10783782; 10783799; 10783807; 10783813; 10783842; 10791729; 10791735; 10791741; 10791758; 10791764; 10791770; 10791787; 10791793; 10791801; 10791818; 10791824; 10791830; 10791847; 10791853; 10791876; 10791907; 10791913; 10793645; 10793651; 10793668; 10793674; 10793680; 10793705; 10793728; 10793734; 10793740; 10793757; 10793786; 10793792; 10793823; 10793846; 10793852; 10793869; 10793875; 10793881; 10793898; 10797175; 10810467; 10810473; 10810496; 10810504; 10810527; 10810533; 10810556; 10810562; 10810579; 10810585; 10810591; 10810616; 10810622; 10810639; 10810645; 10810674; 10810680; 10810697; 10810711; 10842088; 10848599; 10917308; 10940589; 10947077; 10962071; 10962088; 10962094; 10962102; 10962119; 10962125; 10962131; 10962148; 10962154; 10962160; 10962177; 10962208; 10962214; 10962243; 10962266; 10962272; 10962289; 10972997; 10973005; 10973034; 10973040; 10973057; 10973063; 10973086; 10973092; 10973100; 10973117; 10973123; 10973146; 10973152; 10973169; 10973175; 10973181; 10973198; 10987444; 10993108; 11004403; 11031156; 11031162
N03AX17	Stiripentol	724933; 724956; 724962; 724979
N03AX18	Lacosamid	721117; 72695; 72703; 72726; 72732; 72962; 73677; 73884; 1174104; 1174110; 1174127; 1174133; 1174156; 1174162; 1174179; 1174185; 1174191; 1174216; 1457552; 2534875; 2535722; 2535739; 2537164; 2537626; 2537862; 2538057; 2539068; 2539128; 2539157; 2818058; 3682394; 3688072; 3884471; 3884614; 3885105; 3886719; 4704637; 4861911; 4861928; 5137407; 5137413; 5488578; 5488584; 5491327; 5491333; 5491356; 5495615; 5505816; 5527278; 5527284; 5527290; 5527309; 5907561; 5907584; 5907590; 6100955; 6100961; 6100978; 6101653; 6110008; 6110014; 6110020; 6118197; 6120969; 6120975; 6120981; 6120998; 6121006; 6140015; 6142758; 6142787; 6145030; 6145047; 6145053; 6145076; 6416977; 6416983; 6417008; 6417014; 6436891; 6568718; 6568730; 6568753; 6568776; 6568782; 6568799; 6900710; 6926709; 6935039; 6935045; 6935051; 6935068; 7212426; 7504815; 7562480; 7584429; 7609767; 7609773; 7609796; 7609804; 7732143; 7732166; 7732172; 7732189; 7768052; 8755784;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		8755927; 8755956; 9195873; 9195896; 9195904; 9263557; 9294316; 9305445; 9391887; 9423647; 9425310; 9435857; 9435886; 9440048; 9468354; 9468377; 9468383; 9468466; 9483810; 9508125; 9542180; 9542197; 9542205; 9542211; 9542228; 9542234; 9637070; 9706138; 9729553; 9778416; 9938067; 9938104; 10418143; 10626835
N03AX21	Kaliumbromid	4648235; 7385440; 7386445; 7386451; 7386474; 7386480; 7386497; 7386505; 7386511; 7386528; 7386534; 7386540; 9941684; 9941690; 9941709; 9941721
N03AX22	Perampanel	2088625; 2088654; 2088720; 2088766; 2088832; 2088861; 2088890; 2089435; 2089441; 2089932; 2089949; 2092609; 3224898; 3226124; 3227342; 3227359; 4368004; 7130154; 8509341; 8509364; 9648263; 9648286; 9648292; 9648300; 9648317; 9648323; 9648346; 9648352; 9648369; 9648406; 9648412; 9648429; 9648435; 9891710; 9891727; 9891733; 9891756; 9891762
N05AA01	Chlorpromazin	4022754; 4607532; 4650976; 4661388; 7192439; 7192445; 7192451
N05AA03	Promazin	4607549; 4650982; 7124596; 7124604; 7124610
N05AD08	Droperidol	1161314; 10194229; 10950062
N05AE05	Lurasidon	10271987; 10272018; 10272030; 10272047; 10272053
N05AH01	Loxapin	4440210
N05AL03	Tiaprid	27683; 40778; 83144; 356843; 356872; 411157; 411217; 433495; 433704; 673118; 673124; 673130; 698667; 698673; 698696; 754549; 754555; 800769; 800781; 800798; 815245; 923124; 946361; 946378; 1032829; 1032835; 1032864; 1060984; 1060990; 1121504; 1121562; 1121651; 1121711; 1121757; 1121763; 1121881; 1242981; 1242998; 1243006; 1356041; 1356058; 1356064; 1804551; 1874706; 1874770; 1874787; 1874793; 1875019; 1875025; 2024832; 2024855; 2024861; 2245800; 2245817; 2245823; 2535573; 2535627; 2540999; 2733155; 2733391; 2733422; 3180445; 3654021; 3981470; 3981493; 3981731; 4049865; 4049888; 4049894; 4078482; 4078499; 4078507; 4183664; 4193421; 4193438; 4193444; 4240089; 4240126; 4240221; 4408465; 4408471; 4408488; 4416312; 4435309; 4435315; 4435338; 4528689; 4528695; 4532834; 4568418; 4604373; 4604396; 4668812; 4668829; 4669438; 4853171; 4853188; 5557003; 5557026; 5557032; 5966173; 5966196; 5966233; 6407777; 6407783; 6707166; 6707172; 7031297; 7031357; 7031601; 7682126; 7682132; 8997211; 8997228; 8997234; 10322785; 10332128; 10332134
N05AN01	Lithium	654144; 654150; 1171873; 1296787; 2033328; 2524807; 2524813; 3366256; 3366262; 3462089; 3534877; 3534883; 3819284; 3819290; 3819309; 3873987; 3927341; 3927358; 3961697; 4775459; 4775465; 6970917; 7278247; 7278276; 7750804; 7750810; 8605984; 9534625; 9534631; 10122566; 10122572; 10737405
N05AX11	Zotepin	3813347; 3813353; 3813382; 3813399; 3813413; 3813436; 7333199; 7333207; 7333213
N05BB01	Hydroxyzin	6296; 6304; 6468; 126468; 126505; 260379; 260385; 260391; 291026; 291032; 291061; 1408967; 1408973; 1409004; 1550760; 1550777; 1550783; 2520933; 2520985; 2521022; 3283642; 3283659; 3283665; 3628437; 3882733; 3882756; 4765490; 4765509; 4765544; 4954825; 4954831; 6726985; 6726991; 8491658; 8491664; 8491670
N05BC01	Meprobamat	6159026
N05BE01	Buspiron	659093; 659101; 659710; 1474102; 1474119; 1474148; 1474154; 1474160; 1474177; 2329879; 2329885; 2329891; 4681830; 4681847; 5103986; 5103992; 5104158; 7507392; 7507400; 7507417; 7507423; 7507446; 7507452; 8671946; 8671952; 8671969; 8671975; 8671981; 8671998
N05BP02	Phytopharmakon	227086; 638518; 1581795; 3673604; 4471417; 4471423; 6342078

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05BX05	Kavain	7112601
N05CB02	Phenobarbital + Phyto2 (Mutterkorn + Belladonna) + Procain	114732
N05CC01	Chloralhydrat	208137; 208143; 208166; 208172; 208195; 1554195; 2400353; 2780640; 4778883; 4778920; 4779144; 4779150; 6434231
N05CF01	Zopiclon	24101; 24118; 361519; 361525; 361531; 361548; 574528; 574534; 574563; 574586; 574592; 574600; 575812; 575829; 575858; 575870; 599072; 599089; 604790; 604821; 611985; 611991; 639251; 639268; 639280; 639297; 668264; 668270; 746142; 746159; 862865; 863391; 863416; 865929; 865935; 1150405; 1215470; 1215487; 1229590; 1229609; 1263983; 1264008; 1264020; 1264037; 1332508; 1332514; 1458735; 1458764; 1586350; 1586367; 1654235; 1654241; 1797348; 1797354; 1830778; 1830790; 2067706; 2067712; 2085242; 2085420; 2090355; 2090473; 2182057; 2182063; 2721873; 2721896; 3024165; 3024171; 3197836; 3197842; 3712273; 3712304; 3712391; 3712474; 3909366; 3909372; 3953278; 4344104; 4344110; 4344328; 4344392; 4620774; 5850915; 5850921; 5850938; 5850944; 6455612; 9121484; 9121490; 9706925; 9706931; 9716467; 9716473; 10342865; 10342871; 10342894; 10342902
N05CF02	Zolpidem	24124; 24176; 244788; 244794; 275926; 275932; 679701; 679718; 723394; 723595; 862428; 862813; 862836; 1263084; 1263210; 1309030; 1309053; 1315272; 1429691; 1429780; 1457227; 1457500; 1554054; 1554114; 1555800; 1556018; 1639945; 1639951; 1639974; 1639980; 1657564; 1657570; 1657601; 1657618; 1698617; 1812444; 1812450; 1812970; 1812987; 1833446; 1833452; 1833469; 1833475; 1842209; 1842215; 1845811; 1845828; 1845834; 1845840; 1851786; 1851800; 1851817; 1851869; 1851875; 1851881; 1851898; 1851941; 1871180; 1871205; 1871292; 1871300; 1889837; 1889843; 1973911; 1973928; 1973934; 1973940; 1974939; 1974945; 1975206; 1975212; 1996527; 1996533; 1996556; 2131189; 2131195; 2131203; 2131226; 2173868; 2516647; 2516653; 2517664; 2517670; 2749831; 3045115; 3045121; 3195493; 3195501; 3480911; 3480928; 3561377; 3655894; 3655931; 4024196; 4032095; 4032126; 4257345; 4257351; 4257368; 4291336; 4291342; 4705105; 4973372; 4980917; 5119154; 5119177; 5453309; 5453315; 5556966; 5556972; 5850861; 5850878; 5850884; 5850890; 5851576; 5851607; 6114029; 6114035; 6415386; 7243993; 7244001; 7290828; 7424737; 7461589; 7478319; 7709724; 7711218; 8452440; 8713952; 8778638; 10347437
N05CF03	Zaleplon	344573; 344604; 1103311; 1103328; 1340821; 1447789; 3817322
N05CH01	Melatonin	1992191; 5143968; 5892983; 6452915; 9422180; 10078109; 10192704; 10398386
N05CM02	Clomethiazol	1250383; 1250408; 2151921
N05CM18	Dexmedetomidin	9264410; 9264427; 9264433; 9264456
N05CM20	Diphenhydramin	444808; 444814; 480804; 755201; 755218; 816724; 1361898; 1362001; 1362018; 1362024; 1495587; 1580867; 1846182; 2049909; 2049915; 2083906; 2567828; 3069251; 3078669; 3241678; 3241684; 3280595; 3417551; 3468175; 3672898; 4132483; 4132508; 4142079; 4361835; 4386054; 4609554; 5020450; 6191544; 6890271; 7065511; 7502472; 8812654
N05CM21	Doxylamin	1609915; 1741419; 2026015; 2026021; 2052946; 2052952; 2540433; 2540456; 3080695; 4402020; 4402066; 6645809; 6645815; 6785798; 7139899; 7139907; 7707524
N05CM25	Magnesium- aspartathydro- bromid	2001417

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05CP01	Baldrian	3118498; 8807357
N05CP01	Baldrianwurzel	103533; 120365; 120371; 249892; 270076; 432343; 432515; 563513; 646883; 649054; 649060; 649077; 860346; 930615; 930667; 1027389; 1027395; 1071522; 1461393; 1465675; 1508278; 1508284; 1846319; 1846325; 1890875; 1890881; 1921529; 2024938; 2024944; 2024950; 2084076; 2096470; 2164639; 2182985; 2268184; 2502964; 2503099; 2503107; 2559042; 2559059; 2859904; 2859910; 3023875; 3083707; 3153158; 3180959; 3180965; 3180971; 3194393; 3196736; 3203407; 3206469; 3242979; 3252021; 3460558; 3460564; 3489680; 3489697; 3508928; 3508934; 3647044; 3779277; 3818652; 3926181; 3952586; 4008760; 4079642; 4080361; 4491756; 4552819; 4614408; 4787729; 5518121; 5518173; 5518196; 5591661; 5948324; 6175663; 6175686; 6582842; 6891520; 6891537; 6891543; 7052690; 7145500; 7326029; 7326035; 7334738; 7566868; 7566874; 8869016
N05CP04	Melissenblätter	1884892; 2709180; 3394761; 8767362; 8902819; 9925604
N05CP05	Passionsblumenkraut	500062; 748112; 1587674; 1633500; 3678688; 3678777; 3714390; 3714409; 3913161; 4173200; 4215559; 4215677; 4544317; 4752263; 4837410; 4837427; 5119444; 8755040; 9723591
N05CP07	Phytopharmakon	2460680; 7556108
N05CP08	Lavendelöl	5489603; 5489626; 5489632
N05CP30	Phytopharmakon	30550; 118061; 118322; 865527; 865533; 865556; 865562; 1351339; 1408128; 1473634; 2414958; 2565976; 3228838; 3228844; 3410738; 3779320; 3831606; 3913209; 3913215; 3962219; 4152497; 4152505; 4302815; 4347031; 4491940; 4491957; 4658185; 4658191; 4919786; 4919792; 4956020; 6175700; 6175717; 6191521; 6191538; 6309750; 6957549; 7125058; 7133313; 7233552; 7258345; 7258351; 7275964; 7296647; 7296653; 7325219; 7610256; 7714843; 8542226; 8913183; 8913208
N05CP51	Baldrian	215657; 499175; 499181; 1819245
N05CP51	Baldrianwurzel, Kombinationen	97258; 97264; 97413; 175662; 188216; 189871; 189888; 266212; 266229; 451659; 451665; 451731; 504077; 516554; 516560; 677228; 699750; 761934; 761940; 761957; 815251; 828963; 828992; 930710; 930727; 944072; 955495; 955503; 974305; 1126884; 1126950; 1280065; 1566488; 1652377; 1864300; 1864932; 1879750; 2170580; 2170597; 2170605; 2170611; 2195628; 2195634; 2197797; 2197805; 2241914; 2373254; 2647390; 2859867; 2859873; 2919492; 2919500; 3093746; 3107448; 3107508; 3201147; 3201153; 3244582; 3244599; 3244843; 3531844; 3531850; 3731520; 3924791; 3925158; 3968883; 4009498; 4046565; 4133465; 4145416; 4145422; 4218026; 4266864; 4482579; 4482585; 4482591; 4521500; 4600263; 4600286; 4635497; 4687927; 4687933; 4745300; 4745346; 4824301; 4824318; 4826694; 4826702; 4981503; 4994500; 4994517; 4994523; 5554068; 5554080; 6153489; 6153495; 6153503; 6153526; 6196820; 6197357; 6862553; 6876727; 6876733; 6904694; 7031624; 7031647; 7314983; 7315008; 7315014; 7510460; 7587563; 8708023; 8736640
N05CX07	Diphenhydramin + Chlorthephyllin	2051680; 2051697
N05CX07	Diphenhydramin + Phyto	1833713; 1833736; 2652244; 2652250; 2652267; 2652273; 2652296
N05HH10	Homöopathikum	1571905; 1571911; 1571928; 1571934; 1572336; 1572342; 1613087; 1615229; 1615235; 1615264; 1618015; 1618038; 1619813; 1627304; 1628858; 1629059; 1629065; 1629071; 1629711; 1629964; 1631441; 1631458; 1632073; 1632096; 1755829; 1755841; 1755858; 2436285; 2591896; 2591904; 2591910; 2597522; 2597539; 2818377; 3205300; 7016300; 7016317; 7016323; 7016464; 7016470; 7016487; 7016493; 7091129; 7091135; 7091158; 7091218; 7091224; 7091589



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05HH20	Homöopathikum	635081; 667158; 667193; 872958; 873194; 1315906; 1503068; 1504435; 1676366; 1676372; 1797845; 1797851; 1797874; 1797897; 1797905; 1812059; 2029143; 2029278; 2029367; 2429842; 2429859; 2700173; 2860681; 2860698; 3465610; 3767908; 3811006; 3811704; 3816110; 3816127; 3816133; 4115243; 4115266; 4115272; 4115289; 4143009; 4184362; 4184379; 4495599; 4810983; 4811994; 4812321; 4812338; 4812350; 4886839; 5553784; 6059276; 6059282; 6679659
N06AA01	Desipramin	4021588
N06AA02	Imipramin	448864; 448918; 448924; 448982; 449042; 449059; 449071; 449088; 810012; 904279; 904285; 904291; 1031787; 1262498; 1293139; 2410274; 2410529; 2410535; 2410587; 2410593; 3846370; 3846387; 3846393; 3846401; 3883572; 3883589; 3939605; 3939611; 4023044; 4023050; 4345026; 4345032; 4966248; 4966254; 4966260; 4966277; 4993452; 6865451; 6865468; 6867326; 6867332; 6867349; 6867355; 7242918; 7242924; 7242930; 7242947; 7253678; 7253684; 7487873; 7487896; 7488105; 7684444; 7684450; 8858946; 8858952; 8859035; 8876358
N06AA04	Clomipramin	2594; 248533; 248556; 248697; 248705; 248711; 248728; 248734; 248740; 801131; 801154; 801208; 801237; 878470; 890399; 890407; 946119; 946125; 946148; 969586; 969592; 1261197; 1261205; 1261352; 1485904; 1485910; 1485927; 1485956; 1485962; 1485979; 1485985; 1485991; 1486016; 1512274; 1512280; 1517403; 1517432; 1546965; 1546971; 1546988; 1546994; 1547002; 2410363; 2410392; 2410400; 2410417; 2410423; 2410446; 2410452; 2410469; 2410475; 2454107; 2454113; 2454142; 2454165; 3120006; 3120012; 3120029; 3240325; 3240331; 3240348; 3652105; 3882696; 3944316; 3944322; 3944339; 3944345; 3944351; 3995785; 3995791; 3995816; 4013755; 4019775; 4019812; 4019841; 4142731; 4257983; 4258008; 4258014; 4439655; 4439661; 4569145; 4569151; 4569168; 4954647; 4954653; 4954676; 4954682; 4954699; 4954707; 4954713; 4954736; 4954742; 6867208; 6867214; 6867220; 6867266; 6867272; 6867289; 6899622; 6899639; 6899645; 7152753; 7152776; 7152782; 7356970; 7356987; 7374212; 7374229; 7390501; 7390518; 7390530; 7390547; 7390553; 7390719; 7390725; 7390754; 7390760; 7390777; 7390783; 7448117; 7448123; 7448146; 7448896; 7478331; 7478348; 7478354; 8772021; 8772038; 8772044
N06AA05	Opipramol	249998; 250004; 250010; 423723; 423746; 423752; 423775; 423781; 423812; 524097; 846056; 846062; 848836; 861446; 861937; 862859; 1746380; 1746397; 1746405; 1755232; 1755249; 1755255; 2410481; 2410498; 2480926; 2480955; 2480961; 3480029; 3480035; 3480041; 3480070; 3480087; 3480093; 3480124; 3480130; 3480147; 3558079; 3654015; 3783907; 3783913; 3784918; 3822323; 3822398; 3823015; 4142866; 4142872; 4253293; 4253324; 4253353; 4320641; 4320658; 4320664; 4390920; 4390937; 4390943; 4390966; 4390972; 4390989; 4442137; 4442143; 4442166; 4442172; 4442189; 4442195; 4452354; 4452360; 4452383; 4483679; 4483685; 4483691; 4483716; 4483722; 4483739; 4535873; 4535896; 4535904; 4536074; 4536105; 4536134; 4550950; 4550967; 4550973; 4550996; 4551004; 4551010; 4609436; 4609442; 4609459; 4609465; 4609471; 4609488; 4775904; 4775910; 4775933; 4775956; 4775979; 4775985; 4782034; 4782040; 4782146; 4782152; 4782241; 4782258; 4838421; 4838438; 4838444; 4838556; 4838562; 4838579; 4861673; 4861696; 4861704; 4978889; 4978895; 4978903; 6094278; 6094290; 6094309; 6407659; 6407665; 6407688; 6964236; 6964242; 6964294; 6964325; 6964348; 6964377; 7017009; 7017015; 7017038; 7017044; 7017050; 7017067; 7378316; 8874603; 9166535; 9166541; 9166558; 9166570; 9166587; 9166593; 9692471; 9692488; 9692494
N06AA06	Trimipramin	189807; 278250; 278497; 278505; 346106; 403991; 432024; 453411; 453428; 483665; 634271; 636838; 639357; 772010; 772027; 772033; 860458; 860470; 860501; 965677; 965708; 1179722; 1179739; 1179774; 1179780; 1179797; 1527583; 1527608; 1527620; 1527732; 1527790; 1537802; 1537825; 1537831; 1537854; 1537860; 1537877; 1656205; 1656211; 1656576; 1664179; 1664185;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		1664191; 1664216; 1664222; 1664239; 1752972; 1752989; 1752995; 1757610; 1757627; 1757633; 1830005; 1830011; 1830028; 1871168; 1924999; 1925007; 1925013; 1925036; 1925042; 1925065; 2155913; 2155936; 2155965; 2426507; 2426513; 2426536; 2426542; 2426559; 2426565; 2669405; 2669411; 2669500; 2669581; 2669598; 2681300; 2681323; 2681346; 2783733; 2783816; 2783822; 2783851; 2783880; 2840193; 2840201; 2840218; 3047456; 3047479; 3047485; 3047522; 3047551; 3047686; 3080896; 3080904; 3205599; 3289047; 3304597; 3424700; 3433426; 3462741; 3470752; 3473294; 3473302; 3509069; 3509075; 3509081; 3547609; 3547615; 3547621; 3547638; 3552349; 3552355; 3671700; 3671717; 3671723; 3906907; 3906913; 3906936; 3910731; 3910748; 3920563; 3920592; 3920600; 3925201; 3929340; 3929357; 3929363; 3929512; 3929529; 3929535; 3944291; 3944368; 4013092; 4015211; 4015228; 4015234; 4034208; 4034214; 4034289; 4096675; 4096681; 4096698; 4182073; 4182096; 4182104; 4317403; 4317426; 4317432; 4346221; 4993400; 5462923; 5462946; 5509607; 5981215; 5981238; 6130583; 7602618; 7653320; 9013205; 9013211; 9042997; 9043005; 9043011; 9166618; 9166624; 9166630; 9166653; 9166676; 9166682; 9481857; 9481863; 9481886; 9481892; 9481900; 9891779; 9891785; 9891791; 9891816; 9891822; 10982955
N06AA07	Lofepramin	1924723; 2171993; 2521068
N06AA08	Dibenzepin	260770; 279574; 279580; 732163; 2508607; 2508636; 2508642; 2508659; 3672154; 3672160; 3746421; 3883299; 3883307; 3883313; 4542301; 4542318; 4964887; 4964893; 4964901; 7241913; 7241936; 7241942; 7421851; 7432398; 7488200
N06AA09	Amitriptylin	105911; 105928; 105934; 448189; 448203; 448321; 448338; 448344; 448350; 448404; 448427; 448456; 448522; 448574; 448628; 715822; 715839; 715845; 715868; 715874; 715880; 715897; 715928; 715934; 715940; 715957; 968902; 968919; 968925; 968931; 968948; 968954; 968960; 968977; 968983; 982517; 982546; 982552; 1253660; 1253677; 1253683; 1253714; 1253737; 1296669; 1296675; 1298326; 1448932; 1448949; 1448955; 1574051; 1574074; 1574080; 1924924; 1924930; 1924976; 1925214; 1925220; 1925237; 1925243; 1925266; 1925272; 1925289; 1925295; 1925303; 1925332; 1925349; 1925355; 2720052; 3173184; 3173190; 3173209; 3343120; 3343137; 3343143; 3393750; 3393767; 3393773; 3393796; 3634314; 3634320; 3634337; 3634343; 3634366; 3634372; 3634389; 3634395; 3634403; 3634426; 3634432; 3634449; 3634455; 3634461; 3634478; 3906965; 3906971; 3906988; 3907002; 3907019; 3907025; 3907031; 3907054; 3918371; 3918388; 3918394; 3918402; 3918419; 3918425; 3918431; 3918448; 3918454; 3918460; 3918477; 3918483; 4325667; 4329613; 4345658; 4345664; 4345670; 4355697; 4461620; 4461637; 4461643; 4463317; 4885372; 4885389; 4885395; 6341162; 6341179; 6341185; 6341216; 6341222; 6341245; 6341251; 6616535; 6872681; 6872698; 6872706; 6957176; 6957182; 6957199; 7242031; 7378813; 7378836; 7378842; 7378859; 7606562; 7712407; 7712413; 7712436; 8516571; 8516588; 8516594; 8516602; 8516619; 8516625; 8516631; 8516648; 8516654; 10516791; 10516816; 10516822; 10516839; 10516845; 10516851; 10516868; 10516880; 10516897
N06AA10	Nortriptylin	730081; 1440988; 3812626; 3812632; 3812649
N06AA12	Doxepin	192206; 192212; 192229; 259531; 259548; 259554; 259560; 259577; 259583; 263828; 263834; 263857; 271911; 271928; 271934; 271940; 271957; 271963; 278853; 278876; 278882; 278899; 278913; 278936; 278942; 278959; 278965; 278971; 279019; 279025; 279031; 279048; 279054; 347560; 347577; 347583; 447971; 447988; 447994; 448002; 448019; 448025; 448077; 448108; 448114; 448120; 448143; 448172; 449154; 449160; 449177; 449183; 449208; 449214; 461623; 461698; 461706; 482849; 482855; 482861; 581008; 581014; 581020; 581037; 581043; 581066; 631143; 631172; 631700; 631717; 631723; 632378; 772292; 772300; 772317; 772323; 772352; 772369; 802277; 802320; 802343; 802372; 802395; 802426; 802449; 802484; 802521; 802544; 802567; 802596;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		802662; 802685; 947515; 947521; 947538; 1121384; 1121415; 1121450; 1216713; 1216825; 1216848; 1216854; 1216877; 1216883; 1252494; 1252502; 1252519; 1346611; 1346628; 1346657; 1346663; 1349331; 1403852; 1403875; 1403881; 1416777; 1416783; 1586166; 1586172; 1586232; 1586249; 1586255; 1586261; 1664251; 1664268; 1664274; 1664305; 1664334; 1664340; 1664512; 1664593; 1664653; 1797029; 1797035; 1797041; 1797058; 1797064; 1797070; 1834693; 1834701; 1834776; 1834782; 1834799; 1834807; 1845188; 1845194; 1845202; 2181626; 2181632; 2181649; 2458192; 2458217; 2458223; 2475032; 2475055; 2475078; 2529259; 2529265; 2529271; 2529288; 2529294; 2529302; 2570813; 2570836; 2570859; 2570865; 2572315; 2572321; 2572338; 2572344; 2708499; 2708513; 3268973; 3296001; 3296018; 3296024; 3395252; 3395269; 4086820; 4086837; 4087127; 4087570; 4088167; 4088405; 4216412; 4216429; 4815377; 4815383; 4815408; 4815437; 4815443; 4815466; 4830276; 4830282; 4830299; 4830307; 4830313; 4830336; 4830342; 4830359; 4830365; 4847868; 4873699; 4873707; 4873713; 4873736; 4873742; 4873759; 4873765; 4873771; 4873788; 4935325; 4935348; 4935354; 4935667; 4935673; 4935696; 4935704; 6195275; 6195281; 6195298; 6195306; 6195312; 6195329; 6323307; 6323313; 6330460; 6330477; 6330483; 6330508; 6330514; 6330520; 6330537; 6330543; 6330566; 6330572; 6330589; 6330595; 6957130; 6957147; 6957153; 6995774; 6995780; 6995797; 7229183; 7229208; 7244923; 8518601; 8518618; 9431316
N06AA16	Dosulepin	3100587; 3100593; 3100601
N06AA21	Maprotilin	447876; 447882; 447899; 447907; 447913; 447936; 447942; 447959; 447965; 570890; 622492; 622500; 622517; 622546; 622552; 622569; 622575; 622581; 622598; 990333; 1384698; 1384706; 1384712; 1384741; 1384764; 1384793; 1384801; 1384818; 1384830; 1583653; 1583707; 1885785; 2181282; 2181299; 2181307; 2181336; 2410305; 2410311; 2410328; 3560952; 3566009; 3566015; 3566021; 3566044; 3566050; 3566067; 3566073; 3566096; 3571996; 3572004; 3572010; 3572027; 3572033; 3572056; 3572062; 3572079; 3572085; 3572091; 3572116; 3572122; 3727961; 3727978; 3727984; 3728009; 3728015; 3728021; 3831440; 3831457; 3831463; 4354924; 4360534; 4360540; 4360557; 4360563; 4360586; 4360592; 4360600; 4360617; 4360623; 4463547; 5918010; 5918027; 5918033
N06AA25	Amitriptylinoxid	2437876; 2437882; 2437907; 2437913; 2476669; 2773887; 3407245; 3407251; 3407268; 3414883; 3414908; 3414914; 8515494; 8515502; 8515519; 8518831; 8518848; 8518854; 8909371; 8909388; 8909394; 8909425; 8909431; 8909448
N06AB03	Fluoxetin	42895; 42903; 42926; 66217; 66223; 66246; 226804; 234637; 292994; 293019; 293025; 300305; 300311; 300328; 364280; 364305; 364311; 379620; 379689; 379695; 413713; 413831; 413908; 414374; 414517; 416077; 416166; 416456; 416924; 470119; 470125; 516270; 532412; 564984; 564990; 565015; 583243; 583266; 583272; 681023; 681046; 681141; 681158; 754710; 754727; 754733; 810437; 810443; 810466; 945485; 945491; 945516; 945798; 945806; 945812; 969037; 969043; 969066; 1015765; 1015771; 1015788; 1251738; 1252005; 1252011; 1291821; 1291838; 1291850; 1403740; 1403763; 1403786; 1416033; 1416056; 1416062; 1429248; 1502086; 1502092; 1502117; 1527198; 1527206; 1532408; 1538262; 1539468; 1539474; 1539480; 1555131; 1555154; 1555160; 1570840; 1570857; 1570863; 1581453; 1581476; 1581482; 1612194; 1612219; 1612225; 1627818; 1627824; 1627847; 1627876; 1627882; 1627899; 1627913; 1627936; 1627959; 1754215; 1754221; 1754238; 1822879; 1822885; 1822891; 1822916; 1822922; 1822939; 1822945; 1822951; 1822968; 1822974; 1822980; 1822997; 1823005; 1823011; 1823034; 1823040; 1994712; 1994853; 1994882; 2011628; 2011692; 2011901; 2066523; 2071837; 2071843; 2071866; 2071872; 2071949; 2071955; 2136152; 2136169; 2136175; 2414668; 2414674; 2414728; 2433708; 2433714; 2433720; 2453987; 2454001; 2458447; 2458453; 2458476; 2462302; 2462331; 2462348; 2462354; 2462360; 2462377; 2462383; 2462408; 2462414; 2523819; 2523966; 2523989; 2565031; 2567857; 2572278; 2572284; 3063159; 3063165; 3211051; 3211068; 3211074; 3215238; 3215244; 3215250;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		3645683; 3645708; 3645714; 3702688; 3702694; 3702702; 3702719; 3702725; 3702731; 3770750; 3770767; 3770773; 3770885; 3771169; 3771175; 3971342; 4074840; 4074857; 4074863; 4236751; 4236768; 4236774; 4376943; 4376972; 4376989; 4376995; 4377032; 4377084; 4653414; 4705051; 4760877; 4832967; 4833010; 4833033; 4833197; 4833375; 4834127; 4834133; 4834334; 4834417; 5371758; 6407599; 6407607; 6407613; 7321776; 7321782; 7321799; 7379089; 7379095; 7390688; 7536034; 7536040; 7536057; 7536063; 8427229; 8427235; 8427241; 8515525; 8515531; 8515548; 8527379; 8527385; 8527391; 8745538; 8745544; 8745550; 8860015; 8860021; 8860038; 8906734; 8906740; 8906757; 9901650; 9901667; 9901673
N06AB04	Citalopram	18678; 18684; 18690; 32520; 34648; 123292; 123300; 123317; 176101; 176207; 176868; 176874; 176992; 177000; 177046; 177052; 177069; 177075; 177307; 177313; 287332; 287355; 323022; 358687; 418596; 418656; 419288; 419779; 420073; 420110; 420535; 421606; 421859; 436921; 446078; 453368; 471099; 475559; 494870; 494887; 494893; 500085; 507845; 517341; 517364; 569473; 582752; 582775; 582806; 582835; 584366; 584372; 606530; 606553; 610980; 610997; 611028; 611057; 611146; 611347; 680420; 680443; 680466; 680472; 680495; 680845; 681201; 681218; 681224; 681448; 681454; 681460; 684398; 684406; 684412; 684429; 684435; 684441; 684458; 800812; 800835; 800858; 800870; 800893; 800930; 800953; 800982; 801007; 804359; 804371; 804388; 895480; 895497; 895505; 895511; 895528; 1009285; 1009457; 1009463; 1037028; 1037034; 1121208; 1121237; 1121243; 1138640; 1138657; 1138663; 1229667; 1229673; 1229696; 1240491; 1240516; 1247694; 1265597; 1265634; 1265700; 1265717; 1275383; 1275408; 1286004; 1299107; 1299165; 1308757; 1308786; 1308846; 1308875; 1308987; 1309484; 1309538; 1311699; 1311707; 1311713; 1311736; 1311742; 1390859; 1390871; 1390894; 1390919; 1390925; 1390931; 1390948; 1390954; 1390960; 1395443; 1395472; 1395489; 1395503; 1395526; 1395549; 1395555; 1395561; 1395578; 1409464; 1409470; 1409487; 1409493; 1409501; 1409518; 1413537; 1413543; 1413572; 1419959; 1419965; 1419971; 1419988; 1419994; 1420023; 1441284; 1441290; 1441309; 1441315; 1441321; 1441338; 1507764; 1507770; 1507787; 1507793; 1507801; 1507818; 1507824; 1507830; 1507847; 1567631; 1567648; 1567654; 1567660; 1567677; 1567683; 1877900; 1877917; 1877923; 1877946; 1877952; 1877975; 1878006; 1878029; 1878087; 1885213; 1885236; 1885242; 1885259; 1885288; 1885319; 1888619; 1888625; 1888631; 1888648; 1888654; 1888660; 1930072; 1930089; 1994959; 1994994; 1995048; 1995172; 1995189; 1995195; 1995203; 1995249; 1995255; 2136324; 2136330; 2136347; 2136353; 2160179; 2170663; 2170686; 2170717; 2170746; 2170769; 2170812; 2170829; 2170835; 2170901; 2189094; 2189102; 2189119; 2189125; 2189131; 2189272; 2195284; 2195999; 2196007; 2196013; 2196036; 2196042; 2196059; 2196065; 2231005; 2231011; 2231028; 2250008; 2250014; 2250020; 2250037; 2250043; 2250066; 2407177; 2459122; 2459139; 2459145; 2459197; 2459205; 2496229; 2496235; 2496241; 2507424; 2507430; 2507447; 2558717; 2571824; 2571913; 2571936; 2572031; 2649590; 2649609; 2708447; 2708453; 2708476; 2708482; 2711840; 2711900; 2711923; 2744549; 2752129; 2752313; 2752709; 2839913; 2839936; 2839942; 2839959; 2839965; 2839971; 2854976; 2854982; 2854999; 2855007; 2855013; 2855036; 2855042; 2855059; 2855065; 2950585; 2950591; 2950616; 2950622; 2950639; 2950645; 2950651; 2950668; 2950674; 3045167; 3045173; 3045411; 3045457; 3045463; 3045486; 3045500; 3045517; 3045581; 3052090; 3087846; 3265288; 3265302; 3345484; 3345604; 3345685; 3447374; 3447380; 3447428; 3447517; 3447598; 3447747; 3494273; 3695563; 3705936; 3705942; 3705959; 3708188; 3708308; 3708691; 3708716; 3708722; 3708952; 3713255; 3713261; 3792728; 3792734; 3793113; 3812247; 3812276; 3826485; 3872835; 3872841; 3872858; 3880243; 3882325; 3882348; 3897539; 3897545; 3921700; 3921717; 3921746; 3921901; 4082041; 4082058; 4082118; 4082124; 4082319; 4085016; 4085045; 4085068; 4085074; 4181955; 4181961; 4181978; 4181984; 4181990; 4182009; 4182015; 4182021; 4182038; 4220247; 4220253; 4220276; 4220307; 4220313;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4220336; 4220454; 4220460; 4220477; 4309705; 4309711; 4309728; 4445408; 4445414; 4445420; 4649370; 4704985; 4705016; 4973716; 4973722; 4973739; 4973751; 4973774; 4973780; 5027937; 5027966; 5028049; 5028138; 5028150; 5028167; 5028173; 5028196; 5028262; 5028285; 5028440; 5028612; 5028635; 5028641; 5028658; 5126875; 5126898; 5369945; 5369951; 5369968; 5372657; 5386719; 5386725; 5386731; 5386748; 5386754; 5386760; 5394742; 5394759; 5394765; 5394771; 5399886; 5399892; 5399900; 5487716; 5487722; 5487739; 5533592; 5533600; 5533617; 5533623; 5533646; 5533652; 5533669; 5533675; 5533681; 5533698; 5533706; 5533712; 5538365; 5538371; 5538388; 5538394; 5538402; 5538419; 5538856; 5538862; 5538879; 5745791; 5748789; 5748795; 5890145; 5890151; 5890168; 5890180; 5890205; 5890211; 5890240; 5890257; 5890263; 5890300; 5890317; 5890323; 5890346; 5890352; 5890369; 5957754; 5957783; 6079014; 6079037; 6079066; 6107118; 6107124; 6107130; 6107147; 6107153; 6107176; 6107182; 6107199; 6107207; 6107213; 6107236; 6107242; 6338993; 6339024; 6339283; 6339343; 6339366; 6433450; 6433467; 6433473; 6433496; 6433504; 6433510; 6433527; 6433533; 6571554; 6571560; 6571577; 6571583; 6571608; 6571614; 6574624; 6574630; 6574647; 6580547; 6580553; 6580576; 6607565; 6607571; 6607588; 6865132; 6865149; 6865310; 6919342; 7117194; 7528425; 7528431; 7528448; 7586463; 7686650; 8691943; 8691966; 8691972; 8696107; 8709850; 8709867; 8709873; 8757381; 8757398; 8757406; 9174658; 9313309; 9313315; 9313321; 9313338; 9313344; 9313350; 9313367; 9313373; 9313396; 9700615; 9700621; 9700638; 9703306
N06AB05	Paroxetin	186967; 187079; 190845; 190851; 190868; 191649; 191690; 191709; 240537; 243926; 243949; 278327; 278356; 278422; 279373; 280910; 294094; 301262; 301285; 312099; 321313; 321862; 321879; 323045; 323051; 351001; 351024; 351739; 351774; 357535; 614475; 614481; 614498; 618792; 679836; 679859; 686434; 686629; 686635; 687132; 687149; 687155; 687161; 687178; 687617; 704310; 704451; 738131; 739283; 788985; 843431; 843448; 843514; 1021518; 1034627; 1034633; 1034656; 1060872; 1060889; 1060895; 1082974; 1082980; 1082997; 1314976; 1315007; 1315042; 1423062; 1423085; 1423091; 1463570; 1463593; 1463601; 1485761; 1485784; 1485790; 1527264; 1527270; 1527287; 1541264; 1541270; 1541287; 1584285; 1584322; 1842221; 1842238; 1842244; 1842250; 1842267; 1842273; 1970344; 1970350; 1970404; 2000369; 2000398; 2000412; 2013053; 2013076; 2013082; 2116095; 2116273; 2116333; 2156077; 2156083; 2156108; 2160914; 2160920; 2160943; 2182181; 2182198; 2188953; 2189071; 2189088; 2291869; 2291875; 2291881; 2507453; 2507476; 2507482; 2752017; 2752023; 2752046; 2757747; 3045138; 3045144; 3045150; 3195582; 3195599; 3195607; 3210407; 3210413; 3210519; 3310511; 3311077; 3311350; 3672361; 3672378; 3672556; 3702139; 3702145; 3702151; 3712103; 3712310; 3712327; 3791901; 3791918; 3791924; 3791930; 3792591; 3792616; 3864020; 3864037; 3864043; 4010805; 4010811; 4010828; 4032847; 4032853; 4032876; 4073705; 4073711; 4073728; 4073734; 4121054; 4121060; 4121077; 4131354; 4182044; 4182050; 4182067; 4524303; 4526503; 4526526; 4526532; 4767945; 4767951; 4767968; 4767974; 4768117; 4768146; 4784079; 4784487; 4784493; 4784501; 4784518; 4784524; 4784530; 4784688; 4787161; 4787178; 4787422; 4787534; 4788545; 4788605; 4788611; 4898647; 4898682; 4898699; 4957812; 4957829; 4957835; 5454220; 5454237; 5454243; 5454266; 5454272; 5454289; 5890381; 5890398; 5890406; 6057461; 6057478; 6337700; 6337752; 6338160; 6407694; 6681521; 6681538; 6681544; 6829550; 7217056; 7217062; 7217079; 7217116; 7217122; 7217139; 7390814; 7390820; 7390843; 7390872; 7668161; 8778609; 8778615; 8778621; 8791231; 9323012; 9323029; 9323035; 9487127; 9638431; 9638448; 9638454; 9638460; 10228276; 10232912; 10232929; 10273093

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AB06	Sertralin	12836; 12842; 12859; 31199; 87886; 87917; 174846; 174852; 174869; 226721; 226738; 226744; 251788; 251794; 251802; 251819; 251825; 251831; 253818; 253824; 253830; 253847; 362424; 363346; 393778; 394200; 425018; 425024; 470183; 470208; 470214; 470303; 470384; 470390; 470562; 470579; 470585; 470591; 470616; 470622; 523784; 524186; 524542; 561158; 561164; 561170; 561187; 561483; 561678; 589866; 596866; 597133; 602325; 610833; 610856; 791533; 793851; 796631; 797323; 797346; 859343; 993739; 993745; 993751; 993768; 993774; 993780; 1028704; 1028710; 1028727; 1028733; 1028756; 1028779; 1032031; 1032870; 1032887; 1032893; 1032901; 1032918; 1034834; 1034840; 1034857; 1034892; 1034900; 1034975; 1034981; 1041490; 1054943; 1054966; 1054972; 1054989; 1054995; 1055003; 1055049; 1055055; 1055061; 1055078; 1055084; 1055090; 1082690; 1082709; 1082715; 1082721; 1082738; 1082744; 1083005; 1083011; 1083028; 1083092; 1083169; 1083212; 1264830; 1264847; 1264876; 1407583; 1407608; 1511062; 1571319; 1715273; 1715296; 1715304; 1715310; 1715327; 1715333; 1719650; 1719667; 1807101; 1807118; 1807124; 1807130; 1807147; 1807207; 1883591; 1883616; 1883622; 1883728; 1883734; 1883740; 1892325; 1892348; 2179948; 2180012; 2180029; 2182620; 2182672; 2182689; 2182732; 2183045; 2188344; 2198064; 2198070; 2198549; 2198555; 2198561; 2393133; 2407467; 2422337; 2452597; 2452605; 2452611; 2458967; 2458973; 2465192; 2497447; 2497453; 2497476; 2497482; 2497499; 2618135; 2618543; 2619755; 2621249; 2622237; 2622869; 2711426; 2728786; 2728792; 2743136; 2743165; 2743975; 2758190; 2758244; 3050257; 3051400; 3099393; 3264900; 3496496; 3496504; 3496929; 3496935; 3496941; 3497366; 3499425; 3531235; 3560716; 3560722; 3628644; 3628667; 3669287; 3669732; 3784924; 3784930; 3784953; 3784976; 3784982; 3784999; 3873697; 3873705; 3874219; 3875130; 3875147; 3875153; 3887601; 3887618; 3887624; 3887653; 3887676; 3887682; 3952095; 3976753; 3986295; 3988868; 3996715; 3996738; 3996744; 4086978; 4086984; 4086990; 4087009; 4087015; 4123834; 4123840; 4123857; 4131242; 4152072; 4166223; 4166246; 4166252; 4166269; 4166275; 4166281; 4191681; 4191698; 4191706; 4191712; 4191729; 4191735; 4244377; 4244383; 4352167; 4352210; 4352262; 4352322; 4352339; 4392310; 4393491; 4393516; 4548700; 4788427; 4788456; 4788462; 4788479; 4788522; 4788539; 4958993; 5370894; 5370902; 5370919; 5454007; 5454013; 5454036; 5454042; 5454059; 5454065; 5454071; 5454088; 5509814; 5509820; 5509837; 5509843; 5509866; 5509872; 5531386; 5537207; 5537213; 5537236; 5537242; 5537259; 5537265; 5555352; 5555369; 5555375; 5555381; 5890412; 5890429; 5890435; 5890458; 5890464; 5890470; 5985756; 5985762; 6057053; 6057076; 6057082; 6574707; 6574713; 6574736; 6846494; 6846502; 7249547; 7249553; 7249808; 7265859; 7265865; 7265871; 7378598; 7378606; 7378612; 7378641; 7378658; 7378664; 7544068; 7572509; 7572521; 7572544; 7577820; 7577837; 7577843; 7589964; 7589970; 7589987; 9069565; 9277513; 9277536; 9277542; 9277559; 9277565; 9277571
N06AB08	Fluvoxamin	24963; 25000; 213144; 213150; 213167; 213196; 213204; 213210; 227488; 227494; 227637; 227643; 227962; 227979; 229234; 242708; 242714; 242720; 266749; 266755; 266761; 266778; 266784; 266790; 296940; 296957; 296963; 371848; 371860; 371877; 371908; 371914; 371937; 424295; 424562; 601142; 601159; 601165; 601171; 601188; 601194; 712723; 712798; 712806; 712841; 712864; 712893; 904486; 904546; 904552; 1393415; 1393421; 1393444; 1393450; 1393496; 1393510; 1552664; 1552670; 1552687; 1552693; 1552701; 1552718; 1552730; 1552747; 1552753; 1552776; 1552782; 1552799; 1601457; 1601463; 1601492; 1601500; 1601552; 1633204; 1633210; 1633227; 1863921; 1863938; 1863944; 2639887; 2639918; 2639924; 2639930; 2796575; 2796581; 2796598; 2840023; 2840052; 2840069; 2840075; 2840081; 2840098; 3048622; 3048639; 3146307; 3146336; 3191130; 3191259; 3191271; 3655049; 3655055; 4416163; 4416186; 4416192; 7669634; 8926004; 8926010; 8926027; 8926033; 8926056; 8926062; 8926079; 8926085; 8926091

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AB10	Escitalopram	1838; 4417; 4423; 19583; 19726; 19761; 19933; 19962; 20089; 20095; 20126; 20379; 20563; 20830; 66855; 66861; 66884; 66890; 75788; 75794; 90782; 91818; 107695; 116398; 204033; 246296; 246445; 268300; 269340; 269742; 270484; 270490; 270716; 270797; 271354; 271360; 272282; 272388; 273991; 681000; 681017; 831014; 831020; 831037; 831043; 831066; 1147219; 1147225; 1147231; 1147260; 1147277; 1147283; 1147320; 1147337; 1147343; 1147389; 1147395; 1147403; 1176043; 1176072; 1176089; 1176103; 1176132; 1176155; 1176161; 1176184; 1176190; 1176215; 1176221; 1176244; 1272456; 1272485; 1272516; 1377422; 1547226; 1610255; 1610261; 1610278; 1638549; 1638555; 1638561; 1638578; 1638584; 1638590; 1708215; 1941615; 1941696; 1942052; 1942276; 1942282; 1942520; 2217459; 2217471; 2217531; 2448213; 2459151; 2571310; 2766143; 3338171; 3338685; 3417924; 3417930; 3500401; 3711977; 3711983; 3712066; 3770141; 3770158; 3770164; 3887297; 4212779; 4214749; 4320055; 4320061; 5362392; 5504225; 5504231; 5504248; 5504254; 5559893; 5559901; 5745957; 5745963; 5745986; 5984544; 5984550; 5984567; 5984610; 5984627; 5984633; 6059543; 6059566; 6059572; 6059589; 6059595; 6059603; 6315199; 6315242; 6332022; 6332039; 6332051; 6332068; 6332074; 6332200; 6332217; 6332223; 6499704; 6572832; 6572849; 6572855; 6681610; 6681627; 6681656; 6681662; 6681679; 6681685; 6681691; 6681716; 6681722; 6681739; 6681745; 6681751; 6830949; 6885614; 6885620; 6885637; 7000463; 7000486; 7000492; 7005590; 7005609; 7005615; 7007413; 7007614; 7007620; 7073746; 7073752; 7126402; 7521009; 7729135; 7729141; 7729158; 7729164; 8504697; 9294405; 9390362; 9390379; 9390385; 10003235; 10003241; 10099057; 10099063; 10099086; 10099092; 10099100; 10099117; 10099123; 10099146; 10099152; 10099169; 10099175; 10099181; 10099198; 10113805; 10113811; 10142511; 10146615; 10146621; 10146638; 10146644; 10146667; 10146673; 10206530; 10206547; 10206553; 10206576; 10206599; 10206607; 10228537; 10228862; 10228879; 10228885; 10228891; 10228916; 10228922; 10251080; 10251105; 10251111; 10251128; 10251134; 10251140; 10251157; 10251217; 10251246; 10251269; 10251306; 10251329; 10252027; 10253618; 10253624; 10253647; 10253653; 10253676; 10253699; 10253707; 10254084; 10254090; 10254109; 10254115; 10254121; 10260073; 10260096; 10260104; 10260110; 10260127; 10260133; 10260185; 10260191; 10260216; 10260251; 10260268; 10260274; 10268175; 10268181; 10280354; 10280360; 10280377; 10280408; 10280414; 10280420; 10283068; 10283074; 10283105; 10283111; 10283128; 10283140; 10353248; 10353254; 10353260; 10353277; 10353283; 10353308; 10353314; 10353320; 10353337; 10353343; 10358079; 10358091; 10358116; 10358145; 10358151; 10358168; 10358174; 10397441; 10397458; 10399776; 10399782; 10399799; 10399807; 10399813; 10399836; 10399865; 10399871; 10399888; 10399894; 10402975; 10419450; 10516495; 10516503; 10516526; 10516532; 10516549; 10516555; 10626640; 10626657; 10732804; 10732810; 10732827; 10732833; 10732856; 10732862; 11017328; 11017676
N06AF04	Tranlylcypromin	911693; 911701; 989413; 2826425; 2826431; 7781348; 7781354; 7795480; 7795497; 7795505; 8531056; 8531062; 8531079; 9923775; 9923858; 9923864; 9923887; 9923893; 9923901
N06AG02	Moclobemid	199361; 199378; 202488; 202494; 202502; 210849; 210878; 210884; 210890; 210909; 210915; 371943; 371972; 371989; 372003; 372026; 372049; 426236; 426259; 426271; 828443; 828503; 828526; 828704; 828733; 828779; 1299828; 1299834; 1299840; 1299857; 1299863; 1299886; 1351776; 1351807; 1351813; 1409777; 1409895; 1409903; 1409932; 1409949; 1409955; 1432351; 1432368; 1432397; 1432405; 1432434; 1432457; 1438081; 1438098; 1461424; 1461430; 1461447; 1461499; 1461507; 1461513; 1471500; 1471517; 1471523; 1471552; 1471569; 1471581; 1496032; 1496049; 1496055; 1496061; 1496078; 1496090; 1510766; 1510772; 1510789; 1510795; 1510803; 1510826; 1544937; 1544943; 1544966; 1544972; 1544989; 1544995; 1586278; 1586309; 1586315; 1586321; 1586338; 1586344; 1848258; 1848287; 1848318; 1848413; 1854655; 1854750; 1854773; 1854804; 1854827; 1854856; 2178914; 2178943; 2178966; 2178972;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		2181537; 2181543; 2181566; 2521080; 2521097; 2521105; 2521134; 2521140; 2521163; 2840106; 2840112; 2840129; 2840135; 2840141; 2840158; 3160939; 3190202; 3190225; 3190231; 3656422; 3656439; 3656480; 3656534; 3656586; 3656617; 3741872; 3741926; 3741932; 3741955; 3741978; 3741990; 4275254; 4275260; 4275277; 4954423; 4954446; 4959277; 4959283; 4965757; 6179649; 6190906; 6193916; 6620821; 6620838; 6620844; 6621430; 6621447; 6621453; 7258279; 7258285; 7266528; 7431944; 7431950; 7431967; 7513240; 7513257; 7513263; 8772050; 8772067; 8772073; 8778207; 8778213; 8779514; 8779655; 9276264; 9276270
N06AH01	Homöopathikum	254338; 254344; 254350
N06AP01	Johanniskraut	30573; 40637; 40643; 40666; 51865; 57951; 66950; 66967; 67079; 104998; 105012; 105101; 122163; 122186; 183549; 183555; 183561; 244297; 246095; 246103; 246126; 300067; 300073; 300096; 361092; 361100; 361123; 505409; 505415; 505421; 511982; 511999; 512102; 512119; 512295; 512303; 512326; 512332; 520099; 520107; 520113; 539236; 539242; 555324; 555330; 555382; 592383; 592408; 620837; 673213; 673236; 673259; 679285; 679569; 679575; 692162; 738349; 738355; 738361; 807412; 807429; 807435; 807441; 807493; 807524; 807530; 807576; 814458; 814464; 930621; 930638; 951020; 951037; 951043; 1018485; 1018491; 1018516; 1018539; 1018545; 1018551; 1018568; 1123093; 1209914; 1215062; 1215375; 1319407; 1344279; 1367547; 1367553; 1367576; 1466025; 1550671; 1569771; 1848442; 1848459; 1848465; 2068545; 2068551; 2068568; 2196869; 2196881; 2231643; 2231672; 2298920; 2298937; 2416704; 2437089; 2455874; 2477060; 2477077; 2477108; 2486136; 2532422; 2785459; 2785465; 2805067; 2918742; 2949487; 2956754; 2956760; 2956777; 3018207; 3026098; 3089905; 3089986; 3439742; 3843526; 3884347; 3884353; 3884376; 4004578; 4004584; 4004590; 4004957; 4023570; 4026054; 4026060; 4026120; 4430795; 4602026; 4877958; 4877964; 4991200; 4991217; 4991223; 5128466; 5373125; 5373131; 5373148; 5506230; 6119512; 6119529; 6119535; 6119541; 6155850; 6320266; 6320272; 6320289; 6340866; 6581386; 6581392; 6620867; 6620873; 6620896; 6729096; 6729104; 6729110; 7114830; 7137216; 7137222; 7245360; 7245377; 7253247; 7269917; 7269923; 7287631; 7287714; 7287973; 7296765; 7296771; 7358503; 7358526; 7367063; 7367086; 7367092; 7392842; 7392859; 7468083; 7468108; 7496406; 7525622; 7599276; 7606007; 7712198; 7712206; 7712212; 7751979; 7751985; 7751991; 8425124; 8436493; 8436501; 8491753; 8491776; 8491782; 8520058; 8521572; 8521589; 8521595; 8521603; 8521626; 8521632; 8529912; 8630568; 8643200; 8697503; 8697526; 8697532; 8710818; 8736611; 8736628; 8736634; 8771085; 8771091; 8771116; 8776444; 8790734; 8790740; 8790757; 8829985; 8829991; 8830008; 8861670; 8869921; 8869938; 8869944; 8889527; 8889585; 8889591; 8913295; 8913303; 8918849; 8918855; 8918861; 8921768; 8921774; 9081595; 9097142; 9189200; 9321119; 9441237; 9942519; 9942525
N06AP01	Phytopharmakon	592360
N06AP51	Johanniskraut, Kombinationen	126356; 1404538; 1404544; 1498120; 1498137; 1498143; 2787783; 3410684; 4991772; 4991789; 6197593; 6197601; 7125207; 7245325; 7245331
N06AX02	Tryptophan	1313391; 1313416; 1313422; 4623092; 4623100; 4623117; 7422721; 7422738; 7422744; 7509758; 7509764; 7509770; 7554049; 7714872; 7714889; 7714895
N06AX03	Mianserin	909845; 909851; 909874; 909880; 909897; 909905; 1267053; 1267076; 1267082; 1507876; 1507882; 1507907; 1507913; 2182258; 2501462; 2501479; 2501485; 2501491; 2501516; 3750888; 3750894; 3750902; 3750919; 3844709; 3844715; 3853358; 3853364; 4815549; 4815555; 4815561; 4815590; 4815609; 4815615; 4875310; 4875327; 4883338; 4898251; 4931126; 4931132; 4931149; 4933289; 4933295; 4933303; 6349502; 6349519; 7113084; 7113115; 8729083; 8729108; 8729114; 8729120; 8729137; 8729143



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06AX05	Trazodon	1345899; 1345907; 1345913; 1995284; 1995290; 1995338; 1995344; 2136407; 2136413; 2136436; 2783992; 2784218; 2784224
N06AX06	Nefazodon	8417455; 8417461; 8417478; 8417490; 8417509; 8417515; 8417538; 8417544; 8417550
N06AX09	Viloxazin	2490712; 2490729
N06AX11	Mirtazapin	114933; 126155; 126480; 144213; 144236; 144242; 217900; 217969; 218549; 218555; 218561; 218578; 218609; 218615; 230740; 231840; 250027; 250487; 250642; 250659; 250665; 250671; 250688; 250694; 250702; 250719; 260089; 260095; 260103; 260126; 260468; 260669; 261290; 261309; 278273; 278304; 518843; 519216; 519475; 520679; 520716; 520886; 558831; 558848; 563743; 563766; 567480; 567497; 567534; 567557; 603980; 603997; 604005; 698704; 698710; 698727; 698733; 698756; 698762; 698779; 698785; 750244; 750250; 750267; 750592; 780972; 780989; 780995; 781003; 781026; 781032; 799919; 799931; 895712; 965401; 965424; 976681; 976698; 981475; 988419; 992266; 996198; 996206; 1007530; 1027053; 1027082; 1027099; 1027107; 1027113; 1027136; 1027142; 1027159; 1028495; 1028503; 1058941; 1201338; 1201947; 1202148; 1202349; 1202361; 1202378; 1202384; 1202390; 1330521; 1330604; 1330610; 1404604; 1404610; 1404633; 1427321; 1427344; 1512475; 1549403; 1549426; 1555295; 1571414; 1571489; 1571495; 1577664; 1717510; 1902609; 1919047; 1921340; 1921357; 1923652; 1923675; 1923681; 1923712; 1923882; 1923959; 1923994; 1924002; 1924019; 1925970; 1925993; 1926001; 1926024; 1926030; 1926047; 1926142; 1926159; 2022520; 2022537; 2022572; 2022589; 2022595; 2022603; 2080115; 2160021; 2242380; 2268310; 2268959; 2268965; 2268971; 2268994; 2269002; 2269019; 2269108; 2329543; 2329566; 2341107; 2341165; 2341320; 2341515; 2430236; 2430259; 2430288; 2430294; 2430302; 2430325; 2430331; 2430348; 2434524; 2753063; 2753554; 2753666; 2753844; 2753896; 2754335; 2817627; 2817656; 2817662; 2817679; 2817685; 2817691; 2817716; 2817722; 2855467; 2892178; 2892238; 2892327; 2892333; 2892439; 2892528; 2892586; 2892652; 3045405; 3045523; 3045546; 3045612; 3045747; 3045776; 3045799; 3045807; 3045836; 3083995; 3084090; 3084109; 3084115; 3084121; 3084138; 3084144; 3084227; 3084233; 3098784; 3098790; 3098850; 3103918; 3107603; 3107626; 3107632; 3107649; 3107655; 3120265; 3120271; 3120288; 3120294; 3120377; 3120414; 3120420; 3120495; 3120503; 3123074; 3123080; 3123097; 3123140; 3123157; 3123163; 3123200; 3123217; 3136378; 3136390; 3136409; 3136415; 3136591; 3136622; 3136645; 3152621; 3152762; 3152779; 3152785; 3152816; 3152897; 3152905; 3152911; 3393342; 3393359; 3393483; 3393508; 3393537; 3393543; 3393572; 3393603; 3393632; 3393661; 3423764; 3423818; 3423907; 3423913; 3423936; 3423942; 3430818; 3446819; 3446825; 3446943; 3447115; 3447345; 3447351; 3447368; 3448681; 3524933; 3525163; 3553768; 3562023; 3625723; 3625746; 3625769; 3625775; 3625781; 3625798; 3625806; 3625812; 3647191; 3647216; 3647222; 3647239; 3647245; 3647251; 3647268; 3647274; 3647340; 3647357; 3647363; 3647386; 3647392; 3647400; 3647417; 3647423; 3647446; 3673142; 3673159; 3674207; 3674377; 3674822; 3674934; 3674940; 3674957; 3674963; 3675164; 3675572; 3675690; 3675715; 3675804; 3702174; 3702180; 3702197; 3702205; 3702211; 3702234; 3702240; 3702808; 3702814; 3702820; 3702837; 3702843; 3702866; 3702872; 3702889; 3723420; 3723437; 3723443; 3728914; 3803047; 3805106; 3836319; 3845962; 3846140; 3847300; 3847323; 3876425; 3878507; 3878677; 3879197; 3879659; 3879694; 3879783; 3879808; 3880237; 3898786; 3898800; 3898817; 3898823; 3898846; 3898881; 3898906; 4087340; 4087357; 4188644; 4188650; 4188667; 4188673; 4188696; 4188704; 4188710; 4188727; 4193059; 4193065; 4196891; 4232138; 4232144; 4232167; 4232196; 4232227; 4232262; 4232279; 4232285; 4232291; 4393539; 4620662; 4621503; 4765188; 4765248; 4765260; 4765277; 4865955; 4865961; 5105028; 5105034; 5105063; 5105206; 5105241; 5105270; 5105318; 5105376; 5108110; 5108127; 5108156; 5108179; 5108185; 5108191; 5108245; 5108251; 5108268; 5126912; 5126958; 5358226; 5358232;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		5389818; 5389824; 5389830; 5454094; 5454102; 5454119; 5454125; 5454131; 5454148; 5454154; 5454160; 5454177; 5454183; 5454208; 5454214; 5499033; 5499056; 5519959; 5519965; 5519971; 5535906; 5535912; 5535929; 5535935; 5535941; 5535958; 5535964; 5535970; 5535987; 5535993; 5536001; 5536018; 5536024; 5536030; 5541887; 5541893; 5541901; 5541999; 5732280; 5732305; 5732311; 5732386; 5745779; 5745785; 5748571; 5748588; 5859371; 5872012; 5872029; 5872035; 5881778; 5890487; 5890493; 5890501; 5890518; 5890524; 5890530; 5890547; 5890553; 5890576; 5890777; 5892919; 5892925; 5892931; 5892948; 5892954; 5892960; 5892977; 5901937; 5901943; 5904806; 5904812; 5968456; 5968462; 5984225; 6078782; 6078902; 6078919; 6078925; 6320332; 6320349; 6320355; 6320361; 6320912; 6320929; 6320958; 6320970; 6320987; 6477192; 6477200; 6477217; 6477223; 6477246; 6707195; 6707203; 6707226; 6787099; 6787107; 6882573; 6882604; 6882627; 6882739; 6882805; 6906090; 7234824; 7234830; 7287192; 7376263; 7376286; 7376292; 7586517; 8860914; 8868212; 9123514; 9123520; 9215386; 9215392; 9215400; 9215423; 9215446; 9215452; 9215469; 9215475; 9215481; 9223084; 9298136; 9298142; 9298165; 9298171; 9298194; 9298202; 9704694; 9704702; 9704719; 9704725; 9920877
N06AX12	Bupropion	17880; 17897; 17905; 17911; 1256641; 1258692; 2084774; 2084828; 2084834; 2084923; 3446736; 3446742; 3648612; 3651703; 3651726; 5467820; 5467837; 5743421; 6474756; 6474762; 6474779; 6474791; 6574819; 6574825; 7266451; 7266468; 7266534; 7765102; 7765119; 7765125; 7765131; 8809907; 8892185; 8892191; 8907076; 8907082; 8907107; 9008836; 9008842; 9063829
N06AX14	Tianeptin	9680203; 9680226; 9680232
N06AX16	Venlafaxin	21019; 21025; 21031; 21048; 21054; 21060; 21077; 21083; 21108; 21120; 21137; 21143; 21663; 21686; 21692; 21700; 21717; 21723; 21746; 50570; 53143; 53166; 53172; 53189; 70058; 70087; 71299; 71626; 71721; 71945; 71951; 71968; 72241; 72436; 72531; 73192; 88271; 88288; 88294; 88302; 88319; 88325; 91445; 91592; 91600; 100078; 100090; 102812; 103266; 107301; 107318; 107324; 107330; 115358; 203275; 203281; 203298; 203306; 203312; 203329; 203335; 203341; 203358; 203364; 203370; 203387; 203393; 203401; 203418; 203424; 203430; 211079; 246698; 247002; 247166; 247195; 247232; 247261; 248131; 249484; 249521; 340210; 344136; 350591; 353081; 357802; 357819; 368094; 375438; 380215; 380362; 380416; 490027; 490033; 490056; 490062; 678877; 678908; 678937; 678943; 678966; 705108; 705114; 705120; 707550; 852140; 852157; 852163; 978332; 978349; 1121007; 1121013; 1121036; 1121042; 1121059; 1121065; 1121071; 1121088; 1123940; 1123957; 1123963; 1123986; 1124000; 1124017; 1124023; 1147001; 1147018; 1147024; 1147076; 1147082; 1147099; 1147107; 1147142; 1147159; 1147165; 1147171; 1169959; 1169965; 1169971; 1169988; 1419066; 1549225; 1549231; 1549248; 1549254; 1605478; 1617441; 1622666; 1624599; 1672552; 1672569; 1672581; 1672598; 1672658; 1672670; 1715994; 1716002; 1716048; 1716054; 1716060; 1716077; 1716083; 1716108; 1716114; 1756757; 1779764; 1780017; 1795763; 1918237; 1918243; 1918266; 1995516; 1997900; 1997975; 1998420; 1998437; 2030761; 2031269; 2090214; 2090272; 2090303; 2111270; 2111287; 2198779; 2198785; 2198845; 2396717; 2396723; 2396746; 2406261; 2406278; 2406284; 2566378; 2568319; 2671158; 2671313; 2671572; 2704969; 2705489; 2706371; 2708080; 2717021; 2717038; 2717831; 2717860; 2726511; 2726528; 2726540; 2726557; 2727798; 2727806; 2935249; 2935290; 2935309; 2935315; 2935321; 2935338; 3221434; 3221569; 3246888; 3246894; 3337935; 3338478; 3373569; 3373598; 3397185; 3397216; 3410483; 3412832; 3412861; 3415776; 3415782; 3415871; 3418119; 3433225; 3443347; 3443353; 3443376; 3445978; 3446127; 3449864; 3451105; 3452889; 3460682; 3460699; 3482382; 3519808; 3519814; 3520912; 3544083; 3630434; 3630440; 3630457; 3630486; 3632195; 3632203; 3632226; 3632315; 3865982; 3877270; 3883158; 3887357; 3887788; 3887794; 3891465; 3892453; 3892476; 3931176; 3931182; 3931199; 3931242; 3931271; 3931288; 4120729; 4120735; 4120818; 4120824; 4120830; 4172873; 4172896; 4172904; 4443504; 4443510;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		4704442; 4704459; 5372551; 5392016; 5392022; 5392039; 5395167; 5395173; 5395196; 5395204; 5395210; 5395227; 5395316; 5395322; 5450972; 5450989; 5450995; 5451026; 5457922; 5464075; 5464081; 5464098; 5464106; 5464112; 5466594; 5466602; 5466625; 5466631; 5466648; 5466654; 5466660; 5466677; 5537816; 5537822; 5537839; 5537845; 5537851; 5537868; 5537874; 5537880; 5537897; 5537905; 5537911; 5537928; 5543550; 5543567; 5745839; 5745845; 5745851; 5850789; 5850832; 5861563; 5861586; 5867910; 6060026; 6060032; 6060049; 6060055; 6060061; 6060078; 6060084; 6060090; 6060109; 6330129; 6330135; 6330141; 6330158; 6342115; 6344410; 6455859; 6455865; 6455871; 6455888; 6455894; 6455902; 6455919; 6455925; 6455931; 6455948; 6455954; 6455977; 6637939; 6690655; 6690661; 6690678; 6690684; 6690690; 6690715; 6690721; 6704618; 6704624; 6704819; 6704825; 6704848; 6704854; 6704877; 6704883; 6705055; 6705061; 6705078; 6705090; 6705150; 6705167; 6705173; 6705196; 6717489; 6717495; 6717503; 6717526; 6717532; 6717549; 6717555; 6717561; 6717578; 6718709; 6718715; 6718721; 6718738; 6718744; 6718750; 6718767; 6718773; 6718796; 6727708; 6731555; 6767062; 6784824; 6784830; 6784847; 6787165; 6787171; 6787188; 6787194; 6787202; 6787219; 6787225; 6787231; 6794248; 6794254; 6794260; 6794277; 6794283; 6794308; 6794314; 6794320; 6794343; 6794366; 6794372; 6798602; 6798619; 6798625; 6798631; 6798648; 6798654; 6802350; 6802367; 6802373; 6802396; 6802404; 6802410; 6802427; 6802433; 6802456; 6892867; 6892873; 6897669; 6897793; 6897882; 6897907; 6898048; 6898195; 6898203; 6898290; 6898309; 6912162; 6912216; 6912222; 6912239; 6912245; 6912268; 6912274; 6912280; 6912328; 7022973; 7022996; 7023004; 7023056; 7023062; 7023079; 7116384; 7198991; 7199068; 7199140; 7199163; 7199186; 7199192; 7199200; 7200989; 7201026; 7201977; 7202037; 7214661; 7263493; 7263501; 7263518; 7263524; 7263530; 7263547; 7263553; 7263576; 7263582; 7275616; 7275622; 7275639; 7275645; 7275651; 7275668; 7275674; 7281137; 7281143; 7281166; 7281172; 7281203; 7281226; 7281255; 7281261; 7281278; 7287401; 7287418; 7287424; 7287430; 7287447; 7287499; 7287507; 7287513; 7287536; 7292388; 7292394; 7292402; 7292419; 7292425; 7292431; 7292448; 7292454; 7317390; 7317409; 7377274; 7377280; 7377297; 7377305; 7377311; 7377328; 7377334; 7377340; 7377357; 7425582; 7558308; 7558314; 7558320; 7578481; 7578558; 7578564; 7625789; 7631815; 7631821; 7633174; 7633197; 7688809; 7688815; 7688821; 7689111; 7757284; 7764717; 7773509; 7773515; 8819544; 8819745; 9007860; 9066443; 9191272; 9191289; 9223055; 9225249; 9225255; 9225261; 9391054; 9391060; 9391077; 9391108; 9391114; 9391137; 9391166; 9391189; 9391195; 9428225; 9428231; 9428248; 9428254; 9428260; 9488078; 9488084; 9488090; 9493990; 9494009; 9494021; 9494038; 9494044; 9494050; 9494268; 9494274; 9494280; 9495078; 9708798; 9708806; 9708812; 10145107; 10145113; 10145136; 10145142; 10145159; 10145165; 10145171; 10145188; 10145194; 10389045
N06AX18	Reboxetin	839079; 839085; 839091; 1061009; 1061015; 1061021; 1509467; 1509473; 1509496; 1534531; 1534548; 1534554; 1534873; 1534896; 1546296; 1546304; 1546310; 1577724; 1577807; 1577813; 1577888; 2454490; 2454509; 2454981; 2528372; 2528389; 2528395; 2528403; 3223367; 3223456; 3223462; 5504596; 5504604; 7265291; 7265316; 7265322; 7729299; 7729425; 8755459; 8755471; 8797274; 10094321; 10094338; 10094344
N06AX21	Duloxetin	104484; 203559; 203565; 203571; 203588; 225325; 348513; 363352; 394105; 397687; 403531; 403548; 429192; 429200; 565009; 634087; 636293; 636301; 770531; 770548; 797837; 834159; 896769; 896781; 985906; 991137; 991166; 1010437; 1097007; 1138829; 1170276; 1170282; 1170299; 1170307; 1564064; 1575168; 1852857; 1937720; 1938582; 2187669; 2579010; 2582791; 2844423; 3140026; 3426969; 3427041; 3882495; 3882503; 4049115; 4049121; 4165436; 4165442; 4165459; 4355668; 4659492; 4659523; 4659569; 4761670; 4862603; 4866423; 4927320; 4957611; 4957628; 4965237; 4978814; 5025080; 5026033; 5124511; 5500546; 5500569; 5504834; 5504840; 5504857; 5504863; 6059773; 6143278; 6143284; 6152254; 6439033; 6439056; 6560102; 6560591; 7023990;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7024162; 7176707; 7176742; 7176759; 7177339; 7288398; 7288406; 7288412; 7355893; 7424111; 7424128; 7424157; 7517769; 7717304; 7717310; 7729230; 7729247; 7729253; 7729276; 7757290; 7769577; 7769583; 8444179; 8467476; 8467482; 8467499; 8491026; 8877949; 9000823; 9000846; 9000852; 9091493; 9224008; 9224020; 9237181; 9237198; 9237206; 9241283; 9241308; 9320634; 9332809; 9527803; 9529096; 9529104; 9529110; 9544434; 9544440; 9636136; 9636194; 9636314; 9636320; 9637029; 9637035; 9640942; 9640959; 9709792; 9711168; 9711174; 9711582; 9729547; 9739497; 9739505; 9740721; 9740738; 9896825; 9896966; 10005168; 10005234; 10005263; 10019710; 10019727; 10220470; 10399581; 10405212; 10530905; 10744339
N06AX22	Agomelatin	6935192; 6935200; 7338914; 7697843; 7697866; 8796837; 8922615; 8922621; 9003879; 9003885; 9237123; 9237146; 9435142; 9435159; 9505693; 9505701; 9744044; 9927603; 9928838; 9928844; 10006280; 10356123; 10356146
N06BA02	Dexamfetamin	9303274; 9303280
N06BA04	Methylphenidat	428809; 428991; 429223; 429252; 429269; 734802; 881495; 943807; 1208642; 1208694; 1208777; 1299018; 1348188; 2262081; 2262098; 2262106; 2262112; 2262129; 2262135; 2328472; 2328489; 2328495; 2328578; 2387807; 2388126; 2388155; 2388190; 2388215; 2744710; 2744756; 2842045; 2842051; 2842068; 3443028; 3443040; 3460067; 3460191; 3649304; 3806229; 3806235; 3806258; 3806264; 3806270; 3806287; 3943618; 3943624; 3943630; 3943647; 3944026; 4608365; 4608371; 4608388; 4793291; 4793316; 5900441; 6681596; 6681604; 6876153; 6905400; 6970716; 6970745; 6970751; 6970768; 6970774; 6970780; 6970805; 6970811; 6970863; 6970886; 6970892; 6971495; 6973620; 6974306; 7008708; 7313363; 7313386; 7313512; 7313529; 7313535; 7313558; 7313564; 7313570; 7313593; 7350016; 7350022; 7350039; 8822167; 9621117; 9621123; 10002566; 10020481; 10020506; 10020512; 10020529; 10020535; 10020564; 10020570; 10067100; 10067123; 10067152; 10327328; 10327334; 10327363; 10327386; 10533097; 10533128
N06BA05	Pemolin	707515
N06BA07	Modafinil	44055; 44061; 4603965; 5357273; 5357296; 5357304; 7290739; 7291213; 7291236; 9292085; 9292091; 9292116; 9292139; 9292145; 9292151; 9924898; 9925248; 9925254
N06BA09	Atomoxetin	1137008; 3881484; 3881490; 4192769; 4192775; 4192781; 4192798; 4192806; 4192812; 4192829; 4192858; 4192870; 5124652; 5124712; 5124764; 5124787; 5124899; 5124913; 5124942; 5125031; 5125048; 5371310; 5371327; 5371764; 5371770; 5389847; 5389853; 5389876; 6102463; 6105390; 6105409; 6130270; 7176392; 9156146; 9156152; 9156175; 9156181; 9156198; 9156206; 9156212; 9743903; 10180026; 10304764; 10304770; 10325915; 10325938; 10325944; 10355537; 10355543; 10713652; 10713669; 10713675
N06BA12	Lisdexamfetamin-dimesilat	9702407; 9702413; 9702436
N06BC	Phytopharmakon	8508637
N06BC01	Coffein	2756794; 2756802; 4006235; 4584653; 4584676
N06BX01	Meclofenoxat	1278602; 4908067; 4908096; 7434196; 7434204
N06BX02	Pyritinol	193884; 586744; 1250561; 2584146; 4862336; 4862342; 4862359; 4862365; 6156045; 6156068; 6606258; 6606264; 7333779; 8438084; 8791722; 8791828; 8791834; 8924206; 8924212

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06BX03	Piracetam	43883; 43908; 59140; 59157; 177371; 177388; 177394; 177402; 177419; 177425; 202399; 729008; 729020; 729043; 729072; 800396; 800410; 800433; 878665; 878671; 878688; 886156; 886179; 1086736; 1167179; 1167185; 1200505; 1200511; 1243294; 1289965; 1289971; 1289988; 1289994; 1290000; 1290017; 1290069; 1290075; 1290081; 1290098; 1290106; 1391267; 1391356; 1391468; 1391592; 1658523; 1663056; 1663062; 1663079; 1663091; 1663116; 1663122; 1755976; 1755982; 1756007; 1756013; 1887241; 1887258; 1889300; 1889317; 1889352; 2003184; 2170775; 2190105; 2196208; 2196220; 2196266; 2238510; 2238527; 2238964; 2334053; 2465358; 2506293; 2506301; 2526261; 2799303; 2799326; 2799332; 2799349; 2799355; 2799361; 3006204; 3006210; 3009065; 3009071; 3010683; 3010708; 3010714; 3023616; 3023622; 3089489; 3089495; 3101440; 3112840; 3112857; 3112863; 3116298; 3116306; 3156702; 3187654; 3196570; 3196587; 3218573; 3218596; 3218604; 3257202; 3295036; 3302486; 3831546; 3872864; 3872870; 3911185; 3911216; 3928151; 3942464; 3972689; 4034131; 4034148; 4174429; 4174441; 4174458; 4174464; 4301158; 4301170; 4302330; 4302347; 4382257; 4461689; 4597294; 4601469; 4601481; 4653331; 4674830; 4676504; 4676510; 4765521; 4765538; 4843327; 4843385; 4843391; 4944583; 4944608; 4944620; 4944637; 4963132; 4963149; 4963161; 6110735; 6154218; 6154230; 6192236; 6192242; 6192259; 6192265; 6192288; 6192294; 6343971; 6616593; 6616601; 6616794; 6616802; 6621909; 6730001; 7106807; 7108700; 7112707; 7277331; 7382536; 7382542; 7382559; 7464079; 7464085; 7500734; 7500740; 7505393; 7511927; 7526171; 7526194; 7549947; 7569714; 7626866; 7626872; 7668764; 7668770; 7726639; 7726645; 8516884; 8516890; 8516909; 8534959; 8534965; 8617473; 8617496; 8617504; 8764470; 8764487; 8896906; 9123566; 9123589; 9223109; 9322521; 9322538; 9322544; 9322567; 9519933; 10261718; 10261747
N06BX04	Deanol	1556001; 1556024; 4630181; 4630198
N06BX18	Vinpocetin	4005201; 4290673
N06DA01	Tacrin	349458; 447741; 447758; 6627094; 6627102; 6627125; 6627160; 6627208
N06DA02	Donepezil	432774; 450200; 474910; 486899; 491038; 491044; 1086239; 1086251; 1086268; 1094612; 1325968; 1325980; 1399458; 1399470; 1399501; 1499237; 1499243; 1499266; 1603858; 1603864; 1603870; 1647873; 1647910; 1647979; 1647991; 1699539; 1903690; 1903709; 1903715; 2205025; 2205048; 2205060; 2448302; 2448638; 2448644; 2457809; 2457815; 2475150; 2923967; 2923973; 2953514; 3147904; 3208824; 3264076; 3264082; 3264099; 3552562; 3644927; 3644956; 3644985; 3645401; 3702493; 3864646; 4054553; 4054576; 4934225; 4934231; 4934248; 4934254; 5041127; 5117735; 5117741; 5370859; 5370865; 5370871; 5370888; 5504171; 5504188; 5515424; 5515430; 5515447; 5549050; 5555398; 5972587; 5972593; 5972601; 5993833; 5993856; 5993862; 6058503; 6058532; 6307550; 6309069; 6434857; 6434892; 6434900; 6434917; 6434923; 6434946; 6435762; 6435779; 6451643; 6451666; 6451689; 6705948; 6705954; 6705960; 6907600; 6907617; 7373365; 7373371; 7373402; 7373483; 7406047; 7406053; 7516907; 7532088; 7577139; 7577145; 7577429; 7577435; 7577441; 7728733; 7728756; 8490512; 8490529; 8490535; 8490541; 8490558; 8490564; 8490570; 8845263; 8845286; 8845292; 8845300; 8845317; 8845323; 8850146; 8850152; 8850169; 8850175; 8850181; 8850198; 8878883; 8878908; 8878920; 8878937; 8878943; 8878972; 8885251; 8885268; 8885274; 8885280; 8885297; 8885305; 8885570; 8885587; 8885593; 8885601; 8885624; 8885630; 8885647; 8885653; 8885676; 8885682; 9231072; 9231089; 9231095; 9231126; 9231132; 9231149; 9231155; 9231178; 9231184; 9231209; 9232539; 9232545; 9232551; 9232568; 9232663; 9232686; 9232692; 9232700; 9232717; 9232723; 9272728; 9272734; 9272740; 9272763; 9272786; 9282359; 9282365; 9282371; 9282388; 9282394; 9282402; 9285441; 9285458; 9285464; 9285470; 9285487; 9285493; 9293831; 9293854; 9293860; 9293877; 9297332; 9297349; 9297361; 9297378; 9300040; 9300057; 9302435; 9302441; 9302458; 9302470; 9302487; 9302493; 9312540; 9312557; 9312563; 9312586; 9312592; 9312600; 9320640; 9320663; 9320686;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		9320746; 9320752; 9320769; 9322219; 9322225; 9322231; 9322248; 9322254; 9322260; 9322277; 9322283; 9322308; 9322314; 9322320; 9322337; 9335251; 9335268; 9335274; 9335280; 9335297; 9335305; 9373895; 9373903; 9373926; 9373932; 9373949; 9373955; 9374133; 9374156; 9374162; 9374179; 9374185; 9374191; 9374216; 9374239; 9374245; 9374251; 9374268; 9374280; 9375440; 9375457; 9381943; 9381966; 9381972; 9382003; 9382032; 9382049; 9382078; 9382090; 9382109; 9382138; 9382144; 9382150; 9391373; 9391396; 9391404; 9391410; 9391427; 9391433; 9425623; 9425646; 9425652; 9425669; 9425675; 9425681; 9442567; 9442573; 9442596; 9442604; 9442610; 9442627; 9475615; 9475621; 9475638; 9475644; 9475650; 9475667; 9475673; 9475696; 9475704; 9475710; 9477198; 9477212; 9477229; 9477241; 9487156; 9487162; 9487179; 9487185; 9487191; 9487216; 9529819; 9529825; 9531414; 9531437; 9531443; 9531466; 9531472; 9531489; 9722551; 9739847; 9739853; 9739876; 9739882; 9739899; 9739907; 9769707; 9769713; 9769736; 9769742; 9771271; 9771288; 9771294; 9771302; 9771319; 9771325; 10004677; 10004683; 10044323; 10044346; 10044352; 10044369; 10057751; 10057768; 10057774; 10057780; 10057797; 10057805; 10358346; 10358352; 10630179
N06DA03	Rivastigmin	200466; 449102; 491050; 491096; 523057; 523063; 523092; 523152; 1352178; 1352190; 1352310; 1647726; 1647749; 1683538; 1683685; 1805591; 1805622; 1805668; 1806136; 1806923; 1807271; 1807354; 1810847; 1897469; 1897475; 2167767; 2297033; 2297056; 2533640; 3051127; 3051765; 3052150; 3052279; 3052351; 3053066; 3058299; 3277564; 3719298; 3921255; 4001025; 4033864; 4133488; 4133755; 4134387; 4134393; 4134418; 4134424; 4134453; 4134476; 4706381; 4706398; 4706406; 4706412; 4706429; 4706435; 4708701; 4708718; 4708724; 4708730; 4708747; 4708776; 4709853; 4709876; 4709882; 4709899; 4709907; 4709913; 4911678; 4911684; 5548984; 5548990; 5549009; 5549015; 5549021; 5549038; 5859075; 5859098; 6078799; 6106372; 6106389; 6106395; 6106403; 6106426; 6106432; 6407518; 6407524; 6407725; 6436632; 6436655; 6436678; 6588856; 6683804; 6683810; 6706304; 6733637; 6733643; 6733666; 6733672; 6830091; 6830116; 7287298; 7343016; 7405929; 7405935; 7405958; 7405964; 7405987; 7405993; 7406018; 7406024; 8608511; 8608528; 8608534; 8608540; 8608557; 8608563; 8608586; 8608592; 8608600; 8608617; 8608623; 8608646; 8628206; 8628212; 9000875; 9000881; 9000898; 9000906; 9000912; 9000929; 9000935; 9063309; 9063315; 9086888; 9086894; 9086902; 9086919; 9086925; 9086931; 9086948; 9086954; 9086960; 9086977; 9230173; 9230196; 9230204; 9230210; 9230227; 9230233; 9230279; 9230316; 9230322; 9230345; 9230351; 9230368; 9266751; 9266768; 9266780; 9266797; 9266811; 9266828; 9266840; 9266863; 9289249; 9289255; 9289261; 9289278; 9289284; 9289290; 9289309; 9289315; 9302553; 9305184; 9305190; 9305209; 9305215; 9313410; 9313427; 9313433; 9313479; 9313485; 9313516; 9313522; 9313551; 9322573; 9322596; 9322604; 9322610; 9322627; 9322633; 9322656; 9322662; 9322679; 9322685; 9322691; 9322716; 9322722; 9332146; 9332152; 9332169; 9332175; 9332181; 9332198; 9332206; 9332212; 9436259; 9436265; 9439855; 9439861; 9439884; 9439890; 9439915; 9439921; 9439944; 9439950; 9482259; 9482265; 9482271; 9482288; 9482294; 9482302; 9482319; 9482325; 9530610; 9530627; 9530633; 9530656; 9530716; 9530780; 9530811; 9530840; 9544256; 9544279; 9544285; 9544291; 9544316; 9544322; 9544339; 9544345; 9708456; 9708462; 9708479; 9708485; 9708516; 9708522; 9724030; 9724047; 9724076; 9724082; 9724107; 9724113; 9724142; 9724159; 9739669; 9739675; 9739681; 9739698; 9739706; 9739712; 9739729; 9739735; 9750808; 9750814; 9750843; 9750866; 9750895; 9750903; 9750949; 9750955; 9777457; 9777463; 9923686; 9923692; 9923700; 9923723; 9923746; 9923752; 9929588; 10005458; 10005470; 10005518; 10005553; 10041804; 10041810; 10041827; 10041833; 10041856; 10041862; 10126251; 10126268; 10126274; 10181190; 10181209; 10181215; 10181221; 10187525; 10187531; 10187548; 10187554; 10187560; 10187577; 10204117; 10204123; 10204146; 10206582; 10206613; 10206636; 10206642; 10286799; 10309448; 10315638; 10315650; 10315667; 10315673; 10342196;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		10342204; 10385283; 10398707; 10398713; 10398736; 10398742; 10408268; 10408274; 10408280; 10408297; 10411678; 10524856; 10524885; 10524891; 10542340; 10547225; 10547231; 10547248; 10547254; 10547260; 10547277; 10552775; 10709538; 10709544; 10712322; 10712339; 10712345; 10712374; 10792404; 10792433; 10792456; 10792462; 10792479
N06DA04	Galantamin	72169; 645062; 675324; 676068; 1178510; 1178556; 1416139; 1416145; 1416174; 1416228; 1528594; 1528619; 1533655; 1545090; 1809838; 1812355; 1888565; 1888571; 1888588; 2288494; 2449448; 2558574; 2558597; 3866728; 3866734; 3866740; 3866757; 3866763; 3866846; 4110671; 4110688; 4307095; 4512702; 5371818; 5371876; 5484965; 5484971; 5484988; 5484994; 5491296; 5491310; 5857455; 5857478; 5857484; 5960897; 6083257; 6083286; 6088964; 6111491; 6111516; 6111522; 6195016; 6195401; 6438967; 6438973; 6785870; 6786935; 6838158; 6838170; 6838187; 6919968; 6919974; 6966548; 6976096; 7335815; 7335844; 7731451; 7731468; 7731474; 8755407; 8755442; 8755494; 8755519; 8755554; 8755577; 9012849; 9012855; 9193383; 9193414; 9193420; 9193437; 9232479; 9232485; 9232491; 9232516; 9232522; 9233007; 9233013; 9233036; 9233042; 9233059; 9264976; 9300063; 9300086; 9300092; 9300100; 9301878; 9302010; 9302033; 9302056; 9302079; 9302091; 9303015; 9303021; 9303038; 9303044; 9303050; 9303452; 9303481; 9303506; 9303535; 9381742; 9381771; 9381788; 9381819; 9381854; 9381883; 9381914; 9385651; 9385674; 9385680; 9385697; 9385705; 9422642; 9422702; 9426686; 9426692; 9426700; 9426723; 9426746; 9426752; 9426775; 9426781; 9426798; 9483419; 9483425; 9483448; 9530136; 9530188; 9530194; 9530202; 9530219; 9531650; 9531667; 9531673; 9531696; 9531704; 9632842; 9632859; 9632871; 9632888; 9632902; 9692784; 9692809; 9692815; 9723846; 9723852; 9723875; 9723898; 9723912; 9901590; 9935519; 9941626; 9941649; 9941655; 10071001; 10228773; 10228796; 10408908
N06DP01	Ginkgo biloba Blätter-Trockenextrakt	10300; 67429; 67435; 67441; 67458; 67464; 67470; 75216; 78976; 78982; 244156; 244162; 244179; 291687; 291701; 449220; 669737; 784763; 788330; 789105; 789281; 811661; 812560; 812577; 812608; 930584; 930590; 930609; 975339; 975345; 975351; 1229986; 1229992; 1230015; 1241792; 1241800; 1635870; 1635887; 1635893; 1635901; 1635918; 1635924; 1682680; 1683030; 1683225; 1683461; 1683751; 1684012; 1902578; 1902650; 1902667; 1902673; 1902704; 2293785; 2293791; 2293816; 2456885; 2563405; 2563411; 2563428; 2650771; 2650788; 2650794; 2739577; 2739732; 2739755; 2886172; 2886189; 3362442; 3379106; 3428796; 3428804; 3428891; 3910180; 3910205; 3910211; 4074952; 4074969; 4074975; 4247370; 4355303; 4369216; 4369222; 4369251; 4405998; 4420271; 4507747; 4595088; 4595094; 4666546; 4666552; 4666569; 4751795; 4751803; 4751826; 4791369; 4791375; 4994374; 4994380; 4998923; 4998946; 4998952; 5016193; 5101295; 5101303; 5486415; 5486421; 5486438; 5486444; 5486450; 6189211; 6342641; 6342658; 6342670; 6617322; 6680792; 6680800; 6680817; 6680823; 6680846; 6680852; 6680869; 6680875; 6680881; 6680898; 6680906; 6680912; 6718193; 6718201; 6817802; 6817819; 6817825; 6958738; 6958767; 6958773; 6966749; 6966755; 6966761; 6966790; 6966809; 6994208; 6994326; 6994332; 6995567; 6995573; 6995981; 6995998; 6997431; 6997448; 6997891; 7137179; 7137185; 7210545; 7210551; 7210568; 7258730; 7258747; 7314374; 7314701; 7314718; 7314724; 7368358; 7368364; 7411806; 7411812; 7411829; 7442468; 7446696; 7446704; 7519544; 7519550; 7525668; 7525697; 7525705; 7579983; 7580006; 7580012; 7580029; 7617844; 7632909; 7632915; 7682333; 7682356; 7736483; 7736508; 7752016; 7752039; 7752045; 8472767; 8472773; 8601035; 8613357; 8692575; 8828454; 8832734; 8858834; 8863752; 8863893; 8864415; 8868198; 8896007; 8896013; 8896036; 8896065; 8896071; 9206482; 9206631; 9206654; 9206677; 9312942; 9921888; 9921894; 9921902; 9921931; 9921948; 9921954; 9921960; 9921977; 9921983; 9922008; 9922014; 9922020; 10203796

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N06DX01	Memantin	106170; 143024; 143030; 143053; 143076; 143099; 143107; 143136; 146620; 146637; 146643; 146672; 146689; 146695; 146703; 146726; 883956; 883962; 883979; 883985; 1699953; 1699976; 1700024; 2157585; 2157734; 2157792; 2158892; 2160009; 2650268; 2650311; 2650340; 2650357; 2738767; 2738773; 2738810; 2738827; 4024569; 4469389; 4469395; 4469426; 4469449; 4469461; 4469478; 4704548; 4704554; 4704560; 4704577; 4704583; 4704608; 4704979; 4704991; 4706458; 4706464; 4706470; 4706487; 4706493; 5024241; 5024270; 5024287; 5024293; 5024353; 5024407; 5108601; 5108676; 6470971; 6581558; 6581564; 6686895; 6686903; 6686949; 6809636; 6828289; 6828295; 6828326; 6828332; 6939681; 6939729; 7090472; 7333176; 7333294; 7333302; 7333325; 7415218; 7619406; 7693561; 7693638; 7747475; 7747481; 7788936; 8455674; 8455680; 8455697; 8455705; 8456076; 8456082; 8456099; 8456107; 8769237; 8769734; 8806530; 8806547; 8806553; 8806576; 8806582; 8872550; 8930767; 9234946; 9328601; 9328618; 9333660; 9333683; 9421594; 9435863; 9507781; 9507798; 9533956; 9533962; 9605561; 9605578; 9607086; 9628674; 9628680; 9637785; 9637791; 9637816; 9637822; 9637839; 9637845; 9637851; 9637868; 9677750; 9751788; 9751794; 9751819; 9751825; 9751831; 9751848; 9759100; 9759117; 9759146; 9759152; 9759169; 9759175; 9764650; 9774795; 9775151; 9885135; 9885141; 9885158; 9885164; 9890099; 9890107; 9890113; 9890136; 9890188; 9890202; 9890231; 9890248; 9890260; 9890277; 9890283; 9890308; 9893465; 9893471; 9893488; 9893494; 9921003; 9923120; 9923203; 9923226; 9923232; 9923255; 9923261; 9923278; 9923309; 9923315; 9923338; 9923479; 9923516; 9923522; 9929708; 9929714; 9929720; 9929737; 9929743; 9929766; 9929789; 10005731; 10005748; 10005978; 10015592; 10015600; 10066247; 10067867; 10067896; 10067904; 10067910; 10067927; 10079965; 10079971; 10079988; 10080046; 10080052; 10080081; 10084363; 10084386; 10084392; 10084400; 10084417; 10084423; 10089449; 10089455; 10092374; 10092380; 10118240; 10130330; 10131565; 10131588; 10141983; 10142008; 10142014; 10142020; 10142037; 10142043; 10142296; 10142304; 10142310; 10142327; 10147299; 10147307; 10147313; 10147336; 10147342; 10147365; 10147394; 10184030; 10184047; 10184053; 10184076; 10198664; 10228572; 10228589; 10256321; 10261150; 10273058; 10273064; 10273673; 10273696; 10273704; 10273710; 10273727; 10273733; 10273756; 10273762; 10273779; 10273874; 10273880; 10273897; 10273905; 10299810; 10302713; 10302742; 10313272; 10381262; 10381279; 10381285; 10381291; 10402834; 10402886; 10402923; 10537801; 10537818; 10546527; 10708912; 10965833
N06DX07	Dihydroergotoxin	507124; 1665859; 1880405; 1954026; 1954032; 2000406; 2098322; 2098345; 2159302; 2159319; 2179871; 2179888; 2185624; 2467357; 2467363; 2483385; 2483391; 2573160; 2702143; 2702166; 2702189; 2702195; 2702203; 2702226; 2702232; 2702249; 2767906; 2767912; 2767929; 2781645; 2781651; 3029027; 3029085; 3029091; 3029116; 3083877; 3083883; 3112751; 3133078; 3133084; 3312160; 3312177; 3318961; 3318978; 3318990; 3319009; 3319021; 3319038; 3389659; 3421819; 3421825; 3421831; 3421854; 3421860; 3421877; 3421883; 3450212; 3450229; 3522957; 3522963; 3628561; 3796608; 3796614; 4275343; 4563007; 4563332; 4938826; 4938832; 4938849; 4938855; 4938861; 4938878; 4959969; 4959975; 6182692; 6182717; 6182746; 7389082; 7389099; 7487962; 7487979; 8874543; 8874566
N06DX10	Kälberblutextrakt	11676; 1459717; 1925473; 1925556; 1925562; 2398024; 2499742; 6171228; 6171257; 6171263; 6171352; 6171369; 6171398; 6171406; 6171435; 6171441
N06DX12	Cinnarizin	1906168; 2570598; 3142640; 3411815; 3412016
N06DX13	Nicergolin	600740; 600757; 600763; 1267165; 1267171; 1267188; 1391422; 2846327; 2846333; 2846356; 3045813; 3652648; 3652654; 3652660; 3652683; 3652708; 3756046; 3756052; 3756075; 3756081; 4266634; 4266663; 4353942; 4895086; 4895092; 4895100; 4901326; 4901332; 4901349; 4923693; 6154388; 6154394; 6154419; 6154425; 6338846; 6338852; 6338869; 6616587; 6616788; 6869437; 6869466; 6869472; 7113339; 7113345; 7268148; 7268154; 7268160; 7284905;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7284911; 7284928; 7284957; 7284963; 7284986; 7333897; 7333905; 7333911; 7347801; 7347818; 7347824; 7383961; 7383978; 7383984; 7384009; 7384015; 7396159; 7461201; 7461218; 7461224; 7626843; 8770016; 8770022; 8828098; 8828106; 8830209; 8830215; 8830221; 8853274; 8853280; 8853417; 8853423; 8898940; 8898957; 8898963
N06DX18	Nimodipin	114241; 114258; 114287; 122714; 122720; 122737; 165310; 165327; 165333; 168308; 168314; 1423027; 1423033; 1423056; 1549946; 1549952; 1549969; 2421964; 2421970; 2421987; 3061628; 3061634; 3061640; 4083135; 4083141; 4083158; 4123277; 6151361; 6151378; 6151384; 6608139; 6608145; 6608151; 7435089; 7435095; 7435103; 7435126; 7435132; 7435149; 8778420; 8778437
N06DX19	Dihydroergocristin	2466990; 3946083
N06DX20	Schweinehirnex- trakt	193186; 1915629; 2452692; 2452723; 4114864; 6156022; 7290395

## Liste PZN\_Antipsychotika

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05A Antipsychotika (außer N05AD08, N05AL03, N05AN)		
N05AA02	Levomepromazin	720906; 720935; 1263925; 3069245; 3221003; 3221026; 3221032; 3221049; 3221055; 3221061; 3221121; 3415345; 3415351; 3415368; 4912436; 6867473; 6867496; 6875053; 7228367; 7229237; 7229243; 7229266; 7464056; 8668306; 8668312; 8668329; 8668335; 8691707; 8691713
N05AB02	Fluphenazin	259287; 259293; 643844; 643904; 1163052; 1290023; 1290052; 1403220; 1403272; 1435415; 1594763; 1852277; 1952458; 2246886; 2246892; 2421421; 2501255; 2501261; 2525089; 2525095; 2525103; 2525126; 2525132; 2525149; 2525155; 2718865; 2755501; 2755518; 2755530; 2755547; 3087705; 3087711; 3087740; 3087757; 3390102; 3390119; 4247051; 4247068; 4247097; 4272712; 4523841; 4523858; 4935584; 4935590; 4935621; 4935638; 4935650; 6324206; 6324212; 7192333; 7192356; 7192362; 7192379; 8515459; 8515465; 8515471; 8515488; 8523648; 8998564; 8998570
N05AB03	Perphenazin	69339; 70466; 76919; 77190; 113000; 113017; 113023; 122890; 193950; 258916; 261870; 261976; 262013; 290995; 366296; 426130; 426176; 1250526; 1250532; 1981129; 1981135; 1981141; 2098701; 2098718; 2098724; 2111927; 2454082; 2501350; 2521039; 2521045; 3444890
N05AB10	Perazin	1006772; 1006803; 1006890; 1488771; 2491172; 2491189; 2525161; 2525178; 2525184; 2549575; 2549598; 2549612; 4916983; 4917008; 4917014; 4917089; 6867378; 6867384; 6867390; 6867421; 6867438; 6867444; 7229295; 7229303; 7229326; 7229332
N05AC02	Thioridazin	80080; 119362; 124185; 124191; 124216; 124245; 124251; 600421; 666845; 666851; 666934; 666986; 666992; 667069; 667075; 667112; 902820; 902837; 902843; 902866; 1097289; 1097295; 1097303; 1240321; 1240338; 1247754; 1247872; 1499929; 1499993; 2508458; 2508464; 2508470; 2508487; 3064673; 3076110; 3086574; 3086692; 3096839; 3096845; 3239380; 3416273; 3424060; 3479374; 3479380; 3479397; 3532482; 3740022; 3846565; 3846571; 3883081; 3883098; 3883106; 3883112; 3883129; 3885625; 3885631; 3885648; 3885654; 3885660; 4341643; 4341666; 4341672; 4341689; 4341695; 4475349; 4475355; 4513340; 4658699; 4658707; 4658713; 4658742; 4923948; 4958734; 4958740; 4958757; 4958763; 4958786; 6865221; 6865238; 6865244; 6896150; 7229355; 7229361; 7229378; 7239106; 7313191; 7354698; 7537571; 7565917; 7565923; 7565946; 7613071; 7613088; 7715009; 7715015; 7731250; 8594619; 8781971; 8781988; 8863249; 8874945; 8915696; 8915710; 8915727; 8915756; 8926116; 8926122; 8926139
N05AD01	Haloperidol	276736; 276759; 276771; 499264; 550338; 550344; 696378; 696384; 834722; 1007369; 1007375; 1255972; 1255989; 1256003; 1322622; 1329475; 1329506; 1329529; 1329535; 1332313; 1359134; 1487576; 1854678; 1856849; 1856890; 1912996; 1913004; 1958633; 1958656; 1978038; 1978044; 1978050; 1978067; 2003221; 2003238; 2018010; 2055583; 2055614; 2084389; 2084403; 2084432; 2084455; 2084484; 2161138; 2161144; 2376695; 2376703; 2376732; 2376749; 2478148; 2571830; 2571847; 2652416; 2652422; 2652439; 2652445; 2652451; 2652468; 3085422; 3085468; 3085474; 3085534; 3085540; 3085557; 3086516; 3086864; 3086893; 3086901; 3205493; 3215439; 3215445; 3215468; 3215480; 3215497; 3215505; 3215511; 3305094; 3305102; 3316235; 3316241; 3324269; 3412878; 3417775; 3424657; 3425266; 3426231; 3426248; 3426254; 3479262; 3479279; 3479285; 3479457; 3530537; 3912747; 3912753; 3996106; 3996112; 4110984; 4256185; 4256191; 4266806; 4266812; 4266829; 4266835; 4266858; 4274881; 4274898; 4274912; 4274929; 4274935; 4274941; 4288133; 4313084; 4334146; 4361574; 4389986; 4432239; 4463470; 4497411; 4556929; 4559649; 4658564; 4658570; 4815495; 4815503; 4917385; 4917391; 4935472; 4935489; 4959840; 4959857; 4985814; 6164872; 6319145; 6319151; 6319174; 6319429; 6319984; 6320183; 6320208; 6320214; 6320243; 6341096; 6341104; 6341110;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		6341127; 6631227; 6631233; 6631256; 6649569; 6867119; 6951819; 6951825; 6951854; 6951860; 6969334; 7120747; 7120836; 7120842; 7120859; 7149308; 7149314; 7233434; 7233440; 7286608; 7286614; 7305518; 7305524; 7305530; 7305547; 7305553; 7305576; 7305808; 7305814; 7373218; 7373342; 7421762; 7565544; 7565550; 7626889; 8438121; 8536065; 8540523; 8635985; 8635991; 8636016; 8636022; 8636039; 8636045; 8636068; 8636074; 8636080; 8636097; 8636105; 8636111; 8672070; 8672087; 8767623; 8772162; 8781681; 8781698; 8874483; 8874508; 8912999; 8913007; 8913065; 10072029
N05AD03	Melperon	68386; 68392; 68400; 68417; 68423; 68446; 68452; 91528; 91534; 91646; 91652; 91669; 91675; 157954; 157960; 157977; 157983; 158008; 158020; 164285; 164291; 164960; 181361; 181378; 181384; 181390; 181421; 181438; 197698; 197712; 197729; 197735; 197847; 197853; 197876; 197899; 256722; 300239; 300251; 300268; 300274; 300280; 424042; 519966; 556938; 564961; 659727; 668287; 668293; 668301; 668318; 668324; 668330; 704020; 813602; 824729; 824735; 826131; 826148; 826705; 826740; 827478; 828302; 1065415; 1067897; 1067905; 1067911; 1067928; 1068425; 1070646; 1097800; 1104339; 1104345; 1104351; 1104368; 1104374; 1296994; 1470363; 1470386; 1470392; 1470400; 1470417; 1470423; 1485838; 1485844; 1485850; 1485867; 1485873; 1485896; 1512328; 1512334; 1512340; 1562823; 1567507; 1567513; 1567536; 1586137; 1591256; 1591440; 1591500; 1798402; 1798425; 1798431; 1798448; 1798460; 1798483; 1833498; 1841121; 1847477; 1847483; 1847520; 1893419; 1893431; 1897222; 1985446; 1985452; 2019771; 2019788; 2046621; 2170396; 2458269; 2458312; 2458335; 2498671; 2744087; 2745827; 2745833; 2748027; 2748033; 2748056; 2748062; 2841896; 2841904; 2841910; 2913762; 3006345; 3006351; 3066471; 3337906; 3421989; 3421995; 3431404; 4651450; 5357451; 5968752; 6102138; 6147017; 7245093; 7245101; 7292365; 7292371; 7317243; 7317266; 7480279; 7480285; 7480291; 7480316; 7480339; 7480345; 7480351; 7601978; 8770364; 8770370; 8770387; 8770393; 8770401; 8770418; 8863203; 8865283; 8865308; 8865314; 8865337; 8865343; 8865372; 8908207; 8908213; 8908236; 8908259; 8908265; 8916690; 8916709; 8916715; 8916721; 8916738; 8916750; 9431291; 9431747; 9491301; 9491318; 9491324; 9491330; 9491347; 9491353; 9491382; 9491399; 9491407; 9491413; 9491436; 9491442; 9491459; 9491465; 10334015; 10334021; 10413921
N05AD05	Pipamperon	66111; 66128; 288857; 357156; 357334; 424622; 928239; 928245; 1023090; 1023109; 1023115; 1202409; 1202415; 1808804; 1843798; 1843806; 2424572; 2572048; 2572060; 2572083; 2572249; 2572255; 3060675; 3061841; 3062332; 3097201; 3882897; 3882905; 3962805; 4244992; 4269621; 4471593; 4542206; 4542212; 4770077; 4918918; 4918924; 4955701; 4955718; 5519706; 5556908; 5556914; 6336480; 6340151; 6340168; 6407702; 6407719; 6607128; 6861370; 6861387; 6861499; 6865178; 6865184; 6969162; 6969179; 6973637; 6978379; 6978385; 7388303; 7388326; 7596705; 7596757; 8757501; 8757576; 8873905; 8873911; 8915644; 8915650; 10266414
N05AD06	Bromperidol	65838; 1617895; 2697258; 2697264; 2697293; 2751733; 2751756; 2751779; 2751785; 2855415; 2855421; 3890187; 3890193; 4130018; 4130024; 4579793; 4958941; 4958958; 8586057
N05AD07	Benperidol	421799; 1947546; 2720017; 4463346; 4463352; 4463369; 4463375; 4463381; 4463406; 4463412; 4627687; 4627730; 4815242; 4815259; 4815265; 4815271; 6899705; 7228350
N05AE03	Sertindol	83345; 83397; 83428; 83701; 6331407; 6331413; 6331560; 6331643; 6331666; 6331838; 6331844
N05AE04	Ziprasidon	15467; 15473; 15496; 15510; 15527; 15533; 15728; 15740; 15792; 15800; 15817; 15823; 233448; 233721; 233767; 234005; 364340; 490292; 634101; 1074897; 1074911; 1154538; 1154550; 1154567; 1154573; 1154596; 1154627; 1154679; 1154716; 1154739; 1325804; 1325810; 1325827; 1325833; 1325879; 1325885; 1325891; 1325916; 1821199; 1821331; 1821466; 1821489; 1821495; 1822796;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		1824105; 1824424; 1869562; 1869622; 1870074; 1870163; 1870223; 1870341; 1873322; 1873339; 1890473; 1897647; 1897653; 1897676; 2134590; 2134609; 2137045; 2137861; 2139446; 2139452; 2139713; 2140030; 2583000; 2583017; 2583023; 2583046; 2583052; 2583069; 2583075; 2583081; 2583098; 2583106; 2583112; 2583129; 2583135; 2583170; 2727769; 2727781; 2752589; 3390556; 3904096; 3904127; 3904535; 3904558; 4052241; 4052287; 4193467; 4193473; 4193496; 4563243; 4830394; 4830402; 5388032; 5388049; 5388061; 5388078; 5396379; 5396385; 5396391; 5396416; 5450682; 5450699; 5909270; 5909287; 6057099; 6092670; 6105728; 6105734; 6339449; 6339455; 6488095; 6488103; 6488126; 6586225; 6586231; 6590586; 6590592; 6590600; 6590623; 6590646; 6590652; 6590669; 6590675; 6732997; 6733005; 6733011; 6733028; 6733034; 6733040; 6733057; 6733063; 6897267; 6925733; 6925756; 6925762; 6927755; 7626903; 7626926; 7626978; 7627015; 7732255; 7732261; 7732278; 7732284; 7761564; 7761570; 7761587; 8443151; 8856723; 8882169; 9280722; 9295592; 9295617; 9295652; 9295669; 9605207; 9605213; 9605265; 9605271; 9605288; 9605294; 9605302; 9605319; 9628272; 9666686; 9666700; 9666717; 9666723; 9709071; 9709088; 9709094; 9709119; 9709125; 9709131; 9709154; 9709160; 9709177; 9709208; 9709214; 9709220; 9750381; 9779338; 9779344; 9901443; 9901472; 9901489; 9901495; 9901503; 9901526; 9901532; 9901549; 9901555; 9927721; 9927744; 9927750; 9927767; 9927796; 9927827; 9927833; 9927891; 9927945; 9927968; 9927974; 9927980; 9947907; 9947913; 9947936; 9947942; 9947959; 9947965; 9948108; 9948114; 9948120; 9948137; 9948143; 9948166; 10073224; 10073230; 10073247; 10073253; 10405241; 10519737; 10519743; 10519766; 10519772; 10519789; 10519795; 10519803; 10519826; 10630096
N05AF01	Flupentixol	25721; 389050; 558995; 571346; 571352; 572386; 574451; 576102; 576119; 577461; 577478; 577490; 580061; 596122; 700387; 700393; 704209; 758820; 902211; 902228; 1375860; 1878578; 2096145; 2096174; 2245757; 2451474; 2715312; 2725575; 2762719; 3086491; 3132334; 3210235; 3293474; 3300174; 3339897; 3411560; 3425177; 3453570; 3522816; 4031581; 4083081; 4087707; 4087713; 4087736; 4162768; 4165206; 4178858; 4178864; 4178870; 4178887; 4178918; 4178924; 4193303; 4229202; 4355680; 4383185; 4385988; 4385994; 4885366; 4916374; 4916380; 4959550; 4959567; 4959573; 4983821; 4983838; 6309230; 6648222; 6648239; 6919856; 6957934; 6969297; 6969305; 8508850; 8508867; 8691699; 8706834; 8706840; 8778302; 8781445; 8781451; 8874276; 8874282; 9544457; 9686944; 9686950; 9686967; 9686973; 11017340
N05AF03	Chlorprothixen	105271; 258709; 258715; 1052281; 1052312; 1052341; 1052393; 1233373; 1520894; 1520902; 1520919; 1528849; 1528855; 1528861; 2411345; 2411776; 2793097; 3098910; 3098927; 4966372; 4981265; 6865474; 6865480; 7463938; 7463944; 7463950; 7463996; 7464004; 7464010; 8481200; 8481217; 8515554; 8515560; 8515577; 8645386; 8645392; 8649102; 8649119; 8898348; 8898360; 8898377; 8920094
N05AF05	Zuclopenthixol	1125028; 1125092; 1177930; 2522056; 2752543; 2752566; 3569634; 4413495; 4413549; 4413584; 4413667; 4413673; 4413710; 6585384; 6729469; 6899697; 8691653; 8691676; 8691682; 9102802; 9321792; 10930740
N05AG01	Fluspirilen	72123; 124280; 124334; 496142; 496159; 600390; 738177; 1252548; 1252554; 1256121; 1346166; 1346172; 1413738; 1413744; 1440563; 1957697; 4120793; 4985843; 6164866; 6306237; 6306243; 7519834; 7550695; 7684272; 7684289; 7691119; 7691125; 8424627; 8501397; 8600320; 8601041; 8756648; 8756737; 8769964; 8769970; 8826515; 8826521
N05AG02	Pimozid	1253275; 1253298; 1257149; 1431877; 1431908; 2424589; 3224875; 3387494; 3416480; 3463781; 3463798; 3523419; 3806436; 3806459; 3883359; 3887512; 4334672; 4386798; 4386806; 4964858; 4964864; 6648245; 6648251; 6868969; 7333851; 7415856; 7488051; 8743019; 8743048; 8875347; 8875353; 8875376

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05AH02	Clozapin	71419; 203513; 250381; 252799; 253008; 253037; 254396; 254769; 254858; 255421; 258336; 472259; 472265; 472271; 557079; 557085; 557091; 557116; 557122; 557139; 557145; 557151; 557168; 557174; 557180; 557197; 599422; 599439; 682749; 682755; 682761; 1000887; 1000893; 1124678; 1328642; 1403639; 1403645; 1403651; 1403668; 1403674; 1403680; 1403705; 1403711; 1403728; 1598117; 1598152; 1663955; 1663978; 1664073; 1664096; 1664104; 1664110; 1682177; 2013165; 2013171; 2013188; 2820724; 2820730; 2825733; 2826253; 2827548; 2827643; 2828312; 2828878; 2828890; 2846037; 2846103; 2855102; 2855119; 2855125; 2855154; 3500418; 3500588; 3500602; 3500708; 3730868; 3730874; 4316556; 4316562; 4450964; 4450987; 4450993; 4451030; 4451047; 4451107; 4648123; 4648146; 4648152; 4648258; 4648293; 4648301; 4648318; 4648471; 4648548; 4648620; 4648637; 4648643; 4973248; 4973254; 4973260; 4991364; 4991418; 4991424; 4991430; 4991447; 4991631; 4991648; 4991654; 4991743; 4991766; 4991795; 4991803; 5394788; 5394794; 5394802; 5394819; 5563044; 5563050; 5563067; 5563073; 5563096; 5563104; 5563110; 5563127; 5861534; 5861540; 5861557; 6431333; 6431356; 6485369; 6485375; 6485398; 6485406; 6849127; 6884767; 6884773; 6911412; 6911429; 6911435; 6911441; 6961048; 6961203; 6961226; 6961232; 6961249; 6961255; 6961278; 6961284; 6961290; 6961309; 6961321; 6961338; 7042800; 7042846; 7042935; 7042941; 7042958; 7042964; 7042970; 7042987; 7042993; 7043001; 7043018; 7043024; 7586552; 8757027; 8757033; 8757056; 8923230; 8923247; 8923253; 8923276; 8923282; 8923299; 8923307; 8923313; 8923336
N05AH03	Olanzapin	6103; 72005; 72927; 108884; 122080; 159686; 159692; 159700; 159723; 164380; 164635; 178287; 183503; 190934; 211820; 211872; 211889; 211895; 225242; 225271; 233885; 256277; 256283; 291718; 291724; 348619; 353460; 370889; 411163; 411192; 411200; 423870; 424450; 424473; 426845; 433816; 433839; 433851; 433874; 452156; 482588; 482594; 482602; 492339; 504108; 520171; 542149; 559144; 559150; 631858; 667626; 667744; 678854; 678860; 680526; 686983; 748879; 800924; 805399; 838602; 838619; 838625; 868075; 885719; 886050; 900011; 905770; 905787; 906427; 906551; 919341; 919358; 919364; 919370; 919387; 919393; 919401; 919418; 919424; 919430; 919447; 919453; 919476; 919482; 919513; 919542; 919565; 919588; 919594; 919602; 943813; 949046; 949052; 951333; 981481; 988773; 999920; 1007665; 1017988; 1023351; 1023368; 1033875; 1033881; 1035006; 1046381; 1074590; 1093877; 1095327; 1102671; 1110179; 1110185; 1110191; 1110216; 1110222; 1110239; 1110245; 1110251; 1111196; 1111204; 1111210; 1111256; 1111262; 1111279; 1111285; 1111291; 1111316; 1111322; 1126482; 1137830; 1137847; 1149885; 1149891; 1149916; 1149922; 1155762; 1155816; 1156589; 1156626; 1162561; 1177605; 1210314; 1210320; 1224948; 1224960; 1224977; 1244968; 1244974; 1251477; 1252212; 1252749; 1253803; 1253826; 1254091; 1257511; 1375908; 1380766; 1385284; 1385290; 1385309; 1389744; 1389750; 1439353; 1439376; 1439382; 1439399; 1439407; 1439465; 1439488; 1439519; 1465304; 1465310; 1466410; 1557271; 1557288; 1557294; 1557302; 1557319; 1557325; 1557331; 1557348; 1587214; 1603189; 1607773; 1607916; 1658807; 1675131; 1717154; 1717160; 1717177; 1717183; 1835764; 1835882; 1835899; 1835907; 1836864; 1836870; 1837295; 1837332; 1853319; 1854483; 1883668; 1883674; 1897297; 1911057; 1924918; 1925496; 1925792; 1925817; 1925823; 1925875; 1925898; 1925906; 1925964; 1929695; 1929867; 1936241; 2013099; 2033682; 2038308; 2041440; 2044125; 2073641; 2073782; 2102443; 2121570; 2121587; 2135448; 2162310; 2180779; 2232329; 2256784; 2256956; 2257111; 2257588; 2257625; 2299003; 2299026; 2354469; 2406781; 2409213; 2409408; 2411078; 2415024; 2426418; 2426424; 2427694; 2427725; 2428280; 2428297; 2428305; 244

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05AH04	Quetiapin	16254; 16260; 16277; 16283; 41772; 42010; 42458; 121287; 162441; 177164; 210921; 426696; 612766; 694623; 694646; 834171; 834188; 948638; 948650; 948667; 948673; 948704; 948710; 948727; 1041461; 1126453; 1126476; 1135021; 1135191; 1138775; 1138781; 1141932; 1141961; 1151907; 1151936; 1156187; 1156193; 1168144; 1168167; 1168196; 1266361; 1266378; 1266384; 1266390; 1272373; 1272404; 1272427; 1339491; 1339516; 1339522; 1340005; 1340407; 1340413; 1340838; 1341068; 1341074; 1341080; 1341097; 1341140; 1350280; 1361361; 1361421; 1621572; 1621589; 1628717; 1747824; 1747830; 1786712; 1786729; 1786770; 1786787; 1840162; 1840185; 1850982; 2067801; 2067818; 2067847; 2129703; 2129726; 2129732; 2129755; 2129761; 2129778; 2129784; 2136212; 2136235; 2136241; 2145642; 2145671; 2200588; 2200594; 2336514; 2457991; 2458016; 2458766; 2458826; 2573384; 2573444; 2573473; 2950875; 2950929; 2950935; 3029576; 3029582; 3051311; 3051328; 3051334; 3270415; 3270444; 3271426; 3272294; 3272302; 3287692; 3287700; 3287841; 3287901; 3287947; 3287953; 3288071; 3288131; 3422316; 3422322; 3422339; 3422345; 3573015; 3573096; 3654400; 3654854; 3663793; 3663801; 3692180; 3781794; 3781802; 3781825; 3799860; 3800190; 3800758; 3800907; 3801686; 3802450; 3962834; 4112262; 4112279; 4112285; 4171483; 4171508; 4172809; 4172815; 4174139; 4174412; 4174725; 4174783; 4432972; 4432989; 4682309; 4682315; 4810316; 4816767; 4817399; 4818476; 4979943; 4979972; 4979989; 5124391; 5378677; 5378683; 5378708; 5378714; 5378720; 5379760; 5379808; 5388138; 5388144; 5388150; 5388167; 5388173; 5388196; 5496187; 5496218; 5497324; 5501511; 5501528; 5501534; 5501540; 5501557; 5501563; 5504679; 5504685; 5520017; 5520046; 5520069; 5520075; 5520081; 5559829; 5559841; 5731636; 5731702; 5900719; 5900725; 5909293; 5909301; 5972713; 5972736; 5972742; 5972759; 6081206; 6081212; 6116494; 6116991; 6117016; 6127581; 6127888; 6127894; 6127919; 6127925; 6139443; 6139466; 6139472; 6139489; 6145751; 6145774; 6426734; 6430747; 6430753; 6453582; 6453599; 6455345; 6493794; 6582606; 6582612; 6582635; 6582641; 6582658; 6631150; 6726637; 6784497; 6784505; 6835220; 6835243; 6835266; 6835289; 6835326; 6835349; 6846318; 6864813; 6865089; 6870529; 6870535; 6877589; 6900940; 69
N05AH05	Asenapin	144532; 144555; 3888492; 3888500; 7728153; 7728207; 7728236; 7728242; 9628421; 9640600; 9640623; 9668685; 9668691; 9704429; 9704435; 9715634; 9718302; 9729731; 9729932; 9744009; 9744015; 9744179; 9744185; 9744191; 9744216; 9750398; 9750406; 9760221; 9760238; 10176906; 10176912; 10357476
N05AL01	Sulpirid	13540; 14054; 14060; 44931; 83049; 83061; 124127; 124133; 180605; 180611; 180628; 180634; 180640; 180657; 229582; 235909; 235915; 235921; 235938; 235944; 235950; 276653; 276676; 276682; 276699; 276707; 276713; 563967; 648735; 648758; 648764; 648770; 648787; 648801; 901163; 901186; 901217; 901223; 968842; 968859; 968865; 968871; 968888; 968894; 1251980; 1261895; 1262541; 1400612; 1400629; 1400635; 1444986; 1444992; 1445000; 1445023; 1497161; 1497178; 1497190; 1545026; 1545032; 1545049; 1545055; 1545061; 1545078; 1565827; 1565856; 1576475; 1625759; 1628723; 1639572; 1985133; 1985156; 1985162; 2128520; 2136258; 2136264; 2136270; 2136293; 2146771; 2146788; 2146794; 2146802; 2146819; 2457235; 2470715; 2470879; 2470885; 2520175; 2520181; 2521335; 2521341; 2521364; 2521370; 2544603; 2586903; 2644776; 2644782; 2645646; 2645652; 2700871; 2715588; 2809674; 2809711; 2809757; 2809881; 2809941; 2809958; 3064006; 3101546; 3101552; 3140954; 3157050; 3157162; 3157179; 3157185; 3157191; 3157216; 3172546; 3172552; 3198617; 3198623; 3210117; 3210123; 3267465; 3424887; 3424893; 3430942; 3430959; 3431002; 3431031; 3431172; 3431189; 3994745; 4083112; 4083129; 4420360; 4420377; 4592279; 4592285; 4605728; 4605734; 4681416; 4681422; 4681439; 4767661; 4767678; 4778682; 4778699; 4778713; 4955730; 4955747; 5371741; 5463590; 5463609; 5463615; 6330661; 6330709; 6330804; 6330810; 6330833; 6330856; 6340180; 6407731; 6407748; 6616417; 6865669; 6865675; 6865681; 6865698; 6865706; 6865712; 6890928; 6890934; 6890940; 6890957; 6890963; 6890986; 6950808; 6978422; 6978439; 7189360; 7189377; 7189383;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7234706; 7234712; 7234729; 7241681; 7241698; 7241706; 7266563; 7325863; 7325886; 7325892; 7325900; 7325917; 7325923; 7356415; 7356421; 7358986; 7421816; 7421822; 7472848; 7472854; 7519509; 7519515; 7523422; 7551571; 7551588; 7553251; 7553268; 7553274; 7553280; 7581299; 7581307; 7581365; 7581371; 7666392; 7666475; 7704690; 7704709; 7712554; 7712560; 7712577; 7728874; 7728880; 7728897; 8416467; 8445730; 8445747; 8445753; 8445776; 8445782; 8445799; 8715744; 8715750; 8715767; 8782143; 8782166; 8782172; 8782203; 8782226; 8782232; 8873928; 8873934; 8873940; 8873957; 8996401; 9424813
N05AL05	Amisulprid	13480; 18431; 256892; 447770; 447787; 459744; 630675; 635951; 635968; 638702; 714314; 714455; 879328; 1131388; 1131394; 1135050; 1135239; 1136641; 1162992; 1163000; 1163023; 1163201; 1171324; 1171330; 1172565; 1173895; 1488340; 1488386; 1488392; 1488417; 1488446; 1488452; 1488469; 1488481; 1537682; 1537707; 1573985; 1573991; 1574016; 1574022; 1604071; 1604102; 1604941; 1604958; 1691785; 1691791; 1827368; 1827374; 1827397; 1827428; 1827434; 1827440; 1874132; 1874149; 1874155; 1874161; 1874184; 1874190; 1874209; 1874215; 1874238; 1874480; 1874497; 2218536; 2218542; 2246900; 2246917; 2401795; 2401803; 2449052; 2451310; 2451327; 2485349; 2485415; 2562400; 2706336; 2708097; 2708105; 2743202; 2743219; 2752448; 2752454; 2818710; 2818727; 2818733; 2818756; 2818762; 2818779; 2818785; 2818816; 2943869; 2943898; 2943906; 2943912; 2943929; 2944142; 2944159; 2944165; 2944320; 2944337; 3087668; 3087734; 3087786; 3125268; 3125274; 3125280; 3125297; 3125305; 3125311; 3125328; 3125334; 3125340; 3125357; 3125363; 3132848; 3132854; 3133003; 3133575; 3133581; 3133598; 3133612; 3133629; 3133635; 3182183; 3182208; 3182220; 3182237; 3182243; 3182421; 3182444; 3496970; 3496987; 3497254; 3497478; 3736931; 3736960; 3737132; 3737155; 3737853; 3753220; 3753875; 3753898; 3762265; 3762271; 3762288; 3762319; 3762325; 3762331; 3762360; 3762383; 3762414; 3784597; 3784605; 3798984; 3798990; 3836325; 3836331; 3836348; 3836466; 3836472; 3836578; 3836644; 3836696; 3836733; 3842573; 3940011; 4123538; 4123544; 4123550; 4123567; 4128547; 4128576; 4169635; 4169641; 4169658; 4169664; 4169670; 4169687; 4169693; 4169701; 4442232; 4442249; 4442255; 4442261; 4442278; 4442284; 4442290; 4442309; 4442315; 4442321; 4478520; 4478537; 4478543; 4478566; 4478572; 4478589; 4478595; 4478603; 4817034; 4817040; 4817057; 4817063; 4817235; 4817301; 4817318; 4817324; 4817407; 5394624; 5394630; 5394647; 5394653; 5394676; 5394682; 5498855; 5883702; 6136433; 6783693; 6783701; 6829633; 7020595; 7020603; 7020649; 8424975; 8424981; 8425012; 8425029; 9627605; 9627611; 9911068; 9911074; 9911080; 9911097; 9911105; 9911111; 9911128; 9911134; 9911140; 9911157; 9911163; 9911186; 10087456
N05AX07	Prothipendyl	50765; 66631; 124535; 124541; 124564; 124570; 296182; 296271; 299370; 299387; 997358; 1250710; 1250791; 1250816; 1255498; 1314137; 1870128; 2145599; 2332901; 2495460; 3882940; 3882957; 3882963; 4131118; 4131124; 4131259; 4131265; 4955753; 4955776; 4955782; 7313021; 7313038; 7313044; 7313050; 7354557; 7354563; 7354586; 8416504; 8425549; 8710528; 8710540; 9423825
N05AX08	Risperidon	21545; 21568; 21574; 21580; 21605; 21611; 45729; 45735; 45741; 45758; 45764; 45770; 45882; 46048; 46077; 46344; 46551; 46568; 69397; 69730; 69842; 69859; 69888; 69894; 70472; 70489; 71023; 71052; 71069; 77149; 77215; 77221; 77675; 78841; 78864; 78870; 80542; 80559; 108476; 177655; 177661; 221474; 303120; 313495; 412702; 449148; 501110; 520998; 521408; 521704; 596079; 596085; 598233; 598256; 603649; 603655; 603661; 603678; 604407; 604436; 604442; 604459; 604465; 607251; 607268; 612275; 635514; 635520; 635537; 667313; 673147; 718766; 728546; 738390; 738409; 738415; 738421; 755158; 776077; 788005; 788011; 788028; 788034; 788040; 788057; 788471; 800887; 803673; 803696; 803704; 803710; 803727; 803733; 822624; 822676; 822699; 822788; 822794; 822819; 865728; 915403; 919619; 919625; 919631; 919648; 919654; 919660; 919677; 919683; 919708; 919714; 919720; 919737; 919743; 919766;

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		919772; 919789; 919795; 919803; 919826; 919861; 919878; 919884; 998381; 998406; 998412; 1060317; 1060323; 1242047; 1242053; 1242076; 1242082; 1242099; 1242107; 1242225; 1242231; 1242248; 1242260; 1242277; 1242283; 1247381; 1247398; 1247406; 1247412; 1247429; 1247435; 1247441; 1247458; 1247464; 1272315; 1272338; 1272344; 1272350; 1272829; 1272835; 1273131; 1273148; 1295977; 1295983; 1296008; 1296014; 1296020; 1296037; 1296072; 1296089; 1296095; 1296126; 1296132; 1296155; 1296161; 1296184; 1305150; 1305167; 1305173; 1305196; 1305204; 1307870; 1307893; 1307982; 1307999; 1308007; 1308013; 1308059; 1308071; 1308088; 1339663; 1381381; 1383919; 1426540; 1426735; 1435131; 1476644; 1477299; 1483288; 1497020; 1500124; 1501187; 1501649; 1501939; 1533879; 1533885; 1533916; 1540603; 1546913; 1547255; 1549159; 1551512; 1551535; 1551541; 1551558; 1556886; 1565810; 1565833; 1565862; 1565891; 1565916; 1580844; 1583854; 1584055; 1584061; 1584090; 1591084; 1593166; 1596578; 1604065; 1604898; 1609312; 1616513; 1616536; 1648068; 1659184; 1660997; 1662737; 1677822; 1693324; 1696009; 1746227; 1746256; 1795906; 1801127; 1801162; 1801179; 1815767; 1815773; 1816086; 1816146; 1816152; 1816181; 1819475; 1819498; 18
N05AX12	Aripiprazol	38362; 38385; 38391; 98884; 98890; 98909; 98915; 241146; 241241; 241301; 435376; 435382; 435407; 491475; 491481; 491498; 605565; 694474; 698851; 745533; 832143; 832166; 876614; 876620; 970767; 970796; 970804; 970810; 970827; 970833; 970856; 970862; 1063847; 1236354; 1250006; 1333198; 1333264; 1334074; 1334097; 1403987; 1604266; 1626670; 1679152; 1679169; 1918496; 2003439; 2003445; 2003451; 2564988; 2564994; 2666938; 2807617; 2817780; 2842447; 3077003; 3077026; 3205872; 3205889; 3205895; 3205903; 3205926; 3205932; 3205949; 3205955; 3206009; 3321153; 3551982; 3679274; 3712534; 3712540; 3712557; 3827326; 3827639; 3888090; 4033841; 4033858; 4048908; 4048914; 4259628; 4259717; 4259775; 4413704; 4461672; 4479198; 4479206; 4479212; 4575720; 4595467; 4606739; 4606834; 4682226; 4705542; 4705559; 4705565; 4705571; 4705588; 4744625; 4758969; 4788077; 4788083; 4810167; 4810351; 4824212; 4824264; 4824293; 4824347; 4825111; 4825140; 4825298; 4890568; 4890574; 4910957; 4968595; 4981271; 5393286; 5393292; 5393300; 5393323; 5393346; 5393352; 5504515; 5504521; 5504538; 5504544; 5541663; 5870728; 5870740; 5870757; 6057969; 6057975; 6080098; 6080106; 6080112; 6080129; 6104700; 6104717; 6104723; 6322940; 6341647; 6341653; 6341676; 6445223; 6445246; 6445252; 6445269; 6445281; 6620169; 6715007; 6715013; 6715036; 6715042; 6715059; 6715065; 6715071; 6726672; 6915284; 6915290; 6915309; 6915315; 6915321; 6945960; 6945977; 6945983; 7009837; 7009866; 7023493; 7028585; 7028591; 7028616; 7028622; 7028668; 7028674; 7028680; 7028852; 7028898; 7028906; 7049452; 7139103; 7139126; 7139132; 7139149; 7139155; 7139161; 7139178; 7139184; 7139190; 7139209; 7139215; 7139221; 7139238; 7140307; 7140365; 7140388; 7185646; 7550264; 7550270; 7550287; 7550293; 7563083; 7605031; 7630460; 7688399; 7728578; 7728584; 7728590; 7728609; 7728615; 7728621; 7728638; 7728644; 7747647; 7747653; 7747676; 7747682; 7747699; 7747707; 7747736; 7747742; 7769519; 7769525; 7769531; 7769548; 7769554; 7769560; 7798366; 7798372; 7798389; 7798395; 8491345; 8495024; 8497833; 8503433; 8503634; 8560939; 8798262; 8839191; 8839216; 8839222; 8839239; 8839245; 8839251; 8839268; 8842980; 8842997; 8843005; 8844111; 8862385; 8884139; 8884145; 8892268; 88
N05AX13	Paliperidon	56578; 279539; 280181; 281677; 282180; 282205; 282211; 373132; 723141; 723158; 725281; 741044; 741050; 741067; 741073; 814263; 814429; 814441; 824066; 824072; 826013; 1216185; 1226462; 1895743; 1895766; 1895772; 1895789; 1896205; 2091461; 2096079; 2360760; 3095030; 3095053; 3095797; 3288214; 3288220; 3288444; 3288556; 3288585; 3288645; 4597242; 4597443; 4597905; 4762876; 4818631; 5006964; 5380326; 5381550; 5381567; 6585562; 6585591; 6715303; 6715326; 6715332; 7008401; 7011142; 7011194; 7011202; 7011219; 7011739; 7011745; 7232877; 7232883; 7238621; 7289742; 7337725; 7337731; 7337748; 7354250; 7354267; 7354617; 7354623; 7354735; 7354741;



ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
		7568241; 7568554; 7568577; 7568778; 7568850; 8491351; 8491368; 9099075; 9099081; 9191036; 9191042; 9393389; 9443070; 9482733; 9482756; 9483112; 9542866; 9620253; 9669118; 9717366; 9726164; 9726885; 9744050; 9744067; 9747433; 9895607; 9895688; 9937524; 9949467; 9949473; 9949496; 10005949; 10022273; 10022296; 10044694; 10061310; 10070094; 10070119; 10070125; 10070131; 10098916; 10130726; 10193336; 10193425; 10193431; 10193448; 10200059; 10263031; 10339751; 10339768; 10339774; 10341883; 10396163; 10420401; 10526192; 10533329; 10533335; 10533341; 10762395; 10946439
N05CM22 Promethazin		
N05CM22	Promethazin	84913; 541813; 541865; 541888; 772079; 772085; 772091; 772139; 772145; 772151; 772174; 835153; 835176; 835182; 930443; 930466; 930489; 1359157; 1359163; 1372057; 1579404; 3173238; 3173244; 3173250; 3173267; 3173304; 3173310; 3218219; 3421446; 3421452; 3421529; 3421630; 3421699; 3421908; 3462296; 3462304; 3462310; 3695149; 3695155; 3705617; 3705623; 3705646; 3713137; 3713143; 3746740; 4504192; 4504200; 4645969; 4885320; 4885337; 4885343; 4923701; 4925545; 4925551; 6189903; 6616541; 6875030; 7192385; 7192391; 7192416; 7228344; 7280072; 8668341; 8668358

## Liste PZN\_Benzo

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05BA Benzodiazepin-Derivate (Anxiolytika)		
N05BA01	Diazepam	860122; 860139; 860145; 860352; 1015392; 1015423; 1015446; 1015452; 1015469; 1015475; 1015481; 1015498; 1015506; 1072527; 1072533; 1072579; 1072591; 1329943; 1334246; 1443691; 1443768; 1443774; 1546385; 2011189; 2077142; 2077171; 2077188; 2078845; 2078851; 2078868; 2078874; 2078880; 2078897; 2097245; 2097251; 2097268; 2097274; 2197917; 2232507; 2404782; 2404799; 2419565; 2419588; 2451184; 2451190; 3011518; 3011524; 3011530; 3011895; 3011955; 3192945; 3192951; 3192974; 3192980; 3193005; 3193011; 3417769; 3501027; 3695095; 3731425; 4010538; 4412604; 4464073; 4613188; 4873038; 4874032; 4993475; 4993481; 4996634; 6616937; 6618505; 7363355; 7363361; 7555451; 7568206; 7711951; 7711968; 7726378; 8424515; 8424521; 8424538; 8424544; 8424550; 8427057; 8711611; 10638206; 10638212
N05BA02	Chlordiazepoxid	1375392; 1375400; 2499357; 4023469; 4888755; 4888761; 4888784; 4888790; 4888821; 4993392
N05BA03	Medazepam	1466657; 1835652; 4822638; 4822644; 4920329; 7469415; 7750827
N05BA04	Oxazepam	90606; 90612; 90635; 766452; 766469; 798713; 798742; 830807; 830813; 1326407; 1326413; 1608324; 1608330; 1970083; 1970108; 2366573; 2366596; 2366604; 2404049; 2404055; 2422202; 2422219; 2422225; 2435423; 2435446; 2435452; 2435469; 2465418; 2486248; 2499009; 2499788; 2499794; 2504288; 2504294; 2504348; 2504354; 2513465; 2513471; 2530618; 2530624; 2530630; 2530647; 2530653; 2530676; 2544359; 2544365; 2544371; 2547464; 2547470; 2733830; 2733847; 2804754; 3007988; 3007994; 3131576; 3131582; 3131599; 3131607; 3134474; 3148743; 3153827; 3153833; 3153856; 3295007; 3295013; 3524643; 3524666; 3565524; 3565530; 3565547; 3633585; 3633591; 3642986; 4018669; 4909612; 6332619; 6343942; 6343959; 6343965; 7317007; 7317013; 7642954
N05BA05	Dikaliumclorazepat	1330320; 1330337; 1330366; 1330372; 1659942; 1659959; 2258866; 2514252; 2514269; 2514275; 2559668; 2559697; 2559705; 3073465; 3073471; 3073488; 3202773
N05BA06	Lorazepam	104886; 104892; 104900; 104917; 1003791; 1003816; 1003822; 1003839; 1463682; 1463699; 1463713; 1463736; 1870329; 1870335; 2197739; 2198041; 2486308; 2486314; 2520146; 2791744; 2791750; 2791767; 2791773; 3032839; 3032845; 3032851; 3032868; 3050665; 3050671; 3050694; 3050702; 3061321; 3061338; 3104119; 3127066; 3151834; 3151840; 3151857; 3151886; 3151892; 3151900; 3177704; 3177710; 3292256; 3292262; 3292279; 3292285; 3398629; 3398635; 3398658; 3398664; 3426308; 3428626; 3428632; 3428649; 3428661; 3428678; 3449611; 3449628; 3525832; 3525849; 3565553; 3565576; 3565582; 3565599; 4387450; 4387467; 4538185; 4538191; 4538239; 4538245; 4897091; 4980900; 6407636; 6407642; 6612431; 6612448; 7122539; 7122545; 7122551; 7122568; 7122574; 7122580; 7405094; 7534294; 7534302; 7613036; 7613042
N05BA08	Bromazepam	766392; 766400; 766417; 943919; 943925; 943931; 1713570; 1713587; 1713593; 1928069; 1928075; 2163002; 2163019; 2163025; 2480688; 2480725; 2480731; 2499328; 2545057; 2545063; 2545086; 2589712; 2589729; 2589735; 3144662; 3144679; 3156228; 3156234; 3156240; 3298187; 3298193; 3303095; 3572139; 3572145; 3572151; 3630109; 3630115; 3630121; 4426842; 4426859; 4426865; 4775488; 6879186; 6879192; 6879200; 7298540; 7298557; 7298563; 7348858; 7736336; 7736342; 8755695; 8755703; 8817657; 8817663; 8817686; 8902883; 8902908; 8902914
N05BA09	Clobazam	2012929; 2012935; 2510662; 3067424; 3067430; 3067447; 3067453; 3127072; 3333587; 3333593; 3473035; 3906617; 3906623; 3906646; 3906652; 3906669; 3906675; 3928429; 3928435; 3939367; 3939373; 3939404; 4032215; 6136462; 7279583; 7279608; 7279614; 7410103; 7410190; 7733349; 7733384; 8862505; 8862623; 8898710; 8898851

ATC-Code	Wirkstoff	PZN (Stand: März 2015)
N05BA11	Prazepam	1583506; 1583512; 2236304; 2236310; 2498145; 2498151
N05BA12	Alprazolam	78315; 178979; 179039; 179358; 672662; 679115; 679121; 679138; 679144; 768675; 768698; 768735; 768830; 768847; 768936; 969391; 969416; 969422; 969439; 969445; 969451; 969468; 969474; 1320008; 1320020; 1320043; 1320066; 1320089; 1320095; 1320103; 1320132; 1320149; 2100125; 3024662; 3024679; 3098985; 3098991; 3099022; 3127913; 3337059; 3353259; 3355867; 3660180; 3660197; 3660205; 3660263; 3660286; 3660292; 4089333; 4089356; 4089379; 4089385; 4127772; 4127789; 4127795; 4127803; 4127826; 4127832; 4308321; 4308338; 4308344; 4308367; 4308373; 4308396; 7320771; 7320788; 7320819; 7320825; 7517841; 7517858; 8497885; 8497891; 8703913; 8703936; 8703942; 8703959; 8703965; 8703971; 9207122; 9207139; 9207151
N05BA16	Nordazepam	3228761
N05CD Benzodiazepin-Derivate (Hypnotika und Sedativa)		
N05CD01	Flurazepam	1659511; 2361297; 3175935; 4656772; 6330649
N05CD02	Nitrazepam	683140; 2239981; 2353180; 2409354; 3094852; 3094869; 3146951; 3146974; 3413843; 3996158; 3996164; 4023446; 4566129; 4605763; 4605786; 4605792; 4786983; 4897079; 4897085; 4943715; 4943721; 4943738; 4947587; 4947593; 7682190
N05CD03	Flunitrazepam	42553; 42576; 42754; 42760; 46976; 46982; 259637; 259643; 482878; 482884; 766423; 766446; 1596489; 2171467; 2245786; 2453929; 2453935; 4505719; 4505725; 4846389; 4846395; 4962345; 6151450; 6170677; 6170683; 6878620; 6878637; 6969759; 6969765; 7225742; 7225759; 7369122; 7369139; 7434546; 7434552; 7519828; 7534271; 7534288; 8671254; 8671260
N05CD05	Triazolam	40407; 40436; 1007903; 2187391; 3865137; 4393404; 4393410; 4417292; 4980857; 6497941; 6881042; 7555445; 7606355
N05CD06	Lormetazepam	909940; 909986; 909992; 910009; 1550085; 1550139; 1550145; 1550174; 1550180; 1617984; 1618009; 2243505; 2243528; 2498978; 2498984; 2750082; 2750099; 3069311; 3069328; 3150734; 3428572; 3428589; 3428595; 3428603; 3746349; 3746355; 3746378; 3746384; 3775434; 3775440; 3775457; 3775463; 3775486; 3775492; 4383512; 4383529; 4383535; 4394906; 4394912; 4394929; 4963652; 4963669; 4963675; 4963681; 4963698; 4963706; 6969618; 6969630; 7009926; 7286347; 8692658; 8692664; 8692687; 8692693; 8710468; 8710474; 8710480; 8828052; 8828069; 8828075; 8828081; 8828951; 8828968; 8828974; 8828980; 8828997; 8829005; 8886405; 8886411; 8907260; 8907277; 8907283; 8907308; 8907314; 9335736; 9335742; 9668998; 9669006; 9687949; 9687961; 9896989; 9896995; 9897003
N05CD07	Temazepam	522951; 522968; 1028360; 2361647; 2361653; 2396781; 2396798; 2396887; 2396893; 2396901; 2405563; 2405586; 2405592; 2524463; 2524486; 3884985; 3884991; 3885016; 3885022; 4560090; 4560109; 4560115; 4560121; 4659411; 4659428
N05CD08	Midazolam	65850; 65896; 68245; 69144; 258454; 261953; 261982; 261999; 325044; 561939; 787810; 787827; 806393; 806401; 806418; 806430; 806499; 828064; 828070; 828118; 886423; 886452; 955199; 988508; 988514; 1045022; 1045039; 1426020; 1592445; 1592511; 1662111; 1673043; 1846466; 2666683; 2666714; 2734924; 2922608; 3085793; 3085801; 3096124; 3757560; 3760906; 3761082; 3831807; 3833427; 3833522; 3836147; 3836816; 3837081; 3837810; 4439342; 4921530; 4921748; 4921754; 4921760; 4921777; 4921783; 5104833; 5104856; 5568254; 5918501; 5918524; 6892620; 7028651; 7257073; 7257216; 7257222; 7257245; 7257251; 7257386; 7257400; 9247110; 9247127; 9247133; 9247156; 9312422; 9312439; 10168781
N05CD09	Brotizolam	1393591; 1393616; 1754356; 1754362; 2492332; 2492349; 2750107; 4017121; 8595978; 8595984; 8600219; 8600225
N05CD11	Loprazolam	3303669

**Liste PSYCH\_EBM**

EBM	Leistungsbezeichnung
21220	Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
22221	Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung
32057	Glukose
32094	HbA1c
32022	Manifester Diabetes Mellitus
32025	Glucose
32058	Bilirubin gesamt
32068	Alkalische Phosphatase
32069	GOT
32070	GPT
32071	Gamma-GT
32120	kleines Blutbild
32122	vollständiger Blutstatus
32064	Harnsäure
32065	Harnstoff
32066	Kreatinin, Jaffé-Methode
32060	Cholesterin gesamt
32061	HDL-Cholesterin
32062	LDL-Cholesterin
32063	Triglyceride
35150	Probatorische Sitzung
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)

## Anhang C.2: Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Tabelle 1: Nach aktuellem Sachstand des Projekts zur Verfügung stehende und für das QS-Verfahren relevante Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Eingangskennung <sup>1</sup>	Feldbezeichnung	Datenbestand des Abrechnungskontextes
admin@kasseiknr	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Hauptkassen-IK ohne Erstreckung-IK)	§284 SGB V
sequential_nr(Admin)@lfdnr	Laufende Nummer des Versichertendatensatzes	§284 SGB V
Stamm@V	Versichertennummer	§284 SGB V
Stamm@geschlecht	Geschlecht	§284 SGB V
Stamm@gebjahr	Geburtsjahr des Versicherten	§284 SGB V
Stamm@sterbedatum	Sterbedatum des Versicherten	§284 SGB V
Stamm@versicherungsdatum	Datumsangabe zum Versicherungsstatus	§284 SGB V
Stamm@versicherungsstatus	Patient ist versichert (ja/nein)	§284 SGB V
source(301)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§301 SGB V
state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland	Bundesland des Krankenhauses	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund	Aufnahmegrund	§301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@a ufndatum	Aufnahmedatum Krankenhaus	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	Entlassungsdatum Krankenhaus	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund	Entlassungsgrund	§301 SGB V
inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung	Unterbrechung des Krankenhausaufenthaltes	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung	Beteiligte Fachabteilung	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Hauptdiagnose	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Hauptdiagnose (Sekundär)	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Nebendiagnose	§301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Nebendiagnose (Sekundär)	§301 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	Operationen- und Prozedurenschlüssel	§301 SGB V

Eingangskennung <sup>1</sup>	Feldbezeichnung	Datenbestand des Abrechnungskontextes
kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	Datum des Operationen- und Prozedurenschlüssels	§301 SGB V
source(kh_ambo)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§118 SGB V
state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland	Bundesland des Krankenhauses	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Diagnoseschlüssel (Behandlungsdiagnose)	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit	Diagnosesicherheit (Behandlungsdiagnose)	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek	Diagnosesicherheit (Sekundär-Diagnose)	§118 SGB V
ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	Gebührenordnungsposition	§118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	Behandlungsdatum	§118 SGB V
source(295k)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§295 SGB V
kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion	KV-Region der Praxis	§295 SGB V
specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	Fachgruppe des Arztes, kodiert	§295 SGB V
295k.INL.1/1.2@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§295 SGB V
295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	Art der Inanspruchnahme	§295 SGB V
295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	§295 SGB V
295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	§295 SGB V
295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	Diagnose nach ICD-10	§295 SGB V
295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit	Diagnosesicherheit	§295 SGB V
295k.LED.5/5.3.1@ebm	Gebührenordnungsposition	§295 SGB V
295k.LED.5/5.3.2@datum	Behandlungsdatum	§295 SGB V
source(295s)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§295a SGB V

Eingangskennung <sup>1</sup>	Feldbezeichnung	Datenbestand des Abrechnungskontextes
kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion	KV-Region der Praxis	§295a SGB V
specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	Fachgruppe des Arztes, kodiert	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme	Art der Inanspruchnahme	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	Diagnose nach ICD-10	§295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit	Diagnosesicherheit	§295a SGB V
source(300)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§300 SGB V
300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§300 SGB V
300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	Verordnungsdatum	§300 SGB V
300.EFP.02 Kennzeichen nach §4 der Vereinbarung nach §300 SGB V@pznhimsonder	Pharmazentralnummer	§300 SGB V
300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp	Kennzeichentyp	§300 SGB V
300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl	Anzahl Einheiten	§300 SGB V

<sup>1</sup> technischer Feldname aus der allgemeinen Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

## Anhang C.3: Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

**Einschluss – Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen:**

### Algorithmus

#### Algorithmus als Formel

ALTER ≥ 18 UND (HDIAG IN PSYCH\_ICD) UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'

#### Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 18

und

eine Einschluss-Hauptdiagnose aus der Liste PSYCH\_ICD

und

das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'

#### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund §301 SGB V (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2019 und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 2019<sup>1</sup>

#### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2019' UND AUFNDATUM <= '31.12.2019' UND ENTLDATUM >= '01.01.2019' UND ENTLDATUM <= '31.12.2019'

#### Liste PSYCH\_ICD

ICD	Bezeichnung
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia Simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizoptye Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie

<sup>1</sup> Annahme: Regelbetrieb startet im Jahr 2019



ICD	Bezeichnung
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektiven Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

## Anhang C.4: Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §21 KHEntgG oder §301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>			
2	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß §293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die „Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)“ der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
3	entlassender Standort	-	Bei einem nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit „01“, anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert „00“ zu übermitteln.  Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach §21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.  Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
<b>Patient</b>			
5	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) <b>Identifikationsnummer</b> wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Aufnahmediagnosen	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
10	erster Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ICD-10 F20.- bis F29 Diagnose	0 = nein 1 = ja	zu berücksichtigen ist ausschließlich Hauptdiagnose bei Entlassung
<b>Kommunikation mit dem Patienten</b>			
11	deutlich eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse des Patienten	0 = nein 1 = ja	-
<i>wenn Feld 11 = 1</i>			
12	muttersprachliche Kommunikation konnte bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden	0 = nein 1 = ja	<b>Bedarf nach muttersprachlicher Kommunikation</b> besteht beispielsweise in folgenden Situationen: Aufnahme, Therapieänderungen, Entlassung, Krisen  Dolmetscher können sowohl Mitarbeiter, die die Muttersprache des Patienten beherrschen, als auch professionelle Dolmetscher sein. Angehörige als Dolmetscher werden hier nicht berücksichtigt.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Einbezug von Angehörigen</b>			
13	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja	<b>Relevante Angehörige</b> oder <b>Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
<i>wenn Feld 13 = 1</i>			
14	spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht	Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. <b>Relevante Angehörige</b> oder <b>Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.
15	spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson oder gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson oder gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht	Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. <b>Relevante Angehörige</b> oder <b>Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.
16	Haben relevante Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer einen Gesprächswunsch geäußert?	0 = nein 1 = ja	<b>Relevante Angehörige</b> oder <b>Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
<i>wenn Feld 16 = 1</i>			
17	Hat infolge mindestens ein Gespräch mit relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder mit dem gesetzlichen Betreuer stattgefunden?	0 = nein 1 = ja	<b>Relevante Angehörige</b> oder <b>Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt. Bei den Gesprächen mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren, soweit keine Entbindung von der Schweigepflicht erfolgte. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen</b>			
18	psychotrope Substanz erhalten	0 = nein 1 = ja	Zu <b>psychotropen Substanzen</b> zählen Medikamente der folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N03: Antiepileptika</li> <li>▪ N05: Psycholeptika</li> <li>▪ N06: Psychoanaleptika</li> </ul>
<i>wenn Feld 18 = 1</i>			
19	Erfolgte mindestens eine systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung?	0 = nein 1 = ja	Die <b>systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</b> beinhaltet neben der Art der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auch die Stärke der jeweiligen Arzneimittelwirkung. Die Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. mithilfe eines validierten Instruments) erfolgen.
<b>Behandlungsvereinbarung</b>			
20	Lag bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung vor?	0 = nein 1 = ja	<b>Behandlungsvereinbarungen</b> sind entsprechend der S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie schriftliche Vereinbarungen zwischen der Einrichtung und dem Patienten, die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender zukünftiger Behandlungen bezieht.
<i>wenn Feld 20 = 0</i>			
21	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten erstellt?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt	<b>Behandlungsvereinbarungen</b> sind entsprechend der S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie schriftliche Vereinbarungen zwischen der Einrichtung und dem Patienten, die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender zukünftiger Behandlungen beziehen.  Hat der Patient einen gesetzlichen Betreuer für die Gesundheitsfürsorge, so ist dies mit diesem Betreuer zu klären.
<i>wenn Feld 20 = 1</i>			
22	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt die bestehende Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten aktualisiert?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt	<b>Behandlungsvereinbarungen</b> sind entsprechend der S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie schriftliche Vereinbarungen zwischen der Einrichtung und dem Patienten, die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender zukünftiger Behandlungen beziehen.  Hat der Patient einen gesetzlichen Betreuer für die Gesundheitsfürsorge, so ist dies mit diesem Betreuer zu klären.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Körperliche Übergriffe</b>			
23	Anzahl der körperlichen Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher	Gültige Angabe: 0-99	Unter <b>körperlichen Übergriffen</b> werden hier körperliche Gewalt und das Bedrohen mit Waffen verstanden. Diese körperlichen Übergriffe können gegen das Personal, gegen Patienten oder gegen Besucher gerichtet sein. Gewalt gegen sich selbst wird hiermit nicht erfasst.
<b>Restriktive Maßnahmen</b>			
24	War der Patient während des stationären Aufenthaltes zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsgesetz 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Krankengesetz)	-
25	War die Station während des Aufenthaltes des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?	0 = nein 1 = ja	-
26	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja	<p>Zu den Zwangsmaßnahmen zählen Fixierungen, Isolierungen, Immobilisierungen durch Festhalten und Zwangsmedikation.</p> <p><b>Fixierungen</b> sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit</li> <li>▪ Festbinden mit speziellem Gurtmaterial</li> <li>▪ Bettgitter</li> <li>▪ Steckbrett</li> <li>▪ Schutzdecken</li> <li>▪ Bettfixierungen</li> </ul> <p>Fixierungen, die im Rahmen einer medikamentösen Behandlung unter körperlichem Zwang erfolgen, werden ebenfalls als Fixierung erfasst.</p> <p>Eine <b>Isolierung</b> liegt vor, wenn der Patient in einem abgesonderten Raum verbleiben muss (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert wird (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).</p> <p><b>Immobilisierung durch Festhalten</b> umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p><b>Zwangsmedikation:</b> Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, z.B. Festhalten sowie Verabreichen von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang. Es werden sowohl Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Anordnung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstands erfasst.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz: Zwangsmaßnahme (Z)</b>			
27	laufende Nummer der Maßnahme	Gültige Angabe: $\geq 1$ Angabe ohne Warnung: $\leq 10$	-
28	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes	<p><b>Fixierungen</b> sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit,</li> <li>▪ Festbinden mit speziellem Gurtmaterial</li> <li>▪ Bettgitter</li> <li>▪ Steckbrett</li> <li>▪ Schutzdecken</li> <li>▪ Bettfixierungen</li> </ul> <p>Fixierungen, die im Rahmen einer medikamentösen Behandlung unter körperlichem Zwang erfolgen, werden ebenfalls als Fixierung erfasst.</p> <p>Eine <b>Isolierung</b> liegt vor, wenn der Patient in einem abgesonderten Raum verbleiben muss (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert wird (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).</p> <p><b>Immobilisierung durch Festhalten</b> umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p><b>Zwangsmedikation:</b> Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, z.B. Festhalten sowie Verabreichen von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang.</p>
29	Erfolgte mit dem Patienten und Beteiligten eine Nachbesprechung?	0 = nein 1 = ja	Die <b>Nachbesprechung</b> sollte einen Austausch über Handlungsanlässe und -motive sowie (erwünschten/vorhandenen) Handlungsalternativen beinhalten, jede Seite soll ihr Verhalten begründen können. Ziel der Nachbesprechung ist das Auffinden von Alternativen für ähnliche Situationen, um künftige Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Explizit soll dabei auf das Instrument der Behandlungsvereinbarung hingewiesen werden.
<b>wenn Feld 28 = 1</b>			
30	Erfolgte eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja	<p>Eine <b>kontinuierliche 1:1-Betreuung</b> bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten individuell zusammenhängend ggf. zusätzlich zum angewandten Verfahren betreut.</p> <p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<i>wenn Feld 28 = 2</i>			
31	Erfolgte eine kontinuierliche Überwachung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja	Die kontinuierliche Überwachung sollte durch Sichtkontakt erfolgen. <b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger.
<i>wenn Feld 28 IN (1;2;3)</i>			
32	Datum Beginn der Maßnahme	Format: TT.MM.JJJJ	-
33	Uhrzeit Beginn der Maßnahme	Format: hh:mm	-
34	Datum Ende der Maßnahme	Format: TT.MM.JJJJ	-
35	Uhrzeit Ende der Maßnahme	Format: hh:mm	-



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Kommunikation mit ambulanter Versorgung</b>			
36	mindestens ein therapiebezogenes Gespräch mit einem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder mit anderen Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erfolgt	0 = nein 1 = ja 2 = Gespräch nicht möglich	<p>Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden persönliche oder telefonische Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p><b>ambulante psychiatrisch behandelnde Ärzte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärzte der psychiatrischen Institutsambulanzen</li> <li>▪ niedergelassene Fachärzte mit den Fachgruppenkennung (FG) 51 (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie), 58 (Psychiatrie und Psychotherapie)</li> <li>▪ Neurologen (FG 53), Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60) oder Hausärzte (FG 01, 02, 03), wenn der Patient keinen Facharzt benennt</li> </ul> <p><b>andere Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialpsychiatrischer Dienst</li> <li>▪ Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII)</li> <li>▪ Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege</li> <li>▪ Soziotherapeuten</li> <li>▪ Ergotherapeuten</li> <li>▪ ärztliche und psychologische Psychotherapeuten</li> </ul> <p>In den Fällen, bei denen ein Gespräch angestrebt wurde, aber aus externen Gründen, wie beispielsweise Ablehnung eines Gesprächswunsches durch den ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder anderen Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems, kann die Antwortoption „Gespräch nicht möglich“ genutzt werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Entlassung</b>			
37	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	-
38	Entlassungsdiagnose(n)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2017 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2016 aufgenommen worden ist.</p>
39	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-

## Lange Schlüssel

### Schlüssel 1 (Fachabteilungen)

0100 = Innere Medizin	0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/ Schwerpunkt Pädiatrie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0600 = Endokrinologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	0690 = Endokrinologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	0691 = Endokrinologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	0692 = Endokrinologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	0700 = Gastroenterologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	0790 = Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	0791 = Gastroenterologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	0792 = Gastroenterologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	0800 = Pneumologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	0890 = Pneumologie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0190 = Innere Medizin	0891 = Pneumologie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0191 = Innere Medizin	0892 = Pneumologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0192 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1600 = Unfallchirurgie
0200 = Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1690 = Unfallchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	0990 = Rheumatologie	1691 = Unfallchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	0991 = Rheumatologie	1692 = Unfallchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	0992 = Rheumatologie	1700 = Neurochirurgie
0290 = Geriatrie	1000 = Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0291 = Geriatrie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1791 = Neurochirurgie
0292 = Geriatrie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1792 = Neurochirurgie
0300 = Kardiologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0390 = Kardiologie	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0391 = Kardiologie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0392 = Kardiologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	1892 = Gefäßchirurgie
0400 = Nephrologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1990 = Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	1991 = Plastische Chirurgie
0490 = Nephrologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	1992 = Plastische Chirurgie
0491 = Nephrologie	1051 = Langzeitbereich Kinder	2000 = Thoraxchirurgie
0492 = Nephrologie	1090 = Pädiatrie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1091 = Pädiatrie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1092 = Pädiatrie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2090 = Thoraxchirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2091 = Thoraxchirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1190 = Kinderkardiologie	2092 = Thoraxchirurgie
	1191 = Kinderkardiologie	2100 = Herzchirurgie
	1192 = Kinderkardiologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
	1200 = Neonatologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
	1290 = Neonatologie	
	1291 = Neonatologie	
	1292 = Neonatologie	
	1300 = Kinderchirurgie	
	1390 = Kinderchirurgie	
	1391 = Kinderchirurgie	
	1392 = Kinderchirurgie	

## Anlage 1 zum Beschluss

2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin	2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2190 = Herzchirurgie	2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3600 = Intensivmedizin
2191 = Herzchirurgie	2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2192 = Herzchirurgie	2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2200 = Urologie	2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2290 = Urologie	2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2291 = Urologie	2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2292 = Urologie	2990 = Allgemeine Psychiatrie	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2300 = Orthopädie	2991 = Allgemeine Psychiatrie	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	2992 = Allgemeine Psychiatrie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2390 = Orthopädie	3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2391 = Orthopädie	3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2392 = Orthopädie	3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3690 = Intensivmedizin
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3691 = Intensivmedizin
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	3692 = Intensivmedizin
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2425 = Frauenheilkunde	3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3750 = Angiologie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	3751 = Radiologie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	3752 = Palliativmedizin
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	3753 = Schmerztherapie
2500 = Geburtshilfe	3200 = Nuklearmedizin	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2590 = Geburtshilfe	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2591 = Geburtshilfe	3290 = Nuklearmedizin	3756 = Suchtmedizin
2592 = Geburtshilfe	3291 = Nuklearmedizin	3757 = Viszeralchirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3292 = Nuklearmedizin	3790 = Sonstige Fachabteilung
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3300 = Strahlenheilkunde	3791 = Sonstige Fachabteilung
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3792 = Sonstige Fachabteilung
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
2700 = Augenheilkunde	3390 = Strahlenheilkunde	
2790 = Augenheilkunde	3391 = Strahlenheilkunde	
2791 = Augenheilkunde	3392 = Strahlenheilkunde	
2792 = Augenheilkunde	3400 = Dermatologie	
2800 = Neurologie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3490 = Dermatologie	
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3491 = Dermatologie	
2890 = Neurologie	3492 = Dermatologie	
2891 = Neurologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2892 = Neurologie	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2900 = Allgemeine Psychiatrie		
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie		
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie		
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie		
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung		

## Schlüssel 2 (Entlassungsgrund)

- 1 = Behandlung regulär beendet
- 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7 = Tod
- 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

# Datensatz Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## PSYCH\_F2 (Spezifikation PSYCH V03)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-10	<b>Basisdokumentation</b>
1-1	<b>Art der Versicherung</b>
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> □□□□□□□□
2-4	<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>
2	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> □□□□□□□□
3	entlassender Standort zweistellig, ggf. mit führender Null □□
4	Fachabteilung <small>§301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> □□□□ Schlüssel 1
5-10	<b>Patient</b>
5	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□□□□□□□
6	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich □
8	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
9	Aufnahmediagnosen ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□

10	erster Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ICD-10 F20.- bis F29-Diagnose 0 = nein 1 = ja □
11-12	<b>Kommunikation mit dem Patienten</b>
11	deutlich eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse des Patienten 0 = nein 1 = ja □
<i>wenn Feld 11 = 1</i>	
12>	muttersprachliche Kommunikation konnte bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden 0 = nein 1 = ja □
13-17	<b>Einbezug von Angehörigen</b>
13	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden 0 = nein 1 = ja □
<i>wenn Feld 13 = 1</i>	
14>	spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer 0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht □
15>	spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer 0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht □

16>	Haben relevante Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer einen Gesprächswunsch geäußert? 0 = nein 1 = ja □
<i>wenn Feld 16 = 1</i>	
17>>	Hat infolge mindestens ein Gespräch mit relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder mit dem gesetzlichen Betreuer stattgefunden? 0 = nein 1 = ja □
18-19	<b>Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen</b>
18	psychotrope Substanz erhalten 0 = nein 1 = ja □
<i>wenn Feld 18 = 1</i>	
19>	Erfolgte mindestens eine systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung? 0 = nein 1 = ja □
20-22	<b>Behandlungsvereinbarung</b>
20	Lag bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung vor? 0 = nein 1 = ja □
<i>Wenn Feld 20 = 0</i>	
21>	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten erstellt? 0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt □

# Datensatz Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## PSYCH\_F2 (Spezifikation PSYCH V03)

<b>Wenn Feld 20 = 1</b>	
22>	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt die bestehende Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten aktualisiert?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
<b>23 Körperliche Übergriffe</b>	
23	Anzahl der körperlichen Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>24-26 Restriktive Maßnahmen</b>	
24	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz)
25	War die Station während des Aufenthalts des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
26	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja

ZWANGSMASSNAHMEN	
Bogen kann mehrfach ausgefüllt werden	
27-35	Zwangsmaßnahmen
27	laufende Nummer der Maßnahme  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28	Art der Maßnahme  <input type="checkbox"/>  1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
29	Erfolgte mit dem Patienten und Beteiligten eine Nachbesprechung?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 28 = 1</b>	
30>	Erfolgte eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 28 = 2</b>	
31>	Erfolgte eine kontinuierliche Überwachung durch Pflegefachpersonen?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 28 IN (1;2;3)</b>	
32>	Datum Beginn der Maßnahme TT.MM.JJJJ  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
33>	Uhrzeit Beginn der Maßnahme hh.mm  <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
34>	Datum Ende der Maßnahme TT.MM.JJJJ  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
35>	Uhrzeit Ende der Maßnahme hh.mm  <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
36	Kommunikation mit ambulanter Versorgung
36	mindestens ein therapiebezogenes Gespräch mit einem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder mit anderen Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erfolgt  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja 2 = Gespräch nicht möglich
37-39	Entlassung
37	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
38	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>  1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
39	Entlassungsgrund §301-Vereinbarung  §301-Vereinbarung <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Schlüssel 2

# Datensatz Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## PSYCH\_F2 (Spezifikation PSYCH V03)

### Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1091 = Pädiatrie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/ Schwerpunkt Pädiatrie	1092 = Pädiatrie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/ Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/ Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Inten- sivmedizin
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatolo- gie und internistische Onkologie	0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1190 = Kinderkardiologie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrino- logie	0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1191 = Kinderkardiologie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroente- rologie	0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1192 = Kinderkardiologie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	0600 = Endokrinologie	1200 = Neonatologie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroente- rologie	1290 = Neonatologie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1291 = Neonatologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	0690 = Endokrinologie	1292 = Neonatologie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	0691 = Endokrinologie	1300 = Kinderchirurgie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektions- krankheiten	0692 = Endokrinologie	1390 = Kinderchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	0700 = Gastroenterologie	1391 = Kinderchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheil- kunde	0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endok- rinologie	1392 = Kinderchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlagan- fallpatienten (Stroke units, Artikel 7 §1 Abs. 3 GKV-SolG)	0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0190 = Innere Medizin	0790 = Gastroenterologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/ Schwerpunkt Pädiatrie
0191 = Innere Medizin	0791 = Gastroenterologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0192 = Innere Medizin	0792 = Gastroenterologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0200 = Geriatrie	0800 = Pneumologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	0890 = Pneumologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pfllegesätze)	0891 = Pneumologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pfllegesätze)	0892 = Pneumologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0290 = Geriatrie	0900 = Rheumatologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0291 = Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0292 = Geriatrie	0990 = Rheumatologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0300 = Kardiologie	0991 = Rheumatologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0390 = Kardiologie	0992 = Rheumatologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0391 = Kardiologie	1000 = Pädiatrie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0392 = Kardiologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0400 = Nephrologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0490 = Nephrologie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	1600 = Unfallchirurgie
0491 = Nephrologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	1690 = Unfallchirurgie
0492 = Nephrologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	1691 = Unfallchirurgie
	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1692 = Unfallchirurgie
	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	1700 = Neurochirurgie
	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	1790 = Neurochirurgie
	1051 = Langzeitbereich Kinder	
	1090 = Pädiatrie	



## Datensatz Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

### PSYCH\_F2 (Spezifikation PSYCH V03)

1791 = Neurochirurgie	2425 = Frauenheilkunde	2992 = Allgemeine Psychiatrie
1792 = Neurochirurgie	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
1800 = Gefäßchirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
1890 = Gefäßchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
1891 = Gefäßchirurgie	2500 = Geburtshilfe	3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
1892 = Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe	3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
1900 = Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe	3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
1990 = Plastische Chirurgie	2592 = Geburtshilfe	3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
1991 = Plastische Chirurgie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
1992 = Plastische Chirurgie	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2000 = Thoraxchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin	2700 = Augenheilkunde	3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin	2790 = Augenheilkunde	3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
2090 = Thoraxchirurgie	2791 = Augenheilkunde	3200 = Nuklearmedizin
2091 = Thoraxchirurgie	2792 = Augenheilkunde	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
2092 = Thoraxchirurgie	2800 = Neurologie	3290 = Nuklearmedizin
2100 = Herzchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3291 = Nuklearmedizin
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 §1 Abs. 3 GKV-SolG)	3292 = Nuklearmedizin
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2890 = Neurologie	3300 = Strahlenheilkunde
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2891 = Neurologie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin	2892 = Neurologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2190 = Herzchirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie	3390 = Strahlenheilkunde
2191 = Herzchirurgie	2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3391 = Strahlenheilkunde
2192 = Herzchirurgie	2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3392 = Strahlenheilkunde
2200 = Urologie	2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3400 = Dermatologie
2290 = Urologie	2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2291 = Urologie	2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3490 = Dermatologie
2292 = Urologie	2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3491 = Dermatologie
2300 = Orthopädie	2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3492 = Dermatologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2390 = Orthopädie	2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2391 = Orthopädie	2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3600 = Intensivmedizin
2392 = Orthopädie	2990 = Allgemeine Psychiatrie	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2991 = Allgemeine Psychiatrie	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie		
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie		
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie		

## Datensatz Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

### PSYCH\_F2 (Spezifikation PSYCH V03)

3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie  
 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie  
 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie  
 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie  
 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie  
 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde  
 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie  
 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie  
 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie  
 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie  
 3690 = Intensivmedizin  
 3691 = Intensivmedizin  
 3692 = Intensivmedizin  
 3700 = sonstige Fachabteilung  
 3750 = Angiologie  
 3751 = Radiologie  
 3752 = Palliativmedizin  
 3753 = Schmerztherapie  
 3754 = Heiltherapeutische Abteilung  
 3755 = Wirbelsäulenchirurgie  
 3756 = Suchtmedizin  
 3757 = Viszeralchirurgie  
 3790 = Sonstige Fachabteilung  
 3791 = Sonstige Fachabteilung  
 3792 = Sonstige Fachabteilung

### Schlüssel 2

1 = Behandlung regulär beendet  
 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  
 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  
 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  
 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 7 = Tod  
 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  
 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  
 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  
 11 = Entlassung in ein Hospiz  
 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung  
 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG  
 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung  
 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

## Anhang C.5: Dokumentationspflichtige Einrichtungen der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

### Einschluss – Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen:

#### Algorithmus

Alter am Aufnahmetag  $\geq 18$

und

eine Einschluss-Hauptdiagnose aus der Liste PSYCH\_ICD

und

das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'

#### Administratives Einschlusskriterium

Aufnahmegrund §301 SGB V (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2019 und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 2019<sup>1</sup>

#### Liste PSYCH\_ICD

ICD	Bezeichnung
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia Simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotypie Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektiven Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

<sup>1</sup> Annahme: Regelbetrieb startet im Jahr 2019

**Anhang C.6: Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation**

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
<b>ID 49b Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen und ID 57 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (Nenner)</b>			
1	Wie hoch ist die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	___ Behandlungstage	
<b>ID 49b Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen (Zähler)</b>			
2	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	___ Personentage	<p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger.</p> <p>In der Anzahl der Personentage sollen Fehlzeiten nicht berücksichtigt werden, d.h. es soll nur anwesendes Personal erfasst werden. Personal, welches flexibel vom stationären in das ambulante Setting wechselt, wird dagegen berücksichtigt.</p>
<b>ID 57 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (Zähler)</b>			
3	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	___ Personentage	<p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger.</p> <p>Zu <b>psychiatrischen Fachweiterbildungen</b> zählen neben den klassischen Fachweiterbildungen auch Bachelorabschlüsse oder höherwertige Studienabschlüsse mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege, denen eine grundständige Pflegeausbildung vorausging.</p> <p>In der Anzahl der Personentage sollen Fehlzeiten nicht berücksichtigt werden, d.h. es soll nur anwesendes Personal erfasst werden. Personal, welches flexibel vom stationären in das ambulante Setting wechselt, wird dagegen berücksichtigt.</p>

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
<b>ID 50c Deeskalationstraining – stationär</b>			
4	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	___ Mitarbeiter	Die <b>100 Arbeitstage</b> entsprechen nicht ausschließlich 8-Stunden-Arbeitstagen. Relevant ist die Anzahl der Arbeitstage, an denen der Mitarbeiter auf einer psychiatrischen Station eingesetzt wird, unabhängig davon, wie lang der Mitarbeiter an diesem Tag gearbeitet hat. Somit werden auch teilzeitangestellte Mitarbeiter erfasst.

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
5	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben?	____ Mitarbeiter	<p>Die <b>100 Arbeitstage</b> entsprechen nicht ausschließlich 8-Stunden-Arbeitstagen. Relevant ist die Anzahl der Arbeitstage, an denen der Mitarbeiter auf einer psychiatrischen Station eingesetzt wird, unabhängig davon, wie lang der Mitarbeiter an diesem Tag gearbeitet hat. Somit werden auch teilzeitangestellte Mitarbeiter erfasst.</p> <p>Unter <b>Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation</b> werden zu festgelegten Zeiten stattfindende Fortbildungen verstanden, die Mitarbeiter dazu befähigen, Situationen mit Aggressionspotenzial zu erkennen und Maßnahmen zu Deeskalation zu ergreifen. Ziel dieser Fortbildung ist es, die Mitarbeiter dazu zu befähigen, Situationen so gestalten zu können, dass Zwangsmaßnahmen möglichst nicht notwendig sind. Inhalte des Trainings oder der Auffrischung können beispielsweise sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Theoretische Grundlagen</li> <li>▪ Rechtliche Aspekte</li> <li>▪ Präventionsstrategien</li> <li>▪ Strategien zum Umgang mit kritischen Situationen</li> <li>▪ Verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien</li> <li>▪ Teamansätze zur Deeskalation</li> </ul>

## Anhang C.7: Dokumentationspflichtige Einrichtungen der ambulanten einrichtungsbefugten QS-Dokumentation

### Einschluss – Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen)

#### Algorithmus:

8. und 9. Stelle der Lebenslangen Arztnummer (Fachgruppenkennung) aus Liste FA\_EIN

#### Liste FA\_EIN

8. und 9. Stelle der Lebenslangen Arztnummer	Titel
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
58	Psychiatrie und Psychotherapie

### Einschluss – Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (PIA)

#### Algorithmus:

Leistungsart des Rechnungssatzes ambulante Operation aus Liste PIA\_EIN

#### Liste PIA\_EIN

Schlüssel 24	Titel
A1	PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23

## Anhang C.8: Datenfelder der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
1	Haben Sie im Erfassungsjahr mindestens einen gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit einer F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
<b>ID 22_a Dokumentation des Körpergewichts</b>			
2	Bei wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfassen Sie entsprechend der Leitlinie das Körpergewicht?	<input type="checkbox"/> bei allen <input type="checkbox"/> bei den meisten <input type="checkbox"/> bei wenigen <input type="checkbox"/> bei keinen	<p><b>Erfassung des Körpergewichts entsprechend der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):</b></p> <p>Die Erfassung des Körpergewichts sollte zu Beginn, nach den ersten 4 Wochen, nach den ersten 3 Monaten und anschließend alle 3 Monate nach Beginn einer antipsychotischen Pharmakotherapie erfolgen.</p> <p><b>Antwortoptionen:</b>            bei den meisten: &gt; 50 % der Patienten            bei wenigen: ≤ 50 % der Patienten</p>
3	Werden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<p><b>Relevante Gewichtsveränderungen</b> sind Veränderungen die &gt; 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen.</p> <p><b>Antwortoptionen:</b>            meistens: &gt; 50 % der Patienten            selten: ≤ 50 % der Patienten</p>
4	Ist für alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 das Körpergewicht im Erfassungsjahr dokumentiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
<b>ID 31_a Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung</b>			
5	Haben alle Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Erfassungsjahr mindestens eine körperliche Untersuchung erhalten (entweder durch Sie, einen anderen Arzt oder während eines stationären Aufenthalts)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ein Patient eine körperliche Untersuchung abgelehnt hat und aus diesem Grund keine durchgeführt wird, wird dies trotzdem als „Ja“ gewertet.
6	Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	<b>Antwortoptionen:</b> die meisten: > 50 % der Patienten wenige: ≤ 50 % der Patienten
7	Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und Substanzmissbrauch auf Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	<b>Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle können sein:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivierende Gesprächsführung</li> <li>▪ Angebote der ambulanten oder stationären Entwöhnungstherapie</li> <li>▪ Einzel- oder Gruppentherapien</li> <li>▪ Selbsthilfegruppen</li> </ul> <b>Antwortoptionen:</b> die meisten: > 50 % der Patienten wenige: ≤ 50 % der Patienten
8	Weisen Sie Ihre rauchenden Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Angebote zur Raucherentwöhnung hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	<b>Angebote zur Raucherentwöhnung können sein:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivierende Gesprächsführung</li> <li>▪ Beratungsangebote</li> <li>▪ Angebote zum Nichtrauchertraining</li> <li>▪ Nikotinersatztherapien</li> <li>▪ ggf. andere pharmakologische Therapien (z.B. mit Bupropion)</li> <li>▪ Selbsthilfegruppen</li> </ul> <b>Antwortoptionen:</b> die meisten: > 50 % der Patienten wenige: ≤ 50 % der Patienten



Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
9	Stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten eine Beratung hinsichtlich Ernährung und Bewegung/Sport erhalten? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Ersterkrankung?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	Die <b>Beratung</b> soll im Gespräch erfolgen. Als Ergänzung können Flyer, Broschüren etc. den Patienten ausgehändigt werden. <b>Antwortoptionen:</b> meistens: > 50 % der Patienten selten: ≤ 50 % der Patienten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit relevanten Gewichtsveränderungen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<b>Relevante Gewichtsveränderungen</b> sind Veränderungen die > 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen. <b>Antwortoptionen:</b> meistens: > 50 % der Patienten selten: ≤ 50 % der Patienten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit einer Umstellung der psychotropen Medikation?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<b>Antwortoptionen:</b> meistens: > 50 % der Patienten selten: ≤ 50 % der Patienten
<b>ID 67b Anbieten von Psychotherapie – ambulant</b>			
10	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert war, Psychotherapie als eine Behandlungsmöglichkeit besprochen?	<input type="checkbox"/> bei allen <input type="checkbox"/> bei den meisten <input type="checkbox"/> bei wenigen <input type="checkbox"/> bei keinem	Eine <b>Psychotherapie</b> ist beispielweise <b>indiziert</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zur Erarbeitung von Krankheitsbewältigungsstrategien</li> <li>▪ zur Bearbeitung destabilisierender Beziehungskonflikte</li> <li>▪ bei Ersterkrankungen</li> <li>▪ bei grundlegenden Therapiewechseln</li> <li>▪ bei besonderen Lebensereignissen etc.</li> </ul> <b>Antwortoptionen:</b> bei den meisten: > 50 % der Patienten bei wenigen: ≤ 50 % der Patienten
11	Haben Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über die verschiedenen Variationen der Psychotherapie informiert?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	<b>Variationen der Psychotherapie</b> umfassen sowohl Richtlinien-Psychotherapie als auch andere psychotherapeutische Interventionen <b>Antwortoptionen:</b> die meisten: > 50 % der Patienten wenige: ≤ 50 % der Patienten

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
12	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 die Vor- und Nachteile der verschiedenen Psychotherapien erarbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
13	Bieten Sie psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche</b> sind definiert anhand von regelmäßigen Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 20-30 Minuten.
14	Verfügen Sie über Kontaktadressen von Psychotherapeuten, die Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 behandeln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
15	Haben Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, Psychotherapie oder psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche erhalten?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keiner	<b>Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche</b> sind definiert anhand von regelmäßigen Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 20-30 Minuten. <b>Antwortoptionen:</b> die meisten: > 50 % der Patienten wenige: ≤ 50 % der Patienten
<b>ID 70_a Einbezug von Angehörigen</b>			
16	Fragen Sie alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gezielt nach relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
17	Erfragen Sie bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, ob einem Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder ggf. dem gesetzlichen Betreuer in die Behandlungs- und Therapieplanung zustimmend wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen. <b>Antwortoptionen:</b> meistens: > 50 % der Patienten selten: ≤ 50 % der Patienten

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
18	Beziehen Sie Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer grundsätzlich in die Behandlungs- und Therapieplanung mit ein, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<p><b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.</p> <p>Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p><b>Antwortoptionen:</b>            meistens: &gt; 50 % der Patienten            selten: ≤ 50 % der Patienten</p>
19	Führen Sie mit den Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern neuer Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Rahmen der ersten drei Kontakte therapiebezogene Gespräche, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<p><b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.</p> <p>Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden und die Behandlung abgestimmt wird. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p><b>Antwortoptionen:</b>            meistens: &gt; 50 % der Patienten            selten: ≤ 50 % der Patienten</p>
20	Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<p>Im Gespräch mit den Angehörigen muss die Schweigepflicht beachtet werden. Es handelt sich hier nicht um ein therapiebezogenes Gespräch, sondern um allgemeine Informationen.</p> <p>Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden und die Behandlung abgestimmt wird. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p><b>Antwortoptionen:</b>            meistens: &gt; 50 % der Patienten            selten: ≤ 50 % der Patienten</p>

## Anhang D: Beispiel für die Auswertung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

### Auswertungsregeln:

1. Jeder Indikator ist durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items.
2. Um den Indikator zu 100 % zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle Fragen positiv beantwortet werden.
3. Jede einzelne Frage des Indikators hat den gleichen Anteil am Indikator (Bsp.: bei Indikator ID 31\_a, der aus 5 Fragen besteht, geht jede Frage mit 20 % in den Gesamtwert des Indikators ein).
4. Die einzelnen Items einer Frage werden ebenfalls entsprechend anteilig berechnet (Bsp.: eine der oben genannten 5 Fragen besteht aus 3 Items, somit geht jedes Item mit 6,67 % in den Gesamtwert des Indikators ein).

Rechenbeispiel für den Indikator mit der ID 31\_a bei positiver Beantwortung aller Fragen bzw. Items:

$$\begin{array}{c}
 \text{Frage 5} \\
 (1 * 0,2) +
 \end{array}
 \left|
 \begin{array}{c}
 \text{Frage 6} \\
 (1 * 0,2) +
 \end{array}
 \right|
 \left|
 \begin{array}{c}
 \text{Frage 7} \\
 (1 * 0,2) +
 \end{array}
 \right|
 \left|
 \begin{array}{c}
 \text{Frage 8} \\
 (1 * 0,2) +
 \end{array}
 \right|
 \left|
 \begin{array}{c}
 \text{Frage 9} \\
 (0,33 * 0,2) +
 \end{array}
 \right|
 \left|
 \begin{array}{c}
 (0,33 * 0,2) +
 \end{array}
 \right|
 \left|
 \begin{array}{c}
 (0,33 * 0,2)
 \end{array}
 \right|$$

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
<b>ID 22_a Dokumentation des Körpergewichts</b>			
2	Bei wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD- 10 erfassen Sie entsprechend der Leitlinie das Körpergewicht?	<input type="checkbox"/> bei allen <input type="checkbox"/> bei den meisten <input type="checkbox"/> bei wenigen <input type="checkbox"/> bei keinen	100 % 75 % 25 % 0 %
3	Werden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	100 % 75 % 25 % 0 %
4	Ist für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 das Körpergewicht im Erfassungsjahr dokumentiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
<b>ID 31_a Gesundheitsfördernde Maßnahmen</b>			
5	Haben alle Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Erfassungsjahr mindestens eine körperliche Untersuchung erhalten (entweder durch Sie, einen anderen Arzt oder während eines stationären Aufenthalts)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %
6	Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	100 % 75 % 25 % 0 %
7	Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und Substanzmissbrauch auf Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	100 % 75 % 25 % 0 %
8	Weisen Sie Ihre rauchenden Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Angebote zur Raucherentwöhnung hin?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	100 % 75 % 25 % 0 %
9	Stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten eine Beratung hinsichtlich Ernährung und Bewegung/Sport erhalten? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Ersterkrankung?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	33,33 % 25 % 8,33% 0 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit relevanten Gewichtsveränderungen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	33,33 % 25 % 8,33 % 0 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit einer Umstellung der psychotropen Medikation?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	33,33 % 25 % 8,33 % 0%

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
<b>ID 67b Anbieten von Psychotherapie – ambulant</b>			
10	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert war, Psychotherapie als eine Behandlungsmöglichkeit besprochen?	<input type="checkbox"/> bei allen <input type="checkbox"/> bei den meisten <input type="checkbox"/> bei wenigen <input type="checkbox"/> bei keinem	100 % 75 % 25 % 0 %
11	Haben Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über die verschiedenen Variationen der Psychotherapie informiert?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keinen	100 % 75 % 25 % 0 %
12	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 die Vor- und Nachteile der verschiedenen Psychotherapien erarbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %
13	Bieten Sie psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %
14	Verfügen Sie über Kontaktadressen von Psychotherapeuten, die Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 behandeln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %
15	Haben Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, Psychotherapie oder psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche erhalten?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keiner	100 % 75 % 25 % 0 %

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
<b>ID 70_a Einbezug von Angehörigen</b>			
16	Fragen Sie alle Patienten mit einer ICD-10 F2-Diagnose gezielt nach relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	0 % 100 %
17	Erfragen Sie bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, ob einem Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen und ggf. dem gesetzlichen Betreuer in die Behandlungs- und Therapieplanung zustimmt wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	100 % 75 % 25 % 0 %
18	Beziehen Sie Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer grundsätzlich in die Behandlungs- und Therapieplanung mit ein, wenn dies nicht vom Patienten abgelehnt wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	100 % 75 % 25 % 0 %
19	Führen Sie mit den Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuern neuer Patienten mit einer ICD-10 F2-Diagnose im Rahmen der ersten drei Kontakte therapiebezogene Gespräche, wenn dies nicht vom Patienten abgelehnt wird?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	100 % 75 % 25 % 0 %
20	Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	100 % 75 % 25 % 0 %



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

# **Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Indikatorenset 1.1

---

Stand: 14. Dezember 2015



# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Indikatorenset 1.1)

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19. Juni 2014

**Datum der Abgabe:**

14. Dezember 2015

**Signatur:**

14-SQG-34d

**Hinweis:**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
22_a	Dokumentation des Körpergewichts
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
34	Behandlungsvereinbarungen
35	Körperliche Übergriffe
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
50c	Deeskalationstraining – stationär
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung
59	Kontrolluntersuchungen
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
62	Unterbringungen
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant
70_a	Einbezug von Angehörigen
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
85	Muttersprachliche Kommunikation
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige

<b>Indikator-ID 01e</b>	<b>Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb der ersten sieben Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung ambulanten Kontakt hatten.
<b>Zähler</b>	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus der stationären Versorgung Kontakt zur ambulanten psychiatrischen Versorgung, zu einem Hausarzt, einem Neurologen, zu einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten hatten
<b>Nenner</b>	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die innerhalb von sieben Tagen einen erneuten Krankenhausaufenthalt hatten; Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Für möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird die Behandlungskontinuität beim Übergang aus dem stationären in den ambulanten Bereich gewahrt.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Die Entlassung aus der stationären Versorgung birgt für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein großes Risiko für Versorgungsbrüche, die mit poststationären Problemen einhergehen können [Expertenstandard] (DNQP 2009). Die Behandlungskontinuität ist mit der Verbesserung folgender Outcomes assoziiert: der allgemeinen Funktionalität (Global Assessment of Functioning-Score) [III] (Greenberg et al. 2005a) und der sozialen Funktionalität [III] (Adair et al. 2005), der Verringerung der Sterblichkeit [III] (Hoertel et al. 2014), der Senkung von „Drop-out-Raten“ [III] (Nordentoft 2002) sowie Verbesserungen der Symptomatik, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit [III] (Adair et al. 2005).</p> <p>Nach einem stationären Aufenthalt ist eine rasche ambulante Anschlussbehandlung wichtig, um Rückfälle und Wiederaufnahmen zu vermeiden und um die im Krankenhaus begonnene Therapie fortzusetzen [Ia] (Steffen et al. 2009). Außerdem sollte die Adhärenz des Patienten gefördert sowie eventuelle unerwünschte Arzneimittelwirkungen einer stationär begonnenen medikamentösen Therapie überprüft werden. Eine zeitnahe Vorstellung beim niedergelassenen Arzt soll somit insgesamt die Behandlungskontinuität fördern [III] (Spießl et al. 2007).</p> <p>Die Zeit bis zum ersten ambulanten Kontakt ist einerseits abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, andererseits auch von den ambulanten Strukturen, wie Facharztichte und Wartezeiten auf einen Termin und kann damit stark variieren [III] (Weinmann et al. 2009).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz und stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant und stationär)
<b>Originalformulierung</b>	„Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung aus der stationären Therapie eine ambulante psychiatrische Untersuchung erfolgte; N[enner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren, die innerhalb eines Jahres wegen einer Schizophrenie stationär behandelt worden sind“ (Großimlinghaus et al. 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Follow-up appointment for mental illness scheduled within 7 days of discharge.“ (Williams et al. 2008)</li> <li>▪ „Outpatient follow-up care after acute psychiatric hospital discharge: number of acute psychiatric hospitalizations followed by a mental health outpatient service contact within 7 days after discharge; 30 days after discharge; 180 days after discharge. [Period of data analysis: one index year (plus up to 180 days for outpatient contacts) [sic]“ (Donisi et al. 2013)</li> <li>▪ „follow-up care within 7 and 30 days of discharge from the first observed inpatient admission for schizophrenia“ (Horvitz-Lennon et al. 2014)</li> <li>▪ „Post-discharge community care: [Numerator:] Number of in-scope overnight separations from the mental health service organization’s acute psychiatric inpatient unit(s) occurring</li> </ul>

within the reference period for which a community mental health contact was recorded in the 7 days immediately following that separation by ambulatory care services managed by the organization. [Denominator:] Number of in-scope overnight separations from the mental health service organization's acute psychiatric inpatient units occurring within the reference period" (AIHW 2014; Coombs et al. 2011a; Coombs et al. 2011b; McKay et al. 2011; Brown et al. 2009)

- „Der Indikator Q1 „Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik“ gibt den Anteil der eingeschriebenen Personen an, die nach Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung mit der Entlassdiagnose einer Schizophrenie innerhalb von sieben Tagen einen ambulanten Kontakt zu einem Facharzt für Psychiatrie oder einem Nervenarzt, zum primär psychiatrisch betreuenden Hausarzt oder zu einem anderen Therapeuten im Rahmen der Integrierten Versorgung (ambulanter Pflegedienst oder Soziotherapie) hatten“ (Weinmann et al. 2009)
- „1 outpatient visit attended within 7 days after discharge for a mental disorder“ (Hermann et al. 2006a)
- „Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization: % of persons hospitalized for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within 7 and 30 days of discharge“ (Hermann et al. 2006b)
- „The proportion of those patients on Care programme approach (CPA) discharged from inpatient care who are followed up within 7 days“ (NHS 2009)
- „Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: [Numerator:] Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within i) 7 days and ii) 30 days of discharge. [Denominator:] Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses.“ (Hermann et al. 2004)

Indikatorvarianten mit anderen Follow-up-Zeiträumen:

- „Community follow-up after hospitalization: Percentage of hospital separations for individuals with a diagnosis of schizophrenia who receive at least 1 psychiatry service or physician contact within 30 days of discharge“ (Addington et al. 2012)
- „Community (treatment service) follow-up after hospitalization: The percentage of hospital discharges for individuals in the EPTS [early psychosis treatment service] who have had at least one contact with EPTS within 30 days of discharge“ (Addington 2011)
- „Percent who received care within 30 days“ (Leslie et al. 2000)
- „percentage of patients with any psychiatric outpatient care in the 30 days after inpatient discharge“ (Greenberg et al. 2005b)
- „Percentage of patients with outpatient appointment within 30 days of discharge“ (Valenstein et al. 2004)
- „The proportion of COD [Co-occurring mental health and substance use disorders] with an inpatient or day/night episode (SUD [substance use disorders] or MHD [mental health disorders] related) visit that have at least one SUD and one MHD outpatient clinic visit (or one integrated treatment visit) within thirty days of discharge.“ (Dausey et al. 2009)
- „Community follow-up after hospitalization: „Percentage of patients with schizophrenia spectrum disorder diagnoses who were discharged from the hospital and received at least one psychiatry service contact within 30 days of discharge“ (Addington et al. 2005)
- „Community follow up after hospitalization. Numerator = no. [number] of service patients attending at least one follow-up appointment after initial hospitalization. Denominator = no. [number] of service patients initially treated with an acute hospital admission“ (Addington et al. 2007)
- „Percentage of patients with any psychiatric outpatient care in the 6 months after inpatient discharge.“ (Greenberg et al. 2005b)
- „Percent who received care within 180 days.“ (Leslie et al. 2000)
- „Proportion of patients discharged to outpatient programs for whom an outpatients' visit is registered within 6 months of discharge.“ (DNIP 2010)

<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zur <b>ambulanten psychiatrischen Versorgung</b> gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Unter <b>Hausärzten</b> werden Praxen von niedergelassenen Ärzten mit den folgenden Fachgruppenkennungen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt)</li> <li>▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)</li> <li>▪ FG 03: Internist (Hausarzt)</li> </ul> <p>Unter <b>Neurologen</b> werden Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit der folgenden Fachgruppenkennung berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 53: Neurologie</li> </ul> <p>Unter <b>ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten</b> werden Praxen von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten mit den folgenden Fachgruppenkennungen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt</li> <li>▪ FG 68: Psychologischer Psychotherapeut</li> </ul> <p>Unter einem <b>Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</b> werden Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit der folgenden Fachgruppenkennung berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> </ul> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Die Richtung des Indikators wurde geändert. Die Auswertung des Indikators findet auf Fall-ebene, nicht auf Patientenebene statt. D.h. Patienten können, wenn sie im Erfassungsjahr mehrfach im Krankenhaus behandelt wurden, auch mehrmals gezählt werden.</p> <p>Anmerkung zur Berechnung:</p> <p>Der Kontakt mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung nach Entlassung aus der stationären Versorgung wird folgendermaßen erfasst: Zunächst wird die Grundgesamtheit (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10) bestimmt. Für einen Patienten der Grundgesamtheit mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 wird geprüft, ob ein Leistungserbringer der ambulanten psychiatrischen Versorgung, ein Hausarzt, ein Neurologe, ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut für den Patienten innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung eine Leistung abgerechnet hat.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „It is important that there be no gaps in service delivery, because patients are particularly vulnerable to relapse after an acute episode and need support in resuming their normal life and activities in the community.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „After a recent discharge from the hospital, a higher frequency of outpatient visits is recommended, and the number of visits may need to be increased during times of personal crisis, significant environmental changes, heightened distress, or deepening depression during the course of illness.“ (Empfehlungsgrad: III) (APA 2010)</li> <li>▪ „When psychological treatments, including arts therapies, are started in the acute phase (including in inpatient settings), the full course should be continued after discharge without unnecessary interruption.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler zu wiederholen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Die Richtung der Indikatorbeschreibung wurde an die des Zählers angepasst.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit einer Demenzerkrankung (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.</li> <li>▪ Als Nenner wurde von den Panelexperten vorgeschlagen, alle Krankenhausaufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu betrachten, die entweder eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 oder eine psychiatrische Hauptdiagnose (F00.-* bis F99) und eine Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 haben.</li> <li>▪ Für den Fall, dass kein Facharzt die Versorgung übernehmen kann, sollen als ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen auch Hausarztkontakte und Kontakte zu Neurologen zählen. Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde daher auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von Leistungserbringern der ambulanten psychiatrischen Versorgung gestrichen und separat aufgeführt.</li> <li>▪ Entsprechend der vorgenommenen Änderungen erfolgten Anpassungen in den Anmerkungen sowie in den Kodes zur Berechnung.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Titel des Indikators wurde „ambulanter Anschlusstermin“ in „ambulanter Kontakt“ geändert.</li> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen und als eigener Leistungserbringer in den Zähler aufgenommen.</li> <li>▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.</li> <li>▪ Die Definitionen von ambulanter psychiatrischer Versorgung und von Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie wurden in den Anmerkungen ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Da die Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen gegenwärtig zwischen den Bundesländern variieren, können Kontakte zur Psychiatrischen Institutsambulanz auf Basis der aktuellen Datengrundlage (2012) nur unvollständig berücksichtigt werden.
<b>Kodes zur Berechnung</b>	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)</p> <p><u>Zähler:</u> Entlassungsdatum Behandlungsdatum der GOP von Leistungserbringern der ambulanten psychiatrischen Versorgung, eines Hausarztes, eines Neurologen, eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten Behandlungsdatum Gebührennummern von Psychiatrischen Institutsambulanzen</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Stationäre Fälle: Hauptdiagnose F00.-* bis F99 Nebendiagnosen F20.- bis F29 Entlassungsdatum</p>

	<u>Ausschluss Nenner:</u> Entlassungsdatum Aufnahmedatum Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03
<b>Datenquelle</b>	Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert. Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Aufnahmedatum (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Nebendiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für den Kontakt mit der ambulanten Versorgung innerhalb der ersten sieben Tage nach Entlassung identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft. Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Olfson et al. 2010): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante psychiatrische Versorgung vor Aufnahme</li> <li>▪ Einnahme von Antipsychotika</li> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Verweildauer</li> <li>▪ F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10</li> <li>▪ Behandlung von chronischen somatischen Erkrankungen vor Aufnahme</li> <li>▪ komorbide Substanzabhängigkeit</li> </ul>

## Literatur:

Adair, CE; McDougall, GM; Mitton, CR; Joyce, AS; Wild, TC; Gordon, A; Costigan, N; Kowalsky, L; Pasmenny, G; Beckie, A (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 56(9): 1061-1069.

Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. *Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.*

Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.

Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.

AIHW (2014). Mental health services in Australia. Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services Tables. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Brown, P; Pirkis, J (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. *Curr Opin Psychiatry* 22(6): 610-618.
- Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011a). Benchmarking Adult Mental Health Organizations. *Australas Psychiatry* 19(3): 215-220.
- Coombs, T; Walter, G; Brann, P (2011b). Overview of the National Mental Health Benchmarking Project. *Australas Psychiatry* 19(1): 37-44.
- Dausey, DJ; Pincus, HA; Herrell, JM (2009). Performance measurement for co-occurring mental health and substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 4: 18.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- DNIP (2010). Schizophrenia: Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project.
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REfinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005a). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatr Serv* 56(4): 427-433.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005b). Does System Reform Reduce Geographic Variation in Mental Health System Performance. *Psychiatr Q* 76(3): 231-242.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, R; Mattke, S; The OECD Mental Health Care Panel (2004). OECD Health Technical Papers No. 17. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Hermann, RC; Chan, JA; Provost, SE; Chiu, WT (2006a). Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 57(10): 1461-1467.
- Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; Pirkis, J; Mainz, J; Chan, JA (2006b). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38.
- Hoertel, N; Limosin, F; Leleu, H (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 29(6): 358-364.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, SLT (2014). Disparities in Quality of Care among Publicly Insured Adults with Schizophrenia in Four Large U.S. States, 2002-2008. *Health Serv Res* 49(4): 1121-1144.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Leslie, DL; Rosenheck, RA (2000). Comparing Quality of Mental Health Care for Public-Sector and Privately Insured Populations. *Psychiatr Serv* 51(5): 650-655.
- McKay, R; McDonald, R; Coombs, T (2011). Benchmarking older persons mental health organizations. *Australas Psychiatry* 19(1): 45-48.
- NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Nordentoft, M (2002). Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. *Nord J Psychiatry* 56(3): 175-179.
- Olfson, M; Marcus, SC; Doshi, JA (2010). Continuity of Care After Inpatient Discharge of Patients With Schizophrenia in the Medicaid Program: A Retrospective Longitudinal Cohort Analysis. *J Clin Psychiatry* 71(7): 831-838.



- Spießl, H; Hübner-Liebermann, B; Zacher, A; Cording, C (2007). Der niedergelassene Psychiater und die psychiatrische Klinik: Eine Analyse der Einweisung und Weiterbehandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75(6): 357-362.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; Barry, KL (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *Am J Psychiatry* 161(1): 146-153.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme aufgrund einer psychischen Erkrankung.
<b>Zähler</b>	Summe der Tage ohne stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung von stationären Fällen mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
<b>Nenner</b>	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre, Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme sollte möglichst lang sein.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Die Wiederaufnahmeraten sind bei Patienten mit Schizophrenie vergleichsweise hoch. Sie werden häufig als Surrogatparameter für Rückfälle oder das Auftreten von poststationären Komplikationen genutzt [III] (Weinmann et al. 2009). Doch auch andere Faktoren spielen eine Rolle: Funktionalität [III] (Odes et al. 2011; Warnke et al. 2010), Entlassungsplanung [Ia] (Steffen et al. 2009) und die ambulante Versorgung [III] (Spießl et al. 2006). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass sinkende Verweildauern, wie sie in Deutschland in den letzten 15 Jahren zu beobachten sind, mit häufigeren Wiederaufnahmen einhergehen. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ sollte jedoch vermieden werden und die Patienten sollten möglichst lange in ambulanter Behandlung bleiben [III] (Boaz et al. 2013; Spießl et al. 2006).</p> <p>Der Indikator gibt Hinweise sowohl auf die Qualität der Versorgung im stationären als auch im poststationären Bereich [III] (Weinmann et al. 2009).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz und stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Average number of days between discharge from index acute psychiatric hospitalization and first readmission (Period of data analysis: one index year plus up to 365 days for readmissions)“ (Donisi et al. 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in je mindestens zwei Quartalen des Jahres eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Änderungen gegenüber dem Originalindikator:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p> <p>Anmerkungen zur Berechnung:</p> <p>Die Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme wird folgendermaßen erfasst: Zunächst wird die Grundgesamtheit (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10) bestimmt. Für einen Patienten der Grundgesamtheit mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 wird die Anzahl an Tagen zwischen dem Entlassungsdatum und dem Wiederaufnahmedatum des nächsten Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 innerhalb von 365 Tagen gezählt. Erfolgt innerhalb</p>

	von 365 Tagen nach Entlassung keine Wiederaufnahme aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, so wird für diesen Fall eine Dauer ohne Wiederaufnahme von 365 Tagen angesetzt.
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Alternativen zur stationären Aufnahme sollten in jedem Fall vor Wiedererkrankung geprüft werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Generell sollte einer ambulanten Therapie, wenn möglich, der Vorzug vor einer stationären Behandlung gegeben werden. Im Falle einer akuten Exazerbation der Schizophrenie sollte, wenn möglich, eine ambulante Behandlung der stationären vorgezogen werden“ (Allgemeine Empfehlung; kein Empfehlungsgrad) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Consider acute community treatment within crisis resolution and home treatment teams before admission to an inpatient unit and as a means to enable timely discharge from inpatient units. Crisis houses or acute day facilities may be considered in addition to crisis resolution and home treatment teams depending on the person's preference and need.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „When it is uncertain whether the patient needs to be hospitalized, alternative treatment in the community, such as day hospitalization, home care, family crisis therapy, crisis residential care, or assertive community treatment, should be considered.“ (Empfehlungsgrad: III) (APA 2010)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.</li> <li>▪ Als Nenner wurde von den Panelexperten vorgeschlagen, alle Krankenhausaufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu betrachten, die entweder eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 oder eine psychiatrische Hauptdiagnose (F00.-* bis F99) und eine Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 haben.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ Der Nachbeobachtungszeitraum wurde von 180 Tagen auf 365 Tage geändert.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Kodes zur Berechnung</b>	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014)</p> <p><u>Zähler:</u> Entlassungsdatum Aufnahmedatum</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Stationäre Fälle: Hauptdiagnose ICD F00.-* bis F99 Nebendiagnosen ICD F20.- bis F29</p>

	Entlassungsdatum Aufnahme datum <u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03
<b>Datenquellen</b>	Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert. Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Aufnahme datum (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Nebendiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft. Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter (Durbin et al. 2007)</li> <li>▪ Geschlecht (Valevski et al. 2012)</li> <li>▪ vorherige Krankenhausaufenthalte (Schmutte et al. 2010; Durbin et al. 2007)</li> <li>▪ Verweildauer (Schmutte et al. 2010; Durbin et al. 2007)</li> </ul>

## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Boaz, TL; Becker, MA; Andel, R; Van Dorn, RA; Choi, J; Sikirica, M (2013). Risk Factors for Early Readmission to Acute Care for Persons With Schizophrenia Taking Antipsychotic Medications. *Psychiatr Serv* 64(12): 1225-1229.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Durbin, J; Lin, E; Layne, C; Teed, M (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 34(2): 137-150.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Odes, H; Katz, N; Noter, E; Shamir, Y; Weizman, A; Valevski, A (2011). Level of Function at Discharge as a Predictor of Re-admission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther* 65(3): 314-319.
- Schmutte, T; Dunn, CL; Sledge, WH (2010). Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: A matched-control survival analysis. *J Nerv Ment Dis* 198(12): 860-863.
- Spieß, H; Binder, H; Cording, C; Klein, HE; Hajak, G (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Dtsch Arztebl* 103(39): A2549 – A2552.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Valevski, A; Zalsman, G; Tsafirir, S; Lipschitz-Elhawi, R; Weizman, A; Shohat, T (2012). Rate of readmission and mortality risks of schizophrenia patients who were discharged against medical advice. *Eur Psychiatry* 27(7): 496-499.
- Warnke, I; Nordt, C; Ajdacic-Gross, V; Haug, A; Salize, HJ; Rössler, W (2010). Klinische und soziale Risikofaktoren für Wiederaufnahmen in die stationäre Psychiatrie bei Patienten mit Schizophrenie: Eine Langzeitanalyse. *Neuropsychiatr* 24(4): 243-251.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Indikator-ID 08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Einbezug von ambulanten Leistungserbringern in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen der ambulante, psychiatrisch behandelnde Arzt oder andere Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird der ambulante, psychiatrisch behandelnde Arzt oder andere Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems vom stationären Leistungserbringer in die Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Der Übergang von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung ist ein kritischer Punkt in der Kontinuität der Versorgung. Eine nicht ausreichende Vorbereitung dieses Überganges erhöht unter anderem das Risiko, dass Therapien nicht fortgeführt werden, Patienten Anschlusstermine nicht wahrnehmen oder mehrere Wochen brauchen, bis sie einen ambulanten Arzt aufsuchen [III] (Bauer et al. 2014; Olfson et al. 2010; Boyer et al. 2000).</p> <p>Um den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung besser zu gestalten, sollten stationäre Leistungserbringer die ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringer noch während der stationären Versorgung kontaktieren, um die Behandlung und Entlassung mit Blick auf die Kontinuität der Versorgung abzustimmen [Expertenstandard, III] (DNQP 2009; Steffen et al. 2009).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician in order to obtain the patient’s past psychiatric and/or medical history to develop common treatment goals and discharge plans“ (Williams et al. 2008)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician within 2 days of admission“ (Williams et al. 2008)</li> <li>▪ „Notification of the patient’s hospitalization to the outpatient mental health provider within 2 days of admission“ (Williams et al. 2008)</li> <li>▪ „Notification of the patient’s hospitalization to the outpatient mental health provider“ (Williams et al. 2008)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Zu den <b>ambulanten, psychiatrisch behandelnden Ärzten</b> gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärzte der Psychiatrischen Institutsambulanzen</li> <li>▪ Fachärzte mit den folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>–FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>–FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> </li> <li>▪ Neurologen (FG 53), Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60) oder Hausärzte (FG 01, 02, 03), wenn der Patient keinen Facharzt benennt</li> </ul> <p>Zu den <b>Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems</b> gehören neben den ambulanten, psychiatrisch behandelnden Ärzten folgende Personengruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialpsychiatrischer Dienst</li> <li>▪ Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX)</li> <li>▪ Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege</li> <li>▪ Soziotherapeuten</li> <li>▪ Ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten</li> <li>▪ Ergotherapeuten</li> </ul>

	<p>Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden persönliche oder telefonische Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	„P4 – [Die Pflegefachkraft] stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.“ (Empfehlungsgrad: Expertenstandard) (DNQP 2009)
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass neben dem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt auch andere Angehörige des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen werden können.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde das Qualitätsziel angepasst.</li> <li>▪ Eine Operationalisierung von „andere Angehörige des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems“ wurde ergänzt.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Definition von therapiebezogenem Gespräch wurde ergänzt.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die zwei ursprünglich vorgesehenen Datenfelder wurden zu einem Datenfeld zusammengefasst, wobei die relevanten Leistungserbringer in den Ausfüllhinweisen aufgeführt werden sollen.</li> <li>▪ Der Begriff „Psychotherapeuten“ wurde zu „ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten“ konkretisiert.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Gruppe der Fachärzte gestrichen. Neurologen sollen, äquivalent zu den Hausärzten, einbezogen werden, wenn kein Facharzt die psychiatrische Versorgung übernehmen kann.</li> <li>▪ Im Zähler und im Datenfeld wurde „andere Angehörige“ durch „andere Leistungserbringer“ ersetzt.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde entsprechend der Empfehlung einer zur Stellungnahme berechtigten Organisation mit Neurologen gleichgesetzt.</li> <li>▪ Die Antwortoption „Gespräch nicht möglich“ wurde im Datenfeld ergänzt.</li> </ul>

Spezifizierung zur Berechnung	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation
	mindestens ein therapiebezogenes Gespräch mit einem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder mit anderen Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erfolgt
	0 = nein 1 = ja 2 = Gespräch nicht möglich

## Literatur:

Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014). Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. Psychiatr Prax 41(8): 439-444.

Boyer, CA; McAlpine, DD; Pottick, KJ; Olfson, M (2000). Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care. Am J Psychiatry 157(10): 1592-1598.

DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Olfson, M; Marcus, SC; Doshi, JA (2010). Continuity of Care After Inpatient Discharge of Patients With Schizophrenia in the Medicaid Program: A Retrospective Longitudinal Cohort Analysis. J Clin Psychiatry 71(7): 831-838.

Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. Acta Psychiatr Scand 120(1): 1-9.

Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.



Indikator-ID 19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen erhalten haben.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe verordnet bekommen haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens einen psychotropen Wirkstoff erhalten haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nehmen mehr als drei verschiedene psychotrope Wirkstoffe über einen längeren Zeitraum ein.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Menschen mit Schizophrenie leiden oftmals an weiteren psychischen Syndromen mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik. In diesem Fall können neben dem Antipsychotikum weitere Medikamente eingesetzt werden, die zusätzlich auf das Nervensystem wirken („psychotrope Kombinationstherapie“). Dazu gehören Antidepressiva, Benzodiazepine oder Phasenprophylaktika („mood stabilizers“). Die gleichzeitige Einnahme dieser Wirkstoffe wird in der Literatur jedoch kontrovers diskutiert [III] (Zink et al. 2011; Zink et al. 2010; Masand et al. 2006): Auf der einen Seite wird in einer Leitlinie die gleichzeitige Einnahme der oben genannten Wirkstoffen empfohlen, sofern das psychiatrische Komorbiditätsspektrum dies erfordert [LL] (RANZCP 2004). Auf der anderen Seite zeigen Studien, dass die kombinierte Einnahme von Antipsychotika, Phasenprophylaktika oder Antidepressiva einen Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nicht-Adhärenz bzw. das metabolische Syndrom darstellt [III] (Längle et al. 2012; Steylen et al. 2012; Brüggemann et al. 2008; Correll et al. 2007). Daher sollte die Medikation mit mehr als drei psychotropen Wirkstoffen über einen längeren Zeitraum vermieden werden [III] (Steylen et al. 2012; Williams et al. 2008; Kreyenbuhl et al. 2007).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
<b>Originalformulierung</b>	„Polypharmacy: % of individuals who had either 1 inpatient admission or 2 outpatient visits for schizophrenia within a 12-mo[nths] period who were treated simultaneously with 4 or more psychotropic drugs for 1 mo[nth] or longer“ (Hermann et al. 2002)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Nicht mehr als 4 psychotrope Medikamente bei Entlassung [%]“ (Janssen et al. 2005)</li> <li>▪ „Inpatients on 3 or more psychotropic medications at the time of discharge“ (ACHS 2014)</li> <li>▪ „Median number of prescribed psychotropic medications at discharge“ (Williams et al. 2008)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den <b>psychotropen Wirkstoffen</b> gehören die folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N03 Antiepileptika</li> <li>▪ N05 Psycholeptika</li> <li>▪ N06 Psychoanaleptika</li> </ul> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>

Änderungen gegenüber der Originalformulierung:

In Bezug auf die Dauer der psychotropen Kombinationstherapie wurde vom Originalindikator abgewichen, um zeitlich begrenzte zusätzliche Medikationen, beispielsweise in Akutphasen und bei Medikamentenumstellungen, nicht zu erfassen.

Anmerkung zur Berechnung des Indikators:

Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein psychotroper Wirkstoff der ATC-Gruppen N03, N05 oder N06 verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.

Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe aus den Wirkstoffgruppen N03, N05 oder N06 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Unterschiedliche Wirkstoffe liegen dann vor, wenn sich die endstelligen ATC-Kodes unterscheiden. Dabei muss nicht aus jeder Wirkstoffgruppe ein Wirkstoff verordnet worden sein. Die vier oder mehr unterschiedlichen Wirkstoffe können auch aus zwei unterschiedlichen oder aus derselben Wirkstoffgruppe stammen.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Listen PZN\_Antipsychotika, PZN\_Benzo, PZN\_Psychotrop).

<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „For service users with persistent negative symptoms despite adherence to antipsychotic medication, consider augmentation with an antidepressant, lamotrigine, or sulpiride.“ (Empfehlungsgrad: B) (SIGN 2013)</li> <li>▪ „With regard to the side effect profile of lithium and the inconclusive data (Category of Evidence D/E), an add-on treatment with lithium in schizophrenia cannot be recommended. However, in patients with mood symptoms and in schizoaffective patients, there is some evidence for the efficacy of lithium augmentation (Leucht et al. 2004).“ (Empfehlungsgrad: 3) (Hasan et al. 2012)</li> <li>▪ „Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie sollte eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie begonnen und über mindestens 9 Wochen fortgeführt werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollte das erhöhte psychotische Exazerbationsrisiko bei Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern und die begrenzte Datenlage zu SSRIs berücksichtigt werden.“ (Empfehlungsgrad: A) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure können zur Standardtherapie depressiver oder psychotischer Symptomatik bei der Schizophrenie nicht empfohlen werden. Eine Therapie mit Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure kann jedoch bei unzureichender Wirksamkeit adäquater antipsychotischer Therapie und gleichzeitig vorliegender Therapieresistenz der depressiven Symptomatik auf Antidepressiva als Alternative zu Antidepressiva erwogen werden.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Bei schizophren Erkrankten mit komorbidem Substanzgebrauch sollte bei andauerndem depressivem Syndrom nach der Detoxifikation eine antidepressive Pharmakotherapie z. B. mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) wie Imipramin und Desipramin in einer Dosierung von 150 –200 mg/d erfolgen, da hierdurch neben der Verbesserung der depressiven Symptome auch eine Reduktion des Substanzkonsums erfolgen kann.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Polypharmacy of other kinds, such as combinations of an antipsychotic agent, a mood stabilizer and a benzodiazepine or an antidepressant, may be fully justified by comorbid symptom dimensions, which are extremely common in psychotic disorders.“ (Empfehlungsgrad: V-2) (RANZCP 2004)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. Darüber hinaus haben die Panelteilnehmer empfohlen, von Kombinationstherapie anstatt von Polypharmazie zu sprechen.</li> <li>▪ Eine Definition von psychotropen Wirkstoffen wurde ergänzt.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben während der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit einer Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.</li> <li>▪ In der Beschreibung wurde „ausgesetzt werden“ durch „erhalten haben“ ersetzt.</li> <li>▪ Im Zähler wurde auf Empfehlung der Panelexperten die Nennerformulierung wieder gestrichen.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Facharztgruppe gestrichen.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ Unter „Stärke der Empfehlung“ wurden Leitlinienempfehlungen ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Kodes zur Berechnung</b>	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011).</p> <p><u>Zähler:</u> Psychotrope Wirkstoffe: PZN der Wirkstoffgruppen N03 (Antiepileptika), N05 (Psycholeptika), N06 (Psychoanaleptika) (siehe Listen PZN_Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop)</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Psychotrope Wirkstoffe: PZN der Wirkstoffgruppen N03 (Antiepileptika), N05 (Psycholeptika), N06 (Psychoanaleptika) (siehe Listen PZN_Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop)</p> <p><u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>

<b>Datenquelle</b>	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> <li>▪ Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung einer Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht (Steylen et al. 2012)</li> <li>▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Medikation (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Dosis des Antipsychotikums (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Diagnose (Centorrino et al. 2008)</li> </ul>

## Literatur:

ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.

Brüggemann, BR; Elgeti, H; Ziegenbein, M (2008). Patterns of drug prescription in a psychiatric outpatient care unit - The issue of polypharmacy. *GermJ Psychiatry* 11(1): 1-6.

Centorrino, F; Cincotta, SL; Talamo, A; Fogarty, KV; Guzzetta, F; Saadeh, MG; Salvatore, P; Baldessarini, RJ (2008). Hospital use of antipsychotic drugs: polytherapy. *Compr Psychiatry* 49(1): 65-69.

Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 89(1-3): 91-100.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13(5): 318-78.

- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Harter, M; Held, T; Leipert, M; Luderer, HJ; Schwarz, M; Steinert, T; Gaebel, W (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. Ein Klinikvergleich. *Nervenarzt* 76(3): 315-326.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kreyenbuhl, J; Marcus, SC; West, JC; Wilk, J; Olfson, M (2007). Adding or switching antipsychotic medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 58(7): 983-990.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- Masand, PS; Tharwani, HM; Patkar, AA (2006). Polypharmacy in schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 10(4): 258-263.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Steylen, PMJ; van der Heijden, FMMA; Kok, HDH; Sijben, NAS; Verhoeven, WMA (2012). Metabolic syndrome in relation to psychotropic polypharmacy. *Clin Neuropsychiatr* 9(2): 75-83.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.
- Zink, M; Englisch, S; Meyer-Lindenberg, A (2011). Polypharmazie bei schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt* 82(7): 853-858.
- Zink, M; Englisch, S; Meyer-Lindenberg, A (2010). Polypharmacy in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 23(2): 103-111.

Indikator-ID 20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Kombinationstherapie.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen drei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe gleichzeitig erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum erhalten haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahren; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erhalten eine antipsychotische Kombinationstherapie.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Eine antipsychotische Monotherapie bezeichnet die Behandlung mit einem einzelnen Antipsychotikum. Vorteile sind die bessere Steuerbarkeit der Behandlung und das Ausbleiben von Wechselwirkungen mit anderen Antipsychotika. Jedoch sprechen nicht alle Patienten adäquat auf eine Monotherapie an. In der Praxis wird dann häufig ein weiteres Antipsychotikum verordnet [Ia] (Katona et al. 2014; Centorrino et al. 2008; Pandurangi et al. 2008). Diese sogenannte antipsychotische Kombinationstherapie wird jedoch von Leitlinien nicht empfohlen, da deren Überlegenheit im Gegensatz zur Monotherapie nicht belegt ist [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Einige Leitlinien lassen Kombinationstherapien, beispielsweise bei Therapie-resistenz, zu [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012; DGPPN 2006). Es gibt Hinweise, dass bei antipsychotischer Kombinationstherapie mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen und eine erhöhte Mortalität auftreten [Ia] (Fleischhacker et al. 2014; Schennach et al. 2013; van Bennekom et al. 2013; Gallego et al. 2012; Misawa et al. 2011; Correll et al. 2007; Messer et al. 2006). Im stationären Bereich hat sich darüber hinaus gezeigt, dass Patienten mit einer antipsychotischen Kombinationstherapie schlechtere Werte in ihrer Funktionalität aufweisen [III] (Weinmann et al. 2009).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
<b>Originalformulierung</b>	„Der Indikator Q3 „Antipsychotische Polypharmazie“ gibt den Anteil der Personen an, die in einem bestimmten Zeitraum (mit Ausnahme der kurzen Zeit einer Umstellungsphase mit überlappender Medikation) mehrere Antipsychotika gleichzeitig verschrieben bekommen.“ (Weinmann et al. 2009)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Nonclozapine antipsychotic polypharmacy: Simultaneous use of <math>\geq 2</math> nonclozapine antipsychotics for &gt; 90 days“ (Horvitz-Lennon et al. 2014)</li> <li>▪ „Patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting on two or more antipsychotic medications“ (TJC 2013)</li> <li>▪ „Patients discharged on two or more antipsychotic medications (%)“ (Williams et al. 2008)</li> <li>▪ „Percentage of antipsychotic polypharmacy at discharge“ (Pleaver et al. 2010)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den <b>Antipsychotika</b> gehören die folgenden Wirkstoffe (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N05A Antipsychotika (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium)</li> <li>▪ N05CM22 Promethazin</li> </ul>

Zu **vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen** gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:

- FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

Änderungen gegenüber der Originalformulierung:

In Bezug auf die Dauer der antipsychotischen Kombinationstherapie wurde von der Originalformulierung abgewichen. Mit der oben genannten Definition der antipsychotischen Kombinationstherapie in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen soll sichergestellt werden, dass eine vorübergehend überlappende Medikation (bspw. bei einer Umstellung von einem Antipsychotikum auf ein anderes) im Zähler nicht erfasst wird.

Anmerkung zur Berechnung des Indikators:

Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein Antipsychotikum aus der Wirkstoffgruppe N05A (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium) oder der Wirkstoff N05CM22 verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.

Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen mindestens drei unterschiedliche Antipsychotika aus der Wirkstoffgruppe N05A (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium) oder der Wirkstoff N05CM22 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Unterschiedliche Wirkstoffe liegen dann vor, wenn sich die endstelligen ATC-Kodes unterscheiden.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN\_Antipsychotika).

<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Eine Kombinationsbehandlung im Sinne einer gleichzeitigen Gabe mehrerer Antipsychotika ist mit Ausnahme der Therapieresistenz, nicht zu empfehlen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Eine Monotherapie mit einem Antipsychotikum ist bei der Therapie der akuten schizophrenen Episode zu bevorzugen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „There should not be routine use of multiple antipsychotic medications. Where polypharmacy is being considered for an individual clinical situation the benefits and harms should be discussed with the service user.“ (Empfehlungsgrad: GPP) (SIGN 2013)</li> <li>▪ „Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication).“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Monotherapy should be used wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)</li> <li>▪ „Pharmacological treatment of schizophrenia should be monotherapy except during change over from one AP [antipsychotic] to another.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)</li> <li>▪ „Multiple antipsychotic agents, such as combinations of typical and atypical medications, should not be used except during transitional periods when switching is in progress.“ (Evidence level: III) (RANZCP 2004)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Eine Definition von Antipsychotika wurde ergänzt.</li> <li>▪ Da die Panelexperten die Variante b des Indikators als am relevantesten bewertet haben, ist eine Eingrenzung der antipsychotischen Kombinationstherapie auf hoch- und mittelpotente Wirkstoffe nicht mehr notwendig. Der entsprechende Absatz in den Anmerkungen wurde gestrichen.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt.</li> </ul>

## Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Auf Empfehlung der Panelexperten wurde die Nennerformulierung wieder aus dem Zähler gestrichen.

## Abschlussbericht:

- Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt.
- Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.

**Spezifizierung zur Berechnung****Besonderheiten der Berechnung**

Keine

**Kodes zur Berechnung**

ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011).

Zähler:

Antipsychotika:

PZN der Wirkstoffgruppen N05A (Antipsychotika, ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 (Promethazin) (siehe Liste PZN\_Antipsychotika)

Nenner:

Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen):

ICD F20.- bis F29

Antipsychotika:

PZN der Wirkstoffgruppen N05A (Antipsychotika, ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 (Promethazin) (siehe Liste PZN\_Antipsychotika)

Ausschluss Nenner:

Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:

- FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

Patienten mit einer Demenzerkrankung:

ICD F00.-\* bis F03

**Datenquelle**

Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.

Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:

- Geschlecht
- Alter
- Todesdatum
- Entlassungsdatum (stationäre Behandlung)
- Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung)
- Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	> 10 % (Weinmann et al. 2009)
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung einer anti-psychotischen Kombinationstherapie identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenhausaufnahmen (Katona et al. 2014)</li> <li>▪ premetabolisches Syndrom (Misawa et al. 2011)</li> <li>▪ Wirkstoff (Masand et al. 2006)</li> <li>▪ Geschlecht (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Medikation (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Dosis des Antipsychotikums (Längle et al. 2012)</li> <li>▪ Diagnose (Centorrino et al. 2008)</li> </ul>

## Literatur:

Buchanan, R; Kreyenbuhl, J; Kelly, D; Noel, J; Boggs, D; Fischer, B; Himelhoch, S; Peterson, E; Aquino, P; Keller, W; Team, SPOR (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 36(1): 71-93.

Centorrino, F; Cincotta, SL; Talamo, A; Fogarty, KV; Guzzetta, F; Saadeh, MG; Salvatore, P; Baldessarini, RJ (2008). Hospital use of antipsychotic drugs: polytherapy. *Compr Psychiatry* 49(1): 65-69.

Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 89(1-3): 91-100.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Fleischhacker, WW; Uchida, H (2014). Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 17(7): 1083-1093.

Gallego, JA; Nielsen, J; De Hert, M; Kane, JM; Correll, CU (2012). Safety and tolerability of antipsychotic polypharmacy. *Expert Opin Drug Saf* 11(4): 527-542.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, SLT (2014). Disparities in Quality of Care among Publicly Insured Adults with Schizophrenia in Four Large U.S. States, 2002-2008. *Health Serv Res* 49(4): 1121-1144.

Katona, L; Czobor, P; Bitter, I (2014). Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy vs. polypharmacy in schizophrenia: To switch or to combine? A nationwide study in Hungary. *Schizophr Res* 152(1): 246-254.

KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.

- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- Masand, PS; Tharwani, HM; Patkar, AA (2006). Polypharmacy in schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 10(4): 258-263.
- Messer, T; Tiltcher, C; Schmauss, M (2006). Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 74(7): 377-391.
- Misawa, F; Shimizu, K; Fujii, Y; Miyata, R; Koshiishi, F; Kobayashi, M; Shida, H; Oguchi, Y; Okumura, Y; Ito, H; Kayama, M; Kashima, H (2011). Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 11: 118.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Pandurangi, AK; Dalkilic, A (2008). Polypharmacy with second-generation antipsychotics: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Practice* 14(6): 345-367.
- Plever, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. *Australas Psychiatry* 18(2): 106-114.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schennach, R; Obermeier, M; Seemüller, F; Krause, D; Musil, R; Spellmann, I; Möller, H-J; Riedel, M (2013). Antipsychotic Treatment Within a Naturalistic Trial—How Are We Treating Schizophrenia Patients in the 'Real-World'? In: *Polypharmacy in psychiatry practice (Vol I): Multiple medication use strategies*. Ritsner, MS (Ed.). New York, NY, US: Springer Science + Business Media: 137-156.
- SIGN (2013). *Management of Schizophrenia*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- TJC (2013). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Core Measures - Hospital Based Inpatient Psychiatric Services, Version 2013B*. Oakbrooke Terrace, IL: The Joint Commission.
- van Bennekom, MWHL; Gijsman, HJ; Zitman, FG (2013). Antipsychotic polypharmacy in psychotic disorders: A critical review of neurobiology, efficacy, tolerability and cost effectiveness. *J Psychopharmacol* 27(4): 327-336.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). *Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie*. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine dauerhafte Benzodiazepinmedikation erhalten haben.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen mehr als 20 DDD Benzodiazepine pro Quartal verordnet bekommen haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Benzodiazepin erhalten haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erhalten eine dauerhafte Benzodiazepinmedikation.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Benzodiazepine werden vorübergehend eingesetzt, um Angst- oder Erregungszustände und Schlafprobleme zu behandeln. Eine Langzeitbehandlung sollte jedoch vermieden werden, da sie unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen kann: Abhängigkeit, Aggressivität, Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit und erhöhte Mortalität [RL, III] (SALAR 2013; Tiihonen et al. 2012; Baandrup et al. 2010; G-BA 2009).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Regular Treatment with Soporifics or Sedatives: High consumption is defined as at least 1½ defined daily doses over the period of a year“ (SALAR 2013)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den <b>Benzodiazepinen</b> gehören die folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N05BA Benzodiazepin-Derivate (Anxiolytika)</li> <li>▪ N05CD Benzodiazepin-Derivate (Hypnotika und Sedativa)</li> </ul> <p>Die <b>Defined Daily Dose (DDD)</b> gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei Erwachsenen für einen Wirkstoff und dessen Hauptindikation an.</p> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Anmerkung zur Berechnung des Indikators:</p> <p>Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein Benzodiazepin aus der Wirkstoffgruppe N05BA ODER N05CD verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.</p> <p>Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen mehr als 20 DDD eines Benzodiazepins pro Quartal in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Die verordnete DDD kann anhand der Pharmazentralnummer nachvollzogen werden.</p> <p>Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN_Benzo).</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit

<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Bei krankhafter Erregung, Angst und innerer Unruhe empfiehlt sich die zeitlich befristete Kombination mit Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam) nach den geltenden Bestimmungen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Benzodiazepine können unterstützend zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode gegeben werden. Wegen des Abhängigkeitsrisikos soll die Behandlung jedoch nur zeitlich eng begrenzt erfolgen.“ (Empfehlungsgrad: -) (DGBS et al. 2012)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Es wurde eine Definition der Benzodiazepine und der Defined Daily Dose (DDD) in den Anmerkungen ergänzt.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.</li> <li>▪ Der Name des Indikators wurde von „Benzodiazepinabhängigkeit“ in „Benzodiazepinübersorgung“ geändert.</li> <li>▪ Auf Empfehlung der Panelexperten wurde die Nennerformulierung wieder aus dem Zähler gestrichen.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ Nach Darstellung einer Probeauswertung des Indikators empfehlen die Panelexperten die DDD-Grenze auf 20 DDD pro Quartal anzuheben.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt.</li> <li>▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Kodes zur Berechnung</b>	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)</p> <p><u>Zähler:</u> Benzodiazepine: PZN der Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate, Anxiolytika), N05CD (Benzodiazepin-Derivate, Hypnotika und Sedativa) (siehe Liste PZN_Benzo)</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Benzodiazepine: PZN der Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate, Anxiolytika), N05CD (Benzodiazepin-Derivate, Hypnotika und Sedativa) (siehe Liste PZN_Benzo)</p>

	<p><u>Ausschluss Nenner:</u></p> <p>Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>
<b>Datenquelle</b>	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> <li>▪ Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für einen erhöhten Benzodiazepingebrauch identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Längle et al. 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Dosis des Antipsychotikums</li> </ul>

## Literatur:

- Baandrup, L; Gasse, C; Jensen, VD; Glenthøj, BY; Nordentoft, M; Lublin, H; Fink-Jensen, A; Lindhardt, A; Mortensen, PB (2010). Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia: A population-based nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 71(2): 103-108.
- DGBS; DGPPN (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- G-BA (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dez 2008/22. Jan 2009, zuletzt geändert am 22. Mai 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Fräsch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- SALAR (2013). Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions, Swedish National Board of Health and Welfare.
- Tiihonen, J; Suokas, JT; Suvisaari, JM; Haukka, J; Korhonen, P (2012). Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 69(5): 476-483.

Indikator-ID 22_a	Dokumentation des Körpergewichts
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst die regelmäßige Erfassung des Körpergewichts durch den Arzt.
<b>Zähler</b>	Dokumentation des Körpergewichts für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
<b>Nenner</b>	Entfällt
<b>Ausschlusskriterien</b>	Keine
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden relevante Gewichtsveränderungen erkannt.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Menschen mit Schizophrenie haben eine erhöhte somatische Komorbidität, vor allem von Diabetes mellitus, abdominaler Adipositas und kardiovaskulären Erkrankungen [Ia] (Dickerson et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Mitchell et al. 2013; Smith et al. 2013; Batscha et al. 2011; Becker et al. 2011; Laursen et al. 2011; Okumura et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Weber et al. 2009; Leucht et al. 2007; Hägg et al. 2006). Dies ist eine der Ursachen der geringeren Lebenserwartung psychisch kranker Menschen [Ia] (Laursen et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Laursen et al. 2011; Wahlbeck et al. 2011; Mitchell et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Leucht et al. 2007).</p> <p>Übergewicht in Form von abdominaler Adipositas ist einer der Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ II [LL] (BÄK et al. 2013; DGPPN 2006). Etwa 40 % der Patienten mit Schizophrenie sind übergewichtig [III] (The Scottish Government et al. 2013). Ursachen hierfür liegen sowohl bei der antipsychotischen Medikation als auch beim Lebensstil der Patienten [Ia] (Leucht et al. 2013; Bonfioli et al. 2012). Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel fördern die Entwicklung von Übergewicht bei Patienten mit Schizophrenie [III] (Bonfioli et al. 2012).</p> <p>Eine regelmäßige Überwachung des Gewichts bzw. des BMI wird empfohlen, um Übergewicht rechtzeitig erkennen, Gewichtszunahmen beobachten und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Gewichtsreduktion einleiten zu können [LL, III] (NICE 2014; Hasan et al. 2012; APA 2010; DGPPN 2006; RANZCP 2004).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Originalformulierung</b>	„MH006. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months“ (The Scottish Government et al. 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „NM 16. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 15 months“ (NHS et al. 2010)</li> <li>▪ „The percentage of patients with diabetes whose notes record BMI in the previous 15 months“ (Whyte et al. 2007)</li> <li>▪ „Annual assessment of weight/BMI, glycemic control, lipids“ (Watkins et al. 2011)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Relevante Gewichtsveränderungen</b> sind Veränderungen die &gt; 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit

<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Furthermore, blood pressure, body weight, waist circumference and body mass index have to be screened. Then, baseline measures of fasting glucose and fasting lipids, total cholesterol, LDL, HDL and triglyceride levels must be collected. These measures have to be repeated in weeks 6 and 12 following the beginning of treatment and then repeated annually.“ (Empfehlungsgrad: -) (Hasan et al. 2012)</li> <li>▪ „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia. These should be audited in the annual team report.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Before starting antipsychotic medication, undertake and record the following baseline investigations: <ul style="list-style-type: none"> <li>- weight (plotted on a chart)</li> <li>- waist circumference“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> </ul> </li> <li>▪ „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration: <ul style="list-style-type: none"> <li>- weight, weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks, at 1 year and then annually (plotted on a chart)</li> <li>- waist circumference annually (plotted on a chart)“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> </ul> </li> <li>▪ „Ideally in conjunction with the patient’s GP [general practitioner], full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)</li> <li>▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen“ (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Because of the risk of weight gain associated with many antipsychotics, regular measurement of weight and body mass index (BMI) is recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „Measurement of body weight and vital signs (heart rate, blood pressure, temperature) is also recommended.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Da die Spezifizierung zur Berechnung ergänzt wurde, wurde der entsprechende Vermerk zu möglichen Inhalten der Fragen in den Anmerkungen gestrichen.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die drei ursprünglich formulierten Fragen zur Frequenz der Gewichtserhebung wurden zu der Frage, ob das Gewicht leitliniengerecht erhoben wird, zusammengefasst. In den Ausfüllhinweisen zu dieser Frage sollen die Frequenzen der Gewichtserhebung aufgeführt werden, die zuvor in den ersten drei Fragen erfragt wurden.</li> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition von relevanter Gewichtsveränderung wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> </ul>



Spezifizierung zur Berechnung		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)	
<b>AMBULANT</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Bei wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfassen Sie entsprechend der Leitlinie das Körpergewicht?	1 = bei allen 2 = bei den meisten 3 = bei wenigen 4 = bei keinen
	Werden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Ist für alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 das Körpergewicht im Erfassungsjahr dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- BÄK; KBV; AWMF (2013). Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes - Langfassung, 1. Auflage. Version 4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Batscha, C; McDevitt, J; Weiden, P; Dancy, B (2011). The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurs Ass* 17(5): 330-338.
- Becker, T; Hux, J (2011). Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. *Diabetes Care* 34(2): 398-402.
- Bonfioli, E; Berti, L; Goss, C; Muraro, F; Burti, L (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 12: 78.
- Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.
- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.

- Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.
- Leucht, S; Cipriani, A; Spineli, L; Mavridis, D; Örey, D; Richter, F; Samara, M; Barbui, C; Engel, RR; Geddes, JR; Kissling, W; Stapf, MP; Lässig, B; Salanti, G; Davis, JM (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382(9896): 951-962.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- Mitchell, AJ; Vancampfort, D; Sweers, K; van Winkel, R; Yu, W; De Hert, M (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 39(2): 306-318.
- NHS; NICE (2010). Quality and Outcomes Framework Programme. NICE cost impact statement: QOF indicators for mental health. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okumura, Y; Ito, H; Kobayashi, M; Mayahara, K; Matsumoto, Y; Hirakawa, J (2010). Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study. *Schizophr Res* 119(1-3): 145-152.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- Smith, DJ; Langan, J; McLean, G; Guthrie, B; Mercer, SW (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: Cross-sectional study. *BMJ Open* 3(4).
- The Scottish Government; BMA Scotland (2013). Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices.
- von Hausswolff-Juhlin, Y; Bjartveit, M; Lindström, E; Jones, P (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(Suppl438): 15-21.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.
- Whyte, S; Penny, C; Phelan, M; Hippisley-Cox, J; Majeed, A (2007). Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cross-sectional study. *Diabet Med* 24(12): 1442-1448.

Indikator-ID 31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, ob Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung informiert wurden.
<b>Zähler</b>	Informieren von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Nenner</b>	Entfällt
<b>Ausschlusskriterien</b>	Keine
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden zu Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beraten.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Menschen mit schizophrenen und anderen psychischen Erkrankungen haben eine erhöhte somatische Komorbidität [Ia] (Dickerson et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Smith et al. 2013; Becker et al. 2011; Laursen et al. 2011; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Weber et al. 2009; Leucht et al. 2007; Hägg et al. 2006). Dies ist eine der Ursachen der geringeren Lebenserwartung psychisch kranker Menschen [Ia] (Laursen et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Laursen et al. 2011; Wahlbeck et al. 2011; Mitchell et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Leucht et al. 2007).</p> <p>Neben Antipsychotika begünstigt auch der Lebensstil die erhöhte somatische Komorbidität [Ia] (Bradshaw et al. 2005). Studien belegen die Effektivität von nicht-medikamentösen Interventionen zur Gewichtsreduktion, zur Änderung der Blutzucker-, Insulin-, Cholesterin und Triglyceridwerte wie körperlicher Aktivität und Ernährungsumstellung [Ia] (Bonfioli et al. 2012; Caemmerer et al. 2012; Chaudhry et al. 2010; Tarricone et al. 2010). Darüber hinaus sind beispielsweise Beratungen zu körperlicher Aktivität und Ernährung im Rahmen eines Programms zur Verhaltensänderung wirksame Interventionen zur nachhaltigen Gewichtskontrolle [Ia] (Álvarez-Jiménez et al. 2008; Faulkner et al. 2003). Leitlinien empfehlen daher bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie Interventionen zum Gewichtsmanagement in Form einer Beratung hinsichtlich körperlicher Aktivität und Ernährung durchzuführen [LL] (NICE 2014; AOTA 2012; APA 2010; DGPPN 2006; NICE 2005).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Originalformulierung</b>	„Counseling on physical activity and/or nutrition for those with documented elevated BMI“ (RAND 2014)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Percentage of hypertensive consumers who received education on the usage of nonpharmacological treatments“ (RAND 2014)</li> <li>▪ „Consumers with hypertension who received education services related to hypertension, nutrition, cooking, physical activity, or exercise“ (RAND 2014)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivierende Gesprächsführung</li> <li>▪ Angebote der ambulanten oder stationären Entwöhnungstherapie</li> <li>▪ Einzel- oder Gruppentherapien</li> <li>▪ Selbsthilfegruppen</li> </ul> <p><b>Angebote zur Raucherentwöhnung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivierende Gesprächsführung</li> <li>▪ Beratungsangebote</li> <li>▪ Angebote zum Nichtrauchertraining</li> <li>▪ Nikotinersatztherapien</li> <li>▪ ggf. andere pharmakologische Therapien (z.B. mit Bupropion)</li> <li>▪ Selbsthilfegruppen</li> </ul>

**Relevante Gewichtsveränderungen** sind Veränderungen, die > 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen.

Änderungen gegenüber der Originalformulierung:

Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.

<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „People with psychosis or schizophrenia, especially those taking antipsychotics, should be offered a combined healthy eating and physical activity programme by their mental healthcare provider.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Counselling and supportive psychotherapy may be offered as part of a multimodal psychosocial intervention.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)</li> <li>▪ „Encouragement and intervention should be offered to cease smoking, to reduce or cease illicit drug usage, and to exercise and adopt a healthy diet.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)</li> <li>▪ „Bei übergewichtigen Patienten sollte zu Therapiebeginn und im weiteren Verlauf eine Ernährungsberatung und -therapie mit dem Ziel einer hypokalorischen Kost und einer Anleitung zu vermehrter körperlicher Bewegung durchgeführt werden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Weight and BMI should be measured at the start of treatment, then monthly for 6 months and 3 monthly thereafter. Consultation with a dietician is advisable as is encouragement of regular exercise. Finally it may be necessary to consider a medication with a lower risk of weight gain if this does not respond or is marked. The pros and cons should be discussed with the patient and psycho-social support provided.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)</li> <li>▪ „Lifestyle interventions to improve health behaviors related to obesity and metabolic syndrome“ (Empfehlungsgrad: A) (AOTA 2012)</li> <li>▪ „Routine monitoring for obesity-related health problems (e.g., high blood pressure, lipid abnormalities, and clinical symptoms of diabetes) and consideration of appropriate interventions are recommended particularly for patients with BMI in the overweight and obese ranges.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)</li> <li>▪ „Counselling and supportive psychotherapy are not recommended as a sole intervention in the routine care of schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)</li> <li>▪ „GP [general practitioner] and other primary healthcare professionals should monitor the physical health of people with psychosis or schizophrenia when responsibility for monitoring is transferred from secondary care, and then at least annually. The health check should be comprehensive, focusing on physical health problems that are common in people with psychosis and schizophrenia. Include all the checks recommended in 1.3.6.1 and refer to relevant NICE guidance on monitoring for cardiovascular disease, diabetes, obesity and respiratory disease. A copy of the results should be sent to the care coordinator and psychiatrist, and put in the secondary care notes.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia. These should be audited in the annual team report.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „The secondary care team should maintain responsibility for monitoring service users' physical health and the effects of antipsychotic medication for at least the first 12 months or until the person's condition has stabilised, whichever is longer. Thereafter, the responsibility for this monitoring may be transferred to primary care under shared care arrangements.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Health centre staff should regularly monitor the physical health of people with schizophrenia as stipulated in the above-mentioned manual.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)</li> <li>▪ „Berücksichtigung somatischer Erkrankungen: Bei der Behandlung der Schizophrenie sollte eine besondere Sensibilität für somatische Erkrankungen vorhanden sein, eine adäquate Diagnostik somatischer Erkrankungen erfolgen und Überweisungen in somatische Fachabteilungen und Konsile nicht aufgrund psychischer Symptome verzögert werden. Für die medikamentöse Therapie somatischer Erkrankungen bei der Schizophrenie sind eine gute Kenntnis der Nebenwirkungen und Interaktionen der eingesetzten Medikamente wichtig.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> </ul>

- „Ideally in conjunction with the patient’s GP, full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)

**Änderungsprotokoll**

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.
- Da die Spezifizierung zur Berechnung ergänzt wurde, wurde der entsprechende Vermerk in den Anmerkungen zu möglichen Inhalten der Fragen gestrichen.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Der Name des Indikators wurde auf Empfehlung der Panelexperten geändert in „Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung“. Damit ergaben sich entsprechende Änderungen in der Beschreibung, im Zähler und im Qualitätsziel des Indikators.
- Die vierte Frage wurde von den Panelexperten umformuliert, sodass der Leistungserbringer die Beratungsleistung nicht selbst durchführen muss, sondern nur sicherstellen muss, dass die entsprechenden Patienten die Beratung erhalten.
- Die Panelexperten haben eine Variante a vorgeschlagen, bei der in der ersten Frage nach mindestens einer allgemeinärztlichen Untersuchung anstatt mindestens einer körperlichen Untersuchung gefragt wird.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Definition von relevanter Gewichtsveränderung wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.

Abschlussbericht:

- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Unter „Stärke der Empfehlung“ wurden weitere Leitlinienempfehlungen ergänzt.
- In der ersten Frage der Datenfelder für die Berechnung wurde der Begriff „allgemeinärztlichen Untersuchung“ in „körperliche Untersuchung“ geändert.

**Spezifizierung zur Berechnung**

<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)

<b>AMBULANT</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Haben alle Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Erfassungsjahr mindestens eine körperliche Untersuchung erhalten (entweder durch Sie, einen anderen Arzt oder während eines stationären Aufenthalts)?	0 = nein 1 = ja
	Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen

Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und Substanzmissbrauch auf Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
Weisen Sie Ihre rauchenden Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Angebote zur Raucherentwöhnung hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
Stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten eine Beratung hinsichtlich Ernährung und Bewegung/Sport erhalten? ▪ Patienten mit Ersterkrankung?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
▪ Patienten mit relevanten Gewichtsveränderungen?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
▪ Patienten mit einer Umstellung der psychotropen Medikation?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie

## Literatur:

Álvarez-Jiménez, M; Hetrick, SE; González-Blanch, C; Gleeson, JF; McGorry, PD (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 193(2): 101-107.

AOTA (2012). Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association.

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

Becker, T; Hux, J (2011). Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. *Diabetes Care* 34(2): 398-402.

Bonfioli, E; Berti, L; Goss, C; Muraro, F; Burti, L (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 12: 78.

Bradshaw, T; Lovell, K; Harris, N (2005). Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(6): 634-654.

Caemmerer, J; Correll, CU; Christoph, U; Maayan, L (2012). Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 140(1-3): 159-168.

Chaudhry, IB; Jordan, J; Cousin, FR; Cavallaro, R; Mostaza, JM (2010). Management of physical health in patients with schizophrenia: International insights. *European Psychiatry* 25(Suppl 2): S37-S40.

Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.

Faulkner, G; Soundy, AA; Lloyd, K (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand* 108(5): 324-332.

- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.
- Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2005). *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- RAND (2014). *Evaluation of the SAMHSA Primary and Behavioral Health Care Integration (PBHCI) Grant Program*. Final Report. Santa Monica, CA: RAND Corporation, Department of Health and Human Services.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- Smith, DJ; Langan, J; McLean, G; Guthrie, B; Mercer, SW (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: Cross-sectional study. *BMJ Open* 3(4).
- Tarricone, I; Ferrari Gozzi, B; Serretti, A; Grieco, D; Berardi, D (2010). Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. *Psychol Med* 40(2): 187-200.
- von Hausswolff-Juhlin, Y; Bjartveit, M; Lindström, E; Jones, P (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(Suppl438): 15-21.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.

<b>Indikator-ID 34b</b>	<b>Behandlungsvereinbarungen</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst das Vorhandensein von aktuellen Behandlungsvereinbarungen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, für die während oder nach einem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung erstellt oder aktualisiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Fälle mit einer Verweildauer < 7 Tage
<b>Qualitätsziel</b>	Für möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 liegen aktuelle Behandlungsvereinbarungen vor.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können vor allem in akuten Krankheitsphasen in ihrer Entscheidungs- oder Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein. Aber auch in diesen Phasen sollte die Behandlung möglichst den Präferenzen und Wünschen der Patienten entsprechen und ein gewisses Maß an Selbstbestimmtheit ermöglichen. Für solche Situationen sollten Einrichtungen ihren Patienten die Möglichkeit bieten, Behandlungsvereinbarungen zu erstellen.</p> <p>Untersuchungen zur Wirkung von Vorausverfügungen (andere gesetzliche Grundlage, aber ähnliche Intention) zeigen, dass sie das Potenzial haben, aggressives Verhalten zu vermeiden [Ia] (Campbell et al. 2009), möglicherweise Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, zu verkürzen und erträglicher zu gestalten [LL, IIb] (DGPPN 2009; Swanson et al. 2008; Henderson et al. 2004) sowie Sozialarbeitsstunden zu reduzieren [Ia] (Campbell et al. 2009; Henderson et al. 2004).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	<p>„Dieser Indikator erfasst das Vorhandensein einheitlicher Regelungen zur Unterstützung von Personen, eine Vorausverfügung (teilweise auch als „Patientenverfügung“, advanced directive“ bezeichnet) zu verfassen und Regelungen, ob und wie solche Vorausverfügungen von den Beteiligten in der Integrierten Versorgung berücksichtigt werden. Außerdem wird erfasst, wie viele eingeschriebene Personen eine Vorausverfügung verfasst haben. Der Indikator kann folgendermaßen operationalisiert werden:</p> <p>B10a. Gibt es einheitliche Regelungen zur Unterstützung von Patienten, eine Vorausverfügung zu verfassen und Regelungen wie solche Vorausverfügungen berücksichtigt werden?</p> <p>B10b. Wie viele eingeschriebene Personen haben eine Vorausverfügung verfasst?“</p> <p>(Weinmann et al. 2009)</p>
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	<b>Behandlungsvereinbarungen</b> sind „schriftliche Vereinbarung[en] zwischen einer psychiatrischen Institution (meist Klinik) und Nutzern (Patienten), die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgreicher zukünftiger Behandlungen bezieht.“ (DGPPN 2009)
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung



**Stärke der Empfehlung  
(gem. Leitlinie oder  
Standard)**

- „Behandlungsvereinbarungen sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Patienten zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Welche Patientengruppen Behandlungsvereinbarungen wünschen und davon profitieren, ist noch weitgehend unklar.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2009)
- „Der Beteiligung der Patienten wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. Die Umsetzung in den verschiedenen Regionen scheint jedoch stark zu differieren. Es konnten keine kontrollierten Studien identifiziert werden, die den Zusammenhang zwischen Nutzerbeteiligung und aggressivem Verhalten untersuchten. Wichtige Kooperationsprojekte zwischen Nutzern und Institutionen im Hinblick auf Zwang und Gewalt in der Psychiatrie könnten beispielsweise Entwicklung und Evaluation von Behandlungsvereinbarungen oder Standards zu Zwangsmaßnahmen sein. Gewaltpräventiv wirksam könnten zudem die Beteiligung von Nutzern an der Planung von Baumaßnahmen und bei der Durchführung von Antistigmakampagnen sowie der Austausch im Rahmen von Dialogforen sein.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Behandlungsvereinbarungen sollten eine Verpflichtungserklärung seitens der Klinik enthalten und enthalten typischerweise Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, ggf. Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Develop advance statements and advance decisions with the person using mental health services if they wish to do so, especially if their illness is severe and they have been previously treated under the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007). Document these in their care plans and ensure copies are held by the service user and in primary and secondary care records. (Empfehlungsgrad: Quality statement)“ (NICE 2011a)
- „When a service user has impaired capacity, check their care record for advance statements and advance decisions before offering or starting treatment.“ (Empfehlungsgrad: QS) (NICE 2011a)
- „Immediately before assessing a service user who has been referred in crisis, find out if they have had experience of acute or non-acute mental health services, and consult their crisis plan and advance statements or advance decisions if they have made them. Find out if they have an advocate and contact them if the service user wishes. Ask if the service user has a preference for a male or female health or social care professional to conduct the assessment, and comply with their wishes wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011a)
- „Service users identified to be at risk of disturbed/violent behavior should be given the opportunity to have their needs and wishes recorded in the form of an advance directive. This should fit within the context of their overall care and should clearly state what intervention(s) they would and would not wish to receive. This document should be subject to periodic review.“ (Empfehlungsgrad: Guideline Group Consensus) (NICE 2005)
- „Develop advance decisions and advance statements in collaboration with adults with psychosis and coexisting substance misuse, especially if their condition is severe and they have been treated under the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007). Record the decisions and statements and include copies in the care plan in primary and secondary care. Give copies to the person, their care coordinator, and their family, carer or a significant other if the person agrees.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011b)
- „Take advance decisions and advance statements into account in accordance with the Mental Capacity Act (2005). Although advance decisions and advance statements can be overridden using the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007), try to honour them wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011b)

<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde grundlegend dahin gehend geändert, dass nicht erfasst wird, ob Regelungen für Vorausverfügungen über eine stationäre Einrichtungsbefragung vorliegen, sondern ob in Bezug auf den Patienten Behandlungsvereinbarungen erstellt oder aktualisiert wurden. Dementsprechend liegt nun ein Prozess- anstatt eines Strukturindikators vor.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden der Name des Indikators, die Beschreibung, die Ausschlusskriterien, das Qualitätsziel und die Datenquellen angepasst.</li> <li>▪ Zähler: Im Vorschlag von den Panelexperten sollte die Anzahl an Behandlungsvereinbarungen ausgewiesen werden, unabhängig von der Diagnose des Patienten. Der Indikator wurde vom AQUA-Institut so modifiziert, dass nun die Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 gezählt werden, für die eine Behandlungsvereinbarung erstellt bzw. deren Behandlungsvereinbarung aktualisiert wurde. Die Richtung des Indikators wurde an die Richtung der anderen Indikatoren angepasst (Erfassung aller Fälle im Zähler, für die keine Behandlungsvereinbarung erstellt oder aktualisiert wurde).</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Da das Erhebungsinstrument mit der neuen Definition des Indikators geändert wurde, wurde der entsprechende Vermerk in den Anmerkungen zu möglichen Inhalten der Fragen gestrichen.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Patienten mit einer Verweildauer &lt; 7 Tage wurden aus dem Indikator ausgeschlossen (Ergänzung im Feld „Ausschlusskriterien“, Ergänzung von zwei Datenfeldern „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Entlassungsdatum Krankenhaus“).</li> <li>▪ Das erste Datenfeld für die Berechnung wurde präzisiert, sodass deutlich wird, dass erfasst werden soll, ob bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung vorliegt.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Lag bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung für den Patienten vor?	0 = nein 1 = ja
	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten erstellt?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt die bestehende Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten aktualisiert?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	

Literatur:

Campbell, LA; Kisely, SR (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev (1): CD005963.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Henderson, C; Flood, C; Leese, M; Thornicroft, G; Sutherby, K; Szmukler, G (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. BMJ 329(7458): 136-136.

NICE (2011a). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2011b). Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Swanson, JW; Swartz, MS; Elbogen, EB; Van Dorn, RA; Wagner, HR; Moser, LA; Wilder, C; Gilbert, AR (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. J Ment Health 17(3): 255-267.

Weinmann, T; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. . Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Indikator-ID 35	Körperliche Übergriffe
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die Häufigkeit körperlicher Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher während eines stationären Aufenthalts.
<b>Zähler</b>	Anzahl der körperlichen Übergriffe durch Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher
<b>Nenner</b>	Summe aller stationären Behandlungstage der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 (Angabe in Jahresäquivalenten)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Es erfolgen möglichst wenige körperliche Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko in stationären Einrichtungen körperliche Übergriffe auf das Personal oder andere Patienten zu verüben [III] (Hunt et al. 2012; Abderhalden et al. 2007). Diese Übergriffe können nicht nur körperliche oder psychische Folgen für die Opfer haben. Gewalttätige Patienten sind als Folge ihres aggressiven Verhaltens auch häufiger restriktiven Maßnahmen ausgesetzt [Ia] (Jarrett et al. 2008; Abderhalden et al. 2007). Die Überbelegung von Stationen erhöht das Risiko, dass Patienten Übergriffe auf Personal oder Patienten ausführen [III] (Virtanen et al. 2011; Ng et al. 2001). Auch die Anzahl und Qualifikation des Personals stehen im Zusammenhang mit der Anzahl körperlicher Übergriffe (Virtanen et al. 2011; Bowers et al. 2007a; Bowers et al. 2007b).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Number of physical assaults divided by number of patient-treated years“ (Addington et al. 2005)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	Unter <b>körperlichen Übergriffen</b> werden körperliche Gewalt und das Bedrohen mit Waffen zusammengefasst (Virtanen et al. 2011). Diese körperlichen Übergriffe können gegen das Personal, gegen Patienten oder gegen Besucher gerichtet sein. Gewalt gegen sich selbst wird im Zähler des Indikators nicht berücksichtigt. Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	Entfällt
<b>Änderungsprotokoll</b>	Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> <li>▪ Übergriffe auf Besucher wurden im Indikator ergänzt.</li> </ul> Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Qualitätsziel wurde zu einem Satz umformuliert.</li> <li>▪ Die Rationale des Indikators wurde um folgenden Satz inkl. der Referenzen ergänzt: „Auch</li> </ul>

	<p>die Anzahl und Qualifikation des Personals stehen im Zusammenhang mit der Anzahl körperlicher Übergriffe“.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Geschlecht des Patienten wurde als Risikofaktor neu aufgenommen sowie der bereits genannte Risikofaktor „Diagnose“ zu „Aufnahmediagnose“ präzisiert.</li> <li>▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für das Ausführen bzw. die Häufigkeit von körperlichen Übergriffen von Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahmezustand (Zwangseinweisung) (Abderhalden et al. 2007; Serper et al. 2005)</li> <li>▪ Alter (Abderhalden et al. 2007)</li> <li>▪ Geschlecht (Bowers et al. 2007a; Bowers et al. 2007b)</li> <li>▪ Aufnahmediagnose (Gerolamo 2006).</li> </ul>	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Anzahl der körperlichen Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher	_____
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmediagnosen	
War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Krankengesetz)	

## Literatur:

- Abderhalden, C; Needham, I; Dassen, T; Halfens, R; Fischer, JE; Haug, H-J (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3: 30.
- Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.
- Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007a). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.
- Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007b). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- Hunt, GE; O'Hara-Aarons, M; O'Connor, N; Cleary, M (2012). Why are some patients admitted to psychiatric hospital while others are not? A study assessing risk during the admission interview and relationship to outcome. *Int J Ment Health Nurs* 21(2): 145-153.
- Jarrett, M; Bowers, L; Simpson, A (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. *J Adv Nurs* 64(6): 538-548.
- Ng, B; Kumar, S; Ranclaud, M; Robinson, E (2001). Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52(4): 521-525.
- Serper, MR; Goldberg, BR; Herman, KG; Richarme, D; Chou, J; Dill, CA; Cancro, R (2005). Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr Psychiatry* 46(2): 121-127.
- Virtanen, M; Vahtera, J; Batty, GD; Tuisku, K; Pentti, J; Oksanen, T; Salo, P; Ahola, K; Kivimaki, M (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 198(2): 149-155.

Indikator-ID 36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 und mit mindestens einer Fixierung, Isolierung oder Immobilisierung durch Festhalten
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sind Zwangsmaßnahmen ausgesetzt.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren [III] (Steinert et al. 2007).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle: Anzahl der von Zwangsmaßnahmen irgendeiner Art betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl aller behandelten Fälle“ (Steinert 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle: Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl aller behandelten Fälle“ (Martin et al. 2007).</li> <li>▪ „Akuttherapie/Zwangsmaßnahmen: Z[zähler]: Alle Personen des Nenners, bei denen eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) durchgeführt wurde N[enner]: Alle Personen mit einer Schizophrenie, die innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden“ (Großimlinghaus et al. 2013)</li> <li>▪ „Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringung als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009)</li> <li>▪ „Prevalence of physical restraints (mechanical restraint, chair prevents rising, Physical/manual restraint by staff)“ (Perlman et al. 2013)</li> <li>▪ „Inpatients having at least 1 episode of seclusion in an admission (L): [...]The annual rate was 5.7 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014)</li> <li>▪ „Seclusion – 2 or more episodes of seclusion (L): [...] The annual rate was 30.8 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014)</li> <li>▪ „Inpatients having at least 1 episode of physical restraint (L): [...] The annual rate was 2.2 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014)</li> <li>▪ „Coercion measure indicator was calculated as percentage of users admitted for acute inpatient psychiatric care who experience seclusion per facility per year.“ (Donisi et al. 2013)</li> <li>▪ „rate of seclusion“ (NMHPS 2011; Brown et al. 2009)</li> <li>▪ „Der Indikator „Freiheitsbeschränkenden [sic] Massnahmen“ wird statistisch-deskriptiv auf Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität und Wiederholung ausgewertet und die Resultate entsprechend tabellarisch, in Balkendiagrammen und Box Plots dargestellt. Das Auswertungskonzept, welches im Rahmen des ANQ Pilotprojekts präzisiert wurde, wird um die gerontospesifischen Aspekte ergänzt.“ (ANQ 2012)</li> </ul>

<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Isolierungen</b> umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu <b>Fixierungen</b> zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen.</li> <li>▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007)</li> </ul> <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen.</p> <p><b>Immobilisierung durch Festhalten</b> umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Nenner des Indikators wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst. Der Zähler des Indikators wurde entsprechend der Empfehlung der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) auf Fixierungen und Isolierungen eingeschränkt und anschließend um Immobilisierung durch Festhalten erweitert.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Anlass und der Zwangsmaßnahme muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer ist so kurz als möglich zu halten, eine Beendigung ist regelmäßig zu überprüfen. Ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt ist sicherzustellen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Die Reaktion auf gewalttätiges Verhalten sollte zunächst in der Strukturierung der Umgebung, einer Reizabschirmung und verbaler Beruhigung bei sicherem Auftreten der Therapeuten bestehen. Ziel der Behandlung sollte eine Beruhigung des Patienten sein, durch die eine Partizipation am weiteren Behandlungsprozess weitestgehend ermöglicht wird. Maßnahmen wie Isolierung oder Fixierung sollten lediglich nach Scheitern aller anderen Deeskalationsversuche angewendet werden. Die rasche medikamentöse Sedierung zur Verhaltenskontrolle kann notwendig sein, sollte jedoch unter Wahrung aller rechtlicher Vorgaben und enger Überwachung nur bei entsprechender Indikation oder erst dann erfolgen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich waren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)</li> </ul>



<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass dieser Indikator sich auf Fixierungen und Isolierungen als Zwangsmaßnahmen beschränkt. Zwangsmedikation soll in einem eigenen Indikator erfasst werden.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Anmerkungen zur Definition der Zwangsmaßnahmen angepasst.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelteilnehmer empfehlen, Immobilisierung durch Festhalten als eine weitere Zwangsmaßnahme in diesen Indikator aufzunehmen, entsprechende Änderungen in Beschreibung und Zähler wurden vorgenommen. Eine Definition in den Anmerkungen sowie eine eigenes Datenfeld wurden ergänzt.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann.</li> <li>▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter (Tunde-Ayinmode et al. 2004)</li> <li>▪ Geschlecht (Nawka et al. 2013)</li> <li>▪ Aufnahmezustand (Zwangseinweisung) (Knutzen et al. 2011; Tunde-Ayinmode et al. 2004)</li> <li>▪ Verweildauer (Knutzen et al. 2011; Tunde-Ayinmode et al. 2004)</li> <li>▪ Anzahl der Krankenhausaufnahmen vor Indexaufenthalt (Knutzen et al. 2011)</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz)
erster Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ICD-10 F20.- bis F29-Diagnose	0 = nein 1 = ja	

## Literatur:

- ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.
- ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- Brown, P; Pirkis, J (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. *Curr Opin Psychiatry* 22(6): 610-618.
- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REfinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Knutzen, M; Mjosund, NH; Eidhammer, G; Lorentzen, S; Opjordsmoen, S; Sandvik, L; Friis, S (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: A case-control study. *Psychiatr Serv* 62(5): 492-497.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.
- Nawka, A; Kalisova, L; Raboch, J; Giacco, D; Cihal, L; Onchev, G; Karastergiou, A; Solomon, Z; Fiorillo, A; Del Vecchio, V; Dembinskas, A; Kiejna, A; Nawka, P; Torres-Gonzales, F; Priebe, S; Kjellin, L; Kallert, TW (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 13: 257.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NMHPS (2011). Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services - Second Edition. Queensland, Australien: National Mental Health Performance Subcommittee.
- Perlman, CM; Hirdes, JP; Barbaree, H; Fries, BE; McKillop, I; Morris, JN; Rabinowitz, T (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Serv Res* 13: 15.
- Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Tunde-Ayinmode, M; Little, J (2004). Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry* 12(4): 347-351.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst die durchschnittliche kumulative Gesamtzeit, während der ein Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb eines stationären Aufenthalts Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) ausgesetzt ist.
<b>Zähler</b>	Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Nenner</b>	Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Die Dauer von Zwangsmaßnahmen ist möglichst kurz.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in 10 deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer Diagnose ICD-10 F20.- bis F29.- von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren. Betroffene Patienten sind insgesamt zwischen 14,7 und 72,6 (durchschnittlich 36,0) Stunden während eines Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen ausgesetzt [III] (Steinert et al. 2007). Eine longitudinale Betrachtung der Dauer von Zwangsmaßnahmen zeigt, dass sich die Dauer verkürzen kann [III] (Steinert et al. 2014).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen pro betroffenen Fall: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle“ (Steinert 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle“ (Martin et al. 2007)</li> <li>▪ „Der Indikator „Freiheitsbeschränkenden [sic] Massnahmen“ wird statistisch-deskriptiv auf Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität und Wiederholung ausgewertet und die Resultate entsprechend tabellarisch, in Balkendiagrammen und Box Plots dargestellt. Das Auswertungskonzept, welches im Rahmen des ANQ Pilotprojekts präzisiert wurde, wird um die gerontospezifischen Aspekte ergänzt.“ (ANQ 2012)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Isolierungen</b> umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu <b>Fixierungen</b> zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen.</li> <li>▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007)</li> </ul> <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, als Fixierung zu erfassen und damit deren Dauer in diesem Indikator zu berücksichtigen.</p>

	<p><b>Immobilisierung durch Festhalten</b> umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Änderungen gegenüber dem Originalindikator:</p> <p>Der Nenner des Indikators wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst. Da die Dauer von Medikation unter körperlichem Zwang nur schwer zu bestimmen ist, wird Medikation unter körperlichen Zwang ausgeschlossen.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Anlass und der Zwangsmaßnahme muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer ist so kurz als möglich zu halten, eine Beendigung ist regelmäßig zu überprüfen. Ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt ist sicherzustellen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Anmerkungen zur Definition der Zwangsmaßnahmen angepasst.</li> <li>▪ Es wurden Änderungen im Zähler und Nenner entsprechend der Empfehlungen der Panel-Experten vorgenommen (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 statt Schizophrenie, Nennung des Nenners auch im Zähler).</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Panelexperten empfehlen, Immobilisierung durch Festhalten als eine weitere Zwangsmaßnahme in diesen Indikator aufzunehmen, entsprechende Änderungen in Beschreibung und Zähler wurden vorgenommen. Eine Definition in den Anmerkungen sowie eine eigene Frage wurden ergänzt.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Beschreibung des Indikators sowie das Feld „Risikoadjustierung“ wurden sprachlich präzisiert, sodass deutlich wird, dass die durchschnittliche kumulative Gesamtdauer der Zwangsmaßnahmen erfasst wird.</li> <li>▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.</li> </ul>

Spezifizierung zur Berechnung		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die durchschnittliche kumulative Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Janssen et al. 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Verweildauer</li> </ul>	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Datum Beginn der Maßnahme	TT.MM.JJJJ
	Uhrzeit Beginn der Maßnahme	HH.MM
	Datum Ende der Maßnahme	TT.MM.JJJJ
	Uhrzeit Ende der Maßnahme	HH.MM
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ

## Literatur:

- ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Janssen, WA; Noorthoorn, EO; Nijman, HLI; Bowers, L; Hoogendoorn, AW; Smit, A; Widdershoven, GAM (2013). Differences in seclusion rates between admission wards: Does patient compilation explain? *Psychiatric Quarterly* 84(1): 39-52.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Steinert, T; Zinkler, M; Elsässer-Gaissmaier, HP; Starrach, A; Hoppstock, S; Flammer, E (2014). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax* (e-first: DOI: 10.1055/s-0034-1370174).
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die Betreuung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung).
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit kontinuierlicher 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Fixierungen und Isolierungen bei Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden während Zwangsmaßnahmen kontinuierlich betreut.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Von Zwangsmaßnahmen wurden negative Folgen für die körperliche Sicherheit der betroffenen Patienten berichtet, unter anderem in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erbrechen [III] (Zun 2003)</li> <li>▪ Selbstverletzung [III] (Zun 2003)</li> <li>▪ Zunehmende Agitation [III] (Zun 2003)</li> <li>▪ Thrombosen [III] (Mohr et al. 2003; Hem et al. 2001)</li> </ul> <p>Darüber hinaus kann es zu Verletzungen anderer Personen kommen [III] (Zun 2003) und in Einzelfällen zum Versterben des Patienten [III] (Nissen et al. 2013; Mohr et al. 2003; Paterson et al. 2003; Hem et al. 2001; Morrison et al. 2001).</p> <p>Aufgrund der möglichen, in Einzelfällen schwerwiegenden Folgen wird das Überwachen der körperlichen Sicherheit des Patienten empfohlen [LL, IV] (DGPPN 2009; Kallert et al. 2007; NICE 2005). Nach Empfehlung der Panelexperten sollte eine Intensivbetreuung mit Kontaktangeboten, Präsenz der betreuenden Person und Hoffnungsvermittlung erfolgen und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme fortlaufend überwacht werden.</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Seclusion – not reviewed by sight at least half-hourly (L) [...] The annual rate was 0.39 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Isolierungen</b> umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu <b>Fixierungen</b> zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen.“</li> <li>▪ <b>Fixierungen und Isolierungen:</b> „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007)</li> </ul> <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen. „1:1-Betreuung“ bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten individuell zusammenhängend ggf. zusätzlich zum angewandten Verfahren betreut.“ (DIMDI 2014). Eine 1:1-Betreuung bei Isolierung widerspricht dem Sinn einer Isolierung. Daher sollte hier eine <b>kontinuierliche Überwachung</b> durch Sichtkontakt erfolgen.</p>



	<p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Nenner wurde vom AQUA-Institut dahin gehend angepasst, dass er als Bezug die Anzahl der Zwangsmaßnahmen hat, nicht eine Anzahl von 100 Patienten. Des Weiteren erfolgte eine Anpassung an die Zielpopulation des QS-Verfahrens. Da die Dauer der Medikation unter körperlichem Zwang nur schwer zu bestimmen ist, wird die Medikation unter körperlichem Zwang ausgeschlossen. Die Panelexperten haben sich für eine Variante des Indikators entschieden, bei der die Zwangsmaßnahmen (hier Fixierungen und Isolierungen) durchgehend überwacht werden sollen, nicht in dem angegebenen Rhythmus von einer halben Stunde. Darüber hinaus haben die Panelexperten konkretisiert, wer diese Aufgabe übernehmen soll. Dies wurde gegenüber der Originalformulierung ergänzt.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Zwangsmaßnahmen können bei Anwendung einer in speziellen Schulungen erlernten Technik und unter kontinuierlicher bzw. sehr engmaschiger Überwachung dazu beitragen, die Auswirkungen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens zu begrenzen und gelten, sofern Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, als sichere Interventionen. [...]“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Seclusion should be for the shortest time possible and should be reviewed at least every 2 hours and in accordance with the guidance in the Mental Health Act Code of Practice. The service user should be made aware that reviews will take place at least every 2 hours.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass eine kontinuierliche 1:1-Betreuung bei Fixierungen und Isolierungen durch Pflegefachpersonen erfolgt, anstatt eine mindestens halbstündige Überwachung des Patienten durch geschultes Personal.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Beschreibung, der Nenner, die Ausschlusskriterien, das Qualitätsziel und die Anmerkungen angepasst.</li> <li>▪ Zähler: Der Zähler (Anzahl Patienten) wurde dahin gehend geändert, dass er der im Nenner genannten Anzahl der Fixierungen und Isolierungen entspricht. Somit werden im Zähler nicht mehr Patienten gezählt, sondern Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10. Die Richtung des Zählers wurde – äquivalent zu den anderen Indikatoren des Registers – ebenfalls geändert, sodass nun die unerwünschten Ereignisse gezählt werden (Anzahl der Isolierungen und Fixierungen ohne kontinuierliche 1:1-Betreuung).</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.</li> <li>▪ In dem Datenfeld zur Erfassung der Betreuung bei Isolierung wird nun eine kontinuierliche Überwachung erfragt.</li> <li>▪ In den Anmerkungen des Indikators wurde ergänzt, dass bei Isolierungen eine kontinuierliche Überwachung durch Sichtkontakt ausreichend ist.</li> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Das Ausschlusskriterium „Zwangsmaßnahmen bei Patienten &lt; 18 Jahre“ wurde in „Fixierungen und Isolierungen bei Patienten &lt; 18 Jahre“ präzisiert.</li> </ul>

Spezifizierung zur Berechnung		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Erfolgte eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja
Erfolgte eine kontinuierliche Überwachung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja	

## Literatur:

ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006–2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Hem, E; Steen, O; Opjordsmoen, S (2001). Thrombosis associated with physical restraints. Acta Psychiatr Scand 103(1): 73-76.

Kallert, TW; Jurjanz, L; Schnall, K; Glöckner, M; Gerdjikov, I; Raboch, J; Georgiadou, E; Solomon, Z; Rosa, C; Dembinskas, A; Adamowski, T; Nawka, P; Hernandez, C; Björkdahl, A (2007). Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung. Ein Beitrag zur Harmonisierung bester klinischer Praxis in Europa. Psychiatr Prax 34 Suppl. 2: S233-40.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.

Mohr, WK; Petti, TA; Mohr, BD (2003). Adverse effects associated with physical restraint. Can J Psychiatry 48(5): 330-337.

Morrison, A; Sadler, D (2001). Death of a psychiatric patient during physical restraint. Excited delirium—a case report. Med Sci Law 41(1): 46-50.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nissen, T; Rørvik, P; Haugslett, L; Wynn, R (2013). Physical restraint and near death of a psychiatric patient. *J Forensic Sci* 58(1): 259-262.

Paterson, B; Bradley, P; Stark, C; Saddler, D; Leadbetter, D; Allen, D (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10(1): 3-15.

UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.

WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Zun, LS (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 24(2): 119-124.

Indikator-ID 43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die stationäre Behandlung.
<b>Zähler</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen spätestens 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer erfolgte
<b>Nenner</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben; Patienten, die einen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ablehnen; Patienten deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer den Einbezug ablehnen; Patienten deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer nicht erreicht wurden; Patienten mit einer Verweildauer < 4 Tage
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfolgt spätestens 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Voraussetzung für den Einbezug von Angehörigen ist eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit Angehörigen durch die behandelnde stationäre Einrichtung [LL] (NICE 2014; APA 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Family Involvement in Treatment: Clinician contact with a family member and/or supportive other within 72 hours of admission“ (Williams et al. 2008)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen. <b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt. Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „As early as possible negotiate with service users and carers about how information about the service user will be shared. When discussing rights to confidentiality, emphasise the importance of sharing information about risks and the need for carers to understand the service user's perspective. Foster a collaborative approach that supports both service users and carers, and respects their individual needs and interdependence.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the pa-</li> </ul>

tient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)

- „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)
- „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)

#### Änderungsprotokoll

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.
- Entsprechend der Empfehlung der Panelexperten wurde der gesetzliche Betreuer im Indikator ergänzt.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort)

- Eine Definition des therapiebezogenen Gesprächs wurde ergänzt.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).

Abschlussbericht:

- Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
- Der Zähler wurde so umformuliert, dass das therapiebezogene Gespräch in die Definition aufgenommen wurde.
- Die Formulierung „innerhalb der ersten 72 Stunden“ wurde im Zähler, Qualitätsziel und Datenfeld in „spätestens 72 Stunden“ geändert.
- Im Datenfeld „spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer“ wurden die Antwortoptionen „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“ hinzugefügt. Diese wurden ebenfalls in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Patienten mit einer Verweildauer < 4 Tage wurden aus dem Indikator ausgeschlossen. Dies wurde in den Ausschlusskriterien ergänzt. Zwei entsprechende Datenfelder wurden angelegt.

#### Spezifizierung zur Berechnung

<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

Datenfelder für die Berechnung		
Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation		
STATIONÄR	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ

## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; et al. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1): 78-84.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 7(1): 33-43.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
<b>Nenner</b>	Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
<b>Ausschlusskriterien</b>	Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
<b>Qualitätsziel</b>	Auf psychiatrischen Stationen stehen für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 ausreichend Pflegefachpersonen zur Verfügung.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Die Zusammensetzung des Pflegepersonals, im Sinne eines großen Anteils an examiniertem Pflegepersonal wirkt sich günstig auf das Behandlungsergebnis in der somatischen Medizin aus [Ia] (Aiken et al. 2014; IQWiG 2006; Lankshear et al. 2005). Eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal ist wichtig, um personalintensive Maßnahmen, wie beispielsweise Zeit und Zuwendung für Patientengespräche (Zander et al. 2014) oder Betreuung von fremd- oder eigengefährdeten Patienten, durchführen zu können [III] (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006) und kann gewalttätige Ereignisse [III] (Bowers et al. 2011; Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006), insbesondere den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, vermeiden [III] (Bowers et al. 2013; Gerolamo 2006). Entscheidend dabei ist das Fachpflegepersonal („registered nurses“), da es Hinweise gibt, dass allein mehr Personal („total staffing“) mit mehr gewalttätigen Ereignissen einhergeht [III] (Staggs 2013).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Full time equivalents total“ (Coop 2006)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Number of professionals“ (Carrick et al. 2013)</li> <li>▪ „Total adult caseload“ (Coop 2006)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung der Originalformulierung definiert.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „[...] Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Dies beinhaltet u.a. eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung, geeignete, ansprechende und moderne Räumlichkeiten, psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen und eine psychopharmakologische Behandlung, die darauf bedacht ist, unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Inpatient care should be provided in the least restrictive environment. Ideally this means units which are streamed by phase of illness and developmental stage, relatively small in size and adequately staffed, so that 1:1 nursing of highly distressed, suicidal or agitated young people is feasible without locking the unit or secluding the patient. [...]“ (Evidenzlevel: III-3) (RANZCP 2004)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass der Einsatz von Pflegefachpersonen auf allen psychiatrischen Stationen und nicht nur auf geschlossenen und fakultativ-geschlossenen Stationen erfasst wird.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegefachpersonen wurden analog zum OPS-Katalog spezifiziert.</li> <li>▪ Entsprechend der Änderung in Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Beschreibung, der Nenner, das Qualitätsziel des Indikators sowie die Anmerkungen angepasst.</li> </ul>

Abschlussbericht:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In die Ausschlusskriterien wurden Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie übernommen.</li> </ul>		
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Behandlungstage
	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Personentage

## Literatur:

- Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.
- Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.
- Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.
- Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.
- Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.
- Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Aust Health Rev* 30(2): 174-180.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Staggs, VS (2013). Nurse Staffing, RN Mix, and Assault Rates on Psychiatric Units. *Res Nurs Health* 36(1): 26-37.
- Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.



Indikator-ID 50c	Deeskalationstraining – stationär
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult wurden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und die innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben; pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die ausschließlich in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gearbeitet haben
<b>Qualitätsziel</b>	Die pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen sind im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Inwieweit die Schulung von Personal in Deeskalationsmaßnahmen geeignet ist, Gewalt und damit Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen zu vermeiden, wird kontrovers diskutiert [III] (Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006). Die S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ empfiehlt das Durchführen von Deeskalationstrainings neben weiteren Maßnahmen zur Prävention von Zwangsmaßnahmen [LL] (DGPPN 2009).</p> <p>Eine Befragung von 88 deutschen Kliniken zur gegenwärtigen Praxis von Zwangsmaßnahmen ergab, dass etwa bei einem Viertel der Kliniken das Deeskalationstraining unsystematisch erfolgt. Etwa die Hälfte der Kliniken gab an, ihre Mitarbeiter jährlich in Deeskalationsmaßnahmen zu schulen. In einzelnen Kliniken erfolgte kein Deeskalationstraining [III] (Steinert et al. 2014).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year“ (Skews et al. 2000)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter <b>Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation</b> werden zu festgelegten Zeiten stattfindende Fortbildungen verstanden, die Mitarbeiter dazu befähigen, Situationen mit Aggressionspotenzial zu erkennen und Maßnahmen zur Deeskalation zu ergreifen. Ziel dieser Fortbildung ist es, die Mitarbeiter dazu zu befähigen, Situationen so gestalten zu können, dass Zwangsmaßnahmen möglichst nicht notwendig sind. Inhalte des Trainings oder der Auffrischung können beispielsweise sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Theoretische Grundlagen (skills for security 2010; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003)</li> <li>▪ Rechtliche Aspekte (Morrison et al. 2003)</li> <li>▪ Präventionsstrategien (skills for security 2010; Morrison et al. 2003)</li> <li>▪ Strategien zum Umgang mit kritischen Situationen (skills for security 2010; DGPPN 2009; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003)</li> <li>▪ Verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien (Swain et al. 2014; skills for security 2010; DGPPN 2009; Morrison et al. 2003; NHS)</li> <li>▪ Teamansätze zur Deeskalation (skills for security 2010; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003)</li> </ul> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator schließt nicht nur Pflegekräfte ein, sondern alle pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter einer psychiatrischen Station. Abweichend von der Originalformulierung sollte die Schulung nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Ausgeschlossen werden Mitarbei-</p>

	ter, die weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben, sodass den Einrichtungen ausreichend Zeit zur Schulung neuer Mitarbeiter gewährt wird.
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Psychiatrische Einrichtungen schulen Ihre MitarbeiterInnen über Ursachen und Formen aggressiven Verhalten und bieten Trainings an, um die Beschäftigten für Risikosituationen mit den notwendigen Optionen zur Vermeidung und ggf. zur Bewältigung aggressiver Situationen auszustatten und den PatientInnen eine optimale Sicherheit bei der Anwendung von unter Umständen unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu bieten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige begrüßen alle Initiativen und Maßnahmen, die der Entstehung eines Milieus dienen, in dem Patienten weniger geneigt sind, ihre Bedürfnisse bzw. ihre Empfindungen über aggressives Verhalten auszudrücken. Anti-Aggressions- und Deeskalationstrainings sind ein Teil solcher Maßnahmen. Trialogisch besetzte Qualitätszirkel, die sich die Entwicklung aggressionsvermeidender Milieus vornehmen, sind besonders zu empfehlen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Trotz der (z.T. vermutlich methodisch bedingten) widersprüchlichen Studienergebnisse kann die Durchführung von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in psychiatrischen Einrichtungen empfohlen werden. Wenngleich ein gemessener Rückgang bei aggressiven Vorfällen und ihren Konsequenzen nicht zwingend erwartet werden kann, sind vor allem positive Effekte auf das aggressionsrelevante Wissen sowie auf die Zuversicht der MitarbeiterInnen, aggressive Situationen beherrschen zu können, zu erwarten.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Obwohl keine vergleichenden Studien über die Komponenten (Deeskalation, Körpertechniken, Kombinationen) von Trainingsprogrammen für MitarbeiterInnen vorliegen, sollten Techniken vermittelt werden, die den MitarbeiterInnen in jeder Phase des Umgangs mit aggressivem Verhalten erfolgversprechende Optionen bieten. Das heißt, dass ausschließlich trainierte Deeskalationstechniken oder ausschließlich trainierte körperliche Techniken nicht zu empfehlen sind. Eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen ist dagegen zu empfehlen. Darüber hinaus ist eine Anpassung der Trainingsmaßnahmen an die Erfordernisse der zu behandelnden Patientengruppe sowie der jeweiligen Einrichtung unabdingbar. Weiterhin sollten die Trainingsmaßnahmen gut in die Organisation der Einrichtung eingebettet sein. Ein isoliertes Trainingsprogramm, das nicht mit der Einrichtungsleitung sowie den sonstigen organisatorischen Abläufen abgestimmt ist, erscheint wenig zweckdienlich.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Bislang gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Klinikaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell besteht in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexe Prozesse reichen, geeignet sind, solche Effekte zu erzielen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Deeskalationstechniken sollten allen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bekannt sein und sollten darüber hinaus im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings geschult und eingeübt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Überwältigung: Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von Patienten wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen verwiesen. Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Proper training on therapeutic management of violent behaviours should be given to health care providers. This includes appropriate skills to be acquired on de-escalation techniques, restraints, seclusion procedures and pharmacological interventions.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)</li> <li>▪ „All service providers should have a policy for training employees and staff-in-training in relation to the short-term management of disturbed/violent behaviour. This policy should specify who will receive what level of training (based on risk assessment), how often they</li> </ul>

will be trained, and also outline the techniques in which they will be trained.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)

- „All service providers should specify who the training provider is and ensure consistency in terms of training and refresher courses.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Training relating to the management of disturbed/violent behaviour should be subject to approved national standards. (The NHS Security Management Service (SMS) is developing a training curriculum for the management of violence. The National Institute for Mental Health in England (NIMHE) is drawing up an accreditation scheme for trainers. The work is due for completion in 2005).“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „All staff whose need is determined by risk assessment should receive ongoing competency training to recognise anger, potential aggression, antecedents and risk factors of disturbed/violent behaviour and to monitor their own verbal and non-verbal behaviour. Training should include methods of anticipating, deescalating or coping with disturbed/violent behaviour.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Staff should be aware of, and learn to monitor and control, their own verbal and non-verbal behaviour, such as body posture and eye contact etc.“ (Empfehlungsgrad: D (GPP)) (NICE 2005)
- „Services should review their training strategy annually to identify those staff groups that require ongoing professional training in the recognition, prevention and de-escalation of disturbed/violent behaviour and in physical intervention to manage disturbed/violent behaviour.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Health and social care professionals working with people using mental health services should have competence in: [...] conflict management and conflict resolution.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)

## Änderungsprotokoll

Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass alle festangestellten Mitarbeiter einer akupsykiatrischen Station in diesem Indikator berücksichtigt werden und nicht nur Ärzte und Pflegekräfte.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Aufgrund der Änderungen in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) erfolgte eine Anpassung des Zählers, des Nenners, des Qualitätsziels, der Ausschlusskriterien sowie der Anmerkungen.
- Die Beschreibung des Trainings bzw. der Auffrischung im Zähler des Indikators wurde geändert.
- Die Definition von festangestellten Mitarbeitern wurde in die Anmerkungen des Indikators übernommen.
- Eine Beschreibung von Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation wurde in den Anmerkungen des Indikators ergänzt.
- Das Ausschlusskriterium „festangestellte Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr weniger als ein halbes Jahr auf akupsykiatrischen Stationen gearbeitet haben“, wurde durch die Angabe „100 Arbeitstage“ operationalisiert.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Es wurde eine neue Beschreibung von Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation in die Anmerkungen des Indikators eingefügt.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, psychiatrische Stationen, anstatt akupsykiatrische Stationen zu betrachten.
- Verwaltungsmitarbeiter sollen nicht im Indikator erfasst werden, sondern alle Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereichs (pflegerisch-therapeutische Mitarbeiter) einer psychiatrischen Station.
- „festangestellt“ im Ausschlusskriterium wurde auf Empfehlung der Panelexperten gestrichen.

Nachbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Der Indikatorname wurde um „stationär“ ergänzt, um ihn von dem Indikator ID 83 Deeskalationstraining – ambulant besser abgrenzen zu können.

Abschlussbericht:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Formulierung „pflegerisch-therapeutischen Mitarbeiter“ wurde in „pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter“ geändert und in die Beschreibung, den Zähler, den Nenner, die Ausschlusskriterien und das Qualitätsziel übernommen. Die diesbezügliche Erläuterung wurde aus den Anmerkungen gestrichen.</li> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die ausschließlich in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gearbeitet haben, wurden ausgeschlossen.</li> </ul>		
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	___ Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben?	___ Mitarbeiter

## Literatur:

- Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- Fingfeld-Connett, D (2009). Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. Issues Ment Health Nurs 30(9): 530-537.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. Arch Psychiatr Nurs 20(4): 175-185.
- MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- Morrison, EF; Love, CC (2003). An Evaluation of Four Programs for the Management of Aggression in Psychiatric Settings. Arch Psychiatr Nurs 17(4): 146-155.
- NHS Conflict Resolution Training. Implementing the National Syllabus. National Health Service, Security Management Service.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000). Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. Aust N Z J Ment Health Nurs 9(1): 11-18.
- skills for security (2010). Physical Intervention: Reducing Risk. A guide to good practice for employers of security personnel operating in healthcare settings in England. skills for security, Security House.
- Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.
- Swain, N; Gale, C (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. Int J Nurs Stud 51(9): 1241-1245.

<b>Indikator-ID 57</b>	<b>Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
<b>Nenner</b>	Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
<b>Ausschlusskriterien</b>	Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
<b>Qualitätsziel</b>	Auf psychiatrischen Stationen stehen für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 ausreichend Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung zur Verfügung.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Die Zusammensetzung des Pflegepersonals, im Sinne eines großen Anteils an examiniertem Pflegepersonal wirkt sich günstig auf das Behandlungsergebnis in der somatischen Medizin aus [Ia] (Aiken et al. 2014; IQWiG 2006; Lankshear et al. 2005). Eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal ist wichtig, um personalintensive Maßnahmen, wie beispielsweise Zeit und Zuwendung für Patientengespräche (Zander et al. 2014) oder Betreuung von fremd- oder eigengefährdeten Patienten, durchführen zu können [III] (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006) und kann gewalttätige Ereignisse [III] (Bowers et al. 2011; Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006), insbesondere den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vermeiden [III] (Bowers et al. 2013; Gerolamo 2006). Entscheidend dabei ist das Fachpflegepersonal („registered nurses“), da es Hinweise gibt, dass allein mehr Personal („total staffing“) mit mehr gewalttätigen Ereignissen einhergeht [III] (Staggs 2013).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Full time equivalents total“ (Coop 2006)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Number of professionals“ (Carrick et al. 2013)</li> <li>▪ „Total adult caseload“ (Coop 2006)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Pflegefachpersonen</b> im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Zu <b>psychiatrischen Fachweiterbildungen</b> zählen neben den klassischen Fachweiterbildungen auch Bachelorabschlüsse oder höherwertige Studienabschlüsse mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege, denen eine grundständige Pflegeausbildung vorausging.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Konkretisierung des Personals auf Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „[...] Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Dies beinhaltet u.a. eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung, geeignete, ansprechende und moderne Räumlichkeiten, psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen und eine psychopharmakologische Behandlung, die darauf bedacht ist, unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Inpatient care should be provided in the least restrictive environment. Ideally this means units which are streamed by phase of illness and developmental stage, relatively small in size and adequately staffed, so that 1:1 nursing of highly distressed, suicidal or agitated young people is feasible without locking the unit or secluding the patient. [...]“ (Evidenzlevel: III-3) (RANZCP 2004)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde in der Bewertungsrunde 2 (vor Ort) angelegt und von den Paneelexperten bewertet.</li> </ul> Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In die Ausschlusskriterien wurden Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie übernommen.</li> <li>▪ In den Anmerkungen wurde definiert, was unter die psychiatrischen Fachweiterbildungen zu subsumieren ist.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Behandlungstage
	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Personentage

## Literatur:

- Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; Diomidous, M; Kinnunen, J; Kózka, M; Lesaffre, E; McHugh, MD; Moreno-Casbas, MT; RAfferty, AM; Schwendimann, R; Scott, PA; Tishelman, C; van Achterberg, T; Sermeus, W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.
- Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.
- Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.
- Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.
- Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.
- Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Aust Health Rev* 30(2): 174-180.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Staggs, VS (2013). Nurse Staffing, RN Mix, and Assault Rates on Psychiatric Units. *Res Nurs Health* 36(1): 26-37.
- Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.

Indikator-ID 59	Kontrolluntersuchungen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 durchschnittlich erhalten.
<b>Zähler</b>	Summe der mindestens einmal pro Jahr durchgeführten Kontrolluntersuchungen „Nüchternserumglukose“, „Leberwerte“, „Blutbild“, „Nierenwerte“, „Fette“ je Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie erhalten mindestens einmal jährlich die dafür erforderlichen Kontrolluntersuchungen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Eine antipsychotische Pharmakotherapie kann je nach eingenommenem Wirkstoff verschiedene unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen. Unter anderem zählen dazu Gewichtszunahme, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Beeinträchtigungen sowie extrapyramidale motorische Störungen [III] (Bobes et al. 2012; Haddad et al. 2007; Wetterling et al. 2007; Hägg et al. 2006; Bellantuono et al. 2004). Die regelmäßige Durchführung von Kontrolluntersuchungen zum frühzeitigen Erkennen und zur Behandlung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird deshalb in Leitlinien empfohlen [LL] (NICE 2014; Hasan et al. 2012; Laux et al. 2012; APA 2010; DGPPN 2006; RANZCP 2004) und in Studien gefordert [Ia] (Mitchell et al. 2013; Batscha et al. 2010; Okumura et al. 2010; Nguyen et al. 2009; Weber et al. 2009; Roberts et al. 2007; Mitchell et al. 2006; Mackell et al. 2005; Poulin et al. 2005). Dazu gehören insbesondere das Körpergewicht, Hüftumfang, Blutdruck, Nüchternserumglukose, Nüchternblutfette, Blutbild, Kreatinin, Leberenzyme, Blutdruck/Puls, EKG und EEG (bei Clozapin/Zotepin) [LL; III] (Hasan et al. 2012; Tarricone et al. 2007; DGPPN 2006; Marder et al. 2004).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Full adherence: defined as having an A1C test, an LDL-C test, a nephropathy test, and an eye examination“ (Leung et al. 2011)</li> <li>▪ „Proportion of patients who have appropriate laboratory screening tests: Numerator: Those patients in the denominator with evidence of the following laboratory screening tests at least once during the study period: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) TSH</li> <li>b) Liver function test</li> <li>c) Chemistry panel: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sodium</li> <li>b. Creatinine</li> <li>c. Potassium</li> </ul> </li> <li>d) Hepatitis</li> <li>e) HIV</li> </ul> </li> </ul> <p>Denominator: Individuals with a study-relevant diagnosis in all patient cohorts“ (Horovitz-Lennon et al. 2009)</p>
<b>Anmerkungen</b>	Als <b>Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10</b> gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.

**Antipsychotische Pharmakotherapie** ist definiert als Verordnung von Antipsychotika in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen eines Jahres.

Zu den **Antipsychotika** gehören die folgenden Wirkstoffe (nach ATC-Klassifikation):

- N05A Antipsychotika (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium)
- N05CM22 Promethazin

Zu **vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen** gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:

- FG 5 1: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

Anmerkung zur Berechnung des Nenners:

Für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird geprüft, ob in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen des Erfassungsjahres eine Abrechnung eines Antipsychotikums vorliegt.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN\_Antipsychotika).

Anmerkung zur Berechnung des Zählers:

Für jeden Patienten der Nennerpopulation wird geprüft:

1. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Nüchternserumglukose durchgeführt?
2. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle des Blutbildes durchgeführt?
3. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Leberwerte durchgeführt?
4. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Nierenwerte durchgeführt?
5. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Fette durchgeführt?

Für jeden Patienten kann so die Anzahl der unterschiedlichen Kontrolluntersuchungen ermittelt werden, die zwischen 0 (keine Untersuchung) und 5 (für jeden der fünf Punkte wurde mindestens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt) liegen kann.

Die Anzahl der unterschiedlichen Kontrolluntersuchungen aller Patienten der Nennerpopulation wird anschließend addiert.

<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Bei der Therapiekontrolle im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie, vor allem bei Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum, sollte in regelmäßigen Abständen von maximal 1 Jahr, insbesondere jedoch während des ersten halben Jahres der Behandlung, bei allen Patienten ein Diabetes-Screening durchgeführt werden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Die Nüchternserumglukose sollte laut Tabelle 4.5a der Leitlinie zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann jährlich erfolgen.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Als weitere Kontrolluntersuchung unter Antipsychotikatherapie gehört laut Tabelle 4.5b der Leitlinie die Bestimmung der Leberenzyme zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann alle 3 Monate.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Als weitere Kontrolluntersuchung unter Antipsychotikatherapie gehört laut Tabelle 4.5b die Bestimmung des Blutbildes zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann alle 3 Monate.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Furthermore, blood pressure, body weight, waist circumference and body mass index have to be screened. Then, baseline measures of fasting glucose and fasting lipids, total cholesterol, LDL, HDL and triglyceride levels must be collected. These measures have to be repeated in weeks 6 and 12 following the beginning of treatment and then repeated annually.“ (Empfehlungsgrad: -) (Hasan et al. 2012)</li> </ul>



- „Clinicians may consider regular monitoring of fasting glucose or hemoglobin A1c levels to detect emerging diabetes, since patients often have multiple risk factors for diabetes, especially patients with obesity.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)
- „Other laboratory tests to be considered to evaluate health status include a CBC [complete blood count]; measurements of blood electrolytes, glucose, cholesterol, and triglycerides; tests of liver, renal, and thyroid function; a syphilis test; and when indicated and permissible, determination of HIV status and a test for hepatitis C.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)
- „People with schizophrenia who are taking AAPs [atypical antipsychotics] should be monitored closely for emergence of metabolic syndrome.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)
- „Fasting plasma glucose (or HbA1c) and lipid profile should be measured at baseline and at regular intervals during the course of treatment, along with other investigations as indicated.“ (Empfehlungsgrad: -) (RANZCP 2004)
- „Ideally in conjunction with the patient’s GP [general practitioner], full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)
- „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration:
  - response to treatment, including changes in symptoms and behaviour
  - side effects of treatment, taking into account overlap between certain side effects and clinical features of schizophrenia (for example, the overlap between akathisia and agitation or anxiety) and impact on functioning
  - the emergence of movement disorders
  - weight, weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks, at 1 year and then annually (plotted on a chart)
  - waist circumference annually (plotted on a chart)
  - pulse and blood pressure at 12 weeks, at 1 year and then annually
  - fasting blood glucose, HbA1c and blood lipid levels at 12 weeks, at 1 year and then annually
  - adherence
  - overall physical health.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)

#### Änderungsprotokoll

##### Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Die Panelexperten haben sich entschieden, dass alle als relevant bewerteten Kontrolluntersuchungen in diesem Indikator zusammengefasst werden. Zur Auswahl standen:
  - Diabetes-Screening (QI 23)
  - Kontrolle der Cholesterinwerte (QI 24)
  - Kontrolle des Kreatininwertes (QI 25)
  - Kontrolle des Blutbildes (QI 26)
  - Kontrolle der Leberwerte (QI 27)

Davon wurden folgende Untersuchungen als relevant bewertet und werden in diesem Indikator zusammengefasst:

- Diabetes-Screening (QI 23)
- Kontrolle des Blutbildes (QI 26)
- Kontrolle der Leberwerte (QI 27)

##### Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):

- Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde der Zähler angepasst.
- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.

## Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.
- Die Panelexperten empfehlen, entgegen ihres ursprünglichen Votums alle Kontrolluntersuchungen (QI 23-27) in diesem Indikator zusammenzufassen. Daher wurden der Cholesterin- und der Kreatininwert wieder im Zähler und allen anderen relevanten Feldern ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.

## Abschlussbericht:

- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Im Zähler wurde der Abschnitt „mindestens einmal pro Jahr durchgeführten“ ergänzt.
- Da die Gebührenordnungspositionen des EBM zu Kreatinin, Harnsäure und Harnstoff in die Berechnung eingehen, wurde die Bezeichnung von „Kreatininwert“ in „Nierenwerte“ geändert. Analog wurde „Cholesterinwerte“ in „Fette“ geändert.
- Patienten, die einen stationären Aufenthalt hatten, wurden aus den Ausschlusskriterien entfernt, was auch zu Änderungen bei den Codes zur Berechnung geführt hat.
- Der Verweis auf Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Codes zur Berechnung“ ergänzt.
- Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.

**Spezifizierung zur Berechnung****Besonderheiten der Berechnung**

Keine

**Kodes zur Berechnung**

ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)

Zähler:

Nüchternserumglukose:

**GOP** 32057 (Glukose), 32094 (HbA1c), 32022 (Manifeste Diabetes mellitus), 32025 (Glucose)

Leberwerte:

**GOP** 32058 (Bilirubin gesamt), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32069 (GOT), 32070 (GPT), 32071 (Gamma-GT)

Blutbild:

**GOP** 32120 (kleines Blutbild), 32122 (vollständiger Blutstatus, sog. großes Blutbild)

Nierenwerte:

**GOP** 32064 (Harnsäure), 32065 (Harnstoff), 32066 (Kreatinin, Jaffé-Methode)

Fette:

**GOP** 32060 (Cholesterin gesamt), 32061 (HDL-Cholesterin), 32062 (LDL-Cholesterin), 32063 (Triglyceride)

Nenner:

Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen):

ICD F20.- bis F29

Patienten mit antipsychotischer Pharmakotherapie:

**PZN** der Wirkstoffgruppen N05A Antipsychotika (ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 Promethazin (siehe Liste PZN\_Antipsychotika)

	<p><u>Ausschluss Nenner:</u></p> <p>Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>
<b>Datenquelle</b>	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung)</li> <li>▪ Aufnahmegrund</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> <li>▪ Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	In der Literatur konnten bisher keine patientenbezogenen Risikofaktoren für diesen Indikator identifiziert werden. Potenzielle Risikofaktoren können jedoch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer empirischen Analyse entwickelt und überprüft werden.

## Literatur:

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

Batscha, C; Schneiderhan, ME; Kataria, Y; Rosen, C; Marvin, RW (2010). Treatment settings and metabolic monitoring for people experiencing first-episode psychosis. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 48(9): 44-49.

Bellantuono, C; Tentoni, L; Donda, P (2004). Antipsychotic drugs and risk of type 2 diabetes: An evidence-based approach. Hum Psychopharmacol 19(8): 549-558.

Bobes, J; Arango, C; Aranda, P; Carmena, R; Garcia-Garcia, M; Rejas, J (2012). Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizoaffective disorder treated with antipsychotics: Results from the CLAMORS study. Eur Psychiatry 27(4): 267-274.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Haddad, PM; Sharma, SG (2007). Adverse effects of atypical antipsychotics: Differential risk and clinical implications. CNS Drugs 21(11): 911-936.

- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; Mannle, TE, Jr. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Laux, G; Dietmaier, O (2012). *Praktische Psychopharmakotherapie*. 6., neu bearbeitete und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.
- Leung, GY; Zhang, J; Lin, WC; Clark, RE (2011). Behavioral health disorders and adherence to measures of diabetes care quality. *Am J Manag Care* 17(2): 144-150.
- Mackell, JA; Harrison, DJ; McDonnell, DD (2005). Relationship Between Preventative Physical Health Care and Mental Health in Individuals with Schizophrenia: A Survey of Caregivers. *Ment Health Serv Res* 7(4): 225-228.
- Marder, SR; Essock, SM; Miller, AL; Buchanan, RW; Casey, DE; Davis, JM; Kane, JM; Lieberman, JA; Schooler, NR; Covell, N; Stroup, S; Weissman, EM; Wirshing, DA; Hall, CS; Pogach, L; Pi-Sunyer, X; Bigger, JT, Jr.; Friedman, A; Kleinberg, D; Yevich, SJ; Davis, B; Shon, S (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161(8): 1334-1349.
- Mitchell, AJ; Malone, D (2006). Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 19(4): 432-437.
- Mitchell, AJ; Vancampfort, D; Sweers, K; van Winkel, R; Yu, W; De Hert, M (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 39(2): 306-318.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- Nguyen, D; Brakoulias, V; Boyce, P (2009). An evaluation of monitoring practices in patients on second generation antipsychotics. *Australasian Psychiatry* 17(4): 295-299.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okumura, Y; Ito, H; Kobayashi, M; Mayahara, K; Matsumoto, Y; Hirakawa, J (2010). Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study. *Schizophr Res* 119(1-3): 145-152.
- Poulin, MJ; Cortese, L; Williams, R; Wine, N; McIntyre, RS (2005). Atypical antipsychotics in psychiatric practice: Practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry* 50(9): 555-562.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Roberts, L; Roalfe, A; Wilson, S; Lester, H (2007). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Family Practice* 24(1): 34-40.
- Tarricone, I; Gozzi, BF; Grieco, D; Berti, B; Biagini, S; Serretti, A; Menchetti, M; Pasquali, R; Berardi, D (2007). The time course of second generation antipsychotic metabolic side effects: Results from a one-year prospective evaluation in a community mental health service. *Clinical Neuropsychiatry* 4(4): 152-159.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.
- Wetterling, T; Schneider, B; Weber, B (2007). Blutzuckerwerte bei chronisch schizophrenen Patienten unter antipsychotischer Behandlung. *Psychiatr Prax* 34(2): 76-80.

Indikator-ID 61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmedikation betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, die während des stationären Aufenthalts mindestens eine Zwangsmedikation erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenig Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 benötigen Zwangsmedikationen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Eine Umfrage an 88 deutschen Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zeigte, dass in 84 % der befragten Kliniken und Abteilungen Zwangsmedikation durchgeführt wird [III] (Steinert et al. 2014). Patienten mit Schizophrenie bzw. psychotischen Erkrankungen sind dabei am häufigsten von Zwangsmedikation betroffen [Ia] (Jarrett et al. 2008).</p> <p>Neben dem Vertrauensverlust des Patienten in das Personal können bei Zwangsmedikationen unter anderem folgende Komplikationen auftreten (DGPPN 2009; NICE 2005):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewusstlosigkeit</li> <li>▪ Atemdepressionen, Atemstillstand</li> <li>▪ kardiovaskuläre Komplikationen</li> <li>▪ Krampfanfälle</li> <li>▪ neuroleptisches malignes Syndrom</li> <li>▪ extrapyramidale Symptomatik</li> </ul>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Akuttherapie/Zwangsmaßnahmen[:] Z[zähler]: Alle Personen des Nenners, bei denen eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) durchgeführt wurde N[enner]: Alle Personen mit einer Schizophrenie, die innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden“ (Großimlinghaus et al. 2013)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringungen als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter <b>Zwangsmedikation</b> (oder auch Medikation unter körperlichem Zwang) werden folgende Maßnahmen verstanden: „Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, d.h. Festhalten etc. Verabreichung von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang.“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Es werden sowohl Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Anordnung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes erfasst.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, die Zwangsmedikation nicht in dem Indikator zu Zwangsmaßnahmen zu erheben, sondern in einem eigenen Indikator. Somit werden hier, im Gegensatz zur Originalformulierung, Fälle erhoben, die mindestens eine Zwangsmedikation erhalten haben. Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit

**Stärke der Empfehlung  
(gem. Leitlinie oder  
Standard)**

- „Die Reaktion auf gewalttätiges Verhalten sollte zunächst in der Strukturierung der Umgebung, einer Reizabschirmung und verbaler Beruhigung bei sicherem Auftreten der Therapeuten bestehen. Ziel der Behandlung sollte eine Beruhigung des Patienten sein, durch die eine Partizipation am weiteren Behandlungsprozess weitestgehend ermöglicht wird. Maßnahmen wie Isolierung oder Fixierung sollten lediglich nach Scheitern aller anderen Deeskalationsversuche angewendet werden. Die rasche medikamentöse Sedierung zur Verhaltenskontrolle kann notwendig sein, sollte jedoch unter Wahrung aller rechtlicher Vorgaben und enger Überwachung nur bei entsprechender Indikation oder erst dann erfolgen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich waren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)
- „Eine medikamentöse Zwangsbehandlung darf nur auf klarer rechtlicher Grundlage erfolgen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich. Die Äußerungen von Patienten, z.B. in Behandlungsvereinbarungen (siehe Kapitel 6.5), ggf. auch von Angehörigen, sollten soweit als möglich berücksichtigt werden. Auch bei notwendiger Zwangsbehandlung sollten dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z. B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart. Die Wahl der Applikationsform (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll nicht nur medizinische, sondern auch ethische Aspekte berücksichtigen. Entkleiden unter Zwang sollte dabei nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bemühungen der psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde des Patienten in derartigen Situationen in größtmöglichem Ausmaß zu wahren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Rapid tranquillisation, physical intervention and seclusion should only be considered once de-escalation and other strategies have failed to calm the service user. These interventions are management strategies and are not regarded as primary treatment techniques. When determining which interventions to employ, clinical need, safety of service users and others, and, where possible, advance directives should be taken into account. The intervention selected must be a reasonable and proportionate response to the risk posed by the service user.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Medication for rapid tranquillisation, particularly in the context of physical intervention, should be used with caution owing to the following risks:
  - loss of consciousness instead of tranquillisation
  - sedation with loss of alertness
  - loss of airway
  - cardiovascular and respiratory collapse
  - interaction with medicines already prescribed or illicit substances taken (can cause side effects such as akathisia, disinhibition)
  - possible damage to patient-staff relationship
  - underlying coincidental physical disorders.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Local protocols should be produced that cover all aspects of rapid tranquillisation. Such protocols should be in accordance with legal requirements (especially in respect of detained patients, the consent to treatment, and the emergency treatment powers and duties under the Mental Health Act), and relevant NICE guidance, and should be subject to review.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions.“ (Empfehlungsgrad: QS) (NICE 2011)

<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von Panelexperten vorgeschlagen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. Dabei wurden folgende Änderungen in der Definition des Zählers vorgenommen: Es sollen nur die Zwangsmedikationen ausgewertet werden, die während des stationären Aufenthaltes stattfanden, dabei sollen Fälle mit mindestens einer (statt mit nur einer) Zwangsmedikation berücksichtigt werden.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den Anmerkungen wurde auf Anregung der Panelexperten ergänzt, dass sowohl Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Anordnung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes erfasst werden.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Datenfeld „Aufenthalt auf geschlossener Station“ wurde präzisiert in „War die Station während des Aufenthaltes des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?“</li> <li>▪ Für die Erfassung der Zwangsmedikation ist eine getrennte Erfassung von richterlich angeordneten Zwangsmedikationen und Zwangsmedikationen aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes vorgesehen.</li> <li>▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.</li> </ul>
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>	
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil
<b>Risikoadjustierung</b>	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung von Zwangsmedikationen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht (Nawka et al. 2013; Jarrett et al. 2008)</li> <li>▪ Aufnahmezustand (Zwangseinweisung) (Jarrett et al. 2008)</li> <li>▪ Aufenthalt auf geschlossener Station (Lang et al. 2010)</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja
	War die Station während des Aufenthalts des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?	0 = nein 1 = ja

## Literatur:

- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365.
- Jarrett, M; Bowers, L; Simpson, A (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. J Adv Nurs 64(6): 538-548.
- Lang, UE; Hartmann, S; Schulz-Hartmann, S; Gudlowski, Y; Ricken, R; Munk, I; von Haebler, D; Gallinat, J; Heinz, A (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? Eur J Psychiatry 24(4): 199-204.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.
- Nawka, A; Kalisova, L; Raboch, J; Giacco, D; Cihal, L; Onchev, G; Karastergiou, A; Solomon, Z; Fiorillo, A; Del Vecchio, V; Dembinskas, A; Kiejna, A; Nawka, P; Torres-Gonzales, F; Priebe, S; Kjellin, L; Kallert, TW (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. BMC Psychiatry 13: 257.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2004). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.



Indikator-ID 62	Unterbringungen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 untergebracht sind.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, die während ihres stationären Aufenthalts untergebracht waren
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenig Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sind einer Unterbringung ausgesetzt.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen, einschließlich Unterbringungen in psychiatrischen Fachkliniken oder Fachabteilungen, schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Besonders Patienten mit Schizophrenie sind von Unterbringungen betroffen [IIb] (Cunningham 2012; Ng et al. 2012).</p> <p>Im Jahr 2009 lag der Anteil der Unterbringungen an allen psychiatrischen Aufnahmen bei 10,9 %. In der longitudinalen Betrachtung von 1994 bis 2009 war die Gesamtunterbringungsquote stabil zwischen 9,75 % und 11,7 % [III] (Valdes-Stauber et al. 2012).</p> <p>In einem Vergleich von fünf Kliniken in Bayern, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich Unterschiede in den Unterbringungsquoten in einem Dreimonatszeitraum. Beobachtet wurden 244 Unterbringungen; die Unterbringungsquoten der Kliniken lagen zwischen 3,2 % und 25,8 %. Die niedrigsten Quoten waren in den Kliniken in Baden-Württemberg zu finden. Im Gegensatz zu den übrigen Bundesländern können dort Patienten 72 anstelle von 24 Stunden ohne gerichtlichen Beschluss untergebracht werden [III] (Brieger et al. 2014).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	<p>Stationärer Leistungserbringer</p> <p><i>Achtung: Die Verantwortung für diesen Indikator wird so verstanden, dass der stationäre Leistungserbringer das Indikatorergebnis in die regionale Diskussion einbringt. Die Verantwortlichkeit für den Indikator kann nur auf regionaler Ebene betrachtet werden.</i></p>
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringungen als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Number of involuntary admissions“ (Carrick et al. 2013)</li> <li>▪ „the number of acute psychiatric hospitalizations with at least one period on involuntary status per year“ (Donisi et al. 2013)</li> <li>▪ „involuntary admission was calculated as: the rates per 100 hospitalizations and per 100,000 inhabitants (at least 18 years old)“ (Donisi et al. 2013)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Als <b>Unterbringung</b> zählen gerichtlich verfügte Unterbringungen in psychiatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen, gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch bzw. dem Betreuungsrecht oder gemäß dem jeweils geltenden Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wird im Original in zwei verschiedenen Kennzahlen ausgewertet. Diese Kennzahlen werden hier als getrennte Indikatoren aufgenommen. Dieser Indikator erfasst (1) (gesetzliche Unterbringungen). Im Original wird der Zähler folgendermaßen definiert: „Anzahl der entlassenen Personen, die über ein Unterbringungsgesetz des jeweiligen Bundeslandes oder eine Unterbringung im Rahmen der gesetzlichen Betreuung aufgenommen wurden“ (Weinmann et al. 2009). Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielgruppe des QS-Verfahrens.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Strukturqualität

<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit, Patientenorientierung	
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Bei fehlender Krankheitseinsicht und Selbst- oder Fremdgefährdung, die anderweitig nicht abgewendet werden kann, muss gegebenenfalls von dem Instrument der Zwangseinweisung mit Hilfe länderspezifischer Unterbringungsgesetze (PsychKG oder UBG) oder von der Einrichtung einer Betreuung Gebrauch gemacht werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Die Unterbringung und die Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und medikamentöser Zwangsbehandlung dürfen nur auf der Grundlage des geltenden Rechts erfolgen. Wurde eine dieser Maßnahmen im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes durchgeführt, muss umgehend bei Fortbestehen der Gefahrenlage eine richterliche Ermächtigung eingeholt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Bislang gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Klinikaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell besteht in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexe Prozesse reichen, geeignet sind, solche Effekte zu erzielen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009)</li> </ul>	
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von Panelexperten vorgeschlagen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Feld „Prozess-/Ergebnisverantwortung“ wurde ein Zusatz bezüglich der Verantwortlichkeit ergänzt.</li> <li>▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur wird das Geschlecht (Cunningham 2012) als patientenbezogener Risikofaktor für die Unterbringung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 diskutiert. Die Aussagekraft dieses Risikofaktors wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	

## Literatur:

Brieger, P; Kling Lourenco, P; Steinert, T; Längle, G; Lemke, U; Herpertz, SC; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 85(5): 606-613.

Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.

Cunningham, G (2012). Analysis of episodes of involuntary re-admission in Ireland (2007-2010). *Ir J Psychol Med* 29(3): 180-184.

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.

Ng, XT; Kelly, BD (2012). Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry* 35(4): 317-326.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.

Valdes-Stauber, J; Deinert, H; Kilian, R (2012). Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992-2009). *Fortschr Neurol Psychiatr* 80(5): 267-275.

Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst, inwieweit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 in der ambulanten psychiatrischen Versorgung Psychotherapie erhalten haben bzw. diese angeboten wurde.
<b>Zähler</b>	Anbieten und Erhalten von Psychotherapie
<b>Nenner</b>	Entfällt
<b>Ausschlusskriterien</b>	Keine
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz Psychotherapie angeboten.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Leitlinien empfehlen, dass Patienten mit Schizophrenie zusätzlich zu der medikamentösen Behandlung auch immer eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten wird [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004), insbesondere bei Ersterkrankung [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; CAHTA 2006; RANZCP 2004) sowie bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie und daraus resultierenden persistierenden psychotischen Symptomen [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf die Akutphase [LL] (NICE 2014; SIGN 2013) als auch die Stabilisierungsphase [LL] (DGPPN 2006). Die meisten Leitlinien empfehlen, eine kognitive Verhaltenstherapie auch in der Remissionsphase durchzuführen [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; RANZCP 2004), für einige wenige ist die Therapie hingegen an persistierende psychotische Symptome geknüpft [LL, IIa] (MOH 2009; Garety et al. 2008).</p> <p>Für psychotherapeutische Maßnahmen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, hat sich in zahlreichen Studien erwiesen, dass sie zur Symptomreduktion, zur Verbesserung der Funktionalität, zur Rückfallvermeidung, zur Verringerung der Wiederaufnahmen und zur Verbesserung der Adhärenz beitragen [Ia] (Grant et al. 2012; Kelleher et al. 2012; Rector et al. 2012; Sarin et al. 2011; Bird et al. 2010; Patterson et al. 2008; Wykes et al. 2008; Bateman et al. 2007; Startup et al. 2005; Temple et al. 2005; Zimmermann et al. 2005; Startup et al. 2004; Tarrier et al. 2004; Pilling et al. 2002; Huxley et al. 2000; NHS et al. 2000). Nur wenige Untersuchungen konnten in Bezug auf einzelne Outcomes (Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, Vermeidung von Wiederaufnahmen) keine signifikant bessere Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber anderen Behandlungsformen feststellen [Ia] (Jones et al. 2012; Lynch et al. 2010; Garety et al. 2008; Durham et al. 2005; Henry et al. 2004).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Originalformulierung</b>	„Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting“ (Watkins et al. 2011)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, denen innerhalb eines Jahres eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie angeboten wurde N[nenner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die eine medikamentöse Behandlung erhalten oder trotz Pharmakotherapie unter mit [sic!] persistierenden psychotischen Symptomen leiden innerhalb eines Jahres“ (Großimlinghaus et al. 2013)</li> <li>▪ „Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting“ (Watkins et al. 2011)</li> <li>▪ „Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person“ (Watkins et al. 2011)</li> <li>▪ „Der Indikator Q12 „Psychotherapeutische Behandlung“ wird aus der Anzahl der Personen berechnet, bei denen eine Schizophrenie diagnostiziert wurde und die eine spezifische problemorientierte Psychotherapie mit mindestens zwölf Sitzungen über mindestens neun Monate bei einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten erhalten haben.“ (Weinmann et al. 2009)</li> </ul>

<b>Anmerkungen</b>	<p>Zur <b>ambulanten psychiatrischen Versorgung</b> gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche</b> sind definiert anhand von regelmäßigen Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 20 bis 30 Minuten.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Kognitive Verhaltenstherapie sollte bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen, zur Anwendung kommen.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen und bei häufigen, trotz adäquater medikamentöser Therapie auftretenden Rezidiven, sollte eine kognitive Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen.“ (Empfehlungsstärke: B) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Individual CBTp [cognitive behavioural therapy for psychosis] should be offered to all individuals diagnosed with schizophrenia whose symptoms have not adequately responded to antipsychotic medication and where persisting symptoms and/or depression are being experienced. CBTp can be started during the initial phase, the acute phase or recovery phase including inpatient settings.“ (Empfehlungsgrad: A) (SIGN 2013)</li> <li>▪ „Cognitive-behavioural therapy (CBT) is recommended for the treatment of psychotic symptoms that are persistent despite receiving adequate pharmacological treatment.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)</li> <li>▪ „CBT [Cognitive-behavioural therapy] should be indicated for the treatment of positive symptoms of schizophrenia, especially hallucinations.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)</li> <li>▪ „CBT [Cognitive-behavioural therapy], together with standard care, is recommended in the acute phase to accelerate recovery and hospital discharge.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)</li> <li>▪ „Offer CBT [cognitive behavioural therapy] to all people with psychosis or schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Offer CBT [cognitive behavioural therapy] to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „For people with an acute exacerbation or recurrence of psychosis or schizophrenia, offer: oral antipsychotic medication in conjunction with psychological interventions (family intervention and individual CBT [cognitive behavioural therapy]).“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Persons with schizophrenia who have residual psychotic symptoms while receiving adequate pharmacotherapy also may be offered cognitive behaviorally oriented psychotherapy.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)</li> <li>▪ „Cognitive behavioral therapy should be routinely available especially when positive symptoms are slow to respond or refractory to drug treatment.“ (Evidenzlevel: I) (RANZCP 2004)</li> <li>▪ „CBT [cognitive behavioural therapy] for psychosis is not indicated for routine relapse prevention in people recovering from a recent relapse of psychosis and should be reserved for those with persistent distressing positive symptoms.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Es empfiehlt sich eine kognitive Verhaltenstherapie zur weiteren Reduktion des Rückfallrisikos zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie einzusetzen.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006)</li> </ul>

- „Kognitive verhaltenstherapeutische Sitzungen sollten über einen Zeitraum von mindestens 9 Monaten in mindestens 12 Sitzungen anhand eines anerkannten Manuals mit Fokus auf belastende Hauptsymptome durchgeführt werden.“ (Empfehlungsstärke: C) (DGPPN 2006)
- „Kognitive Verhaltenstherapie kann auch zur Verbesserung der Einsicht in das psychotische Erleben (Halluzination, Wahn) und zur Verbesserung der Therapiecompliance eingesetzt werden.“ (Empfehlungsstärke: B) (DGPPN 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended as a treatment option to aid in the development of insight and to increase adherence to treatment.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „Psychosocial interventions, especially CBT [cognitive behavioral therapy], have a fundamental place in initiating treatment, in providing a humane basis for continuing care, in preventing and resolving secondary consequences of the illness, and in promoting recovery. CBT may also be helpful for comorbid substance use, mood and anxiety disorders and for improving treatment adherence.“ (Evidenzlevel: II) (RANZCP 2004)
- „Counselling and supportive psychotherapy may be offered as part of a multimodal psychosocial intervention.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)
- „Counselling and supportive psychotherapy are not recommended as a sole intervention in the routine care of schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)
- „Zur psychotherapeutischen Intervention im Frühverlauf, d.h. in der präpsychotischen Prodromalphase und im Frühstadium der ersten psychotischen Episode sollten entweder eine kognitive Verhaltenstherapie (A) oder eine psychoedukative Intervention (C) unter Einschluss einer Lösung aktueller Konfliktsituationen, supportiver Gespräche und dem Angebot einer Einbeziehung der Angehörigen (bei Zustimmung des Patienten) zur Anwendung kommen. Verhaltenstherapeutische Elemente im Gruppensetting und in einem Training kognitiver Fertigkeiten können diese Therapieelemente ergänzen.“ (Empfehlungsgrad: A/C) (DGPPN 2006)
- „Die Wirksamkeit psychodynamischer/tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Psychotherapieverfahren zur Symptomreduktion oder Rückfallverhütung bei schizophrenen Erkrankungen ist bisher nicht nachgewiesen. Diese Verfahren können zur Routinebehandlung bei der Schizophrenie daher nicht empfohlen werden, sind aber in Einzelfällen durchaus sinnvoll.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006)
- „Psychoanalytical and psychodynamic principles may be useful to help professionals understand the experience of patients with schizophrenia and their interpersonal relationships.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „Aufgrund unzureichender Evidenz für die Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion oder Rückfallverhütung kann die Durchführung von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie zur Behandlung der Schizophrenie nicht empfohlen werden.“ (Empfehlungsstärke: C) (DGPPN 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended to prevent the evolution to psychosis in early intervention.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended as a treatment option to prevent the prescription of drugs and reduce symptomatology in the management of incipient psychosis.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] should be considered for the treatment of stress, anxiety and depression in patients with schizophrenia and consequently the techniques employed should be adapted to other populations accordingly.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)

**Änderungsprotokoll**

Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.
- Es wurden Änderungen im Zähler entsprechend den Empfehlungen des Panels vorgenommen (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 statt Schizophrenie).
- Die Rationale und die Stärke der Empfehlung zur Evidenz der Psychoedukation wurden ergänzt.

## Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, den Indikator in zwei Indikatoren zu teilen und hier nur die Psychotherapie zu erfassen. Ambulante Psychoedukation soll in einem eigenen Indikator erfasst werden.

## Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Beschreibung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.

## Abschlussbericht:

- In der Beschreibung des Indikators wurde „die von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden“ durch „in der ambulanten psychiatrischen Versorgung“ ersetzt. Die Definition von ambulanter psychiatrischer Versorgung wurde in den Anmerkungen ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Im zweiten Datenfeld für die Berechnung wurde der Teilsatz „und haben Sie ihnen Informationsmaterial zu den Varianten ausgehändigt?“ gestrichen.
- Die Definition von psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen wurde aus den Ausfüllhinweisen zu den Datenfeldern in die Anmerkungen des Indikators übernommen.

**Spezifizierung zur Berechnung**

**Besonderheiten der Berechnung** Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.

**Referenzbereich** 95. Perzentil

**Risikoadjustierung** Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.

**Datenquellen** Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)

<b>Datenfelder für die Berechnung</b>		
Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
<b>AMBULANT</b>	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert war, Psychotherapie als eine Behandlungsmöglichkeit besprochen?	1 = bei allen 2 = bei den meisten 3 = bei wenigen 4 = bei keinem
	Haben Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über die verschiedenen Variationen der Psychotherapie informiert?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 die Vor- und Nachteile der verschiedenen Psychotherapien erarbeitet?	1 = mit allen 2 = mit den meisten 3 = mit wenigen 4 = mit keinem
	Bieten Sie psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 an?	0 = nein 1 = ja
	Verfügen Sie über Kontaktadressen von Psychotherapeuten, die Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 behandeln?	0 = nein 1 = ja
	Haben Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, Psychotherapie oder psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche erhalten?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keiner

## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bateman, K; Hansen, L; Turkington, D; Kingdon, D (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav* 37(3): 284-290.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 9(42): 1-128.
- Garety, PA; Fowler, DG; Freeman, D; Bebbington, P; Dunn, G; Kuipers, E (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 192(6): 412-423.
- Grant, PM; Huh, GA; Perivoliotis, D; Stolar, NM; Beck, AT (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 69(2): 121-127.
- Grobimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Henry, C; Ghaemi, SN (2004). Insight in psychosis: A systematic review of treatment interventions. *Psychopathology* 37(4): 194-199.
- Huxley, NA; Rendall, M; Sederer, L (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 years. *J Nerv and Ment Dis* 188(4): 187-201.
- Jones, C; Hacker, D; Cormac, I; Meaden, A; Irving, CB (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD008712.
- Kelleher, JP; Centorrino, F; Huxley, NA; Bates, JA; Drake, JK; Egli, S; Baldessarini, RJ (2012). Pilot randomized, controlled trial of pramipexole to augment antipsychotic treatment. *Eur Neuropsychopharmacol* 22(6): 415-418.
- Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40(1): 9-24.
- MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NHS; Centre for Reviews and Dissemination (2000). Effective Health Care. Psychosocial interventions for schizophrenia. Bulletin on the effectiveness of health service interventons for decision makers 6(3): 1-8.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pilling, S; Bebbington, P; Kuipers, E; Garety, P; Geddes, J; Orbach, G; Morgan, C (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32(5): 763-82.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Rector, NA; Beck, AT (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 200(10): 832-839.
- Sarin, F; Wallin, L; Widerlöv, B (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 65(3): 162-174.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Startup, M; Jackson, MC; Bendix, S (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine* 34(3): 413-422.
- Startup, M; Jackson, MC; Evans, KE; Bendix, S (2005). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Two-year follow-up and economic evaluation. *Psychol Med* 35(9): 1307-1316.



- Tarrier, N; Lewis, S; Haddock, G; Bentall, R; Drake, R; Kinderman, P; Kingdon, D; Siddle, R; Everitt, J; Leadley, K; Benn, A; Grazebrook, K; Haley, C; Akhtar, S; Davies, L; Palmer, S; Dunn, G (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 184(3): 231-239.
- Temple, S; Ho, BC (2005). Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: A case-controlled clinical trial. *Schizophr Res* 74(2-3): 195-199.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Wykes, T; Steel, C; Everitt, B; Tarrier, N (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3): 523-537.
- Zimmermann, G; Favrod, J; Trieu, VH; Pomini, V (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 77(1): 1-9.

Indikator-ID 70_a	Einbezug von Angehörigen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst, ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen werden.
<b>Zähler</b>	Einbezug der Angehörigen, Bezugspersonen oder des gesetzlichen Betreuers von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 in die ambulante psychiatrische Versorgung
<b>Nenner</b>	Entfällt
<b>Ausschlusskriterien</b>	Keine
<b>Qualitätsziel</b>	Die Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuer werden in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Zudem wird das Verständnis der Angehörigen für die Erkrankung gesteigert [Ia] (Okpokoro et al. 2014).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Originalformulierung</b>	„% of adults in active treatment for schizophrenia who are in close contact with their family and whose medical record contains evidence that clinic staff met with or spoke to family members during a 1-y[ea]r period“ (Hermann et al. 2002)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Family Involvement in Treatment – Family involvement in treatment was defined as documentation that included one or more of the following ways of participation in the treatment process: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attendance at family therapy sessions</li> <li>- Attendance at multiple family groups</li> <li>- Attendance at psycho-educational programs“ (Williams et al. 2008)</li> </ul> </li> <li>▪ „Der Indikator Q10 „Einbezug von Angehörigen in die Behandlung“ gibt den Anteil der Personen an, die aufgrund von Schizophrenie behandelt werden und deren Familie oder deren unmittelbares soziales Umfeld (enge Freunde, Partner oder andere enge Bezugspersonen) eine spezifische Intervention oder Aufklärung erhalten haben oder an einem Unterstützungsprogramm teilgenommen haben.“ (Weinmann et al. 2009)</li> <li>▪ „Percentage of patients with serious mental illness and family contact who are offered family sessions“ (Valenstein et al. 2004)</li> <li>▪ „% of individuals with a diagnosis of schizophrenia who have ongoing family contact and have been offered a psychosocial intervention, including illness education, family support, crisis intervention, or problem-solving skills training“ (Hermann et al. 2002)</li> <li>▪ „Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen – Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, deren Betreuungspersonen oder Familienmitglieder eine psychoedukative Familienintervention erhielten N[enner]: Alle Personen mit mindestens einem psychiatrischen stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres, die mit Betreuungspersonen oder Familienangehörigen in durchgängigem Kontakt stehen (z. B. Eltern, Brüder/Schwestern, Partner, oder Kinder)“ (Großimlinghaus et al. 2013)</li> <li>▪ „Percentage of caregivers of eligible patient provided with psychoeducation and support“ (Chong et al. 2008)</li> <li>▪ „Percentage of family members who receive formal education regarding psychosis (the course of family intervention should be longer than 6 months with with [sic!] more than 10 planned sessions)“ (Addington et al. 2012b)</li> <li>▪ „Numerator: no.[number] of family members of patients in services who participate in decisions concerning their treatment as indicated by signing a care plan / Denominator: no.[number] of family members of patients in EPTS [early psychosis treatment service]“ (Addington 2009; Addington et al. 2009; Addington et al. 2007; Addington et al. 2005)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Numerator = no.[number] of patients whose family members attended at least four family sessions with service family workers over course of service enrolment / Denominator = no.[number] of patients in service“ (Addington et al. 2012a; Addington et al. 2009; Addington et al. 2007)</li> <li>▪ „family psychoeducation [...] Numerator: a) Those patients included in the denominator who have participated in one or more family psychoeducation encounters b) those individuals receiving family psychoeducation for at least nine continuous months[.] / Denominator: All patients in the study cohorts.“ (Watkins et al. 2011)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden und die Behandlung abgestimmt wird. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p>Zur <b>ambulanten psychiatrischen Versorgung</b> gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu <b>vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen</b> gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahingehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „As early as possible negotiate with service users and carers about how information about the service user will be shared. When discussing rights to confidentiality, emphasise the importance of sharing information about risks and the need for carers to understand the service user's perspective. Foster a collaborative approach that supports both service users and carers, and respects their individual needs and interdependence.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelteilnehmer in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.</li> <li>▪ Der Zähler wurde um „in die ambulante psychiatrische Versorgung“ ergänzt.</li> <li>▪ Eine Definition für therapiebezogenes Gespräch wurde in den Anmerkungen ergänzt.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ In der dritten Frage wurde das Wort „grundsätzlich“ ergänzt.</li> <li>▪ Die Panelexperten sprachen sich dafür aus, „Falls vom Patienten gewünscht“ umzuformulieren in „wenn vom Patienten nicht abgelehnt“, damit der Leistungserbringer aktiv nach dem Einbezug beim Patienten nachfragen muss (Fragen 3 und 4).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Votum der Panelexperten wurde eine weitere Frage „Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?“ ergänzt.</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.</li> <li>▪ In den Anmerkungen wurde die Definition von ambulanter psychiatrischer Versorgung ergänzt.</li> </ul>		
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)	
<b>AMBULANT</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Fragen Sie alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gezielt nach relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern?	0 = nein 1 = ja
	Erfragen Sie bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, ob einem Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder ggf. dem gesetzlichen Betreuer in die Behandlungs- und Therapieplanung zugestimmt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Beziehen Sie Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer grundsätzlich in die Behandlungs- und Therapieplanung mit ein, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Führen Sie mit den Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern neuer Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Rahmen der ersten drei Kontakte therapiebezogene Gespräche, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie

## Literatur:

Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 60(9): 1164-1166.

Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.

Addington, D; McKenzie, E; Smith, H; Chuang, H; Boucher, S; Adams, B; Ismail, Z (2012a). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. *Can J Psychiatry* 57(5): 317-323.

Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; Pryce, C (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. *Early Interv Psychiatry* 3(4): 274-281.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.

Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.

Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.

- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1): 78-84.
- Chong, SA; Mythily, Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 37(9): 791-796.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 7(1): 33-43.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okpokoro, U; Sampson, S (2014). Brief family intervention for schizophrenia. *Schizophr Bull* 40(3): 497-498.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; Barry, KL (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *Am J Psychiatry* 161(1): 146-153.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst die systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen während des stationären Aufenthalts bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfasst wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Patienten ohne psychotrope Pharmakotherapie
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sollte eine systematische Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen erfolgen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Die Gabe von Antipsychotika ist oft mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen verbunden. Zu den wichtigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen gehören neurologische Störungen wie z.B. das Auftreten extrapyramidaler Störungen (EPS), metabolische Störungen, sexuelle und hormonelle Dysfunktionen sowie Störungen des Herz-Kreislaufsystems (DGPPN 2006).</p> <p>Menschen mit Schizophrenie leiden oftmals an weiteren psychischen Syndromen mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik. In diesem Fall können neben dem Antipsychotikum weitere Medikamente eingesetzt werden, die zusätzlich auf das Nervensystem wirken („psychotrope Kombinationstherapie“). Studien zeigen, dass die kombinierte Einnahme von Antipsychotika, Phasenprophylaktika oder Antidepressiva einen Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nicht-Adhärenz bzw. das metabolische Syndrom darstellt [III] (Längle et al. 2012; Steylen et al. 2012; Brüggemann et al. 2008; Correll et al. 2007). In Leitlinien wird eine regelmäßige Erfassung dieser unerwünschten Arzneimittelwirkungen empfohlen (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	„% of adults with a diagnosis of schizophrenia who were treated with antipsychotic medication and evaluated for medication side effects“ (Hermann et al. 2002)
<b>Indikatorvarianten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Der Indikator Q4 „Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen“ erfasst den Anteil der Personen, die Antipsychotika einnehmen und auf extrapyramidale Nebenwirkungen wie Akathisie, Rigor, Früh- und Spätdyskinesien mittels einer Skala (z.B. der Abnormal Involuntary Movement Scale [AIMS] oder der modifizierten Simpson-Angus-Skala für EPS [SAS]) und auf andere Nebenwirkungen wie metabolisches Syndrom und Diabetes, Gewichtszunahme und Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen regelmäßig im 6-Monats-Intervall beurteilt wurden.“ (Weinmann et al. 2009)</li> <li>▪ „Assessment at least once in the past year for antipsychotic medication side effects“ (Owen et al. 2003)</li> <li>▪ „% of individuals prescribed an antipsychotic medication who received an AIMS assessment at 6-mo[nths] intervals“ (Hermann et al. 2002)</li> <li>▪ „Langzeittherapie/Monitoring von Nebenwirkungen Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, die ein Monitoring auf Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika einmal innerhalb von 6 Monaten erhalten N[enner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die eine Langzeitmedikation erhalten innerhalb eines Jahres“ (Großimlinghaus et al. 2013)</li> <li>▪ „Percentage of patients with structured assessment of medication side effects done at least twice in 1 year“ (Chong et al. 2008)</li> <li>▪ „Percentage of patients on antipsychotic medication evaluated for side effects“ (Addington et al. 2012)</li> <li>▪ „Percentage of patients monitored for TD [tardive dyskinesia] at 6-month intervals“ (Addington et al. 2012)</li> <li>▪ „Active monitoring of medication side-effects Yes Simple dichotomous measure Y[es]/N[o]“ (Addington et al. 2007)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Numerator = no. [number] of patients who completed TD [tardive dyskinesia] structured scale at both 6 month and 1 year assessments / Denominator = no. [number] of patients in EPTS [early psychosis treatment services]“ (Addington et al. 2007)</li> <li>▪ „Numerator = no. [number] of patients who completed structured scale to detect akathisia at least twice in their first year of EPTS [early psychosis treatment services] / Denominator = no. [number] of patients in study EPTS [early psychosis treatment services]“ (Addington et al. 2007)</li> <li>▪ „Percentage of patients taking antipsychotic medication who are evaluated for side effects“ (Addington et al. 2005)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter <b>psychotroper Pharmakotherapie</b> wird die Gabe von mindestens einem Medikament der folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation) zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N03 Antiepileptika</li> <li>▪ N05 Psycholeptika</li> <li>▪ N06 Psychoanaleptika</li> </ul> <p>Die <b>systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen</b> beinhaltet neben der Art der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auch die Stärke der jeweiligen Arzneimittelwirkung. Die Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte systematisch, d.h. nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. anhand eines standardisierten Instruments) erfolgen. Änderung gegenüber der Originalformulierung: Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Service users should be informed of the risk of EPSE and encouraged to report any symptoms suggestive of EPSE. Healthcare professionals should be vigilant for the presence of EPSE, even if this is not mentioned by the service user for example by use of a validated side effect scale.“ (Empfehlungsgrad: Good practice Point) (SIGN 2013)</li> <li>▪ „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration: <ul style="list-style-type: none"> <li>- response to treatment, including changes in symptoms and behaviour</li> <li>- side effects of treatment, taking into account overlap between certain side effects and clinical features of schizophrenia (for example, the overlap between akathisia and agitation or anxiety) and impact on functioning</li> <li>- the emergence of movement disorders“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> </ul> </li> <li>▪ „Review antipsychotic medication annually, including observed benefits and any side effects.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)</li> <li>▪ „The available antipsychotic medications are associated with differential risk of a variety of side effects, including neurological, metabolic, sexual, endocrine, sedative, and cardiovascular side effects. Monitoring of side effects based on the side effect profile of the prescribed antipsychotic is warranted. During the stable phase of treatment it is important to routinely monitor all patients treated with antipsychotics for extrapyramidal side effects and the development of tardive dyskinesia.“ (Evidenzlevel: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „Bei Vorliegen depressiver Symptome sollte zunächst sichergestellt sein, dass eine antipsychotische Behandlung in ausreichender Dosis erreicht wurde und medikamentöse Nebenwirkungen erfasst und berücksichtigt wurden. Bei Vorliegen von belastenden Nebenwirkungen sollten diese zunächst behandelt oder auf ein atypisches Antipsychotikum umgestellt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> <li>▪ „Außerdem sollte eine regelmäßige Erfassung und Behandlung insbesondere folgender medikamentöser Nebenwirkungen stattfinden: Hyperprolaktinämie, Galaktorrhoe, andere Zyklusstörungen, sexuelle Dysfunktion, Libidoverlust, Dyslipidämie und Störungen des Glucose-Stoffwechsels.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.</li> <li>▪ „Nebenwirkungen“ wurde durch „unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ ersetzt.</li> <li>▪ Für die ausgewählte Variante des Indikators wurde die im Ursprungsindikator geplante Risikoadjustierung gestrichen.</li> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde geändert, sodass die Patienten, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen nicht systematisch erfasst wurden, gezählt werden.</li> <li>▪ Eine Definition für psychotrope Pharmakotherapie wurde in den Anmerkungen ergänzt.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die zweite Frage wurde überarbeitet und „inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung“ ergänzt.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Die Formulierung des Qualitätsziels wurde überarbeitet.</li> <li>▪ Der Indikator wurde von „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ in „Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“ umbenannt.</li> <li>▪ Die Definition von systematischer Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen wurde erweitert um: „Die Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte systematisch, d.h. nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. anhand eines standardisierten Instruments) erfolgen.“</li> <li>▪ Die Rationale des Indikators wurde überarbeitet.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	psychotrope Substanz erhalten	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens eine systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung?	0 = nein 1 = ja



## Literatur:

- Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.
- Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.
- Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.
- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Brüggemann, BR; Elgeti, H; Ziegenbein, M (2008). Patterns of drug prescription in a psychiatric outpatient care unit - The issue of polypharmacy. *GermJ Psychiatry* 11(1): 1-6.
- Chong, SA; Mythily; Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 37(9): 791-796.
- Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 89(1-3): 91-100.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Owen, RR; Cannon, D; Thrush, CR (2003). Mental Health QUERI Initiative: expert ratings of criteria to assess performance for major depressive disorder and schizophrenia. *Am J Med Qual* 18(1): 15-20.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Steylen, PMJ; van der Heijden, FMMA; Kok, HDH; Sijben, NAS; Verhoeven, WMA (2012). Metabolic syndrome in relation to psychotropic polypharmacy. *Clin Neuropsychiatr* 9(2): 75-83.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Indikator-ID 80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, ob Zwangsmaßnahmen mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen werden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 die mit dem betroffenen Patienten und unter Beteiligung von an der Zwangsmaßnahme Beteiligten nachbesprochen wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Zwangsmaßnahmen bei Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Alle Zwangsmaßnahmen werden mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen.
<b>Begründung (Rationale)</b>	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren [III] (Steinert et al. 2007).</p> <p>Leitlinien empfehlen, dass ergriffene Zwangsmaßnahmen mit dem betroffenen Patienten möglichst zeitnah nachbesprochen werden sollten. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben [LL] (NICE 2011; DGPPN 2009; DGPPN 2006).</p> <p>Es gibt Hinweise aus Studien, dass bei Patienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren haben, aus ihrer Wahrnehmung heraus keine adäquate Nachbesprechung der Zwangsmaßnahmen mit dem therapeutischen und pflegerischen Personal stattgefunden hat [III] (Larue et al. 2013).</p>
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	<p>Das <b>Nachbesprechen</b> sollte einen Austausch über Handlungsanlässe und -motive sowie (erwünschte/vorhandene) Handlungsalternativen beinhalten, jede Seite soll ihr Verhalten begründen können. Ziel der Nachbesprechung ist das Auffinden von Alternativen für ähnliche Situationen, um künftige Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Explizit soll dabei auf das Instrument der Behandlungsvereinbarung hingewiesen werden.</p> <p>Zu Zwangsmaßnahmen zählen Isolierungen, Fixierungen, Immobilisierung durch Festhalten und Medikation unter körperlichem Zwang.</p> <p><b>Isolierungen</b> umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu <b>Fixierungen</b> zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen.</li> <li>▪ <b>Fixierungen und Isolierungen:</b> „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007)</li> </ul> <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen.</p>

	<p><b>Immobilisierung durch Festhalten</b> umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Unter <b>Zwangsmedikation</b> (oder auch Medikation unter körperlichem Zwang) werden folgende Maßnahmen verstanden: „Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, d.h. Festhalten etc. oder Verabreichung von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang.“ (Martin et al. 2007)</p>
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Service users should be given the opportunity to document their account of the intervention in their notes.“ (Empfehlungsgrad: D (GPP)) (NICE 2005)</li> <li>▪ „After any episode of control and restraint, or compulsory treatment including rapid tranquillisation: explain the reasons for such action to the service user and offer them the opportunity to document their experience of it in their care record, and any disagreement with healthcare professionals.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)</li> <li>▪ „Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen erfolgt abhängig vom Befinden des Patienten zeitnah möglichst gemeinsam mit pflegerischer Bezugsperson und zuständigem Therapeuten. Die Gesprächsinhalte und getroffene Absprachen werden in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt. Bei schwerwiegenden Vorfällen wird eine Patientenrunde durchgeführt. Mitpatienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, werden Einzelgespräche angeboten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)</li> <li>▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)</li> </ul>
<b>Änderungsprotokoll</b>	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.</li> </ul> <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.</li> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde dahin gehend geändert, dass über den Indikator Zwangsmaßnahmen erfasst werden, bei denen keine Nachbesprechung erfolgte.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Zähler wurde auf Empfehlung der Panelexperten das Wort „alle“ gestrichen. Es erfolgte eine analoge Anpassung der Datenfelder.</li> <li>▪ Auf Empfehlung der Panelexperten wurde Immobilisierung durch Festhalten in diesem Indikator ebenfalls erfasst. Dazu wurden zwei weitere Fragen ergänzt.</li> </ul> <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Daraus ergab sich ebenfalls eine Änderung in den Anmerkungen (Nachbesprechen statt Nachbesprechung).</li> <li>▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.</li> </ul>

Spezifizierung zur Berechnung		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Erfolgte mit dem Patienten und Beteiligten eine Nachbesprechung?	0 = nein 1 = ja

## Literatur:

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Larue, C; Dumais, A; Boyer, R; Goulet, MH; Bonin, JP; Baba, N (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues Ment Health Nurs* 34(5): 317-324.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.

UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.

WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 85	Muttersprachliche Kommunikation
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen muttersprachliche Kommunikation angeboten wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen, denen muttersprachliche Kommunikation innerhalb von 24 Stunden im Behandlungs- und Pflegealltag angeboten wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen können mit Fachpersonal verbal kommunizieren.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Die Beteiligung des Patienten an Behandlungsentscheidungen fördert die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten und erhöht seine Zufriedenheit [Ia] (Duncan et al. 2010). Aus diesem Grund sollten Patienten in alle sie betreffenden Versorgungsentscheidungen einbezogen werden [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006). Grundlage für die partizipative Entscheidungsfindung ist dabei die Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und die verschiedenen Behandlungsalternativen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde empfiehlt deshalb, dass Menschen mit Migrationshintergrund diese Informationen in der Muttersprache erhalten sollten [LL] (DGPPN 2011). Auch internationale Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie thematisieren, dass Kommunikationsprobleme bzw. Sprachbarrieren des Patienten zu berücksichtigen sind und die Kommunikation des Patienten in seiner Muttersprache ermöglicht werden sollte [LL] (NICE 2011).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	Keine
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat über die gesetzliche Aufklärungspflicht der Behandelnden hinaus ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Behandlungsalternativen vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen in ihrer Muttersprache erhalten können.“ (Empfehlungsgrad: KKP) (DGPPN 2011)</li> <li>▪ „ensure that comprehensive written information about the nature of, and treatments and services for, their mental health problems is available in an appropriate language or format including any relevant text from NICE's information for the public“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	Bewertungsrunde 1 (vor Ort) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von den Panelteilnehmern vorgeschlagen.</li> </ul> Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.</li> <li>▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.</li> </ul> Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).</li> </ul> Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.</li> <li>▪ Im Zähler wurde das Zeitintervall „innerhalb von 24 Stunden“ ergänzt.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	deutlich eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse des Patienten	0 = nein 1 = ja
	muttersprachliche Kommunikation konnte bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden	0 = nein 1 = ja

## Literatur:

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Duncan, E; Best, C; Hagen, S (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database Syst Rev (1): CD007297.

NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

<b>Indikator-ID 103</b>	<b>Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die Entlassungsplanung.
<b>Zähler</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, mit deren Angehörigen, Bezugspersonen oder den gesetzlichen Betreuern mindestens 72 Stunden vor Entlassung ein therapiebezogenes Gespräch geführt wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre; Fälle mit einer Verweildauer < 7 Tage; Patienten, die keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben; Patienten, die einen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer abgelehnt haben; Patienten, deren Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer abgelehnt hat; Patienten, deren Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer nicht erreicht wurde
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfolgt ein frühzeitiger Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder des gesetzlichen Betreuers in die Entlassungsplanung.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Voraussetzung für den Einbezug von Angehörigen ist eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit Angehörigen durch die behandelnde stationäre Einrichtung [LL] (NICE 2014; APA 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	Unter einem <b>therapiebezogenen Gespräch</b> werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen. <b>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen</b> sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the patient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> </ul>

- „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)

**Änderungsprotokoll**

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.

Abschlussbericht:

- Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
- In Zusammenhang mit dem Indikator ID 43 wurde das Ausschlusskriterium Verweildauer < 72 Stunden in Verweildauer < 7 Tage geändert. Die Indikatoren ID 43 und ID 103 erfassen, ob therapiebezogene Gespräche erfolgten, jeweils kurz nach Aufnahme und vor Entlassung. Bei Patienten mit einer Verweildauer < 7 Tage wird nur ein therapiebezogenes Gespräch erfragt (Indikator ID 43).
- Die Formulierung „mindestens 72 Stunden“ wurde in „spätestens 72 Stunden“ im Datenfeld geändert.
- Im Datenfeld „spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer“ wurden die Antwortoptionen „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“ hinzugefügt.

**Spezifizierung zur Berechnung****Besonderheiten der Berechnung**

Keine

**Referenzbereich**

95. Perzentil

**Risikoadjustierung**

Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.

**Datenquellen**

Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

<b>Datenfelder für die Berechnung</b>		
Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation		
<b>STATIONÄR</b>	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ



## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1): 78-84.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 7(1): 33-43.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.

Indikator-ID 104	Gesprächsangebote für Angehörige
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, ob auf Gesprächswünsche von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern eingegangen wird.
<b>Zähler</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit den stationären Leistungserbringern gewünscht haben und mit denen kein Gespräch stattgefunden hat
<b>Nenner</b>	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit den stationären Leistungserbringern gewünscht haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patienten < 18 Jahre
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst vielen Angehörigen wird die Gelegenheit für ein Gespräch gegeben.
<b>Begründung (Rationale)</b>	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001).
<b>Prozess-/Ergebnisverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Dokumentationsverantwortung</b>	Stationärer Leistungserbringer
<b>Originalformulierung</b>	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
<b>Indikatorvarianten</b>	Keine
<b>Anmerkungen</b>	Relevante Angehörige oder Bezugspersonen sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the patient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)</li> <li>▪ „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)</li> </ul>

<b>Änderungsprotokoll</b>	Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde von den Panelteilnehmern vorgeschlagen.</li> </ul> Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgrund des Aufbaus der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation wurde ein weiteres Datenfeld im Indikatorblattdatenblatt ergänzt: „mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden“.</li> </ul>	
<b>Spezifizierung zur Berechnung</b>		
<b>Besonderheiten der Berechnung</b>	Keine	
<b>Referenzbereich</b>	95. Perzentil	
<b>Risikoadjustierung</b>	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
<b>Datenquellen</b>	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
<b>STATIONÄR</b>	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	Haben relevante Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer einen Gesprächswunsch geäußert?	0 = nein 1 = ja
	Hat infolge mindestens ein Gespräch mit relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder mit dem gesetzlichen Betreuer stattgefunden?	0 = nein 1 = ja

## Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 197(5): 350-356.
- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(1): 78-84.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. Early Interv Psychiatry 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. Schizophr Res 96(1-3): 232-245.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophr Bull 27(1): 73-92.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

# **Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen  
zum Vorbericht vom 15. Juli 2015

---

Stand: 14. Dezember 2015

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen)

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19. Juni 2014

**Datum der Abgabe:**

14. Dezember 2015

**Signatur:**

14-SQG-34d

**Hinweis:**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.....	Seite	4
Bundesärztekammer (BÄK) .....	Seite	5
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) .....	Seite	42
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) .....	Seite	43
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP).....	Seite	49
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP)		
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) .....	Seite	51
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN).....	Seite	53
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) .....	Seite	64
Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF).....	Seite	90
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) .....	Seite	106
GKV-Spitzenverband (GKV-SV) .....	Seite	110
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).....	Seite	157
Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V .....	Seite	165
Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen.....	Seite	172

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	<p>den o.g. Vorbericht haben wir im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erhalten und möchten folgendes anmerken:</p> <p>In der Darstellung der Versorgungspfade (Kap. 3.2.3 ff.) könnte aus unserer Sicht deutlicher herausgestellt werden, dass eine verlässliche, professionelle Behandlungskontinuität eine wesentliche Basisanforderung für die Behandlung darstellt.</p>	<p>Die entsprechenden Passagen wurden überprüft und ggf. der zutreffend angemerkte Sachverhalt deutlicher betont.</p>
2	<p>Die verwendeten Begrifflichkeiten könnten geschärft werden, um die Differenzierung von Richtlinien- und psychiatrischer Gesprächsführung herauszustellen. Dies wäre auch für die Erfassung der Struktur- und Prozessqualität der ambulanten Behandlung von Bedeutung.</p>	<p>Die entsprechenden Abschnitte im Bericht sowie der Indikator ID 67b wurden dahingehend geprüft und ggf. überarbeitet.</p>

**Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)**

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Allgemeine Anmerkungen</b>		
1	<p>Die Bundesärztekammer wurde per E-Mail vom 15.07.2015 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V von der AQUA-Institut GmbH zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ aufgefordert.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das AQUA-Institut in seiner Funktion als Institution nach § 137a SGB V (a. F.) am 15.03.2012 mit der Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen beauftragt.</p> <p><b>STELLUNGNAHME ZUM VORBERICHT IM EINZELNEN</b></p> <p>Die Bundesärztekammer nimmt zu den einzelnen Abschnitten des Vorberichts wie folgt Stellung:</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>1 Hintergrund</b>		
<b>2 Auftrag</b>		
2	<p>Der vorliegende Vorbericht verfügt mit der im September 2012 vom AQUA-Institut vorgelegten Konzeptskizze zur QS psychischer Erkrankungen und deren Diskussion im G-BA bereits über eine umfangreiche Vorgeschichte. Aus dieser Diskussion ging die Fokussierung des Auftrags auf das Themengebiet Schizophrenie (F2-Diagnosen) hervor. Daher ist es sachgerecht, das Kapitel „Auftrag“, das in früheren Vorberichten des AQUA-Instituts ein Unterkapitel des Kapitels „Hintergrund“ war, zu einem eigenen Hauptkapitel zu machen.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	<p>Hinweis: Da es im Entwicklungsbericht nicht mehr allgemein um Patienten mit psychischen Erkrankungen geht, wie noch in der Konzeptskizze, sondern um Patienten mit F2-Diagnose, sollte die Verfahrensbezeichnung entsprechend angepasst werden (z.B. mit Doppelpunkt getrennt: „Versorgung bei psychischen Erkrankungen: F2-Diagnosen“ analog zu „Nosokomiale Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“)</p>	Nach Rücksprache mit dem G-BA in der AG Abschlussberichte ändert das AQUA-Institut den Titel des Abschlussberichts in Anlehnung an die Formulierung im Auftrag in „ <i>Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen</i> “.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2.3 Auftragskonkretisierung</b>		
4	In diesem Kapitel werden Inhalte der Beauftragung wiedergegeben und kommentiert. Dabei ist nicht genau ersichtlich, welche Formulierungen wörtlich aus dem Auftrag übernommen wurden (keine Zitation in Anführungsstrichen) und welche Teile des Auftrags umformuliert bzw. interpretiert wurden. Eine klare Trennung jeweils von Auftragsinhalt einerseits und Kommentierung dieses Auftragsinhalts seitens des AQUA-Instituts andererseits wären hier hilfreich.	Der Abschnitt Auftragskonkretisierung des Berichts wurde dahin gehend geprüft und entsprechend angepasst.
<b>3 Themenschließung</b>		
<b>3.1.3 Empirische Analysen</b>		
5	Vom AQUA-Institut wurden von einer Krankenkasse Daten von volljährigen Patienten mit F2-Diagnose der Jahre 2010 bis 2012 angefordert. Aus den Angaben geht nicht genau hervor, welche Analysen mit diesen Daten durchgeführt wurden. Im Kapitel 3.2.2 Versorgungsepidemiologie werden einige deskriptive Tabellen und Grafiken, wie Alters- und Diagnosenverteilung, mit hochgerechneten Daten wiedergegeben. In den nächsten Kapiteln werden vereinzelt Zahlenangaben eingestreut, die aus „eigenen Analysen anhand von Routinedaten aus dem Jahre 2012“ stammen. Es ist davon auszugehen, dass der QS-Filter und die Sozialdatenindikatoren des vorgeschlagen Indikatorsets konkret mit den Kassendaten modelliert wurden. Somit hätten für diese Indikatoren im Bericht exemplarisch auch erste Auswertungsergebnisse gezeigt werden können – in Analogie zu den sehr aussagekräftigen „empirischen Prüfungen“ des AQUA-Instituts zu den QS-Verfahren „Nosokomiale Infektionen: Postoperative Wundinfektionen bzw. Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“.	Für die Daten der Psychiatrischen Institutsambulanzen konnten keine validen Hochrechnungen durchgeführt werden, da der Datensatz nicht vollständig vorlag. Die Ergebnisse bei Indikator ID 01e könnten beispielsweise durch die nur unvollständige Berücksichtigung der Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen deutlich verzerrt sein. Da das Ausmaß der Unvollständigkeit seitens der Krankenkasse nicht benannt werden konnte, hat sich das AQUA-Institut dagegen entschieden, Probeberechnungen der Indikatoren im Bericht darzustellen, um falsche Rückschlüsse aufgrund der Berechnungen zu vermeiden. Die Abschnitte zu den empirischen Analysen und zur Versorgungsepidemiologie wurden nochmals geprüft und ggf. erweitert.
6	Zum Konzept des „Hauptarztes“ (auch hierzu hätten die Ergebnisse der Berechnungen ausführlicher dargestellt werden können) siehe Anmerkungen unter 7.2.4.	Die Anmerkungen zum Konzept des Hauptarztes werden weiter unten in dieser Stellungnahme kommentiert (vgl. Kommentare Nr. 122, 123).
<b>3.2.3 Versorgungspfad</b>		
7	Hinweis Seite 32: Zitation: Melchinger 2008 zitiert in seinem Gutachten (Seite 38) selbst Berger M. 2004 (Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. Nervenarzt 2004; 75: 195-1065). Letztere Quelle ist hier also anzugeben.	Die Zitation wurde in der entsprechenden Textpassage geändert.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>3.4.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
8	<p><b>Soziale Hilfen</b></p> <p>Für den Krankheitsverlauf von schwerer erkrankten Patienten mit F2-Diagnosen ist Unterstützung bei der Bewältigung sozialer Probleme (z.B. Beruf, Wohnung, Schulden) von großer Bedeutung. Das Angebot sozialer Hilfen und von Unterstützung durch Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen ist deshalb nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich wichtig. Wegen Problemen der Praktikabilität und Validität möglicher Indikatoren wurde dieser Aspekt im Kapitel 3.4.1. Qualitätspotenziale zwar aufgeführt, in der Indikatorenliste später aber nicht berücksichtigt. Wegen der großen Bedeutung für die Betroffenen ist dies bedauerlich.</p>	<p>Es ist korrekt, dass im finalen Indikatorenset 1.0. kein Indikator enthalten ist, der sich mit sozialen Hilfen im ambulanten Bereich beschäftigt. Im Indikatorenregister waren jedoch Indikatoren enthalten (Indikator ID 16, Indikator ID 17), die die systematische Erfassung des Bedarfs an ambulanten Hilfen sowie das Anbieten von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen erfassen (vgl. Tabelle 12 im Abschnitt 4.3.3). Diese Indikatoren wurden in Bewertungsrunde 1 aufgrund des fehlenden Fallbezugs als <i>fraglich relevant</i> bewertet und somit aus dem weiteren Bewertungsprozess ausgeschlossen (vgl. Anhang B.3).</p>
<b>3.4.7 Strukturbezogene Potenziale</b>		
9	<p>Der grafisch dargestellte Versorgungspfad (Abbildung 5) stellt die Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose stark vereinfacht dar, es wird (Seite 33) kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Allerdings wird im Algorithmus als einziges Eingangskriterium für die Entscheidung zur stationären oder ambulanten Behandlung die (akute) Eigen- oder Fremdgefährdung aufgeführt. Tatsächlich kann es zahlreiche weitere Gründe geben, warum eine ambulante Behandlung nicht ausreicht. Es sei auf die S3-Leitlinie der DGPPN verwiesen, in der es heißt: „Stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des Schutzes des Krankenhauses wegen Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf. Dies kann z.B. der Fall sein bei Therapieresistenz, manifester Suizidgefahr, ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen, nicht gewährleisteter Ernährung und Pflege, ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie, die Remission behindernden familiären Konflikten, die Behandlung komplizierenden Begleiterkrankungen oder sonstigen nicht ambulant zu versorgenden Problemen.“ Man könnte im Algorithmus ergänzen „Eigen- /Fremdgefährdung (oder andere Kriterien)“.</p>	<p>Der Hinweis wurde aufgegriffen und der Versorgungspfad angepasst.</p>
<b>3.5 Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale</b>		
10	<p>Es verwundert, dass die stationäre Wiederaufnahme, die unter 3.5.1 erwähnt ist, in Tabelle 9 keine Erwähnung findet. Es handelt sich um einen zentralen Parameter in der Qualitätssicherung mit Routinedaten. Gleiches gilt für die Arbeits(un)fähigkeit als patientenrelevanter Endpunkt. Für beide Zielparameter wäre in der Spalte der Sozialdaten bei den Krankenkassen ein „+“ gerechtfertigt.</p>	<p>Tabelle 11 fasst die Eignung der verschiedenen Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale summarisch zusammen. Die stationäre Wiederaufnahme beispielsweise wird unter dem Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität – Entlassungsmanagement“ subsummiert. Da sich jedoch nicht alle Aspekte des Entlassungsmanagements mit Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lassen wurde in der Spalte der Sozialdaten bei den Krankenkassen ein (+) gesetzt. Ähnliches gilt für die Arbeits(un)fähigkeit als patientenrelevanten Endpunkt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
11	Es ist allerdings grundsätzlich zu hinterfragen, ob zu diesem frühen Zeitpunkt der Verfahrensentwicklung, d. h. vor Einbezug des Expertenpanels und vor der Modellierung der Indikatoren im Detail schon derart kategorisierende Aussagen über die Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale gemacht werden können.	Die Aussagen zur Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale sind an dieser Stelle des Berichts als eine erste Einschätzung der mit den einzelnen Erhebungsinstrumenten zur Verfügung stehenden Informationen zu verstehen und erheben keinen finalen Anspruch. Ebenfalls werden an dieser Stelle Probleme, die mit der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale verbunden sind, diskutiert.
<b>3.5.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
12	Warum die stationären Wiederaufnahmen in der stationären QS-Dokumentation nur abgebildet werden können, wenn sie „im selben Krankenhaus erfolgen“, ist nicht ersichtlich, da über die pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer eine Verbindung zwischen Krankenhausaufenthalten möglich sein sollte.	Wiederaufnahmen in ein anderes Krankenhaus können dann mittels einer QS-Dokumentation erfasst werden, wenn die Fälle mit PID dokumentiert werden. Im Bericht wurde dieser Sachverhalt ergänzt.
<b>3.5.8 Patientenrelevante Endpunkte</b>		
13	Den Krankenkassen liegen die AU-Daten ihrer Patienten vor, so dass zumindest für berufstätige Patienten eine Nachverfolgung zur Integration in den Arbeitsmarkt möglich wäre.	Das AQUA-Institut stimmt der BÄK zu, dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen Informationen zu AU-Tagen vorliegen. Allerdings ist in der Allgemeinen Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen bisher noch kein Feld für AU-Tage oder ähnliche Informationen vorgesehen. <sup>1</sup>
<b>4 Erstellung des Indikatorenregisters</b>		
14	Gegenüber früheren Vorberichten wird von der Literaturrecherche eine „Evidenzrecherche“ unterschieden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
15	Die recherchierten 484 Indikatoren aus der Indikatorenrecherche und 586 Indikatoren aus der Literaturrecherche (Abbildung 6) lassen sich aus Anhang A.6 Tabelle 1 - 3 gut nachvollziehen. Dass mit den Tabellen 4 - 6 im Anhang A.6 sogar sämtliche gefundenen Indikatoren und deren Varianten aufgeführt wurden, zeugt vom sehr hohen Rechercheaufwand.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
16	Für den Leser ist es aber schwierig, im Vorbericht die Inhalte der Abbildung 7 mit der Abbildung 6 abzugleichen, zumal die Zählleinheit in Abbildung 7 die Literaturstellen und in Abbildung 6 die Indikatoren sind. Damit bleibt z.B. unklar, ob aus 259 Literaturstellen 685 Indikatoren abgeleitet wurden.  Vielleicht wäre eine Änderung der Reihenfolge der Abbildungen sinnvoll (d. h. Abbildung 7 vor 6). Zudem müsste es wohl in Abbildung 6 (Überschrift linker Kasten) analog zu Abbildung 7 „Evidenz- und Literaturrecherche“ heißen.	Abbildung 6 fasst allein die Ergebnisse der Indikatorenrecherche zusammen, die durch eine Recherche in nationalen und internationalen Indikatorensystemen und -datenbanken sowie einer systematischen Literaturrecherche nach Indikatoren identifiziert wurden. Abbildung 7 fasst die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche nach ergänzender Literatur zusammen, die die Evidenzgrundlage von Indikatoren unterstützen soll. Die 259 Literaturstellen aus Abbildung 7 wurden für die Ausarbeitung der 56 Indikatoren des Registers für die Bewertungsrunde 1 verwendet. Sie enthalten nicht die Publikationen, die in die Indikatorenrecherche eingeschlossen wurden. Diese sind ausschließlich in Abbildung 6 enthalten. Um die von der BÄK dargestellte Problematik zu

<sup>1</sup> AQUA (2014). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Technische Dokumentation. Stand: 31. März 2014. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>lösen, wurde in Abbildung 6 auf der linken Seite ein weiterer Kasten ergänzt, der die Anzahl der eingeschlossenen Literaturstellen angibt.</p> <p>Da die Indikatorenrecherche vor der systematischen Literaturrecherche nach ergänzender Literatur durchgeführt wurde, wurde dies im Bericht auch in dieser Reihenfolge dargestellt. Da in Abbildung 7 unter die Evidenzrecherche auch die Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten, Leitlinien und HTAs im Rahmen der Themerschließung fällt (abgegrenzt zur systematischen Literaturrecherche) und diese primär nicht für die Indikatorenrecherche genutzt wurde, wurde in Abbildung 6 nur die Überschrift „Literaturrecherche“ gewählt.</p>
<b>4.3.1 Recherchierte Indikatoren</b>		
17	<p>Die Ableitung der 56 in die weitere Bewertung durch das Panel eingehenden Indikatoren wird dargestellt, wobei die Zahlenangaben im Einzelnen z. T. schwer nachvollziehbar sind. Der Hinweis auf Abbildung 7 im ersten Satz ist hier irreführend, da hier die Selektion der Literaturstellen, nicht aber der Indikatoren, grafisch abgebildet ist. Gemeint ist wohl Abbildung 6.</p>	<p>Der Hinweis ist korrekt. Der entsprechende Verweis auf die Abbildung wurde im Text geändert.</p>
18	<p>Es ist die Rede von 255 Indikatoren, die „als relevant bewertet“ worden seien. Davon seien 47 Indikatoren „in der Originalformulierung“ in die Indikatorenblätter eingegangen, sowie 208 Indikatoren als „Varianten“. Von den zusätzlichen 8 von AQUA entwickelten Indikatoren lägen 5 Varianten vor (4.3.2).</p> <p>Am Ende seien 47 Indikatoren (gleichzusetzen mit den oben genannten Originalindikatoren?) ausgearbeitet worden, „wobei jedoch für 5 weitere Indikatoren zumindest Indikatorvarianten zur Operationalisierung herangezogen wurden“.</p> <p>Die Zählweise ist verwirrend, da anscheinend mal „Indikatoren“ und mal „Indikatorvarianten“ gezählt werden. Es wäre hilfreich, in der Grafik stets von „X Indikatoren mit Y Indikatorvarianten“ zu sprechen.</p>	<p>Der Hinweis der BÄK ist berechtigt. Aus der Darstellung des Indikatorenregisters im Bericht ist nicht zu entnehmen, dass ein recherchierter Indikator die Grundlage für die Formulierung von zwei Indikatoren des Registers war.</p> <p>Die Abbildung 6 und der Textabschnitt wurden präzisiert.</p>
<b>4.3.3 Ergebnis</b>		
19	<p>Im Text ist die Rede von 5 Struktur-, 39 Prozess- und 12 Ergebnisindikatoren, in Tabelle 10 ist die Verteilung aber 5/ 40/ 11.</p>	<p>Der Hinweis ist korrekt. Im Text wurde die Verteilung der Indikatorvarianten im Abgleich mit Tabelle 12 angepasst.</p>
<b>5 Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters</b>		
<b>5.2 Ergebnisse</b>		
20	<p>In bzw. zwischen den Sitzungen des Expertenpanels ist es augenscheinlich zu intensiven inhaltlichen Diskussionen zu den Indikatoren gekommen, aus denen zu mehreren Zeitpunkten neue Indikatoren hervorgingen. Abbildung 9 versucht, diesen nicht-linearen Entwicklungsweg abzubilden, was positiv hervorzuheben ist.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>5.2.1 Bewertung der Relevanz</b>		
21	Die Diskussion im Expertenpanel, die zum Ein- oder Ausschluss der Indikatoren in der ersten Bewertungsrunde geführt wurde, wird ausführlich und gut nachvollziehbar dargestellt. Dabei fällt auf, dass einige der genannten Gründe, die zum Ausschluss von Indikatoren führten, eher Praktikabilitätsprobleme als Relevanzprobleme zu sein scheinen (z.B. ID 10: ein Hilfebedarf müsste extrem detailliert festgestellt werden oder ID 28: die körperliche Untersuchung ist in Abrechnungsdaten schlecht abbildbar) oder Probleme der Klarheit und Verständlichkeit (z.B. wie operationalisiert man „leitliniengerecht“ (ID 15) oder „Suizidversuch“ (ID 53“)?). Andere Kriterien der „Relevanz“, die im Methodenpapier 4.0 vom AQUA-Institut genannt werden, wie Nutzen für den Patienten und Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer dürften bei diesen Indikatoren durchaus vorzuliegen.	An dieser Stelle werden die vom Expertenpanel vorgebrachten Argumente, die zum Ein- oder Ausschluss von Indikatoren geführt haben, dargestellt. Dabei wurden bereits an Praktikabilitätsprobleme gedacht, die offensichtlich auch die Relevanz-Bewertung beeinflusst haben.
22	<b>Struktur</b> Auf Seite 76 (letzter Absatz) erscheint der Satz „Die Indikatoren 34, 49 und 50 wurden als relevant bewertet“ zum einen doppelt und zum anderen ist der Indikator 34 in diesem Abschnitt gar nicht aufgeführt.	Der Hinweis ist korrekt. Die entsprechende Textpassage wurde geändert.
23	<b>Patientenrelevante Endpunkte</b> Dass alle Indikatoren zu patientenrelevanten Endpunkten (u. a. Suizid, Tod) zu diesem frühen Zeitpunkt im Panelverfahren als nicht relevant bewertet wurden, erscheint bedauerlich. Zu erwartende Probleme bei der eindeutigen Zurechenbarkeit von Indikatorergebnissen zu einem Leistungserbringer sind bei einem sektorenübergreifenden Ansatz systemimmanent und sollten nicht dazu führen, von vorneherein auf wichtige Patientenendpunkte ganz zu verzichten.	Das AQUA-Institut möchte darauf verweisen, dass alle Ergebnisindikatoren als <i>fraglich relevant</i> , nicht als <i>nicht relevant</i> bewertet wurden. Da es im Panel-Prozess nur an einer Stelle eine Relevanz-Bewertung gab (in Bewertungsrunde 1), konnten diese Indikatoren zu keinem späteren Zeitpunkt anhand der Relevanz ausgeschlossen werden. Eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern ist bei vielen Ergebnisindikatoren nicht gegeben. In die Relevanz-Bewertung der Indikatoren können nach Methodenpapier 4.0 verschiedene Aspekte einfließen. „Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je stärker die vorliegende Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome, ist.</li> <li>▪ je besser der Indikator zwischen schlechter und guter Leistung einer Einrichtung differenzieren kann.</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung für Patienten ist (patientenrelevante Endpunkte).</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung des Indikators für die betrachtete Population ist (epidemiologische Relevanz).</li> <li>▪ je stärker der Nutzen bei Erfüllung des Indikators mögliche Risiken überwiegt.</li> <li>▪ je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist.“</li> </ul>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Anhand des Kriteriums „je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist“ ist die Relevanz-Bewertung der Panelexperten nachvollziehbar. Da das AQUA-Institut gleichzeitig die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen muss, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen.</p> <p>Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt für einige Ergebnisindikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen.</p>
24	<p>Zu hinterfragen ist die Argumentation, wonach die Beschränkung der Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen auf den stationären Bereich problematisch sei, da „Suizide und Suizidversuche auch unmittelbar nach Entlassung aus der stationären Versorgung erfolgen“ und Suizidversuche „nicht eindeutig definiert“ seien. Dies gilt auch für das Argument der Gefahr für Fehlanreize hinsichtlich einer vermehrt restriktiven Versorgung, um das Suizidrisiko zu senken.</p> <p>Hier ist anzumerken, dass die Häufigkeit restriktiver Maßnahmen gerade in Zusammenhang mit der Häufigkeit von Selbstgefährdung interpretiert werden muss und erst aus diesem Verhältnis auf die Qualität der Versorgung geschlossen werden kann. Die Erfassung suizidaler Handlungen (Suizide + Suizidversuche) im stationären Setting ist deshalb von großer Bedeutung. Auf die WHO-Definition von Suizidversuchen kann zurückgegriffen werden.</p> <p>Auch ließe sich anders herum argumentieren, dass durch die starke Fokussierung des QS-Verfahrens auf restriktive Maßnahmen das Risiko verstärkt werden kann, dass eine Einrichtung Schutz- und Sicherheitsaspekte in Verbindung mit Eigen- und Fremdgefährdung vernachlässigt in dem Bemühen, die Rate restriktiver Maßnahmen niedrig zu halten.</p> <p>Ein Fehlanreiz kann sich auch darin äußern, dass Kliniken ohne Pflichtversorgung über ihre Aufnahmesteuerung risikobehaftete Patienten nicht stationär aufnehmen. Eine Diskussion zur Vermeidung derartiger Fehlanreize, die zu Nachteilen für die Patienten und möglicherweise auch zu scheinbar schlechterer Versorgungsqualität für Kliniken mit Pflichtversorgung führen können, sollte im Bericht ergänzt werden.</p>	<p>An dieser Stelle werden die vom Expertenpanel vorgebrachten Argumente, die zum Ein- oder Ausschluss von Indikatoren geführt haben, dargestellt.</p> <p>Die Erfassung von ausschließlich stationär erfolgten Suiziden und/oder Suizidversuchen als Ergebnisindikator wurde von den Panelexperten als <i>fraglich relevant</i> bewertet. Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass Suizidversuche am häufigsten unmittelbar nach Aufnahme in und kurz nach Entlassung aus der stationären Versorgung erfolgen. In einem Ergebnisindikator könnten lediglich die Suizide und/oder Suizidversuche, die während des Aufenthalts, also vor allem unmittelbar nach Aufnahme erfolgen, erfasst werden. Inwieweit mit der Erfassung ausschließlich dieser Suizide und Suizidversuche Rückschlüsse auf die (Ergebnis-)Qualität der stationären Versorgung gezogen werden können, wurde von den Panelexperten infrage gestellt. Ursachen für Suizide und Suizidversuche, die unmittelbar nach der Aufnahme erfolgen, haben ihre Ursachen eher nicht in der stationären Versorgung. Zudem fehlen den Panelexperten für einen aussagekräftigen Indikator Informationen zu Suiziden und/oder Suizidversuchen, die unmittelbar nach Entlassung aus der stationären Versorgung erfolgen.</p> <p>Der Hinweis der BÄK auf die WHO-Definition von Suiziden und Suizidversuchen ist korrekt. Allerdings lässt die Definition von Suizidversuchen (wie auch andere Definitionen) für die Einschätzung in der konkreten Situation Interpretationsspielräume, beispielsweise bei der Intention der Tat oder ab welchem Ausmaß etwas als Verletzung gezählt wird.</p> <p>Die eingeschränkte Erfassung und die Interpretationsspielräume bei der Einschätzung, ob ein Verhalten als Suizidversuch gewertet werden muss, führen dazu, dass die Panelexperten diese Ergebnisindikatoren als <i>fraglich relevant</i> für ein QS-Verfahren bewerteten.</p> <p>Eine ambulante Erhebung von Suiziden und/oder Suizidversuchen, die fallbezogen erfolgen muss, würde die Möglichkeiten für eine geeignete Erfassung des patientenrelevanten Endpunktes deutlich verbessern.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Da die Darstellung scheinbar nicht ausführlich genug war, wurde die Diskussion zu den Indikatoren überarbeitet.</p> <p>Das AQUA-Institut dankt der BÄK für den Hinweis auf mögliche Fehlanreize durch Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen. Dies wurde in die Würdigung der Indikatoren aufgenommen.</p>
25	Hinweis: In der Diskussion der Indikatoren (Seite 71 bis 77) ist der Themenbereich „Pharmakotherapie“ (ID 19, 20b, 21a) gar nicht aufgeführt.	Da alle Indikatoren zum Thema Pharmakotherapie als <i>relevant</i> bewertet wurden, wurde von einer Diskussion zum Ausschluss dieser Indikatoren abgesehen. Die Diskussion der Panelexperten zu diesen Indikatoren ist im Abschnitt 5.3 dargestellt.
26	<p>Hinweis: Aus dem Vergleich von Tabelle 12 im Vorbericht und Anhang B.3 (Relevanz nach Bewertungsrunde 1) ergibt sich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indikator ID 03 das 75%-Kriterium (für Indikatoren mit Varianten) nicht erreicht und nur einen Median von 5 im Anhang B.3 erreicht und entsprechend nicht als relevant markiert ist, aber in Tabelle 12 und im Text als relevanter Indikator geführt ist. Sein Ausschluss fand erst später unter Praktikabilitätsaspekten statt.</li> <li>▪ Indikator ID 49b im Anhang B.3 das 75%-Kriterium (für Indikatoren mit Varianten) nicht erreicht (und entsprechend nicht markiert ist), aber in Tabelle 12 als relevanter Indikator aufgeführt ist.</li> <li>▪ Der Vollständigkeit halber müssten in Tabelle 13 eigentlich auch die ausgeschlossenen Indikatorvarianten aufgeführt, bei denen eine andere Variante als relevant einbezogen wurde (also 01, 01a, 01b, 01c, 01d, 20, 20a, 20c, 21, 34, 34a, 41, 49, 49a).</li> </ul>	<p>Das AQUA-Institut dankt der BÄK für den Hinweis auf die Darstellung der Indikatoren ID 03 und ID 49b. Wie in Fußnote 1 des Anhangs B.3 sowie im Abschnitt 5.2.2 beschrieben, wurden die beiden Indikatoren zunächst als <i>fraglich relevant</i> bewertet, waren aber nur einen Bewertungspunkt von der Bewertung als <i>relevant</i> entfernt. Da diese Indikatoren in der Bewertungsrunde 1 vor Ort nicht ausführlich diskutiert werden konnten, wurden sie in der Bewertungsrunde 2 (vor Ort) diskutiert und abschließend hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet. Die Darstellung der beiden Indikatoren im Abschnitt 5.2.1 wurde überarbeitet.</p> <p>In Tabelle 15 wurden nur die Indikatoren aufgenommen, für die weder der Originalindikator noch eine Variante des Indikators aufgenommen wurde.</p>
<b>5.2.2 Bewertung der Praktikabilität</b>		
27	Trotz der Übersicht in Abbildung 9 ist es für den Leser schwierig, den Überblick über den tatsächlichen, recht komplexen Verlauf der Indikatorenbewertung zu erlangen, u. a. deshalb, weil die Zahlenangaben in Abschnitt 5.2.2 sich nur z. T. der Abbildung 9 zuordnen lassen. Durch Darstellung der Abstimmungsergebnisse einschließlich der Nachbewertungen im Anhang scheint die Prozesstransparenz allerdings gegeben zu sein.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
28	<p>Hinweis: Aus dem Vergleich von Tabelle 15 im Vorbericht und Anhang B.7 (Praktikabilität nach Bewertungsrunde 2) ergibt sich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in Tabelle 15 im Vorbericht Indikator „ID 49“ aufgeführt ist, während mit Anhang B.7 nur „ID 49b“ zu finden ist.</li> <li>▪ In Anhang B.7 die Indikatoren „ID 34_a“ und „ID 70“ eigentlich nicht markiert sein dürften, da die Varianten „ID 34“ bzw. „ID 70_a“ höhere Wertungen erhielten und auch nur letztere in Tabelle 15 aufgeführt sind.</li> </ul>	<p>Der erste Hinweis zum Vergleich von Tabelle 17 und Anhang B.7 ist korrekt. In Tabelle 15 wurde die Indikator-ID von 49 zu 49b geändert.</p> <p>Die Indikatoren ID 34_a und ID 70 wurden im Anhang B.7 farblich markiert, da ihr Median <math>\geq 4</math> ist und sie somit das Praktikabilitätskriterium erfüllen. Es werden jedoch nur die Indikatorvarianten weitergeführt, deren Median und/oder Prozentbewertungen höher sind, sodass in Tabelle 17 nur die Indikatoren ID 34 und ID 70_a aufgelistet sind.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>5.2.3 Anregungen aus dem Panel</b>		
29	<p>Die von den Experten aufgeführte Bedeutung von Tageskliniken für die psychiatrische Versorgung ist gut nachvollziehbar. Unterstrichen wird dies durch explizite Erwähnung in den einleitenden Kapiteln des Vorberichts (z.B. Tabelle 4, Seite 37). Es ist bedauerlich, dass anscheinend erst beim abschließenden Paneltreffen auffiel, dass vollstationäre Einrichtungen und Tageskliniken eigentlich gesondert betrachtet werden müssten. Der Hinweis des AQUA-Instituts, dass Tageskliniken in der Beauftragung nicht gesondert erwähnt seien, löst das Problem nicht.</p>	<p>Abschnitt 5.2.3 enthält Anregungen aus dem gesamten Panelverlauf, nicht nur aus dem abschließenden Treffen, d.h. teilstationäre Einrichtungen wurden bereits im Rahmen der Bewertungsrunde 1 diskutiert.</p> <p>Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs, i.S. einer Anpassung der stationären Indikatoren an teilstationäre Einrichtungen, würde für das QS-Verfahren Folgendes bedeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dem Indikatorenset würden bis zu 12 weitere Indikatoren hinzugefügt. Es müssten zwei weitere QS-Dokumentationsbögen erstellt werden (fallbezogen und einrichtungsbezogen), da nicht alle Indikatoren sinnvoll im teilstationären Bereich erhoben werden können (z.B. sind die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen nicht relevant).</li> <li>▪ Eine getrennte Auswertung (die das AQUA-Institut als auch die Panelexperten aufgrund unterschiedlicher Leistungsangebote und Zielsetzungen von teilstationärer Versorgung im Vergleich zu stationärer Versorgung empfehlen würden) würde ein weiteres Stellungnahmeverfahren nach sich ziehen (neben denen für stationäre Einrichtungen sowie für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und PIA).</li> </ul> <p>Unter Berücksichtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Steigerung der Komplexität des bereits komplexen QS-Verfahrens (s.o.),</li> <li>▪ des Inaussichtstellen eines weiteren Erhebungsinstruments (Patientenbefragung),</li> <li>▪ der Diskussion von weiteren Erhebungsinstrumenten (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Angehörigenbefragung) und</li> <li>▪ der noch ausstehenden Überprüfung der Qualitätspotenziale/-defizite von teilstationären Einrichtungen</li> </ul> <p>hat sich das AQUA-Institut dagegen entschieden, dem Vorschlag der Panelexperten in diesem Entwicklungsschritt zu folgen.</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt aber, im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs zu adressieren.</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>5.3. Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren</b>		
30	Hinweis: Die Reihenfolge der Indikatoren in Kapitel 5.3. ist nicht numerisch aufsteigend wie im Dokument „Indikatorenset 1.0“. Damit wird ein Abgleich zwischen Vorbericht und Indikatorenblättern erschwert. Schon in früheren Stellungnahmen hatte die Bundesärztekammer angeregt, die Detaildiskussion der Indikatoren nicht verteilt bzw. doppelt, d. h. im Berichtstext und im Indikatorenblatt zu führen.	Über die Form der Aufbereitung sowie auch der Nummerierung der Indikatoren wurde in den letzten Jahren immer wieder intern diskutiert. Aus heutiger Sicht lässt sich festhalten, dass es keine „ideale“ Lösung gibt bzw. dass die gewählte Lösung die aus unserer Sicht Beste ist. Dabei ist vorab zu bemerken, dass es sich bei Bericht und Indikatorenset mittlerweile ganz bewusst um zwei „eigenständige“ Dokumente handelt. Der Zweck dieser Trennung zwischen einem statischen Bericht und einem dynamischen Indikatorenset ist aus unserer Sicht der entscheidende Punkt; demgegenüber ist die temporäre Leserfreundlichkeit mit dem Zweck eines besseren Abgleichs im Stellungsverfahren nachrangig.  Die Anregung der BÄK zur Vermeidung von Dopplungen ist dagegen schon seit längerer Zeit berücksichtigt, wodurch Dopplungen auch hier so weit wie möglich vermieden wurden. Das Änderungsprotokoll im Indikatorenset „protokolliert“ die vorgenommenen Änderungen am Indikator bzw. der Angaben zu dem Indikator ausgehend vom vorgeschlagenen Indikator im Register bis zur Abgabe im „Set“. Im Bericht wird dagegen der (inhaltliche) Diskussionsverlauf zum Indikator wiedergegeben - unabhängig von etwaigen Veränderungen.
31	Zudem ist die Nummerierung und Reihenfolge aus ihrer Entwicklungshistorie bedingt. So kommt es in Kapitel 5.3 in der Indikatorabfolge zu thematischen Sprüngen (z.B. ID 4 1a Betreuung während <u>Zwangmaßnahmen</u> , ID 43 Einbezug von Angehörigen, ID 61 <u>Zwangsmedikation</u> , ID 62 Unterbringung, ID 77a unerwünschte Arzneimittelwirkungen, ID 80 Nachbesprechung <u>Zwangmaßnahmen</u> ). Zukünftig wäre eine thematische Bündelung und ggf. Neunummerierung zu diskutieren, um das Verfahren übersichtlicher zu machen.	Auch hier handelt es sich um einen gewiss nicht „ideal“ gelösten Punkt, aber um die aus Erfahrung gewonnene bestmögliche Vorgehensweise. In früheren Stellungnahmen wurde beklagt, dass Indikatoren im Verlauf ihrer Entwicklung „umbenannt“ wurden bzw. neue laufende Nummern erhielten. Dies hatte zu Verwirrungen und Verwechslungen geführt und die Lesbarkeit der Berichte erschwert. Mittlerweile handelt es sich dagegen um „echte“ IDs, die es ermöglichen, Indikatoren vom Moment ihres Auftauchens im Register bis zu dem Moment nachzuverfolgen, an dem sie in den Regelbetrieb übergehen und dort eine neue „systemische“ Nummer erhalten.
32	Bei Analyse der Indikatorenblätter ist auffallend, dass viele Indikatoren negativ berechnet werden. Abgesehen davon, dass dadurch innerhalb eines Indikatorenblatts die „Polung“ der Formulierung des Qualitätsziels einerseits und der Berechnung des Indikators andererseits abweichen kann, entsteht so der Eindruck, dass das QS-Verfahren sehr stark auf Mängel der Versorgung fokussiert.  Es folgen Anmerkungen der Bundesärztekammer zu den Indikatoren (Kapitel 5.3 des Vorberichts und zum Indikatorenset (Anhang) gemeinsam):	Da in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen wurde, dass es empfehlenswert sei, bei einigen Indikatoren den Zähler positiv anstatt negativ zu formulieren, hat das AQUA-Institut die Formulierung aller Indikatoren erneut geprüft. Bei einigen Indikatoren wurde daraufhin die Formulierung des Zählers zugunsten der Verständlichkeit geändert.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator 01e Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>		
33	<i>Beschreibung:</i> Die Formulierung „Kontakt zur ambulanten psychiatrischen Versorgung“ ist angesichts der Einbeziehung von Hausärzten etc. unpräzise.	Der Hinweis ist korrekt und die Beschreibung des Indikators wurde geändert.
34	<i>Beschreibung</i> und <i>Berechnung</i> des Indikators sind negativ formuliert („...keinen Kontakt...“), Indikatorbezeichnung und Qualitätsziel aber positiv.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
35	<i>Ausschlusskriterien:</i> Wie bei allen Indikatoren auf Sozialdatenbasis, müsste hier der Ausschluss der an Demenz erkrankten Patienten aufgeführt sein. (Anmerkung gilt für alle entsprechenden Indikatoren)	Der Ausschluss der Patienten mit einer Demenz-Erkrankung erfolgt über die Definition der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und müsste daher nicht noch einmal in die Ausschlusskriterien aufgenommen werden, da die Patienten bereits im Nenner nicht enthalten sind. Um den Ausschluss im Indikatordatenblatt präziser darzustellen, wurden die Ausschlusskriterien bei den Indikatoren auf Sozialdatenbasis aber trotzdem ergänzt.
36	<i>Zähler</i> und <i>Nenner:</i> Die Angabe „...oder Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99“ ist etwas verwirrend, da die Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03) ausgeschlossen und die F2-Diagnosen schon über die erste Gruppe der Hauptdiagnosen einbezogen sind. Eigentlich müsste es heißen: „F04 bis F19 und F30 bis F99“. (Diese Anmerkung gilt für alle entsprechenden Indikatoren des Vorberichts). Vermutlich soll die gewählte Darstellung der Übersichtlichkeit dienen.	Der Hinweis ist korrekt die gewählte sollte der Übersichtlichkeit dienen. Es wurden daher keine Änderungen vorgenommen.
37	Bei dem Indikator ID 01e wird bezüglich der ambulanten Anschlusstermine nicht unterschieden, ob sie bei Fachärzten der ambulanten psychiatrischen Versorgung oder bei Hausärzten, Neurologen oder Psychotherapeuten stattfinden. Dies wird mit der Berücksichtigung strukturschwacher Gebiete begründet, in denen möglicherweise eine Unterversorgung durch psychiatrische Vertragsärzte vorliegt. Um mögliche Versorgungsdefizite aufzudecken sollten die Indikatorergebnisse zusätzlich nach Fachgruppen aufgeschlüsselt werden.	Der Hinweis ist korrekt. Ggf. können die Indikatorergebnisse im Rahmen der Auswertung als Zusatzinformationen nach Fachgruppen aufgeschlüsselt werden (vgl. Tabelle 27 im Abschnitt 7.2.4).
<b>Indikator 05a Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme</b>		
38	Zur Berechnung von Zähler und Nenner dieses Indikators widersprechen sich Vorbericht und Indikatorenblatt. Unter <i>Paneldiskussion</i> heißt es: „Der Nenner umfasst alle entlassenen Fälle mit einer F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10, <u>die innerhalb von 365 Tagen eine Wiederaufnahme</u> mit einer F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 hatten“. Im Nenner im Indikatorenblatt ist nur die Rede von stationären Fällen mit einer F2-Haupt- oder Nebendiagnose. Den <i>Anmerkungen</i> ist zu entnehmen, dass wohl letzteres gemeint ist.	Der Hinweis ist korrekt. Im Bericht wurde dieser Punkt in der Paneldiskussion analog zum Indikatordatenblatt angepasst.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
39	In der <i>Begründung</i> ist von „Wiederaufnahmeraten“ die Rede. Der Indikator ist aber nicht als Rate definiert, sondern als durchschnittliche Tageszahl.	In der Begründung wurde eine Literaturquelle zitiert, die diesen Aspekt unter „Wiederaufnahmeraten“ diskutiert. Aus diesem Grund wurde keine Änderung in der Begründung vorgenommen.
40	In den <i>Anmerkungen</i> werden hier die Fachgruppen der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Versorgung definiert und im Änderungsprotokoll wird mitgeteilt, dass Neurologen aus dieser Definition ausgeschlossen seien. Es ist nicht ersichtlich, wie die Fachgruppen überhaupt in die Berechnung des Indikators eingehen.	Die Fachgruppen werden nicht direkt in die Berechnung des Indikators einbezogen. Allerdings soll dieser Indikator vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen zurückgemeldet werden (Feld: Prozess-/Ergebnisverantwortung). Es ist häufig nicht eindeutig zuzuweisen, wer im Einzelfall für den Prozess bzw. das Ergebnis verantwortlich ist. Daher wurden vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen in den Anmerkungen genauer definiert.
41	In der Ursprungsversion ID 05 bezog sich der Indikator auf 30 Tage, in der Version 05a auf 365 Tage. Unter Änderungsprotokoll heißt es aber „Der Nachbeobachtungszeitraum wurde von 180 auf 365 Tage geändert“. Gab es also zwischen ID 05 und 05a noch eine weitere Zwischenversion?	Das Zeitintervall von 180 Tagen entstammt dem ursprünglichen Indikator ID 04 „Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme“, der in den Panelprozess eingebracht wurde, zunächst jedoch nicht als <i>relevant</i> bewertet wurde. Da jedoch unter den Panelexperten grundsätzlich Einigkeit darüber bestand, dass der zu messende Qualitätsaspekt der Wiederaufnahmen sehr wohl relevant sei, wurden die betreffenden Indikatoren (ID 04, ID 05 und ID 06) erneut diskutiert (vgl. Abschnitt 5.2.2) zu revidierten Relevanz-Bewertungen). Die Diskussion wurde so gestaltet, dass diese Indikatoren nicht als drei einzelne Indikatoren, sondern als Varianten geführt wurden. Somit sind der Indikator ID 04 („Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme“) und der Indikator ID 06 („Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen ohne ambulanten Kontakt“) zu Varianten des Indikators ID 05 geworden. Zudem wurde im Laufe der Praktikabilitätsdiskussion der Nachbeobachtungszeitraum der Indikatorvariante ID 05a auf 356 Tage verlängert.
42	In der Praxis ist bei diesem Indikator zu überprüfen, ob ein Fehlsteuerungsanreiz besteht in Form einer Vermeidung von notwendigen Wiederaufnahmen.	Der Hinweis ist korrekt. In der Beschreibung der Paneldiskussion zu diesem Indikator wurde bereits aufgeführt, dass die Gründe für Wiederaufnahmen vielfältig und in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht zu erkennen seien, weshalb ein entsprechender Indikator erhebliche Fehlsteuerungsanreize bieten könnte.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator 08c Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern</b>		
43	Die <i>Berechnung</i> des Indikators ist negativ formuliert („...nicht...einbezogen..“), <i>Indikatorbezeichnung</i> , <i>Beschreibung</i> und <i>Qualitätsziel</i> aber positiv.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
44	Die Anforderungen an die Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern sind hier recht niedrig angesetzt, da einerseits der mögliche Gesprächspartner seitens des Krankenhauses (Arzt, Pflegekraft oder anderer Therapeut) nicht weiter eingegrenzt ist und andererseits das Spektrum der Gesprächspartner auf ambulanter Seite vom Psychiater bis zum Ergotherapeuten reicht. Die einzige Einschränkung stellt die Festlegung dar, dass es sich um ein „therapiebezogenes Gespräch“ handeln soll. Dies wiederum lässt die Zitation des Expertenstandards P4 Entlassungsmanagement des DNQP (unter <i>Stärke der Empfehlung</i> ) nicht passend erscheinen, da es hier weniger um Therapiebezug geht.	Das Spektrum der Berufsgruppen wurde von den Panelexperten diskutiert und, so wie es im Indikator vorliegt, bewertet. Das AQUA-Institut stimmt der BÄK zu, dass der zitierte Expertenstandard nicht 1:1 mit dem Indikator übereinstimmt, insbesondere was das therapiebezogene Gespräch betrifft. Trotzdem sieht das AQUA-Institut davon ab, das Zitat aus dem Indikatordatenblatt zu streichen, da das therapeutische Gespräch auch genutzt werden kann, um den Anforderungen des Expertenstandards nachzukommen.
45	Im Datenfeld wird nicht differenziert, ob der Patient eine ambulante Nachbetreuung ablehnt. Zudem ist die Antwort in Ja/Nein-Form sehr unspezifisch. Hier könnte z.B. differenziert werden, ob es sich um eine vertragsärztliche Versorgung, eine ambulante psychiatrische Pflege, eine Versorgung durch eine PIA etc. handelt.	Die Antwortoption des entsprechenden Datenfeldes „Patient lehnt ab“ ist nicht vorgesehen. Mit diesem Indikator soll erfasst werden, ob stationäre Leistungserbringer die ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringer noch während der stationären Versorgung kontaktieren und mit ihnen ein therapiebezogenes Gespräch führen. In den Anfüllhinweisen (vgl. Anhang C.4) ist das therapiebezogene Gespräch als „persönliches oder telefonisches Gespräch“ definiert, bei dem „die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.“ Demnach geht es darum, unabhängig vom Patientenwunsch, mit den ambulanten Leistungserbringern zu sprechen, um relevante Informationen über die Behandlung weiterzugeben.
<b>Indikator ID 19 Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie</b>		
46	Für die Indikatoren ID 19 bis ID 21a gilt, dass sie bereits testweise vom AQUA-Institut aus den vorliegenden Kassendaten hätten berechnet werden können. Dies hätte z.B. bereits einen Anhalt über die zu erwartende Trennschärfe gegeben.	Da dem AQUA-Institut kein vollständiger Datensatz vorlag, konnten einige Indikatoren nicht berechnet werden. Das AQUA-Institut hat davon abgesehen, nur einen Teil der Indikatoren im Bericht darzustellen. Zudem wird für diese Indikatoren eine Risikoadjustierung vorgeschlagen, die noch beauftragt und entwickelt werden muss. Im Bericht wurden nun Berechnungen zur Diskriminationsfähigkeit dargestellt (vgl. Abschnitt 7.2.4), die unter den geschilderten Einschränkungen mit Vorsicht interpretiert werden müssen.
47	<i>Zähler</i> : Die Beschränkung auf zwei aufeinander folgende Quartale verhindert nicht grundsätzlich, dass unbeabsichtigt eine Medikamentenumstellung bei einem Patienten erfasst wird, wenn diese zufällig über die Quartalsgrenze hinweg erfolgt.	Der Hinweis ist korrekt. Dies wurde in die Würdigung des Indikators aufgenommen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
48	<p><i>Ausschlusskriterien:</i> Hier sollen Patienten aus der Grundgesamtheit des Indikators ausgeschlossen werden, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden. Es ist nachvollziehbar, dass dieser Leistungserbringerbezug wegen der Verantwortungszuschreibung des Indikators wünschenswert ist. Aber auch bei Patienten, welche ihre Medikamente ausschließlich über einen Hausarzt oder andere Quellen verschrieben bekommen, ist eine psychotrope Kombinationstherapie zu vermeiden. Die Gesamtzahl aller betroffenen Patienten sollte deshalb bei diesem Indikator immer mit ausgewiesen werden.</p>	<p>Da Verordnungen von Patienten, die von keiner vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxis oder Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden, keinem Leistungserbringer des QS-Verfahrens zugeordnet werden können, können diese Patienten auch nicht in der Berechnung des Indikators berücksichtigt werden. Allerdings könnte die Gesamtzahl der im Sinne des Indikators betroffenen Patienten als zusätzliche Information im Rückmeldebericht an die Leistungserbringer ausgewiesen werden.</p>
49	<p>In der Rationalen wird darauf hingewiesen, dass das psychiatrische Komorbiditätsspektrum eine Kombinationstherapie erforderlich machen kann. Der Indikator sollte – wie auch vorgeschlagen – risikoadjustiert werden.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
<b>Indikator ID 20b Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie</b>		
50	<p><i>Zähler:</i> Es gilt das unter ID 19 gesagte. <i>Ausschlusskriterien:</i> Es gilt das unter ID 19 gesagte.</p>	<p>Siehe Kommentare Nr. 46-49.</p>
<b>Indikator ID 21a Vermeiden von Benzodiazepinüberversorgung</b>		
51	<p><i>Ausschlusskriterien:</i> Es gilt das unter ID 19 gesagte.</p>	<p>Siehe Kommentare Nr. 46-49.</p>
52	<p><i>Änderungsprotokoll:</i> Es wird angegeben, dass der Name des Indikators in der Bewertungsrunde 2 von „Benzodiazepinüberversorgung“ in „Benzodiazepinabhängigkeit“ geändert worden sei. Den Tabellen 12 und 15 ist zu entnehmen, dass es wohl eher umgekehrt war.</p>	<p>Der Hinweis ist korrekt. Das Änderungsprotokoll wurde dementsprechend geändert.</p>
53	<p>Der Indikator sollte – wie auch vorgeschlagen – risikoadjustiert werden.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
<b>Indikator ID 22_a Dokumentation des Körpergewichts</b>		
54	<p>In der Würdigung wird festgestellt, der Indikator erfasse, „inwieweit im Versorgungsalltag von ambulanten Einrichtungen ein Monitoring des Körpergewichts stattfindet“. Dies soll hilfsweise in der Einrichtungsbefragung der Praxen erfolgen, in welcher die Befragten angeben sollen, bei welchem Anteil ihrer Patienten in einem bestimmten Zeitraum bestimmte Untersuchungen – hier die Erfassung des Körpergewichts – erfolgten. Ein Indikator, der eigentlich auf eine Rate abzielt (Anteil von x an y innerhalb eines gegebenen Zeitraums) und fallbezogen erhoben werden müsste, wird hilfsweise durch eine Schätzung zu einem Befragungszeitpunkt erhoben. Eine derartige Nutzung eines Befragungsinstruments erscheint problematisch. Einerseits dürfte die Beantwortung der Frage den befragten Ärzten Schwierigkeiten bereiten. Um sie korrekt zu beantworten, müsste die jeweilige Praxissoftware detaillierte Abfragealgorithmen medizinischer Parameter über den Patientenbestand ermöglichen. Alternativ müssten während des Jahres permanent Strichlisten ge-</p>	<p>Eine fallbezogene Erhebung durch den ambulanten Leistungserbringer wäre für diesen Indikator fraglos wünschenswert, aber das Erhebungsinstrument war zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beauftragt. Dies wird auch an verschiedenen Stellen im Bericht kritisch diskutiert. In der Würdigung des Indikators wird auch darauf verwiesen, dass es im Abgleich mit anderen Indikatoren zu weiteren Kontrolluntersuchungen wünschenswert wäre, einen Indikator allgemein zu Kontrolluntersuchungen zusammenzufassen, wenn eine fallbezogene Erhebung im ambulanten Bereich möglich wäre. Eine erweiterte Machbarkeitsprüfung (vgl. Abschnitt 7.4.1) muss klären, inwieweit eine Erhebung dieses Indikators über eine Einrichtungsbefragung möglich ist.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	führt werden oder sich die Befragten einfach auf ihr Erinnerungsvermögen verlassen. Andererseits wird auch die Überprüfung der Korrektheit der Befragungsantworten vor Ort schwierig.	
55	Die genaue Berechnung des Indikators wird nicht dargestellt. Unter <i>Besonderheit der Berechnung</i> wird lediglich mitgeteilt, dass der Indikator „...anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert“ wird. Schließlich dürfte auch die Aussagekraft einer Unterscheidung 50% bzw. >50% der Fälle eingeschränkt ein. In jedem Fall ist für diese Form der Einrichtungbefragung eine besonders intensive Machbarkeitsprüfung zu fordern. Ansonsten dürfte dieser Indikator eher einen appellativen Erinnerungscharakter aufweisen (z.B. in einer psychiatrischen Praxis regelmäßig eine Körperwaage einzusetzen) als einen echten Messcharakter.	Im Anhang D ist ein Beispiel für die Auswertung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation aufgeführt. Dort werden die zugeordneten Prozentwerte zu den verschiedenen Antwortoptionen sowie beispielhaft eine Auswertung des Indikators ID 31_a aufgeführt. Die Auswertung des Indikators ID 22_a erfolgt analog.
56	Bei den Items zu ID 22_a ist zu hinterfragen, warum nach Item 2 mit ausführlicher Abfrage der Erfassung des Körpergewichts im allgemeiner formulierten Item 4 nach der Dokumentation des Körpergewichts im Erfassungsjahr gefragt wird. Warum sollte der Patient regelmäßig gewogen werden, das Gewicht aber nicht dokumentiert werden? Item 2 fragt zudem nach einer Erfassung „gemäß der Leitlinie“. Weder aus dem Indikatorenblatt noch aus den Ausfüllhinweisen geht hervor, welche Leitlinie damit genau gemeint ist – vermutlich die DGPPN-S3-Praxis-Leitlinie (2006). Aus dieser ist allerdings zu entnehmen (Tabelle 4.4 a), dass das Körpergewicht (in Form des BMI) zu Beginn einer Antipsychotikatherapie, nach 4 Wochen und dann alle 3 Monate zu erheben sei. Der Algorithmus in den Ausfüllhinweisen zum Item 2 weicht davon ab.	In Item 2 wird nach der Häufigkeit der leitliniengerechten Erfassung des Körpergewichts gefragt, während in Item 4 nach der Dokumentation (ja/nein-Abfrage) gefragt wird. Die Ungenauigkeit in Item 2 resultierte aus der Zusammenfassung einzeln erfasster Messungen zu einer gemeinsamen Frage. Im Ausfüllhinweis wurde der Algorithmus korrigiert und die Leitlinie ergänzt.
57	Die Mengenangabe „bei den meisten“ und „bei wenigen“ (Datenfeld 2, „Bei wie vielen Patienten mit F2-Diagnose...“) wird gemäß Ausfüllhinweis ebenso mit „> 50% bzw. < 50% der Patienten“ operationalisiert wie die Häufigkeitsangabe „meistens“ und „selten“ bei Datenfeld 3 (bezogen auf „Werden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen?“).	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>Indikator ID 31_a Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung</b>		
58	Zu Item 5: Der Begriff der „allgemeinärztlichen Untersuchung“ ist nicht definiert. Während eines stationären Aufenthaltes (darauf wird im Itemtext verwiesen) dürfte eher der Begriff der „internistischen Untersuchung“ passend sein. Unklar ist, warum dieses Items als einziges mit „ja/nein“ zu beantworten ist, alle weiteren Items aber mit abgestuften Antworten.	Der Begriff der allgemeinärztlichen Untersuchung wurde in körperliche Untersuchung geändert. Die Antwortoption des Items 5 wurde gewählt, um die Bedeutung der körperlichen Untersuchung hervorzuheben.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 34b Behandlungsvereinbarungen</b>		
59	Für das Datenfeld 20 („Liegt für den Patienten eine Behandlungsvereinbarung vor?“) ist nur im Kontext der Datenfelder 21 und 22 zu entnehmen, dass damit der Zeitpunkt bei Aufnahme in die stationäre Behandlung gemeint ist. Dies sollte ergänzt werden.	Der Hinweis der BÄK wurde aufgenommen und der Zeitpunkt in der Frage ergänzt.
60	Der <i>Zähler</i> des Indikators ist negativ formuliert („...keine Behandlungsvereinbarung...“), <i>Beschreibung</i> und <i>Qualitätsziel</i> aber positiv. Zudem geht in den Zähler nur ein, ob eine Behandlungsvereinbarung nicht neu erstellt (d. h. Datenfeld 21 = 0) oder nicht aktualisiert (d. h. Datenfeld 22 = 0) wurde. Ein Fall mit bei Aufnahme vorliegender und nicht aktualisierter Behandlungsvereinbarung (weil nicht notwendig) würde so als genauso negativ bewertet, wie ein Fall vollständig ohne Behandlungsvereinbarung. Die Rechenregel sollte überdacht werden.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Die konkreten Rechenregeln zu diesem Indikator sind im Indikatordatenblatt nicht angegeben. Vorgesehen ist, dass Fälle, bei denen der Patient die Erstellung bzw. Aktualisierung von Behandlungsvereinbarungen abgelehnt hat, selbstverständlich zugunsten des Krankenhauses gewertet werden, da das Krankenhaus die Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten angesprochen haben muss, um an die Ablehnung des Patienten gelangt zu sein.
61	<i>Qualitätsziel:</i> Hier ist die Rede von einer F2-Diagnose, tatsächlich ist der Indikator nur auf F2- Hauptdiagnosen anzuwenden. Hinweis: Die endgültige Einordnung einer Diagnose als Hauptdiagnose ist definitionsgemäß erst bei Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung möglich. Die Auslösung der QS-Dokumentation muss aber schon während des stationären Aufenthaltes erfolgen, da bei nachträglicher Dokumentation einige Details des QS-Datensatzes möglicherweise gar nicht mehr erhoben werden können.	Die Formulierung des Qualitätsziels wurde angepasst. Das AQUA-Institut stimmt der BÄK zu, dass die Definition der dokumentationspflichtigen Fälle anhand der Hauptdiagnose erfolgt. Analysen von Routinedaten aus dem Jahr 2012 ergaben, dass für 83 % der stationären Fälle, die entweder als Aufnahmediagnose oder Entlassungsdiagnose eine F20.- bis F29-Diagnose hatten, bei der Entlassung bzw. der Aufnahme keine andere Diagnose vorlag. Dabei lag in 12 % der Fälle eine F20.- bis F29-Diagnose zur Aufnahme vor, als Hauptdiagnose allerdings eine andere Diagnose. In 5 % der Fälle lag als Hauptdiagnose eine F20.- bis F29-Diagnose vor, nicht aber als Aufnahmediagnose. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Diagnose prinzipiell nicht am letzten Tag des Krankenhausaufenthaltes grundlegend geändert wird, sondern diese Änderung im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes erfolgt. Somit kann bei den 5 % der Fälle eine Dokumentation also zumindest teilweise begleitend erfolgen. In der bestehenden gesetzlichen Qualitätssicherung wird bereits seit mehreren Jahren z.T. (bspw. für den Leistungsbereich <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i> ) ebenfalls die Hauptdiagnose zur Definition von dokumentationspflichtigen Fällen genutzt. Die konkrete Umsetzung obliegt den Einrichtungen und ihren Softwareherstellern.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 35 Körperliche Übergriffe</b>		
62	Im Vorbericht wäre eine Klarstellung hilfreich, dass forensische Psychiatrien aufgrund des gesonderten Rechtskreises grundsätzlich nicht in die QS einbezogen sind.	Da sich das QS-Verfahren nur auf den Regelungsbereich des Auftraggebers (G-BA, Regelungsbereich: SGB V) bezieht, können forensische Psychiatrien im QS-Verfahren nicht berücksichtigt werden. Dies wird im Abschnitt 2.3.1 nun beschrieben.
63	Das Datenfeld 25 (Anzahl der körperlichen Übergriffe) steht im Datensatz unter der Überschrift „Restriktive Maßnahmen“. Das ist thematisch so nicht zutreffend und sollte durch Datenfeldumgruppierung geändert werden (z.B. mit eigener Überschrift vor Datenfeld 23).	Der Vorschlag einer Datenfeldumgruppierung wurde angenommen und umgesetzt.
<b>Indikator ID 36 Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten</b>		
64	<i>Referenzbereich:</i> Problematisch an der Definition eines Referenzbereichs für diesen Indikator (wie auch für den Indikator ID 61 Zwangsmedikation) ist, dass in jedem Einzelfall einer Zwangsmaßnahme die rechtliche Grundlage vorliegen muss. Liegt eine Einrichtung bei diesem Indikator außerhalb des Referenzbereichs (hier 95. Perzentil), wird im QS-Verfahren eine zu großzügige Indikationsstellung unterstellt, was nicht nur Konsequenzen unter Qualitätssicherungs- sondern u. U. auch unter strafrechtlichen Gesichtspunkten haben müsste. Die rechtliche Brisanz dieser Indikatoren einschließlich der Nennung der einschlägigen Rechtsgrundlagen sollten im Indikatorblatt zumindest diskutiert werden.	Der Indikator zielt darauf ab, Situationen, in denen (rechtlich erlaubte) Zwangsmaßnahmen notwendig werden, zu reduzieren. Der Indikator macht keine Aussage zur Indikation von Zwangsmaßnahmen, und der Referenzbereich markiert lediglich ein „technisches“ Aufgreifkriterium. Daher kann der Referenzbereich nicht als Auffälligkeitskriterium für strafrechtliche Verstöße interpretiert werden. Wie alle Einrichtungen, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, werden Einrichtungen, die bei diesem Indikator außerhalb des Referenzbereichs liegen, zunächst als rechnerisch auffällig gewertet. Dem schließt sich ein Stellungnahmeverfahren an, in dem die rechnerischen Auffälligkeiten geklärt werden sollen. Da dieser Sachverhalt missverständlich scheint, wurde dies in die Würdigung des Indikators ausführlicher erläutert.
65	<i>Indikatorart:</i> Es handelt sich eher um einen Prozessindikator als um einen Ergebnisindikator.	Das AQUA-Institut stimmt der BÄK zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Der Indikator ist hier als Ergebnisindikator konzipiert, weil es ein Krankenhaus durch qualitativ gute Versorgung schaffen sollte, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.
<b>Indikator 39a Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall</b>		
66	<i>Beschreibung:</i> Teilt man die kumulative Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen durch die Zahl der betroffenen Fälle, so erhält man die <u>durchschnittliche</u> kumulative Gesamtdauer. Analog ID 05a lautet die korrekte Beschreibung also: „Der Indikator misst die durchschnittliche kumulative Gesamtdauer...“.	Die Beschreibung des Indikators wurde im Indikatordatenblatt sowie in der Würdigung des Indikators geändert.
67	Der Aufbau des Datensatzes (Anhang C.4) erscheint bezüglich der Felder 26 bis 45 nicht in der üblichen Logik der AQUA-Spezifikationen. Auf die Filterfelder 26 (Fixierungen), 30 (Isolierungen), 34 (Zwangsmedikation) und 37 (Festhalten) mit jeweils davon abhängigen Feldern folgt zusätzlich ab Feld 40 ein Teildatensatz „Zwangsmaßnahme“, in dem für Fixierung, Isolierung, und Festhalten die Zeiten abgefragt werden. Schlüssig wäre die Einbeziehung der Felder 26 bis 39 in diesen Teildatensatz „Zwangsmaßnahme“ mit folgendem	Da dieser Indikator erst am Ende der Bewertungsrunde 2 aufgenommen wurde und die anderen Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen zu diesem Zeitpunkt bereits als praktikabel bewertet worden waren (und spezifiziert waren), wurde die Variante des vorgeschlagenen Teildatensatzes ab Feld 40 gewählt. Für den Abschlussbericht wurde jedoch eine Umstrukturierung des Datensatzes analog zu dem von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Aufbau des Teildatensatzes vor-



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	Aufbau: Laufende Nr. der Maßnahme, Art der Maßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation, Festhalten) als Filterfeld, danach davon abhängig: Fixierung (Datum/Uhrzeiten/1:1-Betreuung/Nachbesprechung), Isolierung (Datum/Uhrzeiten/1:1-Betreuung/Nachbesprechung), Zwangsmedikation (Nachbesprechung) und Festhalten (Datum/Uhrzeiten/Nachbesprechung). Die Felder 28, 32, 35 und 39 wären zudem überflüssig, da die Anzahl der jeweiligen Zwangsmaßnahmen automatisch aus den Teildatensätzen ableitbar wären.	genommen (gemäß der üblichen Logik der AQUA-Spezifikationen).
68	In jedem Fall wäre die vom AQUA-Institut vorgeschlagene Dokumentation in der Praxis kleinteilig und aufwändig. Dass uhrzeitgenau festgehalten werden soll, wann ein Patient durch Pflegepersonal festgehalten wurde (es dürfte sich in der Regel um wenige Minuten handeln), scheint über das Ziel hinaus geschossen.	Eine uhrzeitgenaue Dokumentation der zeitlichen Dauer von Zwangsmaßnahmen ist in den Krankenhäusern bereits erforderlich. Die relevanten Informationen sollten demnach vorliegen.  Da bestimmte Maßnahmen (wie z.B. die Isolierung) auch über mehrere Tage andauern können, wäre es zudem für das Personal sehr aufwendig und fehleranfällig, die Dauer der Maßnahme in Minuten umzurechnen.
69	<i>Indikator</i> typ: Etwas schwierig nachvollziehbar ist, dass Indikator ID 36 (von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten) als Ergebnisindikator eingestuft wird, Indikator ID39a (Dauer der Zwangsmaßnahmen) aber als Prozessindikator. Bei der Zwangsmaßnahme handelt es sich um einen (notwendigen) Teil des stationären Behandlungsprozesses, so dass wohl eher in beiden Fällen von einem Prozessindikator gesprochen werden könnte. Alternativ unterlässt man eine eindeutige Zuordnung.	Im Gegensatz zu Indikator ID 36, der von der Zwangsmaßnahme als „Ergebnis“ eines vorangehenden Prozesses ausgeht, ist der Indikator ID 39a aus Sicht des AQUA-Instituts ein Prozessindikator, weil es um die Dauer eines Prozesses (Durchführung von Zwangsmaßnahmen) geht.
<b>Indikator 4 1a Betreuung während Zwangsmaßnahmen</b>		
70	Die Empfehlungen des Expertenpanels bezüglich der personellen Anforderungen bei der Betreuung von Patienten, die unter Zwangsmaßnahmen stehen, gehen über die Forderungen der Literatur hinaus, indem sie grundsätzlich eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonal fordern. Z.B. empfiehlt die DGPPN-Leitlinie zum Aggressiven Verhalten eine kontinuierliche „1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt für die Dauer der Maßnahme“ bei Fixierung und eine „engmaschige Überwachung“ bei Isolierung, ohne die Qualifikation des betreuenden Personals festzulegen. In der klinischen Praxis kann man eine engmaschige Betreuung bei Isolierung z.B. auch dadurch realisieren, dass der Isolationsraum über eine Glastür verfügt, der vom diensthabenden Personal im Stationszimmer einsehbar ist.	Aufgrund der möglichen Komplikationen bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen sollte die Betreuung durch entsprechend ausgebildetes Personal erfolgen.  Bei der Überarbeitung des QS-Dokumentationsbogens wurde das Datenfeld für diesen Indikator in zwei Datenfelder aufgeteilt, sodass bei Fixierungen nach einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung gefragt wird und bei Isolierungen nach einer kontinuierlichen Überwachung.
71	Die Möglichkeit einer Risikoadjustierung bei diesem Indikator wäre zu prüfen.	Eine Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren ist dann erforderlich, wenn spezifische Merkmale von Patienten, wie z.B. Alter oder Schweregrad der Erkrankung, die Ausprägung eines Qualitätsindikators in einer Einrichtung beeinflussen. Da dieser Indikator ein Prozessindikator ist und die Maßnahme unabhängig von Patientenmerkmalen durchgeführt werden muss, ist keine Risikoadjustierung notwendig.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 43 Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme</b>		
72	<i>Zähler:</i> Die Formulierung passt nicht ganz zum Wortlaut des verwendeten Datenfelds. „Kontaktieren eines Angehörigen“ ist nicht gleichzusetzen mit einem „therapiebezogenen Gespräch“. Hier sollte der <i>Zähler</i> und das <i>Qualitätsziel</i> sprachlich angepasst werden.	Der Zähler und das Qualitätsziel wurden sprachlich angepasst.
73	<i>Anmerkungen:</i> Bei der Definition des <i>therapiebezogenen Gesprächs</i> wird die gleiche Definition wie bei Indikator ID 8c verwendet mit dem einzigen Unterschied, dass es nicht den Zusatz „persönlich oder telefonisch“ enthält. Das ist zu hinterfragen, da naturgemäß ein Gespräch mit den Angehörigen nach Aufnahme des Patienten andere Schwerpunkte hat als ein Gespräch mit weiterbetreuenden ambulanten Leistungserbringern vor Entlassung des Patienten. Insbesondere die „Absprachen zur Entlassung“ dürften in der Praxis nicht schon kurz nach Aufnahme mit den Angehörigen getroffen werden.	Die Definition des therapiebezogenen Gesprächs wurde bewusst weit gefasst bzw. offen gelassen, da das Gespräch mit Angehörigen andere Inhalte als das Gespräch mit anderen Leistungserbringern hat. Gemäß der Definition des therapiebezogenen Gesprächs können darin Absprachen zur Entlassung getroffen werden, müssen aber nicht. Es könnte beispielsweise auch vereinbart werden, wer wann angesprochen werden sollte.
74	Es fehlt im Datenfeld die Antwortoption: „Angehöriger hat abgelehnt“.	Die Antwortoption „Angehöriger hat abgelehnt“ wurde hinzugefügt.
<b>Indikator ID 49b Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen</b>		
75	Indikator 49b ist als Strukturindikator definiert und bezieht sich auf den gesamten Patientenbestand (einschließlich Kindern) in psychiatrischen stationären Einrichtungen. Gemäß den Ausführungen der <i>Würdigung</i> sei es nicht Ziel des Indikators, einen Standard mit Mindestanzahl an Pflegefachpersonen festzulegen, sondern vergleichend darzustellen. Das ist nachvollziehbar und wird sicherlich in der Anwendung des QS-Verfahrens die Strukturdiskussionen beflügeln.	Die Erfassung von Pflegepersonal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht ange-dacht, da das QS-Verfahren nur volljährige Patienten betrachten soll und die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie andere Voraussetzungen erfordert. Der Nenner dieses Indikators sowie die der Indikatoren ID 50c und ID 57 wurden dahin gehend präzisiert.
76	Dass ein Bezug des Indikators auf (Behandlungstage von) Patienten mit F2-Diagnose zu aufwändig wäre, wird in der <i>Würdigung</i> zurecht angemerkt. In der Machbarkeitsprüfung muss sich aber zeigen, ob die bei dem Indikator letztlich gewählte Zahlenangaben (Personentage der Pflege und Behandlungstage aller Patienten) von den Einrichtungen in vertretbarem Aufwand ermittelt werden können.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>Indikator ID 50c Deeskalationstraining – stationär</b>		
77	<i>Beschreibung</i> und <i>Berechnung</i> des Indikators sind negativ formuliert („...nicht ...geschult.“), <i>Indikatorbezeichnung</i> und <i>Qualitätsziel</i> aber positiv.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
78	<i>Beschreibung</i> und <i>Zähler:</i> Die Zusammenfassung des ärztlichen, psychologischen, pflegerischen und sonstigen klinisch tätigen Personals auf einer psychiatrischen Station unter dem Begriff „pflegerisch-therapeutische Mitarbeiter“ ist ungewöhnlich. Warum wird nicht der Begriff des Items im Fragebogen auch im Indikatorenblatt verwendet („Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereichs“)?	Der Hinweis wurde aufgenommen und der Begriff des Items im Fragebogen „Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereichs“ in das Indikatorenblatt übernommen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
79	Zu hinterfragen ist der Bezug „mindestens 100 Arbeitstage“ („Arbeitstage“ gleichzusetzen mit den „Personentagen“ bei ID 49b?). Diese Angabe sowie die Einschränkung „innerhalb der letzten drei Jahre“ führen zu einem erheblichen Erhebungsaufwand, wenn diese Frage exakt beantwortet werden soll.	Der Dokumentationsaufwand, der mit diesem Indikator verbunden ist, ist nicht vermeidbar. Im Indikator werden Mitarbeiter ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben (was in etwa einem halben Arbeitsjahr entspricht). Diese Grenze wurde gewählt, um den stationären Einrichtungen etwa ein halbes Jahr Zeit zu geben, neue Mitarbeiter im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation zu schulen. Dies bezieht sich demnach überwiegend auf neue Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die nur vorübergehend auf psychiatrischen Stationen arbeiten und nicht auf den gesamten Mitarbeiterstamm. Auch eine zeitliche Angabe, in welchem Zeitraum das letzte Training/die letzte Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation stattgefunden hat, ist im Indikator nicht verzichtbar.
<b>Indikator ID 57 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung</b>		
80	Es gilt das unter ID 49b gesagte	Siehe Kommentare Nr. 75-76
81	Die Indikatorenblätter der Indikatoren ID 49b und ID 57 einschließlich der Begründungen aus der Literatur sind fast identisch. Damit wird der Unterschied zwischen examiniertem Pflegepersonal und Pflegepersonal mit psychiatrischer Fachweiterbildung verwischt. Es wäre der Sache eher dienlich, bei ID 57 nur diejenige Literatur zu zitieren, die tatsächlich die psychiatrische Fachweiterbildung berücksichtigt.	Es ist korrekt, dass die Indikatordatenblätter dieser Indikatoren fast identisch sind. In den Begründungen beider Indikatoren soll grundsätzlich der Einsatz von Pflegefachpersonen hervorgehoben werden soll, sodass hier auch nahezu die gleiche Literatur zitiert wird.
<b>Indikator ID 59 Kontrolluntersuchungen</b>		
82	Auch bei Patienten, die nicht in der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis versorgt werden (also z.B. in strukturschwachen Gebieten durch Hausärzte) sollten die Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden. Auch wenn diese Leistungserbringer nicht zur Zielgruppe des QS-Verfahrens gehören, sollte die Gesamtrate aller Patienten immer mit ausgewiesen werden.	Patienten, die nicht in der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis versorgt werden, sind bei diesem Indikator ausgeschlossen. Allerdings könnte die Gesamtzahl aller vorliegenden Daten als zusätzliche Information im Rückmeldebericht an die Leistungserbringer mit ausgewiesen werden.
83	Da die Gebührenordnungspositionen des EBM zu Kreatinin, Harnsäure und Harnstoff in die Berechnung eingehen, wäre es korrekter, von „Nierenwerten“ (analog zu den „Leberwerten“) als von „Kreatininwert“ zu sprechen. Gleiches gilt für „Fette“ an Stelle von „Cholesterinwerte“.	Der Hinweis wurde aufgenommen und entsprechende Änderungen im Bericht und Indikatordatenblatt vorgenommen.
84	<i>Zähler:</i> Es handelt sich nicht wirklich um die „Summe der Kontrolluntersuchungen“. Wird z.B. der Blutzucker bei dem Patienten mehrfach im Jahr bestimmt, wird er nicht mehrfach gezählt. Vielleicht wäre eine Formulierung wie „Summe der mindestens einmal pro Jahr durchgeführten Kontrolluntersuchungen“ zielführender. Damit wäre der Charakter der Mindestanforderung unterstrichen.	Der Hinweis wurde aufgenommen und der Zähler dementsprechend sprachlich angepasst. Darüber hinaus wird in den Anmerkungen des Indikators die Zusammensetzung des Zählers konkretisiert.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
85	<i>Begründung:</i> In der Rationale werden weitere klinische Kontrolluntersuchungen bezüglich Körpergewicht, kardiovaskulärer Beeinträchtigungen und extrapyramidalmotorischer Störungen sowie apparative Untersuchungen, wie EKG und EEG, aufgeführt, die in diesem Indikator aber gar nicht erfasst werden. Der Indikator umfasst lediglich Laborkontrollen und sollte am besten auch so genannt werden, auch schon deshalb, um ihn von anderen Indikatoren wie der Kontrolle des Körpergewichts (ID 22_a) abzugrenzen.	Die Aufnahme weiterer klinischer Kontrolluntersuchungen in den Indikator wäre durchaus auch der Wunsch des AQUA-Instituts gewesen. Dies war jedoch wegen der Nicht-Abbildbarkeit spezifischer EBM-Kodes nicht möglich.  Um perspektivisch bei einer eventuell möglichen ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation weitere Kontrolluntersuchungen in den Indikator aufnehmen zu können, wird der Indikatorname zunächst nicht geändert.
86	<i>Paneldiskussion:</i> Das Panel hat sich entscheiden, die (Labor-)Kontrolluntersuchungen abzufragen, die in der S3-Leitlinie der DGPPN empfohlen werden. Das sollte auch klar benannt werden anstatt ungenau von „Leitlinienempfehlungen“ zu sprechen. Im Indikatorenblatt werden diverse andere Leitlinien zitiert mit z. T. weitergehenden Laborempfehlungen (Elektrolyte, TSH, HbA1c, HIV etc.). Hier wäre darzulegen, warum diese Parameter zwar zitiert werden, aber nicht in den Indikator eingehen.	In der Paneldiskussion wurde ergänzt, dass es um die Leitlinienempfehlungen der S3-Leitlinie der DGPPN geht.  Im Indikatordatenblatt wird umfassend dargestellt, welche Kontrolluntersuchungen in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen werden, unabhängig davon, ob diese in die Berechnung des Indikators eingehen.
87	Bei der Berechnung des Indikators ist unklar, ob nur von den psychiatrischen bzw. neurologischen Fachärzten veranlasste Laborkontrollen gezählt werden oder auch hausärztlich angeordnete Kontrollen (wenn dies in den Daten der Kassen unterscheidbar ist). Unnötige Doppeluntersuchungen sollten nicht gefördert werden.	Dieser Indikator erfasst alle im niedergelassenen Bereich durchgeführten Kontrolluntersuchungen, unabhängig davon, bei welchem Arzt diese durchgeführt wurden bzw. welcher Arzt sie veranlasst hat. Kontrolluntersuchungen im hausärztlichen Bereich werden somit auch berücksichtigt.
<b>Indikator ID 61 Von Zwangsmedikation betroffene Patienten</b>		
88	<i>Indikatortyp:</i> Es handelt sich eher um einen Prozessindikator als um einen Ergebnisindikator.	Das AQUA-Institut stimmt der BÄK zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Der Indikator ist hier als Ergebnisindikator konzipiert, weil es ein Krankenhaus durch qualitativ gute Versorgung schaffen sollte, möglichst selten eine Zwangsmedikation einzusetzen zu müssen.
<b>Indikator ID 62 Unterbringungen</b>		
89	<i>Indikatortyp:</i> Die Einordnung des Indikators, der die Rate der Zwangsunterbringungen darstellt, als „Strukturindikator“ ist nicht nachvollziehbar.	Da das Ergebnis dieses Indikators oftmals außerhalb des Einflussbereichs des Krankenhauses liegt, wird er als ein Strukturindikator ausgewiesen.
90	<i>Referenzbereich:</i> Analog zu Indikator ID 36 ist die Formulierung eines Referenzbereichs auf Einrichtungsebene (95-Perzentil) nicht unkritisch. Für jeden Einzelfall einer Unterbringung müssen die rechtlichen Voraussetzungen gegeben sein. In der Rationale wird zudem darauf hingewiesen, dass die Rechtsgrundlage sich in den Bundesländern unterscheidet.	Es ist korrekt, dass für jeden Einzelfall einer Unterbringung die rechtlichen Voraussetzungen gegeben sein müssen.  Der Indikator macht keine Aussage zur Indikation von Unterbringungen, und der Referenzbereich markiert lediglich ein „technisches“ Aufgreifkriterium. Daher kann der Referenzbereich nicht als Auffälligkeitskriterium für strafrechtliche Verstöße interpretiert werden. Wie alle Einrichtungen, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, werden Einrichtungen, die bei diesem Indikator außerhalb des Referenzbereichs liegen, zunächst als rechnerisch auffällig gewertet. Dem schließt sich ein Stellungnahmeverfahren an, in dem die rechnerischen Auffälligkeiten geklärt werden sollen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		Hierbei ist nach Empfehlung des AQUA-Instituts die Region in Form eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes oder eines Qualitätszirkels einzubeziehen. Im Indikatordatenblatt wurde ein Hinweis bei der Prozess- und Ergebnisverantwortung ergänzt, dass der stationäre Leistungserbringer nicht die alleinige Ergebnisverantwortung trägt.
<b>Indikator ID 67b Anbieten von Psychotherapien - ambulant</b>		
91	<i>Zähler:</i> Mit „Anbieten und Erhalten von Psychotherapie bleibt unklar, wie die Antworten zu 6 Items der Einrichtungsbefragung ausgewertet werden sollen. Soll ein Score je Einrichtung errechnet werden?	Im Anhang D ist ein Beispiel für die Auswertung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation aufgeführt. Dort werden die den verschiedenen Antwortoptionen zugeordneten Prozentwerte sowie beispielhaft eine Auswertung des Indikators ID 31_a aufgeführt. Die Auswertung des Indikators ID 67b erfolgt analog. Je Einrichtung wird ein Score errechnet.
92	<i>Datenfelder:</i> Die Praxen sollen in der Einrichtungsbefragung summarisch über ihren gesamten Patientenbestand (mit F2-Diagnosen) einschätzen, inwieweit jeweils Psychotherapie angeboten wurde bzw. tatsächlich bei den Patienten durchgeführt wurde. Eine solche zusammenfassende Einschätzung ist ohne eine entsprechende praxisinterne Statistik schwierig bis unmöglich. Unter <i>Würdigung</i> im Vorbericht wird zu Recht argumentiert, dass die Indikation zur Psychotherapie bei Patienten mit F2-Diagnose vom Einzelfall abhängt. Eine pauschale Gesamtabstufung „der generellen Praxis“ über alle Patienten dürfte wenig aussagekräftig sein. Für Praxisvergleiche zu diesem Indikator mit Referenzbereich gilt das Gleiche.	Für diesen Indikator ist wie auch bei allen anderen Indikatoren, die über eine Einrichtungsbefragung erhoben werden sollen, eine Machbarkeitsprüfung erforderlich, die klären muss, ob die erforderlichen Angaben jeweils praxisintern generiert werden können.
93	Hinweis: Seite 114 im Vorbericht: Überschrift des Indikators fehlt.	Die fehlende Überschrift wurde ergänzt.
94	Dieser Indikator impliziert, dass generell bei Patienten mit F2-Diagnosen Psychotherapie anzubieten ist. Dagegen spricht, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wirksamkeitsbelege der dazu einschlägigen Studien wenig aussagekräftig sind,</li> <li>▪ eine Überlegenheit der Psychotherapie gegenüber Psychoedukation nicht belegt ist,</li> <li>▪ durchaus zu erwartende Nebenwirkungen und Risiken (Induktion von Suizidalität, psychotische Exazerbation etc.) kaum untersucht sind.</li> </ul>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
95	In den Ausfüllhinweisen ist zumindest zu spezifizieren, was in diesem Fall unter „Psychotherapie“ genau zu verstehen ist. Unklar ist zudem, woraus die Notwendigkeit abgeleitet wird, im vertragsärztlichen Bereich den Patienten Informationsmaterial zur Psychotherapie auszuhändigen?	Wie in den Ausfüllhinweisen zu den Datenfeldern ausgeführt, werden unter Psychotherapie sowohl Richtlinien-Psychotherapie als auch andere psychotherapeutische Interventionen verstanden. Die Teilfrage zur Aushändigung von Informationsmaterial wurde aus dem Erhebungsinstrument gestrichen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 70_a Einbezug von Angehörigen</b>		
96	<i>Zähler und Datenfelder:</i> Es gilt das unter ID 67b gesagte.	Siehe Kommentare Nr. 91, 92
<b>Indikator ID 77a Unerwünschte Arzneimittelwirkungen</b>		
97	<i>Indikatorbezeichnung:</i> Die Indikatorbezeichnung ist irreführend. Es geht nicht um die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Ergebnisindikator), sondern um deren Erfassung (Prozessindikator).	Der Hinweis wurde aufgenommen und die Indikatorbezeichnung dementsprechend geändert.
98	<i>Qualitätsziel:</i> Es ist natürlich richtig, dass „Patienten mit einer F2-Diagnose ...möglichst wenig unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ erleiden sollen, für diesen Indikator passt aber die Formulierung des Qualitätsziels nicht, da es sich um einen Prozessindikator handelt. Es könnte z.B. lauten: „Möglichst selten wird bei stationären Patienten mit einer F2-Diagnose eine systematische Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen versäumt.“	Die Formulierung des Qualitätsziels wurde im Indikator angepasst.
99	<i>Rationale:</i> Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Rationale hier nur auf die psychotrope Kombinationstherapie abzielt. Es gibt zahlreiche weitere Gründe für ein systematisches Assessment der Nebenwirkungen, wie z.B. die Vermeidung nicht reversibler EPS-Störungen, die eine Umstellung der Medikation erforderlich machen kann.	Die Rationale des Indikators wurde überarbeitet.
100	<i>Beschreibung:</i> Statt des Begriffs „Erfassung“ wäre vielleicht der Begriff „Monitoring“ angebrachter, um zu betonen, dass es keine einmalige Maßnahme sein sollte.	Das AQUA-Institut teilt die Ansicht der BÄK, dass während des Krankenhausaufenthaltes unerwünschte Arzneimittelwirkungen kontinuierlich erfasst werden sollten. Da im Datenfeld erfragt wird, ob mindestens eine systematische Erfassung stattgefunden hat (und eine einmalige Erfassung für die Erfüllung des Indikators ausreichend ist), wird der Begriff „Erfassung“ beibehalten.
101	Auch den Eintrag von Komplikationen in der Patientenakte könnte man als „systematische Erfassung“ bezeichnen. Da keine allgemein zu empfehlenden Instrumente zur Verfügung stehen, jede Einrichtung ein eigenes Instrument wählen kann und damit die Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen schwierig ist, scheint die Aussagekraft dieses Indikators beschränkt. Auch ist zu hinterfragen, ob die Erfassung fallbezogen für jeden stationären Patienten mit F2-Diagnose erfolgen muss (dann aber lediglich mit der Antwort „ja/nein“). Eine Alternative wäre die Abfrage in der Einrichtungsbefragung, <u>ob und wie</u> unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Einrichtung systematisch erfasst werden.	Im Expertenpanel bestand Konsens darüber, dass den Kliniken kein konkretes Instrument zur Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen vorgeschrieben werden sollte; hier sollen die Kliniken selbst die Entscheidung für ein bestimmtes Instrument treffen können (vgl. Paneldiskussion zum Indikator im Abschnitt 5.3). Das AQUA-Institut erachtet es als wichtig, diesen Indikator patientenindividuell zu erfassen (aufgrund der negativen Auswirkungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen für den Patienten) und nicht aggregiert über eine Einrichtungsbefragung. Die Angabe, mit welchem Instrument die unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfasst werden, scheint nicht für einen Einrichtungsvergleich geeignet. Für einen Einrichtungsvergleich müsste ein Ranking der Instrumente vorliegen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 80 Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen</b>		
102	Die <i>Berechnung</i> des Indikators ist negativ formuliert („...ohne Nachbesprechung..“), <i>Beschreibung</i> und <i>Qualitätsziel</i> sind aber positiv.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
103	<p><i>Anmerkungen:</i> Hier wird erläutert, dass „Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen“ sind. Da Fixierung und Zwangsmedikation aber getrennte Datenfelder sind, müsste bei einer Fixierung mit Zwangsmedikation dann zweimal die jeweilige Nachbesprechung angesprochen werden?</p> <p>Das gleiche gilt für das Festhalten. Wie oben dargestellt, kann hier die Struktur des Datensatzes optimiert werden. Es wird empfohlen, dass der Teildatensatz „Zwangsmaßnahme“ je Zwangsmaßnahme während des stationären Aufenthaltes einmal angelegt wird und als Unterpunkte alle Datenfelder zu Fixierung, Isolierung, Festhalten oder Zwangsmedikation enthält. Dann könnte einmal pro Teildatensatz im letzten Datenfeld abgefragt werden, ob eine Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme stattfand. Durch Beseitigung von Redundanzen ließen sich so übrigens zähltechnisch sieben Datenfelder einsparen (viermal „Anzahl der...“ und dreimal „Nachbesprechung“).</p>	Die Struktur des Dokumentationsbogens wurde überarbeitet.
104	Letztlich ist aber zu hinterfragen, ob die kleinteilige Dokumentation der verschiedenen Zwangsmaßnahmen überhaupt zielführend ist. Wird z.B. einem Patient unter Festhalten ein Medikament verabreicht und er anschließend fixiert, so müsste dieses Ereignis dreifach dokumentiert werden, einschließlich der jeweiligen Uhrzeiten (!).	Die Struktur des Dokumentationsbogens wurde überarbeitet.
<b>Indikator ID 85 Muttersprachliche Kommunikation</b>		
105	Die <i>Berechnung</i> des Indikators ist negativ formuliert („...keine muttersprachliche Kommunikation..“), <i>das Qualitätsziel</i> aber positiv.	Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
106	Es ist zu hinterfragen, ob die fallbezogene Abfrage, ob bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ein Dolmetscher zur Verfügung stand, zielführend ist. Was soll dokumentiert werden, wenn dies im Verlaufe des stationären Aufenthaltes mal gelang und mal nicht? Es bietet sich eher an, die organisatorische Sicherstellung der Dolmetscherfunktion als Strukturabfrage in der stationären Einrichtungsbefragung einzufügen.	Die Panelexperten haben diesen Indikator als fallbezogenen Indikator vorgeschlagen und definiert. Bei dieser fallbezogenen Abfrage soll zusammenfassend für den stationären Aufenthalt beurteilt werden, ob ein Dolmetscher innerhalb von 24 Stunden zur Verfügung gestellt werden konnte (ja/nein-Abfrage).
107	Da das Problem auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung auftritt, hätte es auch in der entsprechenden Befragung adressiert werden können.	Das AQUA-Institut stimmt der Bundesärztekammer zu, dass das Problem auch im ambulanten Setting auftritt. Da zum jetzigen Zeitpunkt keine fallbezogene QS-Dokumentation entwickelt werden sollte, konnte der Indikator nicht ambulant erhoben werden. Eine einrichtungsbezogene Erhebung wurde von den Panelexperten nicht vorgeschlagen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Indikator ID 103 Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung</b>		
108	<i>Indikatorbezeichnung:</i> Hier ist – abweichend von der Benennung der übrigen Indikatoren – das Qualitätsziel schon in der Indikatorbezeichnung enthalten. Neutraler und insgesamt einheitlich wäre: „Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung“.	Hier – wie auch beispielsweise bei den Indikatoren ID 01e, ID 19, ID 20b und ID 43 – ist das Qualitätsziel enthalten, weil die zentrale Botschaft des Indikators in dieser Zusatzinformation liegt. Siehe dazu auch die Anmerkungen zur 72-Stunden-Frist (Kommentar Nr. 110).
109	Die Formulierung von Datenfeld 15 „...mindestens 72 Stunden vor Entlassung...“ ist zwar inhaltlich nicht falsch, verständlicher (auch passend zum frühzeitigen Einbezug) wäre aber „spätestens 72 Stunden vor Entlassung...“. Analoges gilt für Feld 14 („Spätestens 72 Stunden nach Aufnahme...“).	Die vorgeschlagenen Änderungen wurden umgesetzt.
110	Allerdings wird die Evidenz der Einschränkung auf 72 Stunden nicht dargelegt. Warum soll ein später durchgeführtes Gespräch nicht ebenfalls angemessen sein?	Die 72-Stunden-Frist dient der Operationalisierung des „frühzeitigen“ Einbezugs von Angehörigen und resultiert aus einem Expertenkonsens im Rahmen des Panelprozesses. Mit dieser zeitlichen Einschränkung soll gewährleistet werden, dass Angehörige sich noch entsprechend auf den Entlassungsprozess vorbereiten können. Davon unabhängig können auch spätere Gespräche sinnvoll sein und erfolgen.
<b>Indikator ID 104 Gesprächsangebote für Angehörige</b>		
111	Die <i>Berechnung</i> des Indikators ist negativ formuliert („...kein Gespräch...“), <i>das Qualitätsziel</i> aber positiv.	Die Formulierung des Indikators wurde nicht geändert.
112	Was ist zu dokumentieren, wenn der Patient grundsätzlich keinerlei Informationsweitergabe der Ärzte an die Angehörigen wünscht? Die Antwortoption „Patient hat abgelehnt“ sollte analog zum Datenfeld 15 - auch in Datenfeld 17 eingefügt werden. Andererseits ist zu hinterfragen, ob dem gesetzlichen Betreuer ein Informationsgespräch seitens der Einrichtung überhaupt verweigert werden kann.	Hier handelt es sich um ein patientenunabhängiges Gespräch, sodass diese Antwortoption unnötig ist. Den Ausfüllhinweisen zu dem relevanten Datenfeld zur Erfassung des Indikators (vgl. Anhang C.4) ist Folgendes zu entnehmen: „Bei den Gesprächen mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren, soweit keine Entbindung von der Schweigepflicht erfolgte. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.“ Bei gesetzlichen Betreuern, denen keine Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge obliegt, können Gespräche vonseiten der Einrichtung abgelehnt werden.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>5.4 Würdigung des Indikatorensets</b>		
113	Es wird dargestellt, dass die Experten im Panel den im Auftrag an das AQUA-Institut vorgegebenen institutionsbezogenen Ansatz der Qualitätssicherung für den Versorgungsbereich der psychischen Erkrankungen für nicht zielführend und nicht mehr zeitgemäß halten. Stattdessen fordern sie eine patienten- und funktionsbezogene Qualitätssicherung, welche die Versorgung im regionalen Kontext und unabhängig vom Sektor betrachtet. Der Ansatz ist grundsätzlich richtig und zu unterstützen. Allerdings machen die gesetzlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen mit der Trennung der Sektoren und Zuständigkeiten einen solchen hier skizzierten einrichtungsunabhängigen Ansatz schwierig.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
114	Der Vorbericht zeigt die Grenzen der zur Verfügung stehenden Qualitätsinstrumente auf, in dem er eine sehr detaillierte und damit aufwändige Dokumentation im stationären Bereich und eine oberflächliche und fraglich valide Einrichtungsbefragung im ambulanten Bereich vorschlägt. Eine Patienten- und Angehörigenbefragung ist bedauerlicherweise überhaupt nicht Gegenstand des Entwicklungsauftrags.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
115	Das Resümee der Experten, dass es sich lediglich um den Einstieg in die Qualitätssicherung in diesem Versorgungsbereich handeln kann und zahlreiche weitere Schritte folgen müssen, ist zu unterstützen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
116	Abbildung 10 macht anschaulich, dass der Entwicklungsbericht einzelne Qualitätsaspekte (Zwangmaßnahmen, Entlassungsmanagement) der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose sehr detailliert berücksichtigt, andere aber gar nicht abdeckt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>6 Erhebungsinstrumente und Dokumentation</b>		
<b>6.4 Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation</b>		
117	Bei Indikator ID 67b (Anbieten von Psychotherapien – ambulant) sowie bei ID 70_a (Einbezug von Angehörigen) zeigt sich beispielhaft, dass eine fallbezogene Erfassung von qualitätsrelevanten Sachverhalten nur schwer durch eine Befragung der Einrichtung/Praxis ersetzt werden kann, ohne die Ansprüche an die Validität des Befragungsinstruments und die Überprüfbarkeit der Befragungsergebnisse deutlich herunterzusetzen. Zwar wäre von einer solchen Befragung in psychiatrischen Praxen vermutlich ein gewisser appellativer und erinnernder Effekt zu erwarten. Quantitative Aussagen und Praxisvergleiche mit Referenzbereichen dürften jedoch schwierig sein. Ein Aufgreifkriterium für einen Qualitätsdialog auf Basis der Befragungsergebnisse ergäbe sich allenfalls, wenn eine Einrichtung angäbe, eine bestimmte Maßnahme grundsätzlich nie durchzuführen. Eine intensive Machbarkeitsprüfung für dieses Instrument ist daher dringend geboten. Das AQUA-Institut weist zu Recht an mehreren Stellen im Vorbericht darauf hin, dass es „wünschenswert“ wäre, wenn diese z. T. sehr qualitätsrelevanten Sachverhalte auch im ambulanten Bereich mit fallbezogener Dokumentation erfasst würden.	Auch das AQUA-Institut erachtet eine fallbezogene Erfassung von qualitätsrelevanten Sachverhalten für extrem wichtig und nur schwer durch eine Befragung der Einrichtung/Praxis ersetzbar. Solange allerdings keine fallbezogene Erfassung von qualitätsrelevanten Daten möglich ist, sollten zumindest mit einer einrichtungsbezogenen Erfassung Anhaltspunkte für Qualitätsprobleme erlangt werden, die ggf. einen Qualitätsdialog mit der Einrichtung anstoßen können.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>7 Umsetzung</b>		
<b>7.2.3 Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten</b>		
118	Für die ambulante QS-Dokumentation in Form einer Einrichtungsbefragung wird eine Sollstatistik und Konformitätserklärung vorgeschlagen – in Analogie zur fallbezogenen QS-Dokumentation im stationären Bereich. Unklar ist, wie eine solche „Sollstatistik“ aussehen soll, da ja ambulant keine QS-Fälle ausgelöst werden.	Für die ambulante Einrichtungsbefragung wird es keine Vollzähligkeitsprüfung (Sollstatistik und Konformitätserklärung) geben. Die entsprechende Textpassage wurde im Bericht geändert.
<b>7.2.4 Auswertungen</b>		
119	Auf Seite 137 (erster Absatz) wird eine „Vollzähligkeitsprüfung für kollektivvertragliche Leistungen“ aufgeführt, die „durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundlage der ihnen durch die Leistungserbringer zusätzlich zu den QS-Dokumentationen übermittelten administrativen Daten“ erfolge. Da im Verfahrensvorschlag des AQUA-Instituts keine fallbezogene QS-Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich vorgesehen ist, erscheint diese Formulierung unpassend.	Die entsprechende Textpassage wurde im Bericht gestrichen.
120	Für die vorgeschlagene Einrichtungsbefragung wird allerdings ein Abgleich erforderlich werden, der überprüft, ob alle Praxen der eingeschlossenen Facharztgruppen auch einen ausgefüllten Fragebogen abgeliefert haben.	Das AQUA-Institut möchte hierzu auf die aktuellen Diskussionen im G-BA verweisen, in denen u.a. Möglichkeiten eines Abgleichs abgewogen werden.
121	<p>Zu den Facharztbezeichnungen: Unter Berücksichtigung der Ärzte, die eine Bezeichnung nach einer früheren Weiterbildungsordnung erworben haben und diese weiterführen, sind folgende Facharztbezeichnungen möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FA für Nervenheilkunde [ggf. auch mit Klammerzusatz] (Neurologie und Psychiatrie)</li> <li>▪ FA für Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FA für Psychiatrie</li> <li>▪ FA für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ FA für Psychotherapeutische Medizin</li> <li>▪ FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> </ul>	Die Aufzählungen im Bericht beziehen sich auf die in den Sozialdaten abgebildeten Fachgruppenkennungen. Die hier aufgelisteten Fachärzte sollten sich in den Fachgruppenkennungen widerspiegeln.
122	Es wird im Vorbericht vorgeschlagen, die Prozess- und Ergebnisverantwortung einem „Hauptarzt“ aus dem Kreis der niedergelassenen Fachärzte zuzuordnen. Dazu soll der Arzt/die Praxis ausgewählt werden, zu dem/der ein Patient mit F2-Diagnose die meisten ambulanten Kontakte im Erfassungsjahr hatte – soweit dies aus den Sozialdaten der Kassendaten ersichtlich ist. Nach Angabe des AQUA-Instituts hätten ca. 20% der Patienten überhaupt keinen Kontakt zu Fachärzten. Auf Basis der Kassendaten einen Arzt zu detektieren, „dem die Verantwortung für die psychiatrische Versorgung des Patienten obliegt und dem somit die Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung der Indikatoren zugeordnet wird - unabhängig davon, ob er die Leistungen selbst erbracht hat oder nicht“, dürfte so vereinfacht nicht möglich sein.	Es ist nicht zu vermeiden, dass die 20 % der Patienten, die keinen ambulanten Kontakt zu Fachärzten haben, in diesem QS-Verfahren nicht berücksichtigt werden können, da diese Patienten keinen Adressaten im QS-Verfahren haben.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
123	<p>Der „Hauptarzt“ soll im Weiteren die Auswertung der Follow-Up-Indikatoren nach stationärem Aufenthalt zu „seinen Patienten“ erhalten, auch wenn diese ihn nicht aufgesucht haben. Der Begriff „Hauptarzt“ ist unglücklich gewählt und dürfte wohl in der Praxis wenig Akzeptanz finden. Die Bundesärztekammer schlägt vor, einen angemessenen Begriff, wie z.B. „Arzt mit Schwerpunkt der Betreuung“ zu verwenden. Ob aber überhaupt ein Leistungserbringerbezug auf Basis der Kassendaten herstellbar ist und die Ergebnisse dann noch aussagekräftig sind, muss eine ausführliche Machbarkeitsprüfung zeigen. Schon in Kapitel 5.4 wurde diskutiert, dass ein Einrichtungsbezug in diesem Versorgungsbereich gerade wenig sinnvoll ist, sondern möglicherweise andere Bezüge wie die regionale Verteilung eher greifen könnten.</p>	<p>Der Begriff „Hauptarzt“ wurde in das Glossar aufgenommen. Dabei wird definiert, dass der Hauptarzt auch als „Facharzt mit dem Schwerpunkt der psychiatrischen Betreuung“ bezeichnet werden kann.</p> <p>In den analysierten Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2012 ließen sich lediglich 0,5 % der für die Sozialdatenindikatoren relevanten Patienten nicht eindeutig einem einzelnen Leistungserbringer zuordnen, da sie gleich häufig bei zwei oder mehr Leistungserbringern waren. Vorgesehen ist, die Patienten beiden Leistungserbringern zuzuordnen, anstatt nur einem Leistungserbringer.</p> <p>Nach Ansicht des AQUA-Instituts ist eine erweiterte Machbarkeitsprüfung anhand einer größeren Datenbasis für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht zielführend. Sozialdaten bei den Krankenkassen, die für eine erweiterte Machbarkeitsprüfung vorlägen, wären anonymisiert, sodass die Überprüfung des Konstrukts „Hauptarzt“ im Abgleich mit Leistungserbringern nicht erfolgen kann. Hierfür wären leistungserbringer- und patientenidentifizierende Daten notwendig.</p> <p>Sofern Sozialdaten in größerem Umfang zur Überprüfung von Fragestellungen vor dem Regelbetrieb genutzt werden sollen, kann dies nicht im Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung erfolgen. Vielmehr sollte eine gesonderte „Empirische Überprüfung von Sozialdaten“ beauftragt werden, die sich entsprechend präzisierten Fragestellungen widmen kann. Dabei ist vor einer möglichen Beauftragung jedoch zu klären, welche Fragestellungen dafür überhaupt geeignet sind.</p> <p>Zur Erreichung des Ziels scheint dem AQUA-Institut ein angemessener Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichte und Qualitätsdialog geeigneter als eine empirische Prüfung. Dieser Zeitraum könnte beispielsweise das erste Jahr des Regelbetriebs sein, bei dem Daten aller gesetzlichen Krankenkassen sowie Rückmeldeberichte und Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren einbezogen werden könnten.</p>
124	<p>Zu Indikator ID 05a (Wiederaufnahme) heißt es (S. 138): „Die stationäre Einrichtung, die einen Patienten „wiederaufgenommen“ hat, soll dazu keine Informationen im Rückmeldebericht dargestellt bekommen.“ Das ist missverständlich formuliert. Gemeint ist wohl, dass das wiederaufnehmende Krankenhaus keine Auswertung dazu erhält, in welchen anderen Krankenhäusern die Patienten vorher waren.</p>	<p>Im Bericht wurde die entsprechende Textpassage dahin gehend umformuliert, dass das wiederaufnehmende Krankenhaus keine Informationen dazu erhält, ob der Patient zuvor in einem Krankenhaus war.</p>
125	<p>Bei Beschreibung der Basisauswertung der Rückmeldeberichte (S. 140) ist von der „Angaben zu Stammdaten der behandelten Patienten“ die Rede. Da man mit „Stammdaten“ üblicherweise Daten wie „Name“, „Adresse“ oder „Geburtsdatum“ bezeichnet, und hier wohl eher Angaben wie Alters- oder Geschlechtsverteilung gemeint sein dürfte, sollte ein anderer Begriff gewählt werden.</p>	<p>Der Begriff Stammdaten wurde in der Beschreibung der Basisauswertung der Rückmeldeberichte gestrichen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
126	Hinweis: Tabelle 24: streiche „Name des Kapitels“, setze „Kapitel“ oder „Kapitelüberschrift“.	Der Hinweis wurde aufgenommen und die Bezeichnung der linken Spalte von Tabelle 26 in „Kapitelüberschrift“ geändert.
127	In der Beispielsauswertung (Tabelle 25) ist nicht ersichtlich, dass es sich um die Summe <u>aller Tage</u> ohne Wiederaufnahme <u>aller Patienten</u> einer Einrichtung im Zähler handelt und dass sich im Ergebnis die <u>durchschnittliche Dauer</u> ohne Wiederaufnahme bei den Patienten der Einrichtung ergibt.	In Tabelle 27 wurde präzisiert, dass es sich im Ergebnis um die durchschnittliche Dauer ohne Wiederaufnahme in Tagen für die Patienten einer Einrichtung handelt.
128	Es werden zwei Optionen für die Rückmeldung der Indikatoren angegeben (Seite 142): die Darstellung der jeweils aktuellsten Ergebnisse je Indikator und damit wegen der zeitlichen Verzögerung z.B. des 1-Jahres-Follow-Up-Indikators „verschiedene Patientenkollektive“ oder alle Ergebnisse bezogen auf das gleiche Patientenkollektiv bzw. Erfassungsjahr, dann aber insgesamt mit zeitlicher Verzögerung. Es spricht allerdings nichts dagegen, beide Optionen im Rückmeldebericht zu vereinen und immer Indikatorergebnisse zu mehreren Jahren in Folge darstellen, jeweils mit klarem Bezug zur Grundgesamtheit. Zu klären ist vielmehr, über welche Indikatorergebnisse ein strukturierter Dialog geführt werden soll.	Hier scheint ein Missverständnis vorzuliegen: „Verschiedene Patientenkollektive“ bezieht sich nicht auf unterschiedliche Erfassungsjahre, sondern, wie weiter unten im Bericht angeführt, darauf, dass Kalenderjahr (Januar bis Dezember) und Erfassungsjahr nicht identisch sind (z.B. November bis Oktober). Der Rückmeldebericht soll immer die für jeden Indikator aktuellsten Indikatorergebnisse enthalten. Wie in Tabelle 26 dargestellt, sind die Indikatorergebnisse des Vorjahres im Rückmeldebericht enthalten. Weitere Jahre könnten hier ergänzt werden. Das Stellungnahmeverfahren wird zu einzelnen Indikatoren durchgeführt, in denen Einrichtungen rechnerisch auffällig sind. Daher sind die jeweils aktuellsten Ergebnisse eines Indikators die Grundlage für das Stellungnahmeverfahren.
<b>7.3 Instrumente der Qualitätsförderung</b>		
129	Es werden die Regelungen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in § 17 der Qesü-RL mit eigenen Worten wiedergegeben. Wie schon im Kapitel 7.2 richtig beschrieben, ist bei einem Teil der Indikatoren ein hoher zeitlicher Verzug zwischen der Behandlung der Patienten und dem nachfolgendem strukturierten Dialog zu erwarten. Für ambulante Leistungserbringer sind dies bei fünf von zehn Indikatoren zwei Jahre und bei einem von zehn immerhin drei Jahre. Der strukturierte Dialog wird dadurch komplexer.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>7.3.1 Stellungnahmeverfahren</b>		
130	Es wird vorgeschlagen, Gemeindepsychiatrische Verbände oder (KV?)-Qualitätszirkel zu nutzen, um zu bestimmten Indikatoren „die Einschätzung der Leistungserbringer der Region einzuholen“. Es wäre hilfreich gewesen, eine dafür notwendige regionale, nicht leistungserbringerbezogene Auswertung prototypisch darzustellen.	Eine regionale, nicht leistungserbringerbezogene Auswertung ist derzeit nicht möglich, weshalb keine prototypische Auswertung dargestellt werden kann. Das Initial zu einem Einbezug regionaler Leistungserbringer kann nur von einem Leistungserbringer und dessen individuellen Auswertungen ausgehen.
<b>7.4 Schritte bis zum Regelbetrieb</b>		
131	Hinweis: Die Nummerierung der Unterkapitel 7.4.1 bis 7.4.5 ist fehlerhaft.	Der Fehler wurde behoben.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>7.4.1 Empfehlung zur erweiterten Machbarkeitsprüfung</b>		
132	Zu Recht wird auf die Notwendigkeit einer intensiven Machbarkeitsprüfung hingewiesen. Allerdings wird nicht getrennt zwischen fallbezogener und einrichtungsbezogener Dokumentation. Bei letzterer ist zu klären, ob überhaupt verwertbare und für Benchmarks geeignete Datenerfassungen zustande kommen bzw. aussagekräftige Auswertungen möglich sind.	Die Empfehlungen zur Machbarkeitsprüfung wurden allgemein beschrieben, sodass sie sowohl auf die fallbezogene als auch einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zutreffen.
133	Die Machbarkeitsprüfung sollte auch die Nutzung der Sozialdaten bei den Kassen umfassen. Es sollen schließlich – anders als in den vermutlich zeitlich früher startenden QS-Verfahren „Koro/PCI“ und „nosokomiale Infektionen: postoperative Wundinfektionen“ erstmals auch Arzneimitteldaten in Form von PZN sowie OPS des 9er Kapitels aus den Kassendaten genutzt werden. Testauswertungen in der Machbarkeitsprüfung sollten hier die Nutzbarkeit der Daten für die Indikatoren sicherstellen.	<p>Nach Ansicht des AQUA-Instituts ist eine erweiterte Machbarkeitsprüfung anhand einer größeren Datenbasis für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht zielführend. Sozialdaten bei den Krankenkassen, die für eine erweiterte Machbarkeitsprüfung vorlägen, wären anonymisiert, sodass keine ausführlicheren Prüfungen als bisher durchgeführt werden können. Bei den Probeauswertungen der Indikatoren (im Bericht nicht dargestellt, da die Daten der Psychiatrischen Institutsambulanzen unvollständig sind) wurden keine Einschränkungen bei der Nutzung der PZN entdeckt. Die OPS-Kodes des 9. Kapitels des Operationen- und Prozedurenschlüssels werden für die Berechnung der Indikatoren zunächst nicht genutzt. Sie sind zur Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen angedacht. Leistungserbringer- und patientenidentifizierende Daten könnten weitere Erkenntnisse bringen.</p> <p>Anstatt einer erweiterten Machbarkeitsprüfung sollte eine gesonderte „Empirische Überprüfung von Sozialdaten“ beauftragt werden, die sich entsprechend präzisierten Fragestellungen widmen kann. Dabei ist vor einer möglichen Beauftragung jedoch zu klären, welche Fragestellungen hierfür überhaupt geeignet sind.</p> <p>Zur Erreichung des Ziels erscheint dem AQUA-Institut ein angemessener Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichte und Qualitätsdialog geeigneter als eine empirische Prüfung. Dieser Zeitraum könnte beispielsweise das erste Jahr des Regelbetriebs sein, bei dem Daten aller gesetzlichen Krankenkassen sowie Rückmeldeberichte und Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren einbezogen werden könnten.</p>
<b>7.4.2 Spezifikationserstellung</b>		
134	Hinweis: streiche „Institution nach 137a SGB V“, setze „Institut nach 137a“.	Die entsprechende Textpassage wurde geändert.
<b>7.6 Weitere Empfehlungen</b>		
135	Die Empfehlung, den Einrichtungen die Fragebögen schon am Anfang des Erfassungsjahrs auszuhändigen um eine „begleitende bzw. prospektive Dokumentation zu ermöglichen, wirft die Frage auf, wie praktikabel eine retrospektiven Befragung zum Prozessgeschehen in den Praxen überhaupt ist. Ist mit dem Vorschlag eine fallgenaue Dokumentation in den Praxisverwaltungssystemen gemeint, so bedeutet dies nichts anderes als die fallbezogene Dokumentation durch die Hintertür. Psychiatrische Praxen, die ihre Software nicht anpas-	<p>Mit der Aushändigung der Fragebögen zu Beginn des Erfassungsjahres sollten die Leistungserbringer dazu ermutigt werden, auf die zu erfassenden Aspekte im Rahmen der Einrichtungsbefragung zu achten.</p> <p>Die Praktikabilität einer retrospektiven Erfassung muss in einer Machbarkeitsprüfung getestet werden.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	sen (können), müssten über das Jahr händische Strichlisten führen, um am Anfang des darauffolgenden Jahres wahrheitsgemäß bei der Befragung antworten zu können.	
<b>8 Potenziale der Entwicklung weiterer Erhebungsinstrumente</b>		
<b>8.1 Patienten- bzw. Angehörigenbefragung</b>		
136	Die Ausführungen zu diesem wichtigen Thema sind sehr kurz ausgefallen. Neben einem kurzen Überblick über den Forschungsstand aus einschlägigen Studien (z.B. wie ist die Response bei Patienten mit F2-Diagnose?) wäre hier die Datenschutzproblematik zu diskutieren, die in diesem sensiblen Bereich noch komplexer als bei anderen Verfahren sein dürfte. Eine Angehörigenbefragung wirft zusätzliche zu lösende Probleme auf, wie z.B. die Einwilligung der betroffenen Patienten, die Berücksichtigung von Betreuungsverhältnissen etc.	Da in mehreren Stellungnahmen die Darstellung des Potenzials von Patienten- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung als zu knapp bemessen angesehen wurde, wurde im Abschnitt 5.6 das grundsätzliche Potenzial einer Patienten- bzw. Angehörigenbefragung weiter ausgearbeitet und nochmals betont.  Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Patientenbefragung werden gegenwärtig mit dem G-BA diskutiert und geprüft.
<b>8.2 Ambulante fallbezogene QS-Dokumentation</b>		
<b>8.2.1 Qualitätspotenziale</b>		
137	<p>In diesem Kapitel werden die Qualitätspotenziale aufgeführt, die idealerweise mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich erfasst werden sollten. Unklar ist, warum diese Qualitätspotenziale nun zu „Qualitätsbereichen“ zusammengefasst werden, ein Begriff, der zuvor im Vorbericht nicht verwendet worden ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ erster Qualitätsbereich mit dem Qualitätspotenzial „Somatische Versorgung“ (entspricht Indikator ID 22_a bzw. ID 31_a),</li> <li>▪ zweiter Qualitätsbereich mit dem Qualitätspotenzial „Soziale Hilfen“,</li> <li>▪ dritter Qualitätsbereich mit den Qualitätspotenzialen „Psychoedukation“, „Angehörigenpartizipation“ (Indikator ID 70_a) und „Kontakt zur Selbsthilfe“.</li> </ul> <p>Die Qualitätspotenziale „Soziale Hilfen“, „Psychoedukation“ und „Kontakt zur Selbsthilfe“ sind allerdings im Entwicklungsprozess von den Experten in der Betrachtung zurückgestellt worden (ausgeschlossene Indikatoren), so dass unklar ist, warum sie jetzt wieder erwähnt werden. Andererseits wird das Qualitätspotenzial „Psychotherapie - ambulant“, zu dem ja ein Indikator (ID 67b) definiert wurde, in diesem Kapitel nicht erwähnt.</p> <p>Schließlich wird (S. 156) auch aufgeführt, dass eine fallbezogene QS-Dokumentation relevant sei zur Erfassung patientenrelevanter Endpunkte (Krankheitsverlauf, Funktionalität). Auch diese Qualitätspotenziale waren im Entwicklungsprozess (leider) nicht weiter verfolgt worden.</p>	<p>Der Begriff „Qualitätsbereiche“, der erstmals an dieser Stelle des Berichts erwähnt wurde, wurde zugunsten einer besseren Verständlichkeit in „Potenziale“ geändert.</p> <p>Die Paneelexperten haben die Indikatoren zu den aufgeführten Qualitätspotenzialen u.a. als <i>fraglich relevant</i> bewertet, da sie einrichtungsbezogen und nicht fallbezogen erhoben werden sollen. Für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation wären die Indikatoren zu den Qualitätspotenzialen wieder relevant.</p> <p>Das Kapitel zur ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation wurde für den Abschlussbericht grundlegend überarbeitet (vgl. Kapitel 8).</p>
138	Letztlich bleibt damit unklar, was die Gesamtaussage hinter Kapitel 8.2.1 ist. Müsste die Indikatorenentwicklung noch einmal neu aufgenommen werden, falls (zukünftig) eine fallbezogene QS-Dokumentation ermöglicht werden sollte?	Auftragsgemäß sollte das Potenzial einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation dargestellt werden. Sollte zukünftig eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation möglich sein, müssten hierfür Indikatoren neu entwickelt werden, so wie es auch bisher bei anderen Neu- und Weiterentwicklungen der Fall war.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>8.2.2 Auslösung für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation</b>		
139	In diesem Kapitel werden einige Vorschläge gemacht, wie eine QS-Dokumentation im ambulanz-psychiatrischen Bereich bei Patienten mit F2-Diagnose ausgelöst werden könnte. Dazu wird eine mögliche Ablaufsteuerung auf dem „Dokumentationsbogen“ beschrieben. Entscheidend dürfte sein, dass jede für die Qualitätssicherung relevante Maßnahme beim Patienten (Körpergewichtsmessung, Laborbestimmung, Anhörigengespräch etc.) in der Praxis genau dann dokumentiert wird, wenn sie stattfindet. Ob diese Daten quartalsweise oder nur einmal im Jahr an die KVen als datenannehmende Stellen exportiert werden, erscheint angesichts der nachgeordneten Zusammenführung weniger problematisch als der angemessene Soll-Ist-Abgleich.	Der Abschnitt wurde grundlegend überarbeitet.
140	Der Alternativvorschlag einer einmal jährlich ausgelösten Dokumentationspflicht (einschließlich einer neu zu schaffenden Abrechnungsziffer) ist möglicherweise missverständlich formuliert. Soll ein Psychiater einmal im Jahr (d.h. am Anfang eines Jahres für das vergangene Jahr) für alle seine Patienten mit F2-Diagnosen jeweils einen Datensatz ausfüllen?	Der Abschnitt wurde grundlegend überarbeitet.
141	Letztlich lässt sich die Machbarkeit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation in der Psychiatrie in der Theorie kaum erschöpfend beurteilen. Die verschiedenen Erhebungsvarianten müssten in einer Machbarkeitsprüfung - quasi im Laborversuch - auf ihre Praktikabilität überprüft werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>8.2.3 Dokumentation und Datentransfer</b>		
142	Dass hinsichtlich der Sollstatistik einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation in der Psychiatrie „keine Besonderheiten vorliegen“ würden, darf bezweifelt werden. U.a. ist zu klären, ob das Soll für das Quartal oder das Jahr gerechnet werden muss.	Die Sollstatistik soll jährlich abgegeben werden. Daher sieht das AQUA-Institut hier keine Besonderheiten.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>ABGLEICH DES VORBERICHTS MIT DEM AUFTRAG</b>		
143	<p>Da der Auftrag des G-BA vom 19.06.2014 konkrete Vorgaben zur Verfahrensentwicklung macht, ist es hilfreich, den Auftrag mit dem abgelieferten Vorbericht abzugleichen:</p> <p><i>Gegenstand der Beauftragung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von der Möglichkeit, in einem gesonderten Kapitel auch Indikatoren vorzuschlagen, die „Leistungen einbeziehen, welche nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind,</li> <li>▪ auf Daten gestützt werden, deren Erhebung auf Grundlage der geltenden Rechtsvorschriften nicht zulässig ist oder</li> <li>▪ die Dokumentation von verschlüsselten Diagnosen, Operationen, Prozeduren oder von Abrechnungsdaten vorsehen, welche nicht den geltenden öffentlich-rechtlichen Vorgaben entsprechen“,</li> </ul> <p>wurde im vorliegenden Bericht kein Gebrauch gemacht. Dies mag angemessen sein, hätte aber kurz angesprochen werden können.</p>	<p>Die genannten Punkte wurden in einigen wenigen Stellen im Bericht thematisiert (muttersprachliche Kommunikation, Diskussion zur Einführung neuer Codes, Potenziale der ambulanten QS-Dokumentation). Eine explizite Darstellung in einem eigenen Kapitel schien dem AQUA-Institut nicht zielführend zu sein.</p>
144	<p><i>Umfang der Beauftragung</i></p> <p>Der Auftrag umfasst die Eingrenzung der Patienten und Patientinnen aus der Diagnosegruppe F2 und die Prüfung der „Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines <u>QS-Filters</u> zum Fokussieren der Zielgruppe“.</p> <p>Das AQUA-Institut hat diese Vorgabe z. T. berücksichtigt, in dem im Verfahrensvorschlag ein besonderer Schwerpunkt der Qualitätspotenziale auf Zwangsmaßnahmen bei Selbst- und Fremdgefährdung gelegt wurde. Da der QS-Filter aber grundsätzlich sehr weit gesetzt ist (bei den meisten Indikatoren alle volljährigen Patienten mit F2-Diagnose) ist das Spektrum der erfassten Patienten des QS-Verfahrens insgesamt ebenfalls weit gefasst. Anders ausgedrückt: Der Auftrag adressiert eine Einschränkung der Grundgesamtheit des Verfahrens (Nenner) auf schwere Verläufe. Der Vorbericht enthält hingegen eine Fokussierung auf einzelne Zielparameter (Zähler). Dies mag angemessen und methodisch nicht anders möglich sein. Eine kurze Diskussion im Bericht wäre aber wünschenswert gewesen.</p>	<p>Die Prüfung der Eingrenzung der Patienten aus der Diagnosegruppe F2 auf Basis der Vorarbeiten der Institution nach §137a SGB V, der Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie der Entwicklung eines QS-Filters zum Fokussieren der Zielgruppe, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich wird im Bericht jetzt ausführlich dargestellt (vgl. Kapitel 9)</p>
145	<p>Das Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung sollte im Rahmen dieses Entwicklungsauftrags geprüft und dargestellt werden. Im Vorbericht wird in einer tabellarischen Übersicht (Tabelle 9) die Eignung von Patientenbefragungen für die Messung von Qualitätspotenzialen mit berücksichtigt. Kapitel 8.1 (Patienten- bzw. Angehörigenbefragung) hat aber lediglich einem Umfang von unter einer halben Seite. Auch wenn es schwierig sein mag, neben der detaillierten Entwicklung eines Qualitätssicherungsinstruments fundierte Aussagen über weitere hier nicht berücksichtigte Instrumente zu machen, so hätte man sich eine etwas ausführlichere Würdigung gewünscht,</p>	<p>Da in mehreren Stellungnahmen die Darstellung des Potenzials von Patienten- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung als zu knapp bemessen angesehen wurde, wurde der entsprechende Abschnitt erweitert, um das grundsätzliche Potenzial einer Patienten- bzw. Angehörigenbefragung nochmals hervorzuheben (vgl. Abschnitt 5.6).</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	z.B. mit Verweis auf bereits eingesetzte Fragebögen. Die Bedeutung der Patienten- und auch der Angehörigenbefragung bei diesem Versorgungsbereich ist schließlich als sehr hoch einzuschätzen.	
146	Der Auftrag forderte weiterhin die Integration der drei Instrumente (Sozialdatenerhebung, QS-Dokumentation und Einrichtungsbefragung) zu einem „konsistenten, sektorenübergreifenden QS-Verfahren“ inklusive eines Auswertungskonzepts, „welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst.“ Das ist in dem Entwicklungsbericht nur teilweise gelungen. Der Aufbau eines möglichen Auswertungsmusters wird tabellarisch dargestellt, für einen Indikator wird exemplarisch angegeben, welche Parameter dargestellt werden könnten. Inwieweit diese Auswertungen für die Leistungserbringer bzw. die zuständigen Qualitätssicherungsgremien aussagekräftig sind, lässt sich so allerdings kaum abschätzen. Hier sei auf die Notwendigkeit einer erweiterten Machbarkeitsprüfung verwiesen, die ausführliche Musterauswertungen beinhalten sollte. Wie die Gewichtung der Indikatoren untereinander vorzunehmen ist, bleibt unklar. Die einzelnen Probleme der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose werden entweder sehr detailliert (z.B. Zwangsmaßnahme) oder sehr allgemein (z.B. ambulante Betreuung) betrachtet. Die Daten für diese Indikatoren treffen zudem zu unterschiedlichen Zeiten bei der auswertenden Stelle ein, was dazu führt, dass sich die Auswertung jeweils auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen muss. Ob das Hilfskonstrukt der Benennung (Berechnung) eines vertragsärztlichen „Hauptarztes“ für jeden Patienten für die Verantwortungszuschreibung tragbar sein kann, erscheint fraglich.	Auch das AQUA-Institut hält eine umfangreiche Machbarkeitsprüfung für notwendig. Eine Gewichtung der Indikatoren untereinander ist nicht vorgesehen, da jeder Indikator eigenständig ist und Einrichtungen nicht anhand der Summe der Ergebnisse aller Indikatoren bewertet werden. Die unterschiedliche Detailtiefe der Indikatoren resultiert aus den unterschiedlichen Möglichkeiten der Datenerhebung mithilfe verschiedener Erhebungsinstrumente. Auch aufgrund dieser unterschiedlichen Erhebungsinstrumente stehen die Daten für die Indikatorenberechnung zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung. Das AQUA-Institut hat im Bericht (Würdigung des Indikatorensets) eine längere Textpassage zur Ausgewogenheit des Indikatorensets ergänzt.
147	Eine besondere Analyse, ob sich die Qualitätspotenziale/-defizite in psychiatrischen Institutsambulanzen von denen der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung unterscheiden, erfolgt im Vorbericht nicht, obwohl dies im Auftrag hervorgehoben wird. Eine kurze Diskussion wäre hier zu erwarten gewesen. Spätestens in der Machbarkeitsprüfung sollte dies beachtet werden.	Für den Abschlussbericht wurde die Analyse der Qualitätspotenziale/-defizite der PIA ergänzt (vgl. Abschnitt 3.5).
148	Der Auftrag des G-BA sieht für den ambulanten Sektor bei der Verfahrensentwicklung ein Vorgehen in zwei Schritten vor, im ersten Schritt sollen neben den Kassendaten nur Einrichtungsbefragungen zum Einsatz kommen. Der Entwicklungsbericht soll die Analyse enthalten, welche Qualitätspotenziale mit diesem Instrument nicht adressiert werden können und wie andererseits eine fallbezogene QS-Auslösung und -Dokumentation auch im ambulanten Bereich erfolgen könnte. Tatsächlich wird im Bericht wird an mehreren Stellen betont – unterstützt durch das Votum der Experten – dass für viele Indikatoren eine fallbezogene QS-Dokumentation geeigneter wäre. Eine genaue methodische Diskussion, welche Einschränkungen bei Erfassung, Aus- und Bewertung einer Einrichtungsbefragung bestehen, erfolgt leider nicht. Hier wäre es z.B. angebracht gewesen, gegenüberzustellen, welche Vor- und Nachteile sich ergeben,	Da in mehreren Stellungnahmen eine Auseinandersetzung mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Vergleich mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation gefordert wurde, wurde dies im Bericht ergänzt (vgl. Kapitel 8). Zudem wurde die Darstellung des zweiten Entwicklungsschrittes deutlich erweitert.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	wenn Indikatoren auf die eine oder die andere Art erhoben werden. Der Bericht enthält auch keine genauen Aussagen darüber, welche Qualitätspotenziale bei alleiniger Verwendung der Einrichtungsbefragung gar nicht adressiert werden.	
149	Der vorgelegte Vorschlag für ein Einrichtungsbefragungsinstrument als Ersatz für eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich vermag letztlich nicht wirklich zu überzeugen. Während sich Strukturmerkmale mit einem solchem Instrument noch mit angemessener Validität und Überprüfbarkeit abfragen lassen dürften, stößt bei Prozessindikatoren die Abfrage von Selbstauskünften in geschätzten Mengenangaben (z.B. bei wieviel Patienten... erfassen Sie entsprechend der Leitlinie das Körpergewicht?) schnell an ihre Grenzen.	Mit Blick auf die Ausführungen im Bericht ist fraglich, ob man in Bezug auf die Einrichtungsbefragungen von einem „Ersatz“ sprechen kann, da eine Einrichtungsbefragung wesentliche Parameter (v.a. der Ergebnisqualität) nicht abbilden kann. Ob und inwieweit Prozessindikatoren sinnvoll erhoben werden können, muss in einer entsprechenden Machbarkeitsprüfung geprüft werden. Die Diskussion der Vor- und Nachteile von Einrichtungsbefragungen gegenüber einer fallbezogenen QS-Dokumentation wurde im Bericht ergänzt.
<b>FAZIT DER STELLUNGNAHME</b>		
150	Der Vorbericht gibt die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für eine Qualitätssicherung der stationären und ambulanten Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose wieder. Aufgrund umfangreicher Diskussion der Experten des Panels zu diesem komplexen Thema und häufiger Revision der Indikatoren war der Verlauf der Entwicklung nicht einfach linear. Die Dokumentation der Entwicklungsschritte ist aber ausführlich, größtenteils übersichtlich und insgesamt gut nachvollziehbar.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
151	Auftragsgemäß beschränkt sich der Bericht auf die Entwicklung von Indikatoren zum akuten stationären und zum vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Dass damit nur ein kleiner Teil der Versorgung psychisch-kranker Patienten in Deutschland beleuchtet wird, wird im Vorbericht zwar kurz angerissen, hätte aber deutlicher dargestellt werden können.	Dies wurde für den Abschlussbericht verdeutlicht (vgl. Abschnitt 2.3.1). Zudem wurde – nach Absprache in der AG Abschlussberichte – der Titel des Abschlussberichts sachgerecht geändert.
152	Auf der Basis der Datenerfassungsinstrumente QS-Dokumentation im stationären Bereich, Einrichtungsbefragung im stationären und ambulanten Bereich sowie Sozialdaten bei den Krankenkassen wird ein Indikatorenset vorgeschlagen. Dabei besteht innerhalb des Indikatorensets ein deutliches Ungleichgewicht: Während Aspekte der Zwangsmaßnahmen bei Selbst- und Fremdgefährdung im Krankenhaus extrem detailliert und aufwändig abgefragt und ausgewertet werden, wird die Betreuung im ambulanten Bereich in Form einer Einrichtungsbefragung nur sehr oberflächlich erfasst. Auch dies ist dem Auftrag geschuldet, der im vertragsärztlichen Bereich lediglich eine Einrichtungsbefragung vorsieht und allenfalls in einem späteren zweiten Schritte eine fallbezogene Dokumentation. Im Bericht wird an mehreren Stellen Bedauern über diese Einschränkung geäußert. Ein wissenschaftlich methodischer Vergleich der unterschiedlichen Instrumente zur gleichen Fragestellung fehlt aber. Ob überhaupt von der vorgeschlagenen Einrichtungsbefragung aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten sind, muss später eine ausführliche Machbarkeitsprüfung klären. Es wäre zudem wünschenswert, wenn zukünftig – analog zur Patientenbefragung – Gütekriterien für Einrichtungsbefragungen entwickelt werden.	Wie die Bundesärztekammer zu Recht erwähnt, resultiert das Ungleichgewicht im Indikatorenset in erster Linie aus den Einschränkungen des Auftrags. Zur allgemeinen Problematik der „Ausgewogenheit“ des Indikatorensets wurde dem Bericht ein längerer Abschnitt hinzugefügt. Die Ausführungen zum Potenzial einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation für das QS-Verfahren wurden für den Abschlussbericht näher ausgeführt (vgl. Kapitel 8) und eine Diskussion zu den Vor- und Nachteilen von Einrichtungsbefragungen gegenüber einer fallbezogenen QS-Dokumentation wurde im Bericht ergänzt. Das AQUA-Institut stimmt der Bundesärztekammer zu, dass in einer Machbarkeitsprüfung geklärt werden muss, ob von der vorgeschlagenen Einrichtungsbefragung aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten sind.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
153	Die unterschiedlichen Instrumente, Datenquellen und Erhebungsdetails je nach betrachtetem Sektor lassen das vorgeschlagene QS-Verfahren nur z.T. sektorenübergreifend erscheinen. Die Indikatoren beleuchten v. a. jeweils sektorspezifische Qualitätsaspekte des stationären bzw. ambulanten Bereichs.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
154	Patientenrelevante Endpunkte (z.B. Suizidalität, Mortalität, Funktionalität, Arbeitsfähigkeit) sind im Indikatorenset überhaupt nicht enthalten. Der Schwerpunkt des Indikatorensets liegt auf Prozess- und z. T. Strukturqualität. Das ist bedauerlich, vielleicht hätte man trotz abschlägiger Bewertungen der „Relevanz“ durch die Experten an einigen Indikatoren festhalten sollen.	<p>In die Relevanz-Bewertung der Indikatoren können nach Methodenpapier 4.0 verschiedene Aspekte einfließen. „Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je stärker die vorliegende Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome, ist.</li> <li>▪ je besser der Indikator zwischen schlechter und guter Leistung einer Einrichtung differenzieren kann.</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung für Patienten ist (patientenrelevante Endpunkte).</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung des Indikators für die betrachtete Population ist (epidemiologische Relevanz).</li> <li>▪ je stärker der Nutzen bei Erfüllung des Indikators mögliche Risiken überwiegt.</li> <li>▪ je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist.“</li> </ul> <p>Anhand des Kriteriums „je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist“ ist die Relevanz-Bewertung der Panelexperten nachvollziehbar. Da das AQUA-Institut gleichzeitig die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen muss, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen.</p> <p>Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt für einige Ergebnisindikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen.</p> <p>Da die Mortalität aufwandsarm über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann, nimmt das AQUA-Institut die Mortalität als eine Kennzahl in den Rückmeldebericht an die Leistungserbringer mit auf (vgl. Abschnitte 5.4 und 7.2.4). Somit steht die Information zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten zur Verfügung.</p>
155	Die Möglichkeit der Verwendung von Patienten- und Angehörigenbefragungen in diesem sensiblen Versorgungsbereich wird im Bericht thematisch angerissen. Hier hätte man sich aber substantziellere Aussagen gewünscht.	Da im Auftrag explizit erwähnt ist, dass die Entwicklung von QS-Instrumenten zur Befragung der Patienten sowie ggf. auch der betroffenen Angehörigen ein vom G-BA beabsichtigtes Ziel ist, wurde die Notwendigkeit einer Patienten- und ggf.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BÄK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Angehörigenbefragung zunächst nicht nochmals übermäßig betont.</p> <p>Da aber in mehreren Stellungnahmen die Darstellung des Potenzials von Patienten- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung als zu knapp bemessen angesehen wurde, wurde der entsprechende Abschnitt erweitert, um das grundsätzliche Potenzial einer Patienten- bzw. Angehörigenbefragung nochmals hervorzuheben (vgl. Abschnitt 5.6).</p>
156	<p>Von den Experten des Panels wird darauf hingewiesen, dass in vielen Bereichen der komplementären Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose ein Einrichtungsvergleich mangels der Zuordenbarkeit der Ergebnisse wenig sinnvoll zu sein scheint und hier andere Bezüge, z.B. Regionen zu diskutieren sind. Wie dies konkret aussehen könnte, wurde im Bericht nur angedeutet. Zukünftig wären zu diesem Thema weitere Diskussionen im G-BA wünschenswert.</p>	<p>Dieser Vorschlag ist sinnvoll und sollte in den entsprechenden Gremien beraten werden.</p>
157	<p>Zusammengefasst wird vom AQUA-Institut ein Indikatorenset vorgelegt als erster Vorschlag für ein Qualitätssicherungsverfahren im Versorgungsgebiet der Schizophrenie. Auch wenn es sich nicht um „gerichts-feste“ Indikatoren im Sinne es aktuell debattierten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) handeln dürfte, sollte das Thema beim G-BA zeitnah weiter Beachtung finden. Möglichst bald sollte eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben werden, um die Praxistauglichkeit der Indikatoren abschätzen zu können.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

**Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des BfArM	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	Vielen Dank für die Übersendung des Vorberichtes zum Thema „Entwicklung eines sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“. Wir haben den Vorbericht mit Interesse gelesen, insbesondere die Abschnitte mit Bezug zur Pharmakotherapie.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	Zu den einzelnen „Indikatoren“ sehen wir von unserer Seite keinen Kommentierungsbedarf. Die Herausarbeitung der einzelnen für das geplante Indikatorenregister relevanten Indikatoren wird aus unserer Sicht nachvollziehbar beschrieben. So werden z.B. die Aussagen zur Kombinationstherapie von Antipsychotika bzw. zur Benzodiazepin-Überversorgung plausibel zusammengefasst.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	Des Weiteren ist geplant (Indikator 77a), dass stationäre Einrichtungen im Rahmen der qualitätsbezogenen Indikatorenerfassung unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) gezielt dokumentieren sollen, wobei eine strukturierte inklusive der Kausalitätsbewertung, wie sie im Sinne der Pharmakovigilanz vorzunehmen wäre, nicht vorgesehen ist. Es wird auch keine Standardisierung angestrebt, sondern dies soll den Kliniken überlassen werden. Als Qualitätsindikator gilt, dass überhaupt UAW erfasst werden. Eine strukturierte Meldung der UAW als Spontanberichte an das BfArM oder die AkdÄ ist ebenfalls nicht vorgesehen. Nach den derzeitigen Planungen ist die Nutzbarkeit der Daten im Rahmen der Pharmakovigilanz eher in Frage zu stellen, aber wohl auch nicht primäres Ziel des Projektes.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
4	Wir bedanken uns nochmals für die Möglichkeit der Kommentierung Ihres Vorberichtes und verbleiben mit freundlichen Grüßen [...]	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BPtK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Vorbemerkung</b>		
1	Die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) zur Versorgung von psychischen Erkrankungen und hier im Speziellen für Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose hat grundsätzlich das Potenzial, über eine Longitudinalbetrachtung die Prozesse und Ergebnisse der Versorgung über die Grenzen der Sektoren hinweg und entlang des Versorgungspfades zu analysieren und entsprechende Qualitätspotenziale transparent und nutzbar zu machen. Gerade bei häufig chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen sind jedoch regelhaft die verschiedenen Sektoren, aber auch mehrere Fachgebiete, Professionen und Einrichtungen an der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten beteiligt und leisten ihren Beitrag zur Ergebnisqualität der Versorgung.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	Dieser Umstand hat zur Folge, dass eine zu strenge Ausrichtung des QS-Verfahrens auf eine einrichtungsbezogene vergleichende Auswertung und Darstellung der Prozess- und Ergebnisqualität zu einer zu starken Eingrenzung der über das QS-Verfahren adressierten Qualitätspotenziale führen kann. Qualitätspotenziale werden gegebenenfalls nicht angemessen adressiert und Qualitätsindikatoren werden nicht in das zu entwickelnde Indikatorenset aufgenommen, weil eine eindeutige Zuschreibung zu einem einzelnen Leistungserbringer nicht möglich erscheint. Bei dem im Vorbericht dargestellten Entwicklungsprozess wurde lediglich bei Abbildung des Qualitätspotenzials der Koordination und Kontinuität der Versorgung eine Ausnahme gemacht und Indikatoren in das empfohlene Indikatorenset aufgenommen, obwohl eine eindeutige Zuschreibung dieser Qualitätsaspekte zu einem Leistungserbringer zum Teil nicht möglich ist.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	Dabei könnten für diese durch mehrere Leistungserbringer zu verantwortende Versorgungsprozesse und -ergebnisse zusätzliche regionalisierte Auswertungen und Darstellungen der Versorgungsqualität ohne unmittelbaren Einrichtungsbezug Abhilfe schaffen. Regionalisierte Daten der Versorgungsqualität könnten hier einen wesentlichen datenbasierten fachlichen Input für die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in denjenigen Regionen liefern, in denen relevante Qualitätsdefizite identifiziert werden. Hierbei würden nicht einzelne Einrichtungen, sondern alle für die Versorgung in der Region relevanten Einrichtungen und Leistungserbringer adressiert und zusätzliche Impulse für eine intensiviertere Kooperation und Koordination in der Versorgungsregion könnten hierdurch gesetzt werden. Der Vorbericht greift in seinem Fazit diese Überlegungen grundsätzlich auf und weist auf die Möglichkeiten einer rechnerischen Aufbereitung im regionalen Kontext hin, um hierüber Impulse für die sektorenübergreifende Zusammenar-	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BPTK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>beit und für ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein der Leistungserbringer einer Region für die Versorgung zu setzen.</p>	
4	<p>Zugleich werden jedoch im Vorbericht wichtige Qualitätsindikatoren wie z. B. Suizide, Suizidversuche und Sterblichkeit zwar als relevant eingeschätzt, aber insbesondere mangels Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zu einzelnen Einrichtungen nicht in das empfohlene Indikatorenset 1.0 aufgenommen. Eine systematische Analyse relevanter Indikatoren der Versorgungsqualität, die sich für eine regionalisierte Auswertung und Rückmeldung der Versorgungsqualität eignen, und deren Berücksichtigung im Indikatorenset, wäre hier im Sinne einer Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit wünschenswert. Im Vorbericht sollte dabei ausführlich dargelegt werden, welche Limitationen sich für ein QS-Verfahren bei komplexen chronischen Erkrankungen ergeben, wenn im Entwicklungsprozess ausschließlich auf Qualitätsindikatoren fokussiert würde, die jeweils eindeutig einem Leistungserbringer zugeordnet werden können.</p>	<p>Suizide und Suizidversuche sowie eine Reihe anderer möglicher Ergebnisindikatoren wurden für den ambulanten Bereich nicht entwickelt, da die geeigneten Erhebungsinstrumente zu einem späteren Zeitpunkt (Patienten- und Angehörigenbefragung) entwickelt werden sollen bzw. über deren Entwicklung nach Abgabe des Abschlussberichts entschieden wird (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation). Mit einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation lassen sich diese Indikatoren nicht erheben. Die Mortalität ist hier insofern eine Ausnahme, da sie fallbezogen mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann. Allerdings sah das Panel hier keine Möglichkeit, die Mortalität mit einer institutionsbezogenen Qualitätsaussage zu verknüpfen. Da die Mortalität allerdings von vielen Stellungnehmern als relevante Kennzahl hervorgehoben wurde, empfiehlt das AQUA-Institut nun im Abschlussbericht, die Mortalität zu erheben und den Leistungserbringern diese Information in den Rückmeldeberichten zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Für die Darlegung der Limitationen eines QS-Verfahrens für die Versorgung einer komplexen chronischen Erkrankung, das ausschließlich Indikatoren enthält, die eindeutig Leistungserbringern zugeordnet werden können, möchte das AQUA-Institut auf den Abschnitt „Bewertung des Indikatorenset in Bezug auf die Versorgung (Panelexperten)“ (Abschnitt 5.4) verweisen. Diese Aspekte wurden auch in das Fazit (Kapitel 10) aufgenommen.</p>
5	<p>Das in einem umfangreichen Entwicklungsprozess erarbeitete Indikatorenset 1.0 adressiert insgesamt eine Reihe von wichtigen Qualitätspotenzialen, die im Versorgungspfad beschrieben wurden. Nicht zuletzt bezogen auf die Bereiche Koordination und Kontinuität, restriktive Maßnahmen, somatische Versorgung und Pharmakotherapie werden relevante Qualitätspotenziale über das Indikatorenset in klinisch relevanter und praktikabler Weise adressiert. Gleichwohl sind auch hier zum Teil weitere Präzisierungen und Anpassungen im nachfolgenden Beratungsprozess erforderlich, um Fehlanreize zu vermeiden und Unterschiede in der Versorgungsqualität angemessen abzubilden. Grundsätzlich unzureichend adressiert werden von dem empfohlenen Indikatorenset insbesondere die Qualitätspotenziale im Bereich der Psychotherapie und Psychoedukation sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) werden in den abschließenden Empfehlung die methodischen Einschränkungen bei einer Abbildung von Qualitätspotenzialen über Indikatoren aus einer jährlichen einrichtungs- und nicht fallbezogenen Befragung der ambulanten Leistungserbringer nicht ausreichend berücksichtigt. Einige zentrale Kritikpunkte werden im Folgenden näher ausgeführt.</p>	<p>Im Kapitel 8 sind nun die Einschränkungen, die eine einrichtungsbezogene Erhebung gegenüber einer fallbezogenen Erhebung hat, dargestellt. Auch wird nun ausführlich aufgeführt, welche Möglichkeiten eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation bieten kann.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BpTK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>I. Zusammensetzung des Expertenpanels:</b>		
6	<p>In den Allgemeinen Methoden Version 3.0 des AQUA-Instituts werden in Abschnitt 3.4.3 Auswahlkriterien (zum Expertenpanel) ausgeführt, dass es das Ziel der Ausschreibung eines Expertenpanels sei, Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewinnen, die das adressierte Thema in einer möglichst großen Breite abdecken können. Die Panelteilnehmer sollen dabei einen möglichst breiten Querschnitt der Versorgungslandschaft repräsentieren und alle entscheidend beteiligten Professionen und Disziplinen sollen beteiligt werden. Insofern ist es der BpTK unverständlich, dass in dem Expertenpanel gemäß der Auflistung der Panelmitglieder in dem Vorbericht (siehe Seite 63ff.) kein Psychologischer Psychotherapeut berücksichtigt wurde, obwohl diese Berufsgruppe für den Bereich des Angebots und des Erhalts von Psychotherapie sowohl im stationären wie auch im ambulanten Versorgungsbereich von entscheidender Bedeutung ist. Die unzureichende Berücksichtigung dieser Berufsgruppe ist gegebenenfalls auch mitursächlich für die unzureichende Erfassung des Qualitätspotenzials Psychotherapie in dem im Vorbericht empfohlenen Indikatorenset 1.0. Auch die in dem Vorbericht auf S. 75 beschriebenen Diskussionen um die Indikatoren zum Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ (ID 42) legen nahe, dass sich die unzureichende Repräsentanz von Psychotherapieexperten in dem Expertenpanel auf die Auswahl der Indikatoren negativ ausgewirkt haben könnte.</p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt der BpTK zu, dass psychologische Psychotherapeuten für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose einen wichtigen Beitrag leisten, dass aber kein psychologischer Psychotherapeut im Expertenpanel vertreten war.</p> <p>Das AQUA-Institut teilt die Befürchtungen der BpTK, die unzureichende Repräsentanz von psychologischen Psychotherapeuten könnte sich negativ auf die Auswahl der Indikatoren ausgewirkt haben, nicht. Die Diskussionen zum Thema Psychotherapie waren sehr intensiv und sie wurden sehr vielstimmig geführt. Dabei stand zu keinem Zeitpunkt die Relevanz von Psychotherapie in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose infrage. Vielmehr wurde die Definition, Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie, v.a. im stationären Bereich, konträr diskutiert. Anhand des Diskussionsverlaufs im Panel schätzt das AQUA-Institut es als eher unwahrscheinlich ein, dass ein psychologischer Psychotherapeut einen Konsens in der Diskussion zur Definition, Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie im stationären Bereich unter den Experten hätte schaffen können, da die Meinungen und Ansichten der Panelexperten stark differierten.</p>
<b>II. Definition der Versorgergruppen:</b>		
7	<p>Im Abschnitt 3.3.2 des Vorberichts findet sich eine Einteilung der Akteure in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie. Hierbei werden die Facharztgruppen „Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in einer Gruppe zusammengefasst, bei denen laut Vorbericht neben den Psychiatrischen Institutsambulanzen insbesondere die medizinische Verantwortung für die ambulante Versorgung dieser Patientengruppe liege.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
8	<p>Hiervon unterschieden wird im Weiteren die Gruppe der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten. Zu dieser Leistungserbringergruppe sollten jedoch vor dem Hintergrund ihres Leistungsprofils auch die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gezählt werden. Diese Facharztgruppe bietet genau wie die Psychologischen Psychotherapeuten für die betreffende Patientengruppe überwiegend Psychotherapie und keine psychiatrische Basisversorgung an. Dass diese Facharztgruppe nicht an der psychiatrischen Basisversorgung beteiligt ist, lässt sich auch an dem geringen Anteil von 0,6 Prozent der Patienten ablesen (siehe Tabelle 6, Seite 31 des Vorberichts), die von dieser Facharztgruppe behandelt werden. Diese Behandlungen lassen sich entsprechend nicht unter die nervenärztliche/psychiatrische Behandlung subsummieren. Diese Unterscheidung der Fachgruppen spielt bei der Berechnung zahlreicher Indikatoren eine wichtige</p>	Das AQUA-Institut kann die Begründung der BpTK für den Vorschlag nachvollziehen und streicht daher Praxen von Fachärzten mit der Fachgruppenkennung psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60) aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Versorgung.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BPTK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>Rolle (z. B. Indikatoren ID 01e, ID 05a, ID 19, ID 20a), insbesondere aber auch bei dem Indikator, der das Angebot einer ambulanten Psychotherapie abbilden soll (Indikator-ID 67b). Hierdurch ist eine wesentliche Verzerrung der Ergebnisse bei diesem Indikator zu befürchten, da die Inanspruchnahme eines Facharztes für Psychosomatische Medizin, wie auch die eines Psychologischen Psychotherapeuten, regelhaft mit dem Ziel erfolgt, eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu erhalten, während dies bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nur für einen kleineren Teil der dort versorgten Patienten zutreffen dürfte.</p>	
<b>III. Qualitätspotenzial Angebot und Erhalt von Psychotherapie</b>		
9	<p>Im Abschnitt 3.5 „Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale“ wird hinsichtlich der Erfassung des Qualitätspotenzials „Psychotherapie“ dargelegt, dass „eine einrichtungsbezogene Erhebung im ambulanten Bereich dafür eher nicht geeignet ist“ (S. 53 des Vorberichtes, Abschnitt 3.5.5). Auch aus Sicht der BPTK wird es nicht möglich sein, valide und aussagekräftige Informationen zu diesem Qualitätsbereich in der ambulanten Versorgung aus einer jährlichen, einrichtungs- und nicht fallbezogenen Befragung der ambulanten Leistungserbringer zu erhalten. Dennoch soll in dem aus dem RAM-Panelprozess resultierenden Indikatorenset dieses zentrale Qualitätspotenzial durch eine einrichtungsbezogene Befragung der ambulanten Leistungserbringer der nervenärztlichen/psychiatrischen Versorgung abgebildet werden. Der Einbezug der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die Arztgruppe der nervenärztlichen Versorgung würde dabei zusätzlich zu weiteren Verzerrungen der Ergebnisse auf diesem Qualitätsindikator führen, da diese Arztgruppe im Gegensatz zu den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Nervenärzten ganz überwiegend (genehmigungspflichtige) psychotherapeutische Leistungen erbringt. Zudem kommt es zu einer Vermischung der Abfrage des Angebots von Psychotherapie mit dem tatsächlichen Erhalt von Psychotherapie (mit der zusätzlichen Einschränkung auf die Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert war, wodurch die Validität der Angaben weiter beeinträchtigt wird). Die Differenzierung bzw. gegebenenfalls Zusammenfassung mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen ist aus Sicht der BPTK problematisch und dürfte insgesamt dazu führen, dass keine belastbaren Daten zu diesem zentralen Qualitätspotenzial generiert werden können.</p>	<p>Aus Sicht des AQUA-Instituts ist eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation hier das am besten geeignete Instrument zur Erhebung des Qualitätspotenzials (vgl. Abschnitt 8.1). Aufgrund der von allen Experten betonten hohen Relevanz des Qualitätspotenzials wurde im Panelprozess ein Indikator basierend auf einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation definiert, der hier eher einen edukativen Effekt haben wird.</p> <p>Der Befürchtung der Verzerrung des Indikatorergebnisses durch den Einbezug von Fachärzten mit der Fachgruppenkennung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde insoweit begegnet, als dass diese Fachärzte aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen wurden (siehe Nr. 8).</p>
10	<p>Es bleibt unverständlich, warum hier nicht zumindest ergänzend auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle zurückgegriffen wird, um den tatsächlichen Erhalt einer ambulanten Psychotherapie abzubilden. Selbst wenn ein solcher Indikator nicht ausschließlich einem ambulanten Leistungserbringer der nervenärztlichen Versorgung zuschreiben ist und die regionale Versorgungsstruktur einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse auf diesem Indikator ausüben dürfte, ließen sich mit einem solchen Indikator relevante und valide Informationen über die ambulante Versorgungsqualität in diesem</p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt der BPTK zu, dass der Erhalt von Psychotherapie, erhoben über Sozialdaten bei den Krankenkassen, eine aussagekräftige, valide und relevante Information zur Abbildung des Versorgungsgeschehens ist. Für die Qualitätssicherung wäre allerdings entscheidend, dass sich ein Qualitätsziel definieren lässt, wofür es wichtig ist zu wissen, ob bei einem Patienten Psychotherapie im Erfassungszeitraum indiziert ist oder nicht. Da diese Information nicht aus den Sozialdaten hervorgeht, kann auch kein geeignetes Qualitätsziel definiert werden. Beispielsweise ergibt sich bei Pati-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BpTK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>Bereich generieren, die über eine regionalisierte Auswertung zusätzlich einen wichtigen Input für Qualitätsverbesserungsprozesse in einer Versorgungsregion leisten könnten. Das harte Kriterium einer realen Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie ist in jedem Fall im Vergleich zu einer manipulationsanfälligen, pauschalen Selbstauskunft des ambulanten Leistungserbringers über die Häufigkeit eines gegebenenfalls auch nur unzureichend präzise definierten Angebotes einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnose deutlich aussagekräftiger, valider und relevanter für die Abbildung der Versorgungsqualität.</p>	<p>enten mit einer F2-Diagnose ein Anteil von 5 %, der im Jahr 2012 Richtlinien-Psychotherapie erhalten hat (eigene Hochrechnungen anhand von Routinedaten des Jahres 2012 einer kooperierenden Krankenkasse). Inwieweit 5 % „gute“ oder „schlechte“ Qualität widerspiegeln ist ohne Information zur Indikation für den betrachteten Zeitraum nicht einzuschätzen. Aus diesem Grund wurde davon abgesehen, einen Indikator auf Sozialdatenbasis anzulegen, der den Erhalt von Psychotherapie misst. Geeigneter aus Sicht des AQUA-Instituts ist hierfür eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation (vgl. Kapitel 8).</p> <p>Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen kann der Erhalt von Richtlinien-Psychotherapie sowie der Erhalt von psychotherapeutischen Gesprächen als Einzelbehandlung (GOP 23220) entnommen werden. Diese Informationen können im Rahmen der Basisauswertung dargestellt werden, um für die Bewertung der Indikatorergebnisse und zur Rückmeldung an die regionale Versorgung (im Sinne von Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder Qualitätszirkeln) zur Verfügung zu stehen. Die Auswertung dieser Informationen stellt für die Leistungserbringer keinen zusätzlichen Aufwand dar.</p>
<p><b>IV. Indikator für das Qualitätspotenzial „Psychotherapie im stationären Bereich“</b></p>		
<p>11</p>	<p>Das Qualitätspotenzial „Psychotherapie im stationären Bereich“ wird durch das resultierende Indikatorenset in keiner Weise adressiert, obwohl vor dem Hintergrund der vorliegenden Analyse sowohl hinsichtlich der Psychotherapie als auch der Psychoedukation deutlich ist, dass hier relevante Versorgungsdefizite in der stationären Versorgung bestehen dürften. Der auf Seite 75 des Vorberichts dargestellte Diskussionsprozess im Expertenpanel zu den bewerteten Indikatoren zu Psychotherapie und Psychoedukation in der stationären Versorgung ist dabei fachlich nicht nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere für die Erläuterung, dass es den Experten nicht möglich war, Psychotherapie und psychotherapeutische Interventionen gegenüber anderen Gesprächen mit dem Personal abzugrenzen und dass vor diesem Hintergrund die Relevanz des Indikators ID 42 in seinen Varianten insgesamt in Frage gestellt wurde. Hier zeigt sich eine wesentliche Begrenzung der Methodik der Entwicklung eines Indikatorensets über den Bewertungsprozess im RAM-Panel, insbesondere dann, wenn eine unausgewogene Zusammensetzung des Expertenpanels mit Interessenvertretern einzelner Berufsgruppen einen fachlich orientierten Bewertungs- und Konsentierungsprozess spezifischer Qualitätsindikatoren nachhaltig beeinträchtigt. In diesem Sinne ist es auch unverständlich, warum das AQUA-Institut nicht von seinen Möglichkeiten einer Korrektur des Panel-Votums gemäß 6.4.1 der Allgemeinen Methoden 3.0 Gebrauch gemacht hat. Schließlich führt die Nicht-Aufnahme eines Indikators zur Psychotherapie in der stationären Versorgung zu einer wesentlichen Lücke in der Abdeckung des Versorgungspfades. Hier sind aus Sicht der BpTK nachträgliche Korrekturen und eine entsprechende Ergänzung des Indikatorensets erforderlich.</p>	<p>Das AQUA-Institut kann nach Methodenpapier das Panel-Votum nicht „korrigieren“. In dem mit dem G-BA konsentierten und für das AQUA-Institut verbindlichen Methodenpapier sind die Funktion und die Rolle des RAM-Panels festgelegt. Das „Panel-Votum“ der Experten steht dabei am Ende einer langen Abfolge von Auswahl- und Bewertungsschritten. Im Regelfall moderiert das AQUA-Institut den Konsensusprozess ohne hierbei direkt Einfluss auf die medizinisch-pflegerischen Inhalte zu nehmen. Das Methodenpapier sieht allerdings vor, dass das AQUA-Institut unter bestimmten Bedingungen bei der abschließenden Gesamtwürdigung des Indikatorensets das Panel-Votum überstimmen (nicht korrigieren!) kann. Hierzu heißt es im Methodenpapier 4.0 Abschnitt 8.3, dass die Beibehaltung eines vom Panel als nicht positiv bewerteten Indikators im Set möglich ist, „wenn damit erreicht werden kann, das[s] wesentliche, mit vertretbarem Aufwand messbare Qualitätspotenziale mithilfe dieser Indikatoren abgedeckt werden können“. Zum Vorliegen eines Qualitätspotenzials heißt es an anderer Stelle im Methodenpapier definitorisch, dass sich die im Potenzial genannten Qualitätsziele „auf bekannte oder vermutete Qualitätsdefizite [beziehen] und [...] ein tatsächliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung bzw. Ansätze für diesbezügliche Maßnahmen [bieten].“</p> <p>Das AQUA-Institut teilt die Befürchtungen der BpTK, die Zusammensetzung des Panels könnte die Auswahl der Indikatoren nachhaltig beeinträchtigt haben, nicht. Die Diskussionen zum Thema Psychotherapie wurden sehr vielstimmig geführt. Dabei haben die Panelexperten zu keinem Zeitpunkt die Relevanz von Psychotherapie in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose infrage gestellt. Vielmehr wurden die Definition, Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie, v.a. im stationären Bereich, kont-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der BPTK	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		rär diskutiert und konnten aufgrund der stark differierenden Einschätzungen der Experten nicht konsentiert werden. Aufgrund dessen konnte kein Indikator zur Psychotherapie im stationären Bereich definiert werden oder nachträglich vom AQUA-Institut in das Indikatorenset aufgenommen werden. Es wurde versucht diesen Sachverhalt im Bericht ausführlicher und nachvollziehbarer darzustellen.
12	Weiterhin ist es nicht nachvollziehbar, warum im Bereich der stationären Versorgung hinsichtlich der Strukturqualität ausschließlich die Strukturindikatoren „Fachpflegepersonen“ und „Fachpflegepersonal mit psychiatrischer Fachweiterbildung“, aber nicht auch die Strukturindikatoren „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychologische Psychotherapeuten/Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder deren Kombination, in den Bewertungsprozess aufgenommen wurden.	In den Strukturindikatoren wurde zunächst auf Pflegefachpersonen fokussiert, da hier ein großes Qualitätspotenzial/-defizit vorliegt. Überdies wird hiermit die in allen Einrichtungen vorhandene, mengenmäßig größte und für die pflegerische Grundversorgung wichtigste Berufsgruppe adressiert.
<b>V. Vermeiden von Benzodiazepin Überversorgung</b>		
13	Der Indikator ID 21a adressiert einen wichtigen Bereich einer Fehl- und Überversorgung von Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose durch eine Dauermedikation mit Benzodiazepinen und dem entsprechend hohen Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Allerdings erscheint bei der Definition des Nenners des Indikators die Einschränkung auf Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnose und mindestens einer Benzodiazepinverordnung innerhalb eines Jahres problematisch. Diese Einschränkung setzt voraus, dass die Indikationsstellung für eine „erstmalige“ Verordnung von Benzodiazepinen grundsätzlich als sachgerecht einzustufen ist und geeignet ist, eine spezifische Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnose präzise und angemessen zu definieren. Leistungserbringer, die grundsätzlich sehr zurückhaltend mit der Verordnung von Benzodiazepinen sind, würden hierdurch systematisch benachteiligt, weil sich bei ihnen der Nenner deutlich reduzieren und jede dauerhafte Benzodiazepin-Medikation umso mehr Gewicht bei der Berechnung des Indikators erhalten würde. Aus Sicht der BPTK ist es angemessener, den Nenner als Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu definieren.	Das AQUA-Institut nimmt die Anregung auf und empfiehlt den Anteil der Patienten, die kein Benzodiazepin erhalten haben, als ergänzende Information zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten in die Rückmeldeberichte aufzunehmen. Des Weiteren sollte dieser Faktor in der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells berücksichtigt werden. Dies wurde in der Würdigung des Indikators, sowie bei den Indikatoren ID 19 und ID 20b, für die ein ähnlicher Zusammenhang besteht, ergänzt.

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DFPP	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	<p>Gerne nehmen wir aus der Perspektive der Psychiatrischen Pflege wie folgt Stellung:</p> <p>1. Insgesamt begrüßt die DFPP das vorgestellte Indikatorenset und hofft auf eine zügige Umsetzung des geplanten QS-Verfahrens.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	<p>2. Innerhalb des im Vorbericht beschriebenen Rahmens wurden Qualitätsindikatoren entwickelt, die nach Einschätzung der DFPP das Potenzial haben, einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu leisten. Die DFPP begrüßt, dass Impulse für Schnittstellenkoordination, für Angehörigeneinbezug, für Empowermentförderung und viele weitere relevante Aspekte der Versorgung vorliegen. Die DFPP freut sich, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt wurden. Die DFPP hält die Indikatoren im Ganzen für verständlich und praktikabel und sie denkt, dass sie mit vertretbarem Aufwand erfassbar sind.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	<p>3. Besonders begrüßen wir, dass 7 geeignete Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen vorliegen, die Transparenz herstellen und endlich Datenmaterial liefern. Die DFPP erwartet hier neben wirksamen Verbesserungen der Praxis auch fachliche Impulse durch die dann hoffentlich mögliche Analyse des Datenmaterials.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
4	<p>4. Die Indikatoren 49 und 57 hält die DFPP für ausgesprochen wertvoll, da die Pflege in der stationären Psychiatrie in den letzten Jahren weit überdurchschnittlich vom Personalabbau betroffen war und daher aktuell viele Patienten nicht die Menge und Qualität der Pflegeangebote erhalten, die sie brauchen und die fachlich leistbar wären. Die DFPP freut sich sehr, dass diese beiden Indikatoren im gesamten Panel so hohe Zustimmung gefunden hatten (vgl. Anlagen zum Vorbericht) und somit auch interprofessionell und seitens der Patientenvertreter offenbar unstrittig sind.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
5	<p>5. Im Indikator „57 -Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung“ <b>fehlt ein sehr wichtiger Hinweis und wir bitten dringen um Ergänzung:</b> Laut Beschreibung erfasst der Indikator „den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen“, entsprechend ist auch der Zähler formuliert. <b>Ergänzt werden muss in der Beschreibung, im Zähler und in den Anmerkungen:</b> „[...mit psychiatrischer Fachweiterbildung] bzw. BA und MA-Abschluss im Feld der psychiatrischen Pflege [auf psychiatrischen Stationen]“. <b>Zunehmend werden die Fachweiterbildungen durch BA-Studiengänge abgelöst, was auch eine Annäherung an internationale Bildungsstandards der Pflege bedeutet (und auch die in der Rationale genannten Studien beziehen sich auf akademisierten Pflegenden).</b> <b>Aufgrund der uneinheitlichen Bildungsstrukturen empfehlen wir in den An-</b></p>	Das AQUA-Institut nimmt den Hinweis zu den Bachelorstudiengängen zu psychiatrischer Pflege auf. Nach Auffassung des AQUA-Instituts fallen die Bachelorstudiengänge zu psychiatrischer Pflege unter eine psychiatrische Fachweiterbildung, da dem Studiengang eine pflegerische Ausbildung vorangeht. Um dieser Unschärfe zu begegnen, wurden in den Anmerkungen des Indikators sowie in den Ausfüllhinweisen zum Datenfeld die Studienabschlüsse explizit ergänzt.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DFPP	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	merkungen zu konkretisieren: „Als Pflegefachpersonen mit BA-Abschluss psychiatrische Pflege im Sinne des Indikators Fachpflegerische Versorgung“ gelten Pflegefachpersonen, die nach der grundständigen Pflegebildung ein BA-Studium oder einen höherwertigen Studiengang mit dem Schwerpunkt Psychiatrische Pflege erfolgreich absolviert haben.	
6	6. Auch wenn die „datentechnische Grundlage“ plausibel ist: Die DFPP hält es für ein Desaster, dass als einzige Akteure der ambulanten Versorgung die Ärzte gelten. Und „wirklich sektorenübergreifend“ kann ein Verfahren nur dann sein, wenn alle Leistungsanbieter (auch außerhalb des SGB V) miteinbezogen sind. Weiter ist die kommunale Politik maßgeblicher Gestalter psychiatrischer Versorgung.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
7	7. Qualitätsindikatoren können nur spezifische Ausschnitte der Qualität anzeigen und sie unterliegen vielen methodischen Problemen. So sind die vorliegenden Indikatoren auch eher institutionsbezogen als patientenbezogen. Bei einer Weiterentwicklung muss dennoch versucht werden einen stärkeren Fokus auf die subjektive Patientenzufriedenheit zu legen. Geeignete Patientenbefragungen wären das Mittel der Wahl und sollten zusätzlich etabliert werden. Weiter sollten relevante Ergebnisparameter stärker abgebildet werden, u.a. die subjektive Lebensqualität, das persönliche Krankheitsmanagement (neben Symptomstärke und Symptomkontrolle auch Krisen- und Gesundheitskompetenz), das Selbstvertrauen und die Zuversicht, die psychosozialen Fertigkeiten und die soziale Einbindung.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
8	8. Die DFPP wünscht, dass entsprechende Indikatorensets auch für andere ICD-gruppen entwickelt werden. Die höchste Priorität wird zunächst bei Demenzpatienten gesehen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

## Dokumentation und Würdigung der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP) und des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGKJP, BAG KJPP und BKJPP	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	<p>Wir freuen uns, dass nunmehr erste Ergebnisse vorliegen und das AQUA-Institut 27 als relevant und praktikabel bewertete Indikatoren zur Umsetzung empfiehlt/empfehlen kann.</p> <p>Dennoch ist es aus unserer Sicht bedauerlich, dass Kinder und Jugendliche keine Berücksichtigung finden, vielmehr nur Erwachsene Gegenstand der Erhebung sind.</p>	<p>Da dem Auftrag entsprechend ein Qualitätssicherungsverfahren zur Versorgung von <u>volljährigen</u> Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen entwickelt wurde, wurden Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung nicht berücksichtigt.</p> <p>Eine Qualitätssicherung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss andere Schwerpunkte setzen als die Qualitätssicherung in der Erwachsenenpsychiatrie. Daher kann das AQUA-Institut die Entscheidung, Kinder und Jugendliche aus diesem QS-Verfahren auszuschließen, nachvollziehen.</p>
2	<p>Wir sind uns durchaus darüber bewusst, dass die Erhebung ein erster Schritt ist, um -wie gesetzlich in § 137 Abs.1 c S.1 SGB V nunmehr vorgegeben- Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu erarbeiten.</p> <p>Dennoch haben wir die Sorge, dass die Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bei der Umsetzung der Vorgaben des § 137 Abs.1 c SGB V nicht hinreichend Beachtung findet und das obwohl gemäß § 137 Abs.1 c S.3 SGB V bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung die Besonderheiten zu berücksichtigen sind, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben.</p> <p>So ist uns aufgefallen, dass fast alle Indikatoren einen Ausschluss für Personen unter 18 Jahren enthalten. Sollte dies der Tatsache geschuldet sein, dass für unter 18 Jährige (gemäß § 137 Abs.1 c S.3 SGB V nur folgerichtig) eigene Indikatoren entwickelt werden, so wäre das sehr erfreulich.</p>	<p>Der Ausschluss von Patienten unter 18 Jahre beruht auf der in der Beauftragung beschriebenen Zielpopulation des QS-Verfahrens, die ausschließlich <u>volljährige</u> Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen berücksichtigen soll.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGKJP, BAG KJPP und BKJPP	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
3	<p>Wir möchten dennoch darauf hinweisen, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im niedergelassenen Bereich Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr behandeln, insbesondere in den Fällen in denen eine Erstmanifestation bereits vor dem Alter von 18 Jahren erfolgte oder die betroffenen Patienten wegen anderer Erkrankungen schon zuvor in der Behandlung eines niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie waren.</p> <p>Deshalb sollten bei allen Indikatoren, in denen das KV-System von niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten, Psychotherapeuten, Ärzten für Psychosomatische Medizin spricht, auch Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erwähnt werden.</p> <p>Das hieße, dass unter Anmerkungen überall dort wo steht: „ zu den vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen von niedergelassenen Ärzten mit den Fachgruppenkennungen“ noch die Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ergänzt wird.</p>	<p>Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die zusätzliche Nennung der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Zusammenhang mit diesem Bericht und den primären Adressaten dieses QS-Verfahrens eher zu Verwirrung führen würde.</p> <p>Die Qualitätssicherung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss andere Schwerpunkte als die Qualitätssicherung in der Erwachsenenpsychiatrie setzen. Um den Belangen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gerecht zu werden, sieht es das AQUA-Institut als sinnvoller an, wenn, wie von den hier stellungnehmenden Organisationen gewünscht, eigene Indikatoren für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung entwickelt werden würden.</p>

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1. Zusammenfassende Bewertung</b>		
1	<p>Grundsätzlich sind die vom AQUA-Institut am 15.7.2015 vorgelegten 27 Entwürfe für Qualitätsindikatoren für den Bereich der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie ein Baustein für die Optimierung der Versorgungsqualität. Es ist dringend erforderlich, die Qualitätsindikatoren in erster Linie auf der Grundlage von Routinedaten der Krankenversorgung zu ermitteln, was jedoch nur für sechs der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren realisierbar ist, wenn man die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach §301 SGB V sowie der niedergelassenen Ärzte nach §295 SGB V als Datengrundlage heranzieht. Dadurch wird im jetzigen Vorschlag eine Reihe zusätzlicher Datenerhebungen bei den Versorgern erforderlich, was die Praktikabilität und Akzeptanz der Indikatoren deutlich einschränkt oder ausschließt.</p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht, dass eine Erhebung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Routinedaten keinen Aufwand verursacht und deswegen prinzipiell gegenüber manuellen Dokumentationen bevorzugt werden sollte.</p> <p>Der Auftrag zur Indikatorenentwicklung enthält an keiner Stelle die Einschränkung, dass ausschließlich Indikatoren entwickelt werden sollen, die mittels Routinedaten erhebbar sind. Im Auftrag heißt es [Hervorhebung vom AQUA-Institut]: „Ziel des einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens ist die Messung und Bewertung der <u>Versorgungsqualität einer Behandlung</u> von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10-GM F2) – <u>insbesondere mit schweren und schwersten Verläufen, im Abgleich mit einer leitliniengerechten Versorgung</u>.“ Darüber hinaus heißt es weiter: „Bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren [...] sind <u>regelmäßig ethische Aspekte</u> und ggf. die besonderen <u>Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen</u> zu berücksichtigen. Diese beziehen sich auf den besonderen Schutz der Würde psychisch erkrankter Menschen z.B. bei <u>Zwangmaßnahmen</u>, rechtlicher Betreuung und sämtlichen Maßnahmen, die das Risiko von Ausgrenzung und Stigmatisierung beeinflussen.“ Die zur Realisierung dieser Zielsetzungen notwendigen Informationen finden sich nur in sehr geringem Maße in den Sozialdaten.</p> <p>Die „Anzahl“ der Indikatoren steht nur mittelbar in Beziehung zu einem etwaigen Dokumentationsaufwand. Für die Indikatoren der einrichtungsbezogenen Erhebung (4 Indikatoren) im ambulanten Bereich muss ein Leistungserbringer einmal jährlich insgesamt 22 Fragen beantworten. Für die einrichtungsbezogene Erhebung im stationären Bereich (3 Indikatoren) sind es einmal jährlich 5 Fragen.</p> <p>Für die fallbezogene QS-Dokumentation im stationären Bereich ist die Dokumentation von 39 Datenfeldern vorgesehen, von denen 17 nur in bestimmten Fällen (Feld-Abhängigkeiten) dokumentiert werden müssen. Im Vergleich zu einem „kleinen“ und weniger komplexen Themenfeld wie der Herzschrittmacher-Implantation müssen dagegen 73 Datenfelder dokumentiert werden.</p>
2	<p>Vom inhaltlichen Profil des Indikatorsets aus betrachtet fällt auf, dass nur zwei Qualitätsindikatoren sektorenübergreifend angelegt sind, wobei davon nur einer mit Daten aus beiden Sektoren (ambulant und stationär) erhoben wird. Der Großteil der Indikatoren bezieht sich auf die stationäre Versorgung (18 von 27 Indikatoren), von denen 17 Indikato-</p>	<p>Der Bericht bzw. das Indikatorenset ist nach Ansicht des AQUA-Instituts das Ergebnis einer tiefen Diskussion über die Versorgungsqualität für Menschen mit einer F2-Diagnose. Es können nicht alle relevanten Qualitätsaspekte gemessen werden, da beispielsweise derzeit noch Instrumente wie eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>ren mit zusätzlichen Dokumentationen erhoben werden müssen, sodass ein hoher Dokumentationsaufwand entsteht. Bei einigen Indikatoren wäre auch der Einbezug der hausärztlichen Versorgung empfehlenswert. Nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt ist zudem die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte. Inhaltlich ist auffällig, dass sich zehn von 27 Indikatoren mit Zwangsmaßnahmen und Medikamentennebenwirkungen/Polypharmazie beschäftigen, was eine nicht gerechtfertigte Betonung dieses Bereichs bedeutet. Dieser Fokus könnte durch Streichungen einiger Indikatoren abgeschwächt und dadurch auch die Zahl der Indikatoren reduziert werden. Auf der anderen Seite fehlen wichtige Aspekte der Versorgung wie Suizidalität oder berufliche Rehabilitation, die eine große Bedeutung für die Versorgungsrealität haben. Es fällt zudem auf, dass die meisten Indikatoren Prozessindikatoren sind (19 von 27 Indikatoren) und die Anzahl der Ergebnisindikatoren (vier von 27 Indikatoren) gering ist, jedoch gerade Ergebnisindikatoren (z. B. Verbesserung der Funktion im täglichen Leben) eher unmittelbare Patientenrelevanz haben. An dieser Stelle muss eine profunde Diskussion geführt werden, was Versorgungsqualität für Menschen mit einer Schizophrenie ist und wie diese am besten charakterisiert werden kann.</p>	<p>und eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation fehlen, was insbesondere auch für die Erfassung der Ergebnisqualität relevant ist. Aufgrund dieser Tatsache entsteht auch zwangsläufig ein Ungleichgewicht zwischen der Erfassung qualitätsrelevanter Aspekte im stationären und ambulanten Bereich sowie in den einzelnen Qualitätsdimensionen. Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (siehe Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>
3	<p>Die Absicht, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln, wird stark begrenzt durch die bisher durch verschiedene Faktoren deutlich aufrechterhaltenen Sektoren-Barrieren (unterschiedliche Finanzierungssysteme, unterschiedliche Anreizsysteme, fehlende Anreize für vernetzte Versorgung im vertragsärztlichen Bereich).</p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dieser Ansicht zu. Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
4	<p>Es ist derzeit sicher sinnvoll, sowohl Indikatoren ausschließlich für den stationären wie auch für den ambulanten (hier vertragsärztlichen) Bereich zu definieren. In der Entwicklung von Indikatoren, die explizit sektorenübergreifend etabliert werden sollen, müssen die gesundheitspolitischen Gegebenheiten in Deutschland berücksichtigt werden.</p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht der DGPPN, dass die gesundheitspolitischen Gegebenheiten (insbesondere die noch immer bestehende faktische Trennung der Sektoren) bei der Entwicklung von sektorenübergreifenden QS-Verfahren besondere Berücksichtigung finden müssen. Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
5	<p>Zusammenfassend sind das Ungleichgewicht der Indikatoren hinsichtlich der betrachteten Versorgungsbereiche mit Schwerpunktsetzung auf stationäre Leistungserbringer, Zwangsmaßnahmen und Medikation festzuhalten, sowie der exzessive Mehraufwand für Erhebungen und Dokumentationen. Dies erscheint für eine breite Umsetzung in die Praxis nicht realisierbar. Auf diesem Hintergrund erscheint die Einführung eines solchen Sets von 27 Qualitätsindikatoren nicht sinnvoll. Die DGPPN schlägt alternativ vor, ein Subset von maximal 5 bis 10 Indikatoren auszuwählen, die zentrale Aspekte der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie abbilden und ausschließlich aus Routinedaten gewonnen werden können.</p>	<p>Aus Sicht des AQUA-Instituts erscheint es unrealistisch mit einem Subset von maximal 5 bis 10 Indikatoren, für die die Daten zur Berechnung ausschließlich aus Routinedaten gewonnen werden, die zentralen Aspekte der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie abzubilden. Das jetzige Indikatorenset zeigt, dass die Indikatoren, die über Routinedaten (hier: Sozialdaten bei den Krankenkassen) zwar Prozesse abbilden können. Es wird jedoch auch deutlich, dass viele relevante Prozessindikatoren nicht allein über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden können. Bei einer alleinigen Erfassung von Indikatoren mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen würden (weitere) relevante Aspekte der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität im Indikatorenset fehlen.</p>
6	<p>Im Folgenden werden eine Übersicht zur Abbildung der DGPPN-QI im hier vorgeschlagenen QI-Set (2) und ein Vorschlag zur Kommentierung der einzelnen Indikatoren (3) vorgelegt.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2. Abbildung der DGPPN-QI zur Schizophrenie (<sup>1</sup>Großimlinghaus et al., 2013) in den AQUA-QI-Entwürfen</b>			
7	DGPPN QI	AQUA QI	Die Abbildung der DGPPN-QI zur Schizophrenie im Indikatorenset des AQUA-Instituts ist korrekt dargestellt.
	Berücksichtigt wurden (teils modifiziert):		
	QI 6 Rasche ambulante Terminvergabe	01e	
	QI 9 Zwangsmaßnahmen	36, 61	
	QI 4 Psychotherapie	67b nur ambulant, nicht stationär	
	QI 3 Monitoring von Nebenwirkungen	59	
	QI 7 Diagnostik/Medizinische Anamnese	77	
	QI 10 Psychoedukation für Bezugspersonen	103 (nicht explizit Psychoedukation, nur „Einbezug“)	
	Nicht berücksichtigt wurden:		
	QI 1 und QI 2 Antipsychotische Medikation		
	QI 5 Psychoedukation für Betroffene		
	QI 8 Suizide/Suizidrisiko		
	QI 11 Rehabilitation/berufliche Wiedereingliederung		
	QI 12 Standardisierte Erfassung der Psychopathologie		
<sup>1</sup> Großimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, Zielasek J. Entwicklungsprozess der DGPPN Qualitätsindikatoren. Nervenarzt. 2013; 84(3):350-65.			
<b>3. Kommentare zu einzelnen Indikatoren</b>			
	Indikator Nr.	Thema	Kommentar der DGPPN
8	01e	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	Hier sollten auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden.
9	05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	Der Indikator sollte in einer ersten Pilotphase dahingehend überprüft werden, ob er einen Fehlsteuerungsanreiz verursacht in Richtung
			Im Zähler des Indikators heißt es „Kontakt zur ambulanten psychiatrischen Versorgung“, worunter auch die PIA fallen. Zur näheren Konkretisierung wurde in den Anmerkungen des Indikators die ambulante psychiatrische Versorgung näher definiert. Die Definition schließt PIA ein.
			Hier handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der Hinweise auf die regionale Versorgungsqualität ermöglichen soll. Es ist jedoch korrekt, dass berücksichtigt bzw. geprüft werden sollte, ob dieser Indikator einen Fehlsteuerungsanreiz dahin gehend bewirken

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
			<p>einer Vermeidung von eigentlich notwendigen Wiederaufnahmen.</p> <p>kann, dass eigentlich notwendige Wiederaufnahmen vermieden werden, um ein möglichst positives Indikatorergebnis erzielen zu können. Dieser Aspekt wurde auch in der Würdigung des Indikators (vgl. Abschnitt 5.4) ergänzt.</p>
10	08c	<p>Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern</p>	<p>Es ist unklar, wie der Einbezug des ambulanten Weiterbehandlers gemessen und dokumentiert werden soll. Es wäre eine Risikoadjustierung für den Fall, dass der Patient/die Patientin keine Nachbetreuung wünscht, empfehlenswert.</p> <p>Hier sollte differenziert werden, ob es sich bei ambulanter Versorgung um vertragsärztliche Versorgung handeln soll oder ob z. B. auch Soziotherapie, Versorgung mit ambulanter psychiatrischer Pflege, Versorgung durch eine PIA hierunter fallen sollen. (Siehe auch S. 95 des Berichtes.)</p> <p>Beim „Einbezug“ handelt es sich um eine Selbstauskunft des stationären Leistungserbringers (QS-Dokumentation) dazu, ob mindestens ein therapiebezogenes Gespräch mit einem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder mit anderen Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erfolgt ist.</p> <p>Für diesen Prozessindikator ist keine Risikoadjustierung vorgesehen. Des Weiteren soll auch keine Antwortoption „Patient lehnt ab“ in das entsprechende Datenfeld eingefügt werden. Bei diesem Indikator soll erfasst werden, ob stationäre Leistungserbringer die ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringer noch während der stationären Versorgung kontaktieren und mit ihnen ein therapiebezogenes Gespräch führen. In den Ausfüllhinweisen (vgl. Anhang C.4) ist definiert, was unter einem therapiebezogenen Gespräch verstanden wird: „Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden persönliche oder telefonische Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.“ Demnach geht es darum, unabhängig vom Patientenwunsch relevante Informationen über die Behandlung an den ambulanten Leistungserbringer weiterzugeben.</p> <p>In den Anmerkungen im Indikatordatenblatt sind die möglichen Weiterversorger definiert und detailliert aufgeführt. Diese umfassen neben der vertragsärztlichen Versorgung auch die Versorgung durch PIA, Neurologen, Hausärzte, den Sozialpsychiatrischen Dienst, Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX), Soziotherapeuten, ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten und Ergotherapeuten.</p>
11	19	<p>Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie</p>	<p>Die Grenze von vier psychotropen Wirkstoffen erscheint subjektiv gewählt und es ist zu bedenken, dass die Evidenz für oder gegen psychotrope Kombinationstherapie kontrovers diskutiert wird, wie auch im Indikator-Rationale dargestellt. Z.B. kann bei Therapieresistenz gemäß der DGPPN-Leitlinie auch eine Mehrfachtherapie indiziert sein. Der Indikator sollte daher hinsichtlich der erforderlichen Risikoadjustierung überprüft werden.</p> <p>Das AQUA-Institut kann die Argumentation der DGPPN nachvollziehen. Unter anderem aufgrund der von der DGPPN angeführten Gründe wurde im Indikator die Kombinationstherapie nicht mit zwei oder mehr psychotropen Wirkstoffen, sondern, wie in der Originalformulierung des Indikators (vgl. Indikatordatenblatt), mit vier oder mehr psychotropen Wirkstoffen definiert.</p> <p>Das AQUA-Institut stimmt der DGPPN zu, dass eine Risikoadjustierung für diesen Indikator erforderlich ist. Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann jedoch erst anhand empirischer Daten erstellt werden und erfolgt in einem separaten Auftrag.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut	
			Eine psychotrope Kombinationstherapie ist insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen eher die Regel als die Ausnahme	
12	20	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	S. Kommentar zu Indikatorvorschlag 19.	Siehe Nr. 11
13	21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	Es wäre eine rasche Risikoadjustierung empfehlenswert, um eine indikationsgerechte Benzodiazepinmedikation nicht fälschlich als „Übersorgung“ zu erfassen. Die Erkrankungsschwere kann ein wichtiger Faktor der Risikoadjustierung sein.	Das AQUA-Institut stimmt der DGPPN zu, dass eine Risikoadjustierung erforderlich ist. Im Indikatordatenblatt wurden bisher diejenigen Risikofaktoren aufgeführt, die in der Literatur identifiziert werden konnten. In der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells werden weitere Faktoren geprüft. Die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen erfolgt nach Beauftragung durch den G-BA. Für Indikatoren, für die eine Risikoadjustierung empfohlen ist, aber noch nicht entwickelt wurde, folgen im Regelbetrieb normalerweise keine Qualitätssicherungsmaßnahmen.
14	22a	Dokumentation des Körpergewichts	Die Operationalisierung der Indikatorfragen des Erhebungsinstruments erscheint überprüfungsbedürftig. Wie soll zwischen „den meisten“ und „wenigen“ unterschieden werden? Wie soll zwischen „meistens“ und „selten“ unterschieden werden?	Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die gewählte Operationalisierung in höchstem Maße allgemeinverständlich ist und die Verständlichkeit numerischer Skalierungen in jedem Fall übertrifft. Darüber hinaus ist den Ausfüllhinweisen eine Erläuterung hinzugefügt ( <i>den meisten/meistens: &gt; 50 % der Patienten; wenigen/selten: ≤ 50 % der Patienten</i> ). In der empfohlenen Machbarkeitsprüfung wird geprüft, inwieweit die Operationalisierung der Antwortmöglichkeiten in der Praxis Probleme aufwirft.
15	31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Die Operationalisierung der Indikatorfragen des Erhebungsinstruments sollte überprüft werden. . Wie soll zwischen „den meisten“ und „wenigen“ unterschieden werden? Wie soll zwischen „meistens“ und „selten“ unterschieden werden? Auch müsste der Begriff der „allgemeinärztlichen Untersuchung“ definiert werden.	Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die gewählte Operationalisierung in höchstem Maße allgemeinverständlich ist und die Verständlichkeit numerischer Skalierungen in jedem Fall übertrifft. Darüber hinaus ist den Ausfüllhinweisen eine Erläuterung hinzugefügt ( <i>den meisten/meistens: &gt; 50 % der Patienten; wenigen/selten: ≤ 50 % der Patienten</i> ). In der empfohlenen Machbarkeitsprüfung wird geprüft, inwieweit die Antwortmöglichkeiten praktikabel sind. Der Begriff der allgemeinärztlichen Untersuchung wurde in körperliche Untersuchung geändert.
16	34b	Behandlungsvereinbarungen	Es wäre lediglich eine Formulierungsüberprüfung dahingehend empfehlenswert, dass der Nenner möglichst nicht „negativ“ formuliert werden sollte.	Da in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen wurde, dass es empfehlenswert ist, bei einigen Indikatoren den Zähler positiv anstatt negativ zu formulieren, hat das AQUA-Institut die Formulierung aller Indikatoren dahin gehend geprüft. Bei einigen Indikatoren – wie auch bei diesem Indikator – wurde daraufhin die Formulierung des Zählers zugunsten der Verständlichkeit geändert.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
17	35	Körperliche Übergriffe	<p>Vom Indikatortyp her handelt es sich eher um einen Prozess- und nicht einen Ergebnisindikator. Es wäre zu empfehlen, den Indikator auch im ambulanten Versorgungsbereich zu erheben. Die Frage „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ müsste dahingehend überprüft werden, dass die Art der Unterbringungsmaßnahmen, die hier erfasst werden sollen, klar wird (Betreuungsrecht vs. Unterbringungsgesetze der Länder)</p> <p>Der Indikator ist als Ergebnisindikator konzipiert, da es um die Erfassung der Häufigkeit körperlicher Übergriffe von Patienten auf das Personal, andere Patienten oder Besucher geht. Es handelt sich nicht um einen Behandlungsschritt, für den ein Krankenhaus die Prozessverantwortung trägt.</p> <p>Eine Erfassung im ambulanten Bereich wäre nur mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation sinnvoll, die zum jetzigen Zeitpunkt der Entwicklung nicht beauftragt wurde. Grundsätzlich stimmt das AQUA-Institut dieser Empfehlung jedoch zu.</p> <p>Das AQUA-Institut nimmt die Anregung auf, die Art der Unterbringungsmaßnahme differenziert zu erfassen. Ob die Differenzierung notwendig ist, muss in einer späteren Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden. Der Risikofaktor „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurde aus der internationalen Literatur übernommen, wo die Art der Unterbringungsmaßnahme nicht differenziert wurde, sondern lediglich danach gefragt wurde, ob der Patient untergebracht war oder nicht.</p>
18	36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	<p>Der Indikator ist eher ein „Prozessindikator“, nicht ein „Ergebnisindikator“. Die Frage „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ müsste ähnlich wie bei Indikatorvorschlag 35 hinsichtlich der zu erfassenden Unterbringungsarten noch konkretisiert werden (Betreuungsrecht vs. Unterbringungsgesetze der Länder).</p> <p>Das AQUA-Institut stimmt der DGPPN zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert. Ein Krankenhaus sollte es durch qualitativ gute Versorgung schaffen, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.</p> <p>Analog zu Indikator ID 35 wurde das Datenfeld zur Erfassung einer Unterbringung nach der Art der Unterbringungsmaßnahme differenziert. Die Notwendigkeit dieser Differenzierung muss in einer späteren Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden.</p>
19	39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	<p>Die ersten drei Fragen der „Datenfelder für die Berechnung“ könnten gestrichen werden, da die Erhebung dieses Indikators nur für diejenigen Fälle erfolgt, in denen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kamen.</p> <p>Der Erhebungs- und Dokumentationsaufwand für diesen Indikator erscheint relativ hoch.</p> <p>Im Erhebungsinstrument werden Daten erfragt, die aus den Abrechnungsdaten bekannt sind. Diese müssten nicht gesondert erhoben werden.</p> <p>Für den Abschlussbericht wurde eine Umstrukturierung des Datensatzes vor allem der Datenfelder zu restriktiven Maßnahmen vorgenommen, sodass sich auch der Erhebungsaufwand reduziert.</p> <p>Es ist korrekt, dass einige Daten zur Erfassung des Indikators wie das Geburtsdatum oder das Geschlecht auch in den Abrechnungsdaten vorliegen. Der im Abschlussbericht vorgestellte Dokumentationsbogen dient nur zur Veranschaulichung der für die Berechnung der Indikatoren benötigten Informationen. Dabei ist davon auszugehen, dass bestimmte Basisdaten (z.B. Alter, Geschlecht) automatisiert aus dem KIS oder dem Abrechnungsdatensatz in die QS-Dokumentation übertragen werden können.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
20	41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	<p>Es wäre empfehlenswert, den Zähler – seinem Erhebungsinstrument folgend – positiv und nicht negativ zu formulieren. Bei der Risikoadjustierung sollte auch die Erkrankungsschwere mit einbezogen werden.</p> <p>Der Erhebungs- und Dokumentationsaufwand für diesen Indikator erscheint relativ hoch.</p> <p>Da in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen wurde, dass es empfehlenswert ist, bei einigen Indikatoren den Zähler positiv anstatt negativ zu formulieren, hat das AQUA-Institut die Formulierung aller Indikatoren dahin gehend geprüft. Bei einigen Indikatoren – wie auch bei diesem Indikator – wurde die Formulierung des Zählers daraufhin zugunsten der Verständlichkeit geändert.</p> <p>Bei diesem Indikator schienen den Panelexperten sowie dem AQUA-Institut eine Risikoadjustierung nicht sinnvoll, da der Indikator einen Prozess abbildet, der bei allen Fällen des Nenners durchgeführt werden sollte, unabhängig von der Schwere der Erkrankung oder anderen Faktoren.</p> <p>Für den Abschlussbericht wurde eine Umstrukturierung des Datensatzes vorgenommen, sodass sich der Erhebungsaufwand für diesen Indikator reduziert.</p>
21	43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen	<p>Es sollte eine Risikoadjustierung erfolgen, um den Indikator nur bei denjenigen zu berechnen, die einem Einbezug der Angehörigen zugestimmt haben, und bei denen Angehörige/ Bezugspersonen überhaupt vorhanden und erreichbar sowie willens sind, den Betroffenen/die Betroffene zu betreuen. All dies sind Faktoren, die nicht den Prozessverantwortlichen zugeschrieben werden können.</p> <p>Für diesen Prozessindikator ist keine Risikoadjustierung vorgesehen. In den Datenfeldern zur Berechnung des Indikators ist vorgesehen zu erfassen, ob relevante Angehörige oder Bezugspersonen oder ein gesetzlicher Betreuer vorhanden sind (Datenfeld 13, QS-Dokumentationsbogen im Anhang C.4). Aus dem Nenner des Indikators werden außerdem Patienten ausgeschlossen, die einen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ablehnen (Antwortoption 2 des Datenfeldes 14, QS-Dokumentationsbogen im Anhang C.4). Somit können diese Faktoren nicht den Prozessverantwortlichen zugeschrieben werden. Auf Anregung der DGPPN wurden im Datenfeld die Antwortoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“</li> <li>▪ „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“</li> </ul> <p>ergänzt.</p>
22	49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	<p>Der Einrichtungsbezug und damit die Operationalisierung müssten noch einmal überprüft werden. Es fehlt der Bezug auf Behandlungstage der Betroffenen mit Schizophrenie. Es werden allgemein Behandlungstage und Personentage erfasst, die aber nicht aufeinander bezogen sind und daher keinen Rückschluss auf die Erfüllung des Indikators zulassen. Der Indikator stellt durch seinen „Arbeitstag-Bezug“ einen erheblichen Erhebungsaufwand dar.</p> <p>Wie im Bericht herausgestellt wird, lassen sich Strukturindikatoren nicht ausschließlich auf Patienten mit einer F2-Diagnose beziehen (vgl. Abschnitt 3.4.7). Dieser Strukturindikator soll insgesamt den Einsatz von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen erfassen. Es ist nicht sinnvoll, allein auf die Behandlungstage der Patienten mit einer F2-Diagnose zu fokussieren, da Stationen nicht immer strikt nach Patienten mit F2-Diagnosen und jenen mit anderen Diagnosen trennen und dieselben Pflegefachpersonen Patienten mit verschiedenen psychischen Erkrankungen betreuen. Eine spezifische Erfassung des Zeitaufwands der Pflegefachpersonen für Patienten mit einer F2-Diagnose würde einen enormen Erhebungsaufwand bedeuten.</p> <p>Mit der Erfassung der Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung im Zähler und der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung im Nenner wird ein Bezug zwischen Behandlungs- und Personentagen hergestellt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
23	50c	Deeskalationstraining – stationär	<p>Es ist unklar, wieso eine Grenze von 100 Arbeitstagen eingeführt wird. Auch das Rational für die Notwendigkeit einer Auffrischung sowie deren Zeitintervall (alle drei Jahre) sind nicht begründet. Als Strukturindikator wäre es ausreichend zu fragen, welcher Prozentanteil der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen ein Deeskalationstraining absolviert hat. Der Indikator könnte entsprechend vereinfacht umformuliert werden.</p> <p>Im Indikator werden Mitarbeiter ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben (was in etwa einem halben Arbeitsjahr entspricht). Diese Grenze wurde gewählt, um den stationären Einrichtungen etwa ein halbes Jahr Zeit zu geben, neue Mitarbeiter im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation zu schulen. Dies bezieht sich demnach überwiegend auf neue Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die nur vorübergehend auf psychiatrischen Stationen arbeiten und nicht auf den gesamten Mitarbeiterstamm.</p> <p>Bezüglich der Notwendigkeit einer Auffrischung sowie des dafür angemessenen Zeitintervalls gab es eine intensive Diskussion unter den Panelexperten. Da es keine Evidenz für einen geeigneten Zeitraum gibt, haben sich die Experten in ihrer Entscheidung an der gegenwärtigen Praxis orientiert und an dem, was ihrer Einschätzung nach von den stationären Einrichtungen geleistet werden kann. Die Experten haben sich deshalb für den Zeitraum von drei Jahren, innerhalb dessen eine Auffrischung mindestens erfolgen sollte, entschieden.</p>
24	57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	<p>Der Indikator stellt durch seinen „Arbeitstag-Bezug“ einen erheblichen Erhebungsaufwand dar. Der Indikator könnte revidiert werden und bezogen auf die Gesamtzahl der in einer Einrichtung behandelten Schizophrenie-Fälle die entsprechenden Mitarbeiterzahlen erfassen.</p> <p>Ähnlich wie bei Indikator ID 49 soll dieser Strukturindikator insgesamt den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen erfassen. Es ist nicht sinnvoll, allein auf die Behandlungstage der Patienten mit einer F2-Diagnose zu fokussieren, da Stationen nicht immer strikt nach Patienten mit F2-Diagnosen und jenen mit anderen Diagnosen trennen und dieselben Pflegefachpersonen Patienten mit verschiedenen F-Diagnosen betreuen. Eine spezifische Erfassung des Zeitaufwands der Pflegefachpersonen für Patienten mit einer F2-Diagnose würde einen enormen Erhebungsaufwand bedeuten.</p>
25	59	Kontrolluntersuchungen	<p>Zustimmung, hier dürften allerdings Kontrollen auch häufig im hausärztlichen Bereich erfolgen, sodass dieser Bereich zu ergänzen wäre.</p> <p>Dieser Indikator erfasst alle im niedergelassenen Bereich durchgeführten bzw. abgerechneten Kontrolluntersuchungen, unabhängig davon, bei welchem Arzt diese durchgeführt wurden bzw. welcher Arzt sie veranlasst hat. Kontrolluntersuchungen im hausärztlichen Bereich werden somit auch berücksichtigt.</p>
26	61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	<p>Es handelt sich eher um einen Prozess- und nicht um einen Ergebnisindikator. Zum Erhebungsinstrument: Das Geschlecht der Betroffenen muss nicht separat erhoben werden, es ist aus den Sozialdaten entnehmbar. Die Frage „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ könnte dahingehend umformuliert werden, dass es um gesetzlich veranlasste Unterbringungsmaßnahmen geht.</p> <p>Das AQUA-Institut stimmt der DGPPN zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator ausgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert. Ein Krankenhaus sollte es durch qualitativ gute Versorgung schaffen, möglichst selten Zwangsmedikationen anwenden zu müssen.</p> <p>Es ist korrekt, dass die Information zum Geschlecht des Patienten auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten ist. Um die Information aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen nutzen zu können, müsste der Datensatz der QS-Dokumentation mit den bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten mittels patientenidentifizierender Daten verknüpft werden. Dies würde die Komplexität der Datenübermittlung und -zusammenführung erhöhen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
			<p>Generell kann davon ausgegangen werden, dass bestimmte Basisdaten (z.B. Alter, Geschlecht) automatisiert aus dem KIS oder dem Abrechnungsdatensatz in die QS-Dokumentation übertragen werden können.</p> <p>Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden geändert, sodass auch die Art der Unterbringungsmaßnahme erfasst wird.</p>
27	62	Unterbringung	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht der DGPPN. Da, wie die DGPPN geschildert hat, das Ergebnis dieses Indikators auch außerhalb des Einflussbereichs des Krankenhauses liegt (extern veranlasste Unterbringungen), wurde der Indikator nicht als Prozessindikator der stationären Einrichtung formuliert, sondern als Strukturindikator, dessen Ergebnis eher das Ergebnis der Versorgung innerhalb einer definierten Region widerspiegelt, als das Ergebnis der stationären Versorgung.</p> <p>Es wurde im Indikatordatenblatt ein Hinweis bei der Prozess- und Ergebnisverantwortung dazu ergänzt, dass der stationäre Leistungserbringer nicht die alleinige Ergebnisverantwortung trägt. Wird ein Leistungserbringer rechnerisch auffällig, bedeutet dies, dass die gesamte Region rechnerisch auffällig ist und das Ergebnis gemeinsam mit den beteiligten Leistungserbringern in Form von Qualitätszirkeln oder im Gemeindepsychiatrischen Verbund diskutiert werden sollte.</p>
28	67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	<p>Zum Erhebungsinstrument: Die Aushändigung von schriftlichem Informationsmaterial sollte nicht zur Erfüllung des Indikatorziels unabdingbar sein. Der ambulante Versorgungsbereich sollte auch die hausärztliche Versorgung mit erfassen. Es ist fraglich, ob die abgefragten Informationen den Qualitätsgrad in der stationären Versorgung abbilden und nicht auf Versorgungslücken im ambulanten Versorgungsbereich zurückzuführen sind.</p> <p>Es ist zu differenzieren, was mit „Psychotherapie“ in diesem Zusammenhang gemeint ist. Es sollten hier z. B. auch psychoedukative Angebote berücksichtigt werden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass jedes psychiatrische (Erst-)Gespräch immer auch psychotherapeutische Techniken beinhaltet und psychotherapeutische Wirkfaktoren enthält. (Siehe auch Seite 114/115 des Berichts).</p> <p>Die Teilfrage zur Aushändigung von schriftlichem Informationsmaterial wurde aus dem Erhebungsinstrument gestrichen und ist nicht relevant zur Erfüllung des Indikatorziels.</p> <p>Laut Auftragstext kommen als potenzielle Datenquellen für das QS-Verfahren die Sozialdaten bei den Krankenkassen (§299 Absatz 1a SGB V) und die Erhebungen bei den Leistungserbringern (Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie Psychiatrische Institutsambulanzen) infrage. Da dieser Indikator über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erfasst wird und nicht über die Sozialdaten, kann die hausärztliche Versorgung bei der Erfassung dieses Indikators nicht mit eingebunden werden.</p> <p>Dieser Indikator zielt allein auf die ambulante Versorgung ab und misst, inwieweit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden, Psychotherapie erhalten haben bzw. diese angeboten wird. Dieser Indikator wird nicht im stationären Bereich erhoben.</p> <p>Wie im Ausfüllhinweis zu den Datenfeldern aufgeführt, sind psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche definiert als regelmäßige Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 20 bis 30 Minuten. Daher fallen psychiatrische Erstgespräche und (unregelmäßige) psychiatrische Gespräche von weniger als 20 Minuten Dauer nicht darunter (einmalige psychoedukative Angebote ebenfalls nicht).</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
29	70a	Einbezug von Angehörigen	Zustimmung, es sollte allerdings auch die hausärztliche Versorgung mit erfasst werden. Wie bei Indikator ID 67b kann auch bei diesem Indikator, der im ambulanten Bereich erhoben wird, die hausärztliche Versorgung nicht mit erfasst werden.
30	77a	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Es wäre empfehlenswert, den Zähler dem Erhebungsinstrument entsprechend positiv und nicht negativ zu formulieren. „Systematische Erfassung“ im Erhebungsbogen müsste definiert und operationalisiert werden. Der Indikator sollte auch im ambulanten Versorgungsbe- reich erhoben werden. Das AQUA-Institut erachtet die Erhebung dieses Indikators im ambulanten Bereich ebenfalls als sinnvoll; er könnte jedoch erst mit der Möglichkeit einer ambulanten fall- bezogenen QS-Dokumentation erhoben werden. Die systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist im Ausfüll- hinweis zum Datenfeld wie folgt definiert: „Die systematische Erfassung von uner- wünschten Arzneimittelwirkungen beinhaltet neben der Art der unerwünschten Arznei- mittelwirkungen auch die Stärke der jeweiligen Arzneimittelwirkung. [...]“ Systematisch heißt in diesem Zusammenhang, dass eine standardisierte Erhebung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgen sollte. Im Expertenpanel bestand Konsens darüber, dass den Kliniken kein konkretes Instrument zur Erfassung der unerwünschten Arznei- mittelwirkungen vorgeschrieben werden sollte, damit sie selbst die Entscheidung für ein bestimmtes Instrument treffen können (vgl. Paneldiskussion zum Indikator im Abschnitt 5.3). Aus diesem Grund wurde die systematische Erfassung lediglich derart operationa- lisiert, dass diese neben der Art der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auch die Stärke der jeweiligen Arzneimittelwirkung enthalten sollte (vgl. Anhang C.4). In der De- finition wurde eine Erklärung zur systematischen Erfassung ergänzt. Da in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen wurde, dass es empfehlenswert ist, bei einigen Indikatoren den Zähler positiv anstatt negativ zu formulieren, hat das AQUA-Institut die Formulierung aller Indikatoren dahin gehend geprüft. Bei einigen Indi- katoren – wie auch bei diesem Indikator – wurde die Formulierung des Zählers darauf- hin zugunsten der Verständlichkeit geändert.
31	80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	Der Indikator ist mit einem erheblichen Erhe- bungsaufwand verbunden. Für den Abschlussbericht wurde die Struktur des Datensatzes überarbeitet, sodass für diesen Indikator nur ein weiteres Datenfeld erhoben werden muss. Somit wurde der Dokumentationsaufwand für diesen Indikator deutlich gesenkt.
32	85	Muttersprachliche Kommuni- kation	Der Indikator sollte auch im ambulanten Ver- sorgungsbereich angewendet werden. Die Frist von 24 Stunden erscheint allerdings unrealis- tisch. Der Indikator ist mit einem erheblichen Erhebungsaufwand verbunden. Hier stellt sich die Frage, wieso nur der stationäre Versor- gungsbereich betrachtet werden soll, da die muttersprachliche Kommunikation auch im ambulanten Versorgungsbereich wichtig wäre. Das AQUA-Institut stimmt der DGPPN zu, dass das Problem auch im ambulanten Set- ting auftritt. Die ausschließliche Betrachtung der stationären Versorgung resultiert aus der momentan noch nicht möglichen fallbezogenen Erfassung im ambulanten Setting. Der Erhebungsaufwand von ein bzw. zwei zu dokumentierende Informationen (ein bzw. zwei Datenfelder) wird vom AQUA-Institut als gering eingeschätzt. Da es für eine Frist zur Ermöglichung von muttersprachlicher Kommunikation keine Evidenz gibt, hat das AQUA-Institut die Empfehlung der Panelexperten übernommen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DGPPN		Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
33	103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	Die 72-Stunden-Frist dient der Operationalisierung des „frühzeitigen“ Einbezugs von Angehörigen und resultiert aus einem Expertenkonsens im Rahmen des Panelprozesses. Mit dieser zeitlichen Einschränkung soll gewährleistet werden, dass Angehörige sich rechtzeitig auf den Entlassungsprozess vorbereiten können.
34	104	Gesprächsangebote für Angehörige	<p>Der Indikator zielt auf den Gesprächswunsch von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer.</p> <p>Den Ausfüllhinweisen zu dem relevanten Datenfeld zur Berechnung des Indikators (vgl. Anhang C.4) ist Folgendes zu entnehmen: „Bei den Gesprächen mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren, soweit keine Entbindung von der Schweigepflicht erfolgte. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsorge in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.“</p> <p>Somit handelt es sich um ein Gespräch, das unabhängig vom Wunsch des Patienten erfolgen kann und das nicht die Versorgung des Patienten zum Inhalt haben muss (Inhalte könnten beispielsweise auch Unterstützungsangebote für Angehörige sein). Es muss nicht erfasst werden, ob der Patient zugestimmt hat.</p> <p>Im ambulanten Bereich kann dieser Indikator nur mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden sollte. Der Indikator ID 70_a erfasst in seinem letzten Datenfeld, ob der ambulante Leistungserbringer die Gesprächswünsche von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern annimmt.</p>

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1. Zielsetzung und Prüfkriterien</b>		
1	<p>Die vorliegende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) prüft im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V den Vorbericht „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V – Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ (im Folgenden „Vorbericht“) der Institution nach § 137a Abs. 1 Satz 1 SGB V (Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen – AQUA) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf seine Eignung als Grundlage für die Etablierung eines sektorenübergreifenden Qualitätsverfahrens im Rahmen der „Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung“.</p> <p>Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der Vorgaben folgender Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Methodenpapier der Institution nach § 137 a SGB V in der Version 4.0 vom 17.02.2015 (im Folgenden „Methodenpapier“),</li> <li>▪ Beschluss des G-BA zur Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V vom 15.03.2012 mit dem Beschluss zur Änderung vom 19.06.2015,</li> <li>▪ Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung“ (im Folgenden Qesü-RL) mit Stand vom 18.06.2014.</li> </ul> <p>Geprüft wird die korrekte Umsetzung des Auftrages unter Betrachtung des Vorberichtes, des Methodenpapiers und der Qesü-Richtlinie. In diesem Rahmen erfolgt eine fachlich-inhaltliche Einschätzung der verwendeten Methodik, der vorgeschlagenen Instrumente und Indikatoren. Die Stellungnahme folgt im Groben der inhaltlichen Gliederung des Vorberichts.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>2. Grundlage der Prüfung</b>		
2	<p>Das Methodenpapier 4.0 mit Stand vom 17.02.2015 wird im Vorbericht als Grundlage zum methodischen Vorgehen (S. 58, S. 63, S. 133, S. 167) aufgeführt. Dieses dient auch dieser Stellungnahme als Basis der Prüfung. Zu Beginn der Verfahrensentwicklung (Indikatorenrecherche/-entwicklung und Beginn RAM-Prozess) galt jedoch noch das Methodenpapier 3.0 mit Stand vom 15.02.2013. Unabhängig ob es in diesen Prozessschritten im Methodenpapier zu Änderungen in den Versionen kam, sollte diese Unschärfe zumindest aufgezeigt werden.</p>	<p>Faktisch greifen die jeweils neuen Versionen des Methodenpapiers die Änderungen und (ggf. veränderten) Vorgehensweisen auf, die sich im Zeitraum vor den jeweiligen Überarbeitungen in der praktischen Arbeit als sinnvoller herausgestellt haben und die im Regelfall auch schon in Rücksprache mit den jeweils Beteiligten vor Erscheinen eines neuen Methodenpapiers angewendet werden.</p> <p>Um etwaige Unklarheiten zu vermeiden, wurde das Methodenpapier 3.0 an den angeführten Stellen ebenfalls als Referenz angegeben.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>3. Grundsätzliches und Allgemeines</b>		
3	<p>AQUA legt einen Vorbericht mit 175 Seiten vor (zuzüglich 99 Seiten Indikatorenset und 252 Seiten Anhang) und ist somit äußerst umfangreich. Er bildet den Aufwand bei der Erstellung deutlich ab. Die Schritte der Generierung von Indikatoren zum Versuch der Qualitätssicherung in der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen werden weitestgehend transparent dargestellt. Nachvollziehbar weisen die Autoren auf die zahlreichen sich ergebenden Beschränkungen hinsichtlich der Praktikabilität hin und benennen auch das Problem, dass die tatsächliche Behandlungsqualität mit den vorgelegten Indikatoren nur partiell und in unverhältnismäßiger Gewichtung abgebildet werden kann.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
4	<p>Bisher gibt es keinen QS-Bereich, der so umfassend in Bezug auf eine einzelne Diagnosegruppe abgebildet ist, wie hier die Qualitätssicherung der Versorgung von Erkrankten mit einer F2-Diagnose. Vergleichend sei hierbei der Umfang des Indikatorensets der gesamten Geburtshilfe mit 13 Indikatoren und der gesamten Neonatologie mit 24 Indikatoren (Stand 13.07.2015) genannt. Der Umfang des hier vorgestellten QS-Verfahrens erscheint nicht angemessen und insbesondere im Verhältnis zu anderen QS-Verfahren überdimensioniert. Aufwand und Nutzen stehen nicht im Verhältnis.</p>	<p>Die in absoluter Betrachtung scheinbar hohe Anzahl an Indikatoren erklärt sich zunächst dadurch, dass sich das vorliegende QS-Verfahren nicht nur auf den stationären Bereich bezieht, sondern auch die ambulante Versorgung miteinbezieht. Insofern kann kein direkter Vergleich zu den genannten anderen, rein stationären QS-Verfahren gezogen werden.</p> <p>Was die absolute Zahl stationärer Indikatoren betrifft, so ist die Anzahl der Indikatoren für ein derart komplexes und diagnosebezogenes QS-Verfahren, mit expliziter Berücksichtigung leitliniengerechter Behandlung und ethischer Aspekte, nach Ansicht des AQUA-Instituts vergleichsweise gering.</p> <p>Sollte zukünftig in Betracht gezogen werden, eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich zu entwickeln, wird die Anzahl ambulanter Indikatoren erhöht werden, sodass sich das Verhältnis von ambulanten zu stationären Indikatoren grundlegend ändert.</p> <p>Weiterhin sei angemerkt, dass der eigentliche (Dokumentations-)Aufwand für die Leistungserbringer nicht an der Anzahl der Indikatoren ablesbar ist, sondern an der Anzahl zu dokumentierender Datenfelder, die für die Berechnung der Indikatoren benötigt werden. Um bei den genannten QS-Verfahren zu bleiben: Die Geburtshilfe hat 195 zu dokumentierende Datenfelder, die Neonatologie 89. Im hier vorgestellten Indikatorenset werden im Gegensatz dazu lediglich 39 Datenfelder zu dokumentieren sein. Der Aufwand ist demnach wesentlich geringer als bei den genannten QS-Verfahren.</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
5	<p>Gänzlich fehlt die Berücksichtigung von Erfahrungen aus der Entwicklung des PEPP-Systems. Besonders die Aspekte der Heterogenität der Gesamtversorgung werden nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt große föderale Unterschiede in der Gesetzeslage und die Landespsychiatriepläne der Bundesländer sind äußerst verschieden. Dies betrifft insbesondere die Prozesse der Unterbringungen nach PsychKG bzw. gem. Unterbringungsgesetz. Die Folgen sind unterschiedliche ambulante und komplementäre Versorgungsmo- delle.</p>	<p>Das PEPP-System betrifft in seiner gegenwärtigen Fassung die Indikatoren ID 01e und ID 05a. In der Würdigung zu diesen Indikatoren wurden Hinweise auf die Zusammenfas- sung von Fällen bei Wiederaufnahme innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung und de- ren Auswirkung auf die Indikatoren ergänzt.</p> <p>Im Indikator mit der ID 62 wird die Art der Unterbringung nun getrennt nach Be- treuungsrecht oder nach Landesrecht (Psychisch-Kranken-Gesetz bzw. Unterbringungs- gesetz) erfasst. Inwieweit dies in den jeweiligen Indikatorergebnissen ebenfalls getrennt ausgewiesen werden muss, kann am geeignetsten im Rahmen des ersten Jahres des Regelbetriebs geprüft werden, da hier erstmals ausreichend Fälle aus allen Bundeslän- dern vorliegen.</p>
<b>4. Kommentare im Detail</b>		
<b>4.1. Abkürzungsverzeichnis, Glossar und Literaturverzeichnis</b>		
6	<p>Glossar, Abkürzungsverzeichnis und Literaturverzeichnis erscheinen umfangreich und sorg-fältig ausgearbeitet.</p> <p>Anmerkungen zum Glossar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sektor – hier ausschließlich institutionell gemeint? Besonders in der psychiatrischen Versorgung kommt (auch) eine funktionale Sicht auf die Sektoren zum Tragen.</li> <li>▪ Sozialdaten – diese sollten mit Beispielen hinterlegt sein (analog Routinedaten).</li> <li>▪ Die Erläuterung der Instrumente zur Qualitätssicherung, um Leistungserbringer kon- kret bei der Verbesserung ihrer Qualität zu unterstützen, fehlt (Audits, Peer Reviews).</li> </ul>	<p><u>Sektor:</u> Tatsächlich wird im Bericht und in der Darstellung nur auf die institutionellen Sektoren (ambulant/stationär) Bezug genommen, was letztlich in der hier zum Tragen kommenden Binnenperspektive des SGB V begründet liegt.</p> <p><u>Sozialdaten:</u> Das Wesen der Sozialdaten ist allein der genannte Sachverhalt, dass Daten personenbezogen hinterlegt sind. Dem Glossarbegriff wird ein Verweis zum Begriff Rou- tinedaten hinzugefügt, mit der Ergänzung, dass es sich im vorliegenden Bericht um die bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten handelt.</p> <p><u>Instrumente zur Qualitätssicherung:</u> Da der Einsatz von möglichen Qualitätssiche- rungsmaßnahmen im Rahmen der Qesü-Richtlinie auch nicht näher erläutert wird, scheint eine verbindliche Erläuterung dieser Begrifflichkeiten im Glossar nicht sinnvoll. In allgemeiner Perspektive sei auf das Methodenpapier 4.0 verwiesen, in der auf diese Begrifflichkeiten erläuternd eingegangen wird.</p>
7	<p>Anmerkungen zum Literaturverzeichnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ das AQUA-Methodenpapier 3.0 fehlt (siehe auch unter 2.),</li> <li>▪ die G-BA Qesü-Richtlinie fehlt.</li> </ul>	<p><u>AQUA-Methodenpapier 3.0:</u> Das Methodenpapier 3.0 wird im Text und als Quelle im Literaturverzeichnis ergänzt.</p> <p><u>G-BA Qesü-Richtlinie:</u> Außerhalb von juristischen Arbeiten ist die Aufnahme von un- kommentierten, primären Rechtsquellen (Gesetze, Richtlinien, Satzungen usw.) in Lite- raturverzeichnissen unüblich, da der Quellverweis die Norm selbst ist (und nicht der Autor oder das Medium der Publikation).</p>
<b>4.2. Kurzfassung des Vorberichtes, Hintergrund, Auftrag</b>		
8	<p>Das Projektteam von AQUA mit vier Mitarbeitern erscheint im Vergleich zu anderen (oft nicht sektorenübergreifenden) Verfahren als sehr klein bemessen.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.3. Themenerschließung</b>		
<b>4.3.1. Recherchen</b>		
9	Das Vorgehen bei den Recherchen wird nachvollziehbar, transparent und umfassend erläutert. Zur Entwicklung des Verfahrens wurden, neben der Evidenzrecherche, Vertreter der Leistungserbringer, Leistungsträger sowie Betroffene interviewt. Ebenfalls wurden empirische Analysen auf Basis von Routinedaten durchgeführt. Hierbei wird bereits auf die Begrenzung der Datennutzung der ambulanten Versorgung und hohe Aufwände, zum Beispiel aus den selektivvertraglich erbrachten Leistungen, hingewiesen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
10	Bei den als relevant bewerteten Leitlinien (Vorbericht, S. 23) und auch zu keinem späteren Zeitpunkt wird auf den ggf. eingetretenen Ablauf der Gültigkeit hingewiesen. Exemplarisch sei hierfür die Leitlinie Schizophrenie (DGPPN) genannt, welche am 01.11.2010 abgelaufen ist und sich derzeit in der Überarbeitung befindet. Auch die Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) lief am 01.08.2014 ab.	Ein entsprechender Hinweis darauf, dass die Leitlinie Schizophrenie der DGPPN zum Zeitpunkt der Berichterstellung bereits abgelaufen war, findet sich im Anhang A.1. Bei der Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) wurde ein entsprechender Hinweis an derselben Stelle ergänzt. Im Bericht wurde im Abschnitt 3.1.1 darauf verwiesen, dass einige Leitlinien bereits abgelaufen sind.
11	Ergänzend zu erwähnen ist, dass in vielen Studien die Diagnosen F21-F29 ausgeschlossen werden, da sich die Erkrankungen in Symptomatik, Verlauf und Therapie zur Diagnose F20 durchaus unterscheiden können (ausgeprägte manische und depressive Episoden zusätzlich zur psychotischen Symptomatik). Darauf sollte hingewiesen werden, da sich das vorgelegte QS-Verfahren auf alle Diagnosen von F20-F29 bezieht.	Ein entsprechender Hinweis im Abschnitt 3.1.1 wurde ergänzt.
<b>4.3.2. Erkrankung und Population</b>		
12	Bei der Beschreibung der Erkrankung und Population wird nicht auf den Teil der Beauftragung, die Möglichkeiten einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen zu prüfen, eingegangen.	Der Abschnitt 3.2 fasst den Hintergrund zu der im QS-Verfahren betrachteten Patienten Klientel zusammen. Genauere Ausführungen zur Prüfung der Möglichkeiten einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen wurden im Kapitel 9 ergänzt.
13	An mehreren Stellen des Vorberichtes wird auf die Selbst- und Fremdgefährdung Bezug genommen (Vorbericht, S. 14, 31, 32, 43). Häufig wird dieser Aspekt mit einer (notwendigen) stationären Behandlung und der Anwendung restriktiver Maßnahmen assoziiert. Hier entsteht in Summe ein falsches Bild. Insbesondere schwere Verläufe entziehen sich häufig der stationären Behandlung, verlaufen nicht selten auf Grund mangelnder Behandlung chronisch und sind ein besonders problematisches Patienten Klientel innerhalb der F2-Diagnosen. Gerade diese schweren Verläufe werden durch den Fokus auf stationäre Behandlungen nicht berücksichtigt.	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass eine besonders problematische Patienten Klientel, welche häufig keine medizinischen Maßnahmen in Anspruch nimmt, auch durch den Fokus auf stationäre Behandlungen nicht berücksichtigt wird bzw. nicht berücksichtigt werden kann. Für diese Klientel können im Rahmen dieses QS-Verfahrens aber auch keine qualitätssichernden Maßnahmen erfolgen, da sie ohne medizinische Inanspruchnahme nicht im Versorgungsbereich des SGB V auftaucht. Der vorliegende Vorbericht stellt an den genannten Stellen einen idealtypischen Behandlungsverlauf (im Rahmen des SGB V mit sich anschließenden SGB-Bereichen) dar. Patienten, die diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen, können nicht berücksichtigt werden. Dieser Sachverhalt wurde im Bericht in den Abschnitten 2.3.1 und 3.2.3 ergänzt.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
14	Besonders anzumerken ist das Aufzeigen der Häufigkeit von vollstationär behandelten Patienten mit F2-Diagnosen von 17,7%. Die Berechnung umfasst sowohl die Patienten mit der Hauptdiagnose F20-F29 nach ICD-10 als auch die Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung und einer F20-F29-Nebendiagnose nach ICD-10. Da sich die QS-Filter-Auslösung im stationären Bereich auf die Hauptdiagnose F20-F29 bezieht, wäre hier die Darstellung ausschließlich dieser Fälle ebenso sinnvoll. Insbesondere wenn Aufwand und Nutzen der QS-Dokumentation im stationären Bereich bewertet werden sollen.	Der Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose, die aufgrund einer F20.- bis F29-Hauptdiagnose nach ICD-10 im Jahr 2012 im Krankenhaus waren, beträgt 12,2 %. Dies wurde im Abschnitt 3.2.2 ergänzt.
15	Ergänzend erwähnt werden sollte, dass etwa 10% aller psychiatrischen Klinikbetten sich in der forensischen Psychiatrie (nicht SGB V, aber versorgungsrelevant) befinden. Ca. 50% davon sind von Patienten mit schizophrenen Störungen belegt. In den psychiatrischen Kliniken beträgt der Anteil von Patienten mit schizophrenen Störungen etwa 20%. Somit ist etwa jedes vierte Krankenhausbett in Deutschland, in dem ein Patient mit einer schizophrenen Störung behandelt wird, ein Bett in der forensischen Psychiatrie.	Dem AQUA-Institut liegen nur bundesweite Angaben aus dem Bericht für die Gesundheitsministerkonferenz 2012 <i>Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen</i> vor. In dem Bericht wird angegeben, dass es 2012 77 Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für forensische Psychiatrie gab. Hier waren im Jahr 2012 12.166 Plätze belegt. Dies entspricht nach Angaben des Berichts 24,0 % der in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen allgemeinpsychiatrischen Betten. Eine Diagnoseverteilung ist hierzu nicht angegeben.  In der Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen <sup>1</sup> wird angegeben, dass Patienten mit einer F20.- bis F25.-Diagnose knapp 50 % der Patienten des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen ausmachen. In Baden-Württemberg waren zum 31. Dezember 2011 ca. 39 % der untergebrachten Patienten, Patienten mit einer Psychose (hier: Schizophrenien, organische und affektive Störungen, kurzzeitige psychotische Störungen). <sup>2</sup>  Im Abschnitt 3.3.2 wurde ein Absatz zur Darstellung der forensischen Versorgung ergänzt.
<b>4.3.3. Rahmenbedingungen</b>		
16	Hier wird darauf hingewiesen, dass 20,3% der Patienten weder durch einen Facharzt noch durch einen Psychotherapeuten oder einer PIA, sondern ausschließlich vom Hausarzt versorgt werden. Dieser Aspekt ist hervorzuheben und sachdienlich, um den Umfang des vorliegenden QS-Verfahrens in Relation zu setzen.  Ergänzend dazu wäre eine Darstellung wünschenswert, anhand derer deutlich wird, welchen Anteil Patienten mit F2-Diagnosen in der stationären psychiatrischen Versorgung einnehmen.	In der psychiatrischen Versorgung machen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 einen Anteil von 11,1 % aus. Dies wurde im Abschnitt 3.2.2 ergänzt.

<sup>1</sup> LBMRV (2009). Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug. Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen.

<sup>2</sup> ZfP (2012). Forensik Fibel. Kleines ABC des Maßregelvollzugs. ZfP Südwürttemberg.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.3.4. Qualitätspotentiale</b>		
17	Die Identifizierung und Abbildbarkeit von Qualitätspotentialen wird detailliert und ausführlich dargestellt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4.4. Erstellung des Indikatorenregisters</b>		
18	Im Vorbericht (S. 59) gibt es mindestens eine Inkonsistenz. Während gemäß Abb. 7 259 Indikatoren im Register enthalten sind, waren es laut Text nur 255.	Abbildung 7 bezieht sich auf die Ergebnisse der Literaturrecherche; diese ergab 259 Literaturstellen. Abbildung 6 dagegen bezieht sich auf die Ergebnisse der Indikatorenrecherche; diese beinhaltete 255 Indikatoren. Der fehlerhafte Verweis auf Abbildung 7 statt 6 wurde geändert.
19	Nachvollziehbar wird der RAM-Prozess aufgezeigt. Um eine umfassende Transparenz zu gewährleisten, wäre ergänzend die Darstellung der zuvor gefilterten (und somit ausgeschlossenen Indikatoren) wünschenswert.	Eine Auflistung aller ausgeschlossenen Indikatoren ist nach unserem Dafürhalten nicht sinnvoll, da dies den Bericht bzw. die Anhänge unnötig vergrößert, ohne dabei den Erkenntniswert zu steigern. Auch in allen vergleichbaren Recherchedarstellungen werden stets nur die Ausschlusskriterien und die Anzahl der anhand dieser Kriterien ausgeschlossenen Referenzen/Quellen genannt.  Allerdings sei angemerkt, dass allen Panelteilnehmern aus Gründen der umfassenden Transparenz die Liste mit den fast 600 ausgeschlossenen Indikatoren vorgelegt wurde. Die themenspezifisch relevanten Indikatoren sind – unabhängig von ihrer Aufnahme in das Indikatorenset – im Anhang A.6 genannt.
<b>4.5. Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters</b>		
20	Alle Indikatoren durchlaufen ein formalisiertes Trainings-Verfahren zur qualitativen Bewertung nach vorgegebenen Kategorien und expliziten Gütekriterien in den ersten beiden Panelrunden. In den beiden Bewertungsrunden wurden die Kategorien „Relevanz“ und „Praktikabilität“ eines jeden Indikators bewertet. Konsens und Diskrepanz der Experten lassen sich anhand der Tabellen im Anhang B gut nachverfolgen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
21	Nicht klar dargestellt ist, nach welchen Kriterien Indikatoren von den Experten in den Bewertungsprozess eingebracht bzw. neu definiert wurden und welche Evidenz diesen zugrunde lag.	Neue Indikatoren wurden von den Experten an den Stellen definiert, wo aus der Erfahrung Panelexperten Qualitätspotenziale/-defizite in der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose nach ICD-10 vorliegen. Die Evidenz der vom Panel neu definierten Indikatoren wurde vom AQUA-Institut recherchiert und in den jeweiligen Indikatordatenblättern nachgetragen.
<b>4.5.1 Allgemeine Bewertung Indikatorenset</b>		
22	Im Folgenden wird nur auf die Indikatoren eingegangen, die von AQUA empfohlen wurden. 27 Indikatoren für die Schizophreniebehandlung, die nur einen Teil der Versorgung bei psychischen Erkrankungen ausmacht, sind sehr umfangreich. Das bestehende Set hat ein deutliches Übergewicht im stationären Sektor und wird somit dem Anspruch einer sektore-	Der Indikator ID 08c adressiert ebenfalls die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.  Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	renübergreifenden Betrachtung nur bedingt gerecht. In der G-BA AG Qualitätssicherung psychische Erkrankungen wurde explizit die Diagnose F2 ausgewählt, da diese Patienten in allen Behandlungs- und Versorgungssektoren Leistungen in Anspruch nehmen (vom Hausarzt bis zur betreuten Wohnform, ambulant und stationär). Gerade der Behandlungsverlauf von Patienten mit der Diagnose F2 ist durch viele Schnittstellen gekennzeichnet, bei denen erhebliches Verbesserungspotential bestehen dürfte. Bis auf die Indikatoren 01e und 05a werden jedoch kaum Schnittstellen durch das Indikatorenset adressiert.	
23	Bei den 27 Qualitätsindikatoren, die als inhaltlich relevant und praktikabel beschrieben werden, handelt es sich vor allem um Indikatoren zur Prozessqualität (19 Indikatoren). Lediglich 4 Indikatoren beschreiben Aspekte der Ergebnisqualität, die zudem sehr stark auf restriktive Maßnahmen im stationären Setting fokussieren. Dies irritiert, da der Vorbericht feststellt, dass der Schwerpunkt der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie im ambulanten Bereich liegt und sich hier auch patientenrelevante Endpunkte manifestieren (Vorbericht, S. 35). Insgesamt erscheinen deutlich mehr Indikatoren zur Ergebnisqualität wünschenswert.	Indikatoren zur Ergebnisqualität sind nur patientenbezogen zu betrachten. Für die ambulante Versorgung können geeignete Erhebungsinstrumente (noch) nicht eingesetzt werden (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Patientenbefragung). Somit erscheint insgesamt die Anzahl an Indikatoren zur Ergebnisqualität gering. Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.
24	Dementsprechend stellt sich auch die Frage, ob ein Anteil von 7 aus 27 Indikatoren mit Bezug zu restriktiven Maßnahmen angemessen ist und zwischen den Indikatoren ausreichend Varianz zu erwarten ist, um Qualitätspotentiale aufzudecken. Im Vorbericht selbst findet sich die Anmerkung, dass die Indikatoren zu den Zwangsmaßnahmen in Relation zu Indikatoren nach Abschluss der Bewertung nicht dominieren sollten (Vorbericht, S. 75).	Laut Beauftragung heißt es: „Sie [Anm.: die Qualitätspotenziale] bilden gemeinsam mit der leitliniengerechten Behandlung und der Erfassung restriktiver Maßnahmen gegenüber der o.g. Patientengruppe den Rahmen für die Entwicklung des zukünftigen QS-Verfahrens.“ <sup>3</sup> Somit wurden restriktive Maßnahmen gesondert benannt und beachtet. Auch gibt die wissenschaftliche Literatur zu Zwangsmaßnahmen in Deutschland Hinweise, dass Varianzen in den Indikatoren zu erwarten sind <sup>4,5</sup> . Die Indikatoren erfassen nicht nur die Häufigkeit von verschiedenen Zwangsmaßnahmen, sondern einzelne Aspekte des Prozesses, wie Dauer oder Betreuung. Beispielsweise können Einrichtungen bei wenigen Patienten Zwangsmaßnahmen anwenden, die kumulative Dauer der Maßnahme pro jeweils betroffenem Patienten kann aber länger sein als in Einrichtungen, die bei mehr Patienten Zwangsmaßnahmen anwenden. <sup>4</sup> Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt

<sup>3</sup> G-BA (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach §137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Gemeinsamer Bundesausschuss.

<sup>4</sup> Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.

<sup>5</sup> Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
25	<p>Mit Ausnahme der medikamentösen Behandlung werden wesentliche Säulen der Behandlung schizophrener bzw. paranoid Erkrankter nicht erfasst. Beispielfähig zu nennen ist hier die Psychoedukation, kognitives und soziales Kompetenztraining, die Tagesstrukturierung, die Behandlung comorbider körperlicher Erkrankungen, die Wohnsituation, die berufliche Rehabilitation usw. Wenn z. B. im Hinblick auf Psychotherapie und Umgang mit Angehörigen lediglich nach Absichten gefragt wird, ist nicht ersichtlich, warum dies nicht mindestens auch im Hinblick auf die Versorgungsplanung für die Wohn- und Arbeitssituation möglich sein sollte. Bekanntlich spielen diese Bereiche für die Lebensqualität und die Langzeitprognose eine große Rolle und viele Ressourcen werden in diesem Bereich aufgewendet.</p>	<p>Ziel des QS-Verfahrens war nicht, für alle wesentlichen Behandlungsansätze einen Indikator zu definieren, der die Versorgungslage aufzeigt. Vielmehr sollte versucht werden, ein geeignetes Set an Indikatoren zu finden, welches bestehende Qualitätsdefizite adressiert, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung zu erhalten.</p> <p>Im ursprünglichen Indikatorenregister waren Indikatoren enthalten, die zumindest einige der angesprochenen Themenbereiche abgedeckt haben. Zu nennen sind hier die Indikatoren ID 10 und ID 16 (Erfassung Hilfebedarf – stationär bzw. Erfassung Hilfebedarf – ambulant), die die Bereiche Wohnen und Arbeit erfasst haben. Der Indikator ID 17 befasst sich mit Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen. Die Psychoedukation wurde zudem durch 3 Indikatoren abgedeckt: ID 44 „Psychoedukation in der stationären Versorgung für Patienten“, ID 45 „Ambulante Psychoedukation für Patienten“, ID 46 „Ambulante Psychoedukation für Angehörige“. Diese Indikatoren wurden von den Panexperten in der Relevanz-Bewertung allerdings als <i>fraglich relevant</i> bewertet und damit ausgeschlossen. Wie im Vorbericht erläutert, zeigte die Paneldiskussion, dass es sehr unterschiedliche Auffassungen von psychoedukativen Interventionen gibt und Evidenz nur zu spezifischen Interventionen vorliegt. Die Definition eines geeigneten Indikators wurde nach Meinung des Panels zudem dadurch erschwert, dass Patienten mit F2-Diagnose nach ICD-10 nicht kontinuierlich Psychoedukation benötigen.</p> <p>Der Behandlung von komorbiden somatischen Erkrankungen wurde mit dem Indikator ID 59 „Kontrolluntersuchungen“ zumindest teilweise Rechnung getragen. Komorbide somatische Erkrankungen werden häufig begünstigt durch eine langfristige antipsychotische Pharmakotherapie; die in diesem Zusammenhang von den Leitlinien geforderten Kontrolluntersuchungen zum Monitoring somatischer Erkrankungen werden durch den Indikator abgedeckt.</p>
26	<p>Ebenso ist zu hinterfragen, warum unter denselben Überlegungen im stationären Bereich die Abklärung von Selbst- und Fremdgefährdung gar nicht erfasst werden soll. Der Vorbericht geht zwar auf die Frage der Suizidalität ausgiebig ein und erläutert auch die Schwierigkeiten, relevante Endpunkte sektorenübergreifend zu erfassen. Allerdings in diesem Zusammenhang auf Selbst- und Fremdgefährdung zu verzichten, erscheint unverhältnismäßig. Zwar wird im stationären Bereich mit einem Indikator körperliche Aggression erfasst, ansonsten ist der Bereich der Fremdgefährdung aber weitgehend ausgeblendet.</p>	<p>Es wurden in der Literatur keine Hinweise darauf gefunden, dass die Abklärung von Selbst- und Fremdgefährdung im stationären Bereich ein Qualitätsdefizit darstellt. Auch die Experten des Panels waren sich diesbezüglich einig. Dementsprechend wurde kein Indikator definiert.</p>
27	<p>Die Beschreibung der Indikatoren ist nicht immer in Einklang mit der Berechnung, da sich die Berechnung häufig auf „Nichterfüllung“ bezieht (z. B. 34b im Vergleich zu 85). Eine einheitliche Formulierung könnte Missverständnisse vermeiden.</p>	<p>Da in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen wurde, dass es empfehlenswert ist, bei einigen Indikatoren den Zähler positiv anstatt negativ zu formulieren, hat das AQUA-Institut die Formulierung aller Indikatoren dahin gehend überprüft. Bei einigen Indikatoren wurde daraufhin die Formulierung des Zählers zugunsten der Verständlichkeit geändert.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<b>4.5.2. Bewertung Indikatorenset im Detail</b>	
	<b>4.5.2.1. Indikator-ID 01e: Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Koordination, Kooperation und Kontinuität)</b>	
28	Der Indikator 01e ist einer der beiden Follow-up-Indikatoren, der versucht sektorenübergreifende Versorgungsqualität darzustellen. Die Prozess- und Ergebnisverantwortung liegt sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Leistungserbringern. Auf die nicht eindeutige Zuweisbarkeit wird hingewiesen, aber dieser Umstand nicht ausreichend berücksichtigt. Es wird nicht aufgezeigt, wer für ein ggf. schlechtes Ergebnis konkret verantwortlich sein soll und für die Initiierung möglicher Verbesserungen zuständig ist.	Es ist korrekt, dass eine konkrete Verantwortung nicht zugewiesen werden kann. Aus diesem Grund erhalten sowohl die ambulanten als auch die stationären Leistungserbringer die Ergebnisse zurückgespiegelt. Zu beachten ist auch, dass in den Rückmeldeberichten der beiden Leistungserbringer jeweils unterschiedliche Populationen adressiert werden: Ein stationärer Leistungserbringer erhält eine Rückmeldung über alle seine entlassenen Fälle; ein ambulanter Leistungserbringer erhält eine Rückmeldung über alle seine Patienten, die im Krankenhaus waren und für die er der Hauptarzt ist. Diese beiden Populationen decken sich zwangsläufig nicht miteinander. Demzufolge kann ein Leistungserbringer rechnerisch auffällig sein, der andere nicht. Die Ursachen würden dann zunächst bei dem Leistungserbringer mit der rechnerischen Auffälligkeit geprüft werden.  In diesem Kontext ist auch auf den Vorschlag des AQUA-Instituts hinzuweisen, dass rechnerisch auffällige Indikatoren im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder alternativ im Rahmen von Qualitätszirkeln diskutiert werden können (vgl. Abschnitt 7.3.1). Hier kann zum einen ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose geschaffen werden und zum anderen können gemeinsam Strategien erarbeitet werden, die zur Erreichung der Ziele führen sollen.
29	Die Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen können an dieser Stelle nur unvollständig berücksichtigt werden. Dies führt aufgrund der Relevanz des Indikators möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen einen großen Teil der kurzfristigen Anschlussbehandlungen durchführen.	Da seit 2013 eine einheitliche Dokumentationspflicht für alle PIA in Deutschland gilt, sollte dieser Umstand im umgesetzten QS-Verfahren keine Rolle mehr spielen.  Die nun im Bericht ergänzte Qualitätspotenzialanalyse lässt vermuten, dass ein großer Teil der kurzfristigen Anschlussbehandlungen nicht von PIA durchgeführt wird.
30	Weitere Unwegsamkeiten, die zu einem Nichtzustandekommen eines ambulanten Anschlusstermines innerhalb der ersten 7 Tage nach stationärer Entlassung führen, wurden bei der Indikatorbewertung nicht ausreichend berücksichtigt. Ein ambulanter Anschlusstermin ist nur möglich: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bei Terminierung (im besten Fall weit vor stationärer Entlassung),</li> <li>2. wenn bereits der Facharzt bekannt ist (dies ist beispielsweise in Fällen mit Erstdiagnosestellung häufig schwierig, da ein weiterbehandelnder Facharzt noch nicht bekannt ist),</li> <li>3. bei vorhandenen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten mit möglichen freien Terminen in der Praxis,</li> <li>4. bei Terminwahrnehmung durch den Patienten.</li> </ol>	Die unter Punkt 1 und 3 genannten Unwegsamkeiten wurden in die Würdigung des Indikators aufgenommen. Es ist davon auszugehen, dass die unter Punkt 2 und 4 genannten Aspekte zwar nicht durch den (stationären) Leistungserbringer zu beeinflussen sind, jedoch auf die einzelnen Einrichtungen gleich verteilt sind, sodass es nicht zu negativen Auswirkungen bei der Indikatorberechnung eines einzelnen Leistungserbringers kommen sollte. Ggf. kann dies im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten berücksichtigt werden.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	Die Beeinflussbarkeit auf das Ergebnis dieses Indikators durch den stationären Leistungserbringer ist zu hinterfragen.	
31	Die Bezeichnung des Indikators mit „Ambulanter Anschlusstermin (...)“ sollte überdacht werden. Denn hier wird nicht der Termin an sich aufgezeigt, sondern der Kontakt des Patienten mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung.	Dieser Hinweis ist korrekt, da der tatsächliche Kontakt das relevante Ereignis ist und nicht der Termin. Der Indikatorname wurde geändert.
<b>4.5.2.2. Indikator-ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme (Koordination, Kooperation und Kontinuität)</b>		
32	Auch dieser Indikator ist ein Follow-up-Indikator, mit dem Ansatz die sektorenübergreifende Versorgungsqualität darzustellen. Die Prozess- und Ergebnisverantwortung liegt sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Leistungserbringern. Auf die nicht eindeutige Zuweisbarkeit der Verantwortung wird hingewiesen. Es wird nicht aufgezeigt, wer für ein ggf. schlechtes Ergebnis konkret verantwortlich sein soll und für die Initiierung möglicher Verbesserungen zuständig ist.	Es ist korrekt, dass eine konkrete Verantwortung nicht zugewiesen werden kann. Aus diesem Grund erhalten sowohl die ambulanten als auch die stationären Leistungserbringer die Ergebnisse zurückgespiegelt. Zu beachten ist auch, dass in den Rückmelderichten der beiden Leistungserbringer jeweils unterschiedliche Populationen adressiert werden: Ein stationärer Leistungserbringer erhält eine Rückmeldung über alle seine entlassenen Fälle; ein ambulanter Leistungserbringer erhält eine Rückmeldung über alle seine Patienten, die im Krankenhaus waren und für die er der Hauptarzt ist. Diese Populationen decken sich zwangsläufig nicht miteinander.  In diesem Kontext ist auch auf den Vorschlag des AQUA-Instituts hinzuweisen, dass rechnerisch auffällige Indikatoren im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder alternativ im Rahmen von Qualitätszirkeln diskutiert werden können (vgl. Abschnitt 7.3.1). Hier kann zum einen ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose geschaffen werden und zum anderen können gemeinsam Strategien erarbeitet werden, die zur Erreichung der Ziele führen sollen.
33	Nicht genau betrachtet wurden verschiedene Möglichkeiten von Wiederaufnahmen. Es gibt nicht wenige Fälle, in denen Patienten eine Entlassung und Wiederaufnahme innerhalb weniger Tage hatten, weil Sie zur somatischen Abklärung o. ä. für 1-2 Tage in ein nahegelegenes Krankenhaus verlegt wurden. Solche Fälle werden in der gegenwärtigen Berechnung als Wiederaufnahme behandelt. Auch wurden sogenannte „Probeentlassungen“ im Sinne längerer Belastungserprobungen nicht berücksichtigt. Positiv zu bewerten für den Patienten, negativ im Sinne vermeintlich guter Versorgungsqualität. Der ambulante Sektor hat darauf gar keinen Einfluss.	Durch die Einführung des PEPP-Systems und der damit einhergehenden Fallzusammenlegung wird sich diese Problematik der beschriebenen Möglichkeiten von Wiederaufnahmen erübrigen, da hier zukünftig ein zusammenhängender Fall abgerechnet wird (s. dazu auch Nr. 34).
34	Auf die Nichtberücksichtigung der Erfahrungen bei der Entwicklung des PEPP-Systems wurde bereits eingegangen. Die stationäre Wiederaufnahme-Praxis könnte sich im Rahmen des neuen Entgeltsystems perspektivisch verändern. Danach sind bei Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen Fallzusammenführungen möglich.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
35	Zwingend sollte der Indikator dahingehend überprüft werden, ob er einen Fehlsteuerungsanreiz verursacht in Richtung einer Vermeidung von eigentlich notwendigen Wiederaufnahmen.	Dieser Hinweis ist korrekt. Ein möglicher Fehlsteuerungsanreiz wird in der Würdigung des Indikators ergänzt.
<b>4.5.2.3. Indikator-ID 08c: Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Koordination, Kooperation und Kontinuität)</b>		
36	Die Prozess- und Ergebnis-Verantwortung wird dem stationären Leistungserbringer zugeschrieben. Damit trägt dieser auch Risiken, die nicht in seinem Handlungsbereich liegen: z. B. Ablehnung eines Gesprächswunsches durch den ambulanten Arzt bzw. fehlende Verfügbarkeit eines ambulanten Arztes oder noch offene Benennung des ambulanten Arztes (z. B. bei Erstdiagnose) sowie die Ablehnung des Patienten einer Nachbetreuung. Die dichotome Erfassung erlaubt keine differenzierten Angaben.	Um dem von der DKG beschriebenen Problem zu begegnen, wurde die weitere Antwortoption „2 = nicht möglich“ hinzugefügt. In den Ausfüllhinweisen werden die von der DKG angeführten Gründe beschrieben.  Eine Antwortoption „Patient lehnt ab“ soll nicht eingefügt werden. Bei diesem Indikator soll erfasst werden, ob stationäre Leistungserbringer die ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringer noch während der stationären Versorgung kontaktieren und mit ihnen ein therapiebezogenes Gespräch führen. In den Ausfüllhinweisen (vgl. Anhang C.4) ist definiert, was unter einem therapiebezogenen Gespräch verstanden wird: „Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden persönliche oder telefonische Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.“ Demnach geht es darum, unabhängig vom Patientenwunsch relevante Informationen über die Behandlung an den ambulanten Leistungserbringer weiterzugeben.
<b>4.5.2.4. Allgemeine Bemerkungen zu den Qualitätsindikatoren „Pharmakotherapie“</b>		
37	Im Abschnitt 3.4.2 zur Pharmakotherapie (Vorbericht, S. 40) werden Aspekte ausgewählt, zu denen in mindestens der Hälfte der Leitlinien eine klare Empfehlung formuliert ist. Weiterführend heißt es: „Folgende vier Empfehlungen werden in allen Leitlinien übereinstimmend gegeben: (...)“ (Vorbericht, S. 41), was zumindest sprachlich unpräzise ist, da gemäß der Tabelle keiner der Punkte in allen Leitlinien thematisiert wurde. Zudem wird dann im Folgenden die Clozapingabe bei Therapieresistenz nicht berücksichtigt, obwohl diese in allen genannten Leitlinien empfohlen wurde. Es kann nur vermutet werden, dass diese als „zu sehr spezifische Pharmakotherapie“ (Vorbericht, S. 40) betrachtet wurde.	Diese Hinweise sind korrekt. Sprachlich wurde der Text angepasst und eine weitere Empfehlung für die Clozapingabe ergänzt.
<b>4.5.2.5. Indikator-ID 19: Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (Pharmakotherapie)</b>		
38	Bei der Risikoadjustierung ist die Minderheit der Patienten, die keine Medikation erhält, zu berücksichtigen.	Das konkrete Risikomodell sollte anhand empirischer Daten erstellt werden. Bisher wurden in den Indikatoren nur Risikofaktoren aufgenommen, die mithilfe der Literaturrecherche identifiziert wurden.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
39	Die Grenze von vier psychotropen Wirkstoffen erscheint subjektiv gewählt und es ist zu bedenken, dass die Evidenz für oder gegen psychotrope Kombinationstherapie kontrovers diskutiert wird (siehe auch Indikator-Begründung). Bei Therapieresistenz zum Beispiel kann gemäß der DGPPN-Leitlinie auch eine Mehrfachtherapie indiziert sein. Eine psychotrope Kombinationstherapie ist insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen eher die Regel als die Ausnahme.	Die Grenze von vier psychotropen Wirkstoffen wurde aus dem Originalindikator übernommen (vgl. Indikatordatenblatt), der diesem Indikator zugrunde liegt. Die Panelexperten haben diesen Indikator diskutiert und sahen mehrheitlich keinen Grund von dieser Anzahl abzuweichen.
<b>4.5.2.6. Indikator-ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Pharmakotherapie)</b>		
40	Siehe Indikator-ID 19	Siehe Nr. 38–39
<b>4.5.2.7. Indikator-ID 21a: Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung (Pharmakotherapie)</b>		
41	Die Operationalisierung anhand der DDDs weist erhebliche Unsicherheit auf, z. B. weil die DDD eine theoretische Größe ist, die nicht der therapeutischen Dosis entsprechen muss. Zudem lässt sich die zunehmende Verschreibung von Benzodiazepinen auf Privatrezept nicht erfassen.	Beide Hinweise wurden in die Würdigung des Indikators aufgenommen.
42	Eine zügige Risikoadjustierung ist unabdingbar, um eine indikationsgerechte Benzodiazepinmedikation nicht fälschlich als „Übersorgung“ zu erfassen. Die Erkrankungsschwere kann ein wichtiger Faktor der Risikoadjustierung sein. Zu den Folgen der Benzodiazepin-Verschreibung bei Patienten aus dem F2-Bereich gibt es in der angegebenen Literatur keine Berichte über Langzeitfolgen	Eine Risikoadjustierung wird auch vonseiten des AQUA-Instituts empfohlen. Grundlage des Indikators ist die in Richtlinien, Leitlinien und von Fachgesellschaften empfohlene Vermeidung einer Dauermedikation mit Benzodiazepinen aufgrund des grundsätzlichen Abhängigkeitsrisikos.
<b>4.5.2.8. Indikator-ID 77a: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Pharmakotherapie)</b>		
43	Die unscharfe Definition der „strukturierten Erfassung“ lässt erheblichen Interpretationsspielraum und daher kaum Varianz erwarten.	Mit „strukturierter Erfassung“ ist ein Instrument gemeint, das die Einrichtungen systematisch und bei allen Patienten einsetzen. Die Vorgabe eines konkreten Instruments wurde nicht vorgenommen, da der Indikator nur erfassen sollte, ob systematisch nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen geschaut wird oder nicht.
44	Die dichotome Erhebung in einer Ja/Nein-Abfrage ist kaum differenziert. Der Indikator hat so wenig Potential, ein Verbesserungspotential für die Einrichtungen und die Patienten zu generieren. Die Art der unerwünschten Arzneimittelwirkung und Maßnahmen werden nicht erfasst.	Die Erfassung der Art der unerwünschten Arzneimittelwirkungen und entsprechender Maßnahmen war nicht Ziel dieses Indikators. Die potenzielle Anzahl an unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist zu groß, um diese einzeln in einer Dokumentation abzufragen. Zudem zeigen sich einige Nebenwirkungen auch erst nach mehreren Wochen, wenn der Patient bereits entlassen wurde. Aus diesem Grund wird übergeordnet gefragt, ob die Kliniken unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfassen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.5.2.9. Indikator-ID 22_a: Dokumentation des Körpergewichts (Somatische Versorgung)</b>		
45	Die jährliche Datenerhebung mit sehr unspezifischen, ordinal skalierten Antwortmöglichkeiten erlaubt keine aussagekräftige und valide Erfassung. Wie soll zwischen „den meisten“ und „wenigen“ unterschieden werden? Wie soll zwischen „meistens“ und „selten“ unterschieden werden? Die Operationalisierung der Indikatorfragen des Erhebungsinstruments erscheint überprüfungsbedürftig.	Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die gewählte Operationalisierung in hohem Maße allgemeinverständlich ist und die Verständlichkeit numerischer Skalierungen in jedem Fall übertrifft. Darüber hinaus ist den Ausfüllhinweisen eine Erläuterung hinzugefügt ( <i>den meisten/meistens: &gt; 50 % der Patienten; wenigen/selten: ≤ 50 % der Patienten</i> ).
<b>4.5.2.10. Indikator-ID 31_a: Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Somatische Versorgung)</b>		
46	Die jährliche Datenerhebung mit sehr unspezifischen, ordinal skalierten Antwortmöglichkeiten erlaubt keine aussagekräftige und valide Erfassung. Wie soll zwischen „den meisten“ und „wenigen“ unterschieden werden? Wie soll zwischen „meistens“ und „selten“ unterschieden werden? Die Operationalisierung der Indikatorfragen des Erhebungsinstruments erscheint überprüfungsbedürftig.	Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die gewählte Operationalisierung in hohem Maße allgemeinverständlich ist und die Verständlichkeit numerischer Skalierungen in jedem Fall übertrifft. Darüber hinaus ist den Ausfüllhinweisen eine Erläuterung hinzugefügt ( <i>den meisten/meistens: &gt; 50 % der Patienten; wenigen/selten: ≤ 50 % der Patienten</i> ).
47	Die Aussagekraft dieses Indikators erscheint mit der dichotomen Antwortmöglichkeit Ja/Nein gering. Wenn eine Arzt 100 Patienten behandelt und einer lehnt die Untersuchung ab (was keineswegs selten ist), lautet die Antwort „Nein“. Eine Aussage über die Qualität lässt dies nicht zu.	Mit der dichotomen Antwortmöglichkeit wird auf die hohe Relevanz dieser Frage und den dahinterliegenden Sachverhalt hingewiesen. Dennoch wurde in den Ausfüllhinweisen ergänzt, dass, falls ein Patient eine allgemeinärztliche Untersuchung ablehnt, dies trotzdem als „ja“ zu bewerten ist. Außerdem sei auf das Auswertungsbeispiel der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation hingewiesen: Da jede Frage einen gleichgewichteten Anteil am Ergebnis des Indikators hat, geht die Frage mit der allgemeinärztlichen Untersuchung nur zu 20 % in das Indikatorergebnis ein.
48	Abfragen über Beratungen zu Ernährung/Sport usw. ergeben sehr weiche Daten, die einer starken Tendenz der Antwortenden in Richtung sozialer Erwünschtheit unterliegen können. Patientenbefragungen dürften diesbezüglich valider sein.	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass die erhobenen Daten – wie die meisten der über eine einrichtungsbezogene Erhebung erfassten Daten – vergleichsweise „weiche“ Daten sind. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Antworten bei einer möglichen Validierung oder im Strukturierten Dialog auch nachgeprüft werden könnten, bspw. durch Einträge in Patientenakten. Ansonsten kann sich das AQUA-Institut gut vorstellen, dass dieser Indikator auch im Rahmen der später zu entwickelnden Patientenbefragung berücksichtigt werden könnte.
<b>4.5.2.11. Indikator-ID 59: Kontrolluntersuchungen (Somatische Versorgung)</b>		
49	Hier ist zu berücksichtigen, dass häufig Kontrollen auch im hausärztlichen Bereich erfolgen, so dass dieser Bereich spätestens im zweiten Schritt bei der Entwicklung des Verfahrens zu ergänzen wäre.	Dieser Indikator erfasst alle im niedergelassenen Bereich durchgeführten Kontrolluntersuchungen, unabhängig davon, bei welchem Arzt diese durchgeführt wurden bzw. welcher Arzt sie veranlasst hat. Kontrolluntersuchungen im hausärztlichen Bereich werden somit auch berücksichtigt.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.5.2.12. Allgemeine Bemerkungen zu den Qualitätsindikatoren „Restriktive Maßnahmen“</b>		
50	<p>Durch die Dominanz der Qualitätsindikatoren (7 von 24) zu restriktiven Maßnahmen steht zu befürchten, dass die eigentliche stationäre (und auch ambulante) Behandlung des größten Teils der PatientInnen (in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken waren in 2004 zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten F2-Diagnose von restriktiven Maßnahmen betroffen – S. 42 Vorbericht) in den Hintergrund gerät.</p>	<p>Gemäß dem Auftrag bildet die Erfassung von restriktiven Maßnahmen, neben leitliniengerechter Behandlung und den Qualitätspotenzialen aus der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze, den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens. Zudem adressieren diese Indikatoren u.a. jene ethischen Aspekte und ggf. besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten, deren Berücksichtigung im Auftrag angeregt wurde. Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>
51	<p>Völlig unangemessen ist demzufolge eine mehr als 20 Felder umfassende Dokumentation sogenannter restriktiver Maßnahmen, die natürlich in der Behandlung schizophrener Erkrankter eine Rolle spielen, aber für die große Anzahl der so erkrankten Patienten während einer stationären Behandlung gar nicht eingesetzt werden. Außerdem wäre es sinnvoll, wenn sich die entsprechende Dokumentation an den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Durchführung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen im Rahmen stationärer allgemeinpsychiatrischer Akutbehandlungen orientieren könnten (z. B. hier: EUNOMIA-Studie– Europäische Bewertung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und Harmonisierung bester klinischer Praxis). Insgesamt sind die Maßnahmen und deren Dokumentation mittlerweile auch rechtlich wesentlich klarer geregelt und insofern auch von juristischer Seite wesentlich stringenter überwacht. Hinzuweisen ist hierbei auch auf die äußerst heterogene Dokumentations- und Erfassungspraxis der einzelnen Bundesländer. Zum Beispiel gibt es in Baden-Württemberg die Verpflichtung zur landesweiten Erfassung aller Zwangsmaßnahmen in einem zentralen Melderegister (§ 10 Abs. 3 PsychKHG). Durch das Melderegister wird ein hohes Transparenzniveau in Bezug auf die mit Zwangsmaßnahmen verbundenen einschneidenden Grundrechtseingriffe geschaffen, sowie ein Instrument der Qualitätssicherung der anerkannten Einrichtungen. Weiterhin nehmen viele weitere psychiatrische Kliniken an verschiedenen Benchmarking-Verfahren teil. Hier sollte dringend das Gebot der Datensparsamkeit beachtet und die Verhinderung von Mehrfacherfassungen (teilweise verpflichtender Dokumentation) angestrebt werden.</p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht der DKG, dass in den einzelnen Bundesländern bzw. Einrichtungen eine äußerst heterogene Erfassung von restriktiven Maßnahmen praktiziert wird. Diese Heterogenität der Erfassung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland lässt es nicht zu, dass in dem QS-Verfahren auf bereits erfasste Daten zurückgegriffen werden kann. Daher müssen die Daten für ein QS-Verfahren dokumentiert werden. Inwieweit die Daten aus den anderen Dokumentationsverpflichtungen genutzt werden können, muss für jede Einrichtung geprüft werden. Nur eine einheitliche Dokumentation lässt auch eine vergleichbare Auswertung zu.</p> <p>Die hier vorgeschlagene Dokumentation der restriktiven Maßnahmen basiert dezidiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, da alle entwickelten Indikatoren grundlegend evidenzbasiert sind. Die EUNOMIA-Studie gibt v.a. Empfehlungen zur Unterbringung von Patienten. Die Erfassung dieser Empfehlungen würde allerdings den bisherigen Dokumentationsaufwand bei Weitem übersteigen, und es würde dann nur für untergebrachte Patienten eine Dokumentation erfolgen. Auch die in der Studie geforderte Dokumentation zu Zwangsmaßnahmen (wer hat die Maßnahme veranlasst und wer hat sie durchgeführt sowie die Dokumentation des physischen und psychischen Zustand des Patienten)<sup>6</sup>, scheint für eine Qualitätssicherung nur bedingt geeignet. V.a. die Erfassung des physischen und psychischen Zustands des Patienten scheint sehr aufwendig (Verwendung von standardisierten Instrumenten). Indikatoren, die einrichtungsübergreifend den physischen oder psychischen Zustand von Patienten zu Beginn einer Zwangsmaßnahme vergleichen, wurden über die Recherche nicht gefunden.</p> <p>Für den Abschlussbericht erfolgte eine grundlegende Überarbeitung des Dokumentationsbogens für die stationäre QS-Dokumentation, sodass der Dokumentationsaufwand erheblich verringert wurde. Den Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen wird eine Frage vorangestellt, die erfasst, ob bei dem jeweiligen Fall eine restriktive Maßnahme wäh-</p>

<sup>6</sup> Fiorillo, A; De Rose, C; Del Vecchio, V; Jurjanz, L; Schnall, K; Onchev, G; Alexiev, S; Raboch, J; Kalisova, L; Mastrogianni, A; Georgiadou, E; Solomon, Z; Dembinskas, A; Raskauska, V; Nawka, P; Nawka, A; Kiejna, A; Hadrys, T; Torres-Gonzales, F; Mayoral, F; Björkdahl, A; Kjellin, L; Priebe, S; Maj, M; Kallert, T (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. Eur Psychiatry 26(4): 201-207.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>rend des Aufenthalts angewendet wurde. Wird diese Frage verneint, müssen die Felder zur Dokumentation der restriktiven Maßnahmen nicht ausgefüllt werden. Somit muss für stationäre Fälle ohne restriktive Maßnahmen lediglich ein Datenfeld zu restriktiven Maßnahmen dokumentiert werden.</p> <p>Dem AQUA-Institut ist bewusst, dass einige Einrichtungen bereits an qualitätssichernden Maßnahmen wie Benchmarking teilnehmen. Beispielsweise zeigte eine Untersuchung von 88 Fachkliniken und Fachabteilungen, dass 23 % der Einrichtungen an externen Benchmarkings zu Zwangsmaßnahmen teilnehmen<sup>7</sup>. Gemäß dem Auftrag bildet die Erfassung von restriktiven Maßnahmen, neben leitliniengerechter Behandlung und den Qualitätspotenzialen aus der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze, aber den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens. Zudem adressieren diese Indikatoren u.a. jene ethischen Aspekte und ggf. besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten, deren Berücksichtigung im Auftrag angeregt wurde. Daher sieht das AQUA-Institut keine Notwendigkeit, trotz bereits bestehender Qualitätssicherungsansätze in einigen Einrichtungen, die Bewertungen der Experten infrage zu stellen.</p>
52	<p>Klar ist auch nicht, warum die Indikatoren 35, 36 und 61 Ergebnisindikatoren sein sollen. Der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten ist ja nicht nur ein Ergebnis der Behandlung, sondern wird auch durch andere Einflüsse erheblich determiniert (z. B. Klinik in einem Brennpunktgebiet).</p>	<p>Zu Indikator ID 35: Der Indikator ist als Ergebnisindikator konzipiert, da es um die Erfassung der Häufigkeit körperlicher Übergriffe von Patienten auf das Personal, andere Patienten oder Besucher geht. Es handelt sich nicht um einen Behandlungsschritt, für den ein Krankenhaus die Prozessverantwortung trägt.</p> <p>Zu Indikatoren ID 36 und ID 61: Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass diese Indikatoren auch als Prozessindikatoren aufgefasst werden könnten. Diese Indikatoren sind als Ergebnisindikatoren konzipiert, weil ein Krankenhaus es durch qualitativ gute Versorgung schaffen sollte, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.</p> <p>Einflüsse auf die Ergebnisindikatoren können über eine Risikoadjustierung berücksichtigt werden. Weitere Faktoren, die nicht über einer Risikoadjustierung berücksichtigt werden können, können im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten Berücksichtigung finden.</p>
53	<p>Die Erfassung, ob ein „Aufenthalt auf geschlossener Station“ stattgefunden hat, scheint nur noch wenig zeitgemäß. Stationen auf denen Menschen mit Schizophrenie behandelt werden, sind heute häufig „fakultativ geschlossen“. Das heißt, je nach aktueller Situation wird diese offen geführt oder auch einmal geschlossen. Einen Unterschied, der dichotom abzubilden wäre, existiert in vielen Kliniken so nicht mehr. Dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung kommt nicht bei allen Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen zum Tragen.</p>	<p>Das entsprechende Datenfeld wurde geändert. Die in den Indikatordatenblättern angeführten potenziellen Risikofaktoren wurden der Literatur entnommen. Die Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Da das Datenfeld „Aufenthalt auf geschlossener Station“ zunächst für jeden Fall erhoben wird, kann er auch für die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells anderer Indikatoren genutzt werden.</p>

<sup>7</sup> Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
54	Bei den Indikatoren mit der Risikoadjustierung über den Parameter der Unterbringung muss aufgezeigt werden, welche Art der Unterbringungsmaßnahme hier erfasst werden soll (Betreuungsrecht vs. Unterbringungsgesetze der Länder).	Die Antwortoptionen des entsprechenden Datenfeldes wurden angepasst, sodass es möglich ist, die Art der Unterbringungsmaßnahme (Betreuungsrecht vs. Unterbringungsgesetze der Länder) differenziert zu erfassen.
<b>4.5.2.13. Indikator-ID 35: Körperliche Übergriffe (Restriktive Maßnahmen)</b>		
55	Aggressives Verhalten hängt häufig auch von patientenseitigen Faktoren ab. Die genannten Einflussmöglichkeiten sind indirekt und vermutlich umstritten. Als Handlungskonsequenz werden u. a. „strukturelle Maßnahmen zur Gewaltprävention“ genannt, hier ist kaum Varianz zum Indikator 50c (Deeskalationstraining) zu erwarten. Eine Risikoadjustierung ist unabdingbar.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4.5.2.14. Indikator-ID 36: Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten (Restriktive Maßnahmen)</b>		
56	Auch dieser Indikator (siehe Indikator 35) ist eher ein Prozessindikator. Die genannten Einflussmöglichkeiten sind beschränkt.	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert. Ein Krankenhaus sollte es durch qualitativ gute Versorgung schaffen, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.
<b>4.5.2.15. Indikator-ID 39a: Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall (Restriktive Maßnahmen)</b>		
57	Keine Anmerkungen	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4.5.2.16. Indikator-ID 41a: Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Restriktive Maßnahmen)</b>		
58	Die Ausfüllhinweise zur 1:1 Betreuung bei Isolierungen lassen Fragen offen. Das Wesen einer Isolierung besteht darin, dass die betreffenden Patienten (üblicherweise wegen Gewalttätigkeit) in einem Raum von anderen Menschen isoliert oder am Verlassen des Raumes gehindert werden. Wie wird konkret eine 1:1-Betreuung, „die den einzelnen Patienten individuell zusammenhängend betreut“, definiert? Eine direkte persönliche Anwesenheit ist dabei nicht möglich, dies würde die entsprechende Person massiv gefährden. Möglich hingegen ist eine kontinuierliche Überwachung.	In der grundlegenden Überarbeitung des Dokumentationsbogens für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation wurde dies berücksichtigt.
<b>4.5.2.17. Indikator-ID 61: Von Zwangsmedikation betroffene Patienten (Restriktive Maßnahmen)</b>		
59	Keine Anmerkungen	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.5.2.18. Indikator-ID 62: Unterbringung (Restriktive Maßnahmen)</b>		
60	Wie der Vorbericht ausführt, haben die Einrichtungen kaum Einfluss auf gerichtlich verfügte Aufnahmen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Einrichtungen Einfluss auf das Ergebnis nehmen können. Es wird vorgeschlagen, den Indikator zu streichen.	Es ist korrekt, dass das Ergebnis dieses Indikators außerhalb des Einflussbereichs des Krankenhauses liegt. Vielmehr spiegelt er das Ergebnis innerhalb einer definierten Region wider. Aus diesem Grund wurde dieser Indikator als Strukturindikator ausgewiesen. Darüber hinaus wurde im Indikatordatenblatt ein Hinweis bei der Prozess- und Ergebnisverantwortung ergänzt, dass der stationäre Leistungserbringer nicht die alleinige Ergebnisverantwortung trägt. Wird ein Leistungserbringer auffällig, bedeutet dies, dass die gesamte Region auffällig ist und das Ergebnis gemeinsam mit den beteiligten Leistungserbringern in Form von Qualitätszirkeln oder im Gemeindepsychiatrischen Verbund diskutiert werden sollte.
<b>4.5.2.19. Indikator-ID 80: Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (restriktive Maßnahmen)</b>		
61	Keine Anmerkungen	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4.5.2.20. Indikator-ID 67b: Anbieten von Psychotherapie – ambulant (Psychotherapie)</b>		
62	Im Vorbericht wird es als wünschenswert bezeichnet, „(...) die Indikation, den Zugang und den Erhalt von Psychotherapie mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation ambulant (...) erheben zu können“ (Vorbericht, S. 115). Zumindest der Erhalt von Psychotherapie lässt sich ambulant über die Sozialdaten erheben, was wesentlich sinnvoller erscheint als eine einrichtungsbezogene Erfassung.	<p>Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass der Erhalt von Psychotherapie über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann. Für die Qualitätssicherung wäre allerdings entscheidend, dass sich ein Qualitätsziel definieren lässt, für das es wichtig ist zu wissen, ob bei einem Patienten Psychotherapie im Erfassungszeitraum indiziert war oder nicht (vgl. auch Kommentar der DKG, Nr. 63). Da diese Information nicht aus den Sozialdaten hervorgeht, kann auch kein geeignetes Qualitätsziel definiert werden. Beispielsweise ergibt sich bei Patienten mit einer F2-Diagnose ein Anteil von 5 %, der im Jahr 2012 Richtlinien-Psychotherapie erhalten hat (eigene Hochrechnungen anhand von Routinedaten des Jahres 2012 einer kooperierenden Krankenkasse). Inwieweit 5 % „gute“ oder „schlechte“ Qualität widerspiegeln ist ohne Information zur Indikation für den betrachteten Zeitraum nicht einzuschätzen. Aus diesem Grund wurde davon abgesehen, einen Indikator auf Sozialdatenbasis anzulegen, der den Erhalt von Psychotherapie misst. Geeigneter aus Sicht des AQUA-Instituts ist hierfür eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation (vgl. Abschnitt 8.1.1).</p> <p>Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen kann der Erhalt von Richtlinien-Psychotherapie sowie der Erhalt von psychotherapeutischen Gesprächen als Einzelbehandlung (GOP 23220) entnommen werden. Diese Informationen können im Rahmen der Basisauswertung dargestellt werden, um für die Bewertung der Indikatorergebnisse und zur Rückmeldung an die regionale Versorgung (im Sinne von Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder Qualitätszirkeln) zur Verfügung zu stehen. Die Auswertung dieser Informationen stellt für die Leistungserbringer keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand dar.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
63	Die Fragen Nr. 10 bis 15 stellen sehr spezifische Fragen zur Psychotherapie. Demnach stellt es die beste Qualität dar, wenn alle Patienten mit einer F2-Diagnose über die verschiedenen Variationen der Psychotherapie informiert werden und dementsprechendes Informationsmaterial zu den Varianten ausgehändigt bekommen. Für einen beträchtlichen Teil der Patienten dürfte dies aber nicht möglich sein, weil sie z. B. bei sehr geringer Krankheitseinsicht nicht in der Lage sind, die Information vernünftig zu verarbeiten, um eine entsprechende Entscheidung zu treffen, geschweige denn eine entsprechende Psychotherapie wahrnehmen und davon profitieren. Die Aushändigung von schriftlichem Informationsmaterial sollte nicht zur Erfüllung des Indikatorziels unabdingbar sein.	Das AQUA-Institut teilt die Ansicht, dass nicht alle Patienten zu jedem Zeitpunkt der Behandlung psychotherapeutische Interventionen benötigen. Daher richten sich die Inhalte der Fragen an Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Der Indikator erfasst einen qualitätsrelevanten Aspekt des Qualitätspotenzials/-defizits Psychotherapie. Die Teilfrage zur Aushändigung von schriftlichem Informationsmaterial wurde aus dem Erhebungsinstrument gestrichen und ist nicht relevant zur Erfüllung des Indikatorziels.
64	Weiterhin fehlt in der Gruppe der Prozess-, Ergebnis- und Dokumentationsverantwortung die Gruppe der Vertragspsychotherapeuten. Diese Berufsgruppe erbringt einen großen Teil der Psychotherapien. Dies wurde insbesondere durch Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in größerem Umfang im Diagnosebereich F2 möglich.	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass Vertragspsychotherapeuten einen Teil der Psychotherapien für Patienten mit einer F2-Diagnose durchführen. Das Feld Prozess-/Ergebnisverantwortung des Indikatorblatts gibt die Einrichtungen an, die eine Rückmeldung zu dem Indikator erhalten. Das Feld Dokumentationsverantwortung gibt an, welche Einrichtungen die Datenfelder zum Indikator dokumentieren. Da auftragsgemäß Indikatoren für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und Psychiatrische Institutsambulanzen entwickelt werden sollen, können hier nur ärztliche Psychotherapeuten mit der Fachgruppenkennung 58 (Psychiatrie und Psychotherapie) aufgeführt werden. Psychologischen Psychotherapeuten kann im Indikatorblatt nicht die Prozess-/Ergebnis- oder Dokumentationsverantwortung zugewiesen werden, da sie auftragsgemäß nicht Adressaten des QS-Verfahrens sind.
<b>4.5.2.21. Indikator-ID 34: Behandlungsvereinbarungen (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
65	Die wissenschaftliche Evidenz für diesen Indikator ist als gering zu bezeichnen. Es gibt einige Kliniken, in denen sie auch in größerem Umfang eingesetzt werden. Ärzte berichten häufig, dass viele Patienten sie ablehnen. Die Argumente der Angehörigen und Betroffenen, dass Behandlungsvereinbarungen zu einer besseren Akzeptanz der Behandlung führen, sind grundsätzlich sinnvoll. Bevor sie jedoch als Qualitätsmerkmal Eingang finden, sollte überprüft werden, ob beispielsweise in den Kliniken, in denen Behandlungsvereinbarungen in großem Umfang eingesetzt werden, hinsichtlich definierter Parameter (Psych-KG-Aufnahmen, Zahl von Zwangsbehandlungen und Fixierungen) wirklich geringer ist.	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass diesem Indikator nicht das höchste Evidenzlevel zugrunde liegt. Die wissenschaftliche Evidenz ist, wie dem Indikatorblatt entnommen werden kann, mit einem Evidenzlevel von IIa, IIb oder III angegeben. Die Antwortoptionen der Datenfelder lassen die Erfassung einer Ablehnung durch den Patienten zu. Dieser Fall wird zugunsten der Einrichtung gewertet, da die Einrichtung die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten besprochen haben muss, um eine Ablehnung vom Patienten zu erhalten.
66	Die Erfassung des Indikators zielt lediglich auf stationäre Einrichtungen. Warum gibt es dazu keine Erfassung im ambulanten Bereich? Es wird nach der Erstellung/Aktualisierung einer Behandlungsvereinbarung während oder nach dem stationären Aufenthalt gefragt. Hier wird nicht berücksichtigt, dass Behandlungsvereinbarungen häufig gerade in stabilen	Da Behandlungsvereinbarungen definitionsgemäß „schriftliche Vereinbarung[en] zwischen einer psychiatrischen Institution (meist Klinik) und Nutzern (Patienten), die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender zukünftiger Behandlungen bezieht“ <sup>8</sup> , sind, müssen die Vereinbarungen zwischen einer stationären Einrichtung und dem Patienten

<sup>8</sup> DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	Phasen der Erkrankung verfasst werden. Also nicht während der akuten Phase im Krankenhaus, sondern nach Entlassung, um Vorkehrungen für eine mögliche erneute akute Phase zu treffen. Dies kann sich dem Kenntnisstand des stationären Leistungserbringers entziehen.	immer mit Wissen der stationären Einrichtung getroffen werden. Inwieweit der Patient Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern geschlossen hat, ist für diesen Indikator irrelevant.  Wie von der DKG erwähnt wurde, wird nach einer Erstellung/Aktualisierung einer Behandlungsvereinbarung während oder nach dem stationären Aufenthalt gefragt. Dementsprechend besteht die Möglichkeit, nach Entlassung in einer stabileren Phase eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen.
67	Weiterhin wird nicht berücksichtigt, dass für die Erstellung/Aktualisierung einer Behandlungsvereinbarung eine Krankheitseinsicht sowie eine Absprachefähigkeit vorhanden sein müssen. Außerdem sollten Fälle mit kurzer Verweildauer nicht in die Grundgesamtheit einfließen (Überarbeitung der Ausschlusskriterien).	Die Antwortoptionen der Datenfelder lassen die Erfassung einer Ablehnung durch den Patienten zu. Dieser Fall wird zugunsten der Einrichtung gewertet, da die Einrichtung die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten besprochen haben muss, um eine Ablehnung vom Patienten zu erhalten. Zusätzlich wurde in den Ausfüllhinweisen ergänzt, dass, wenn ein gesetzlicher Betreuer für die Gesundheitsvorsorge benannt wurde, diese Fragen mit jenem zu klären sind.  Die Ausschlusskriterien dieses Indikators wurden angepasst. Fälle mit einer Verweildauer < 7 Tage wurden aus dem Nenner des Indikators ausgeschlossen.
<b>4.5.2.22. Indikator-ID 43: Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
68	<p>Das Zeitfenster von 72 Stunden nach Aufnahme für ein therapiebezogenes Gespräch erscheint zu knapp bemessen und damit häufig nicht umsetzbar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ablehnung Patient (im Vorschlag enthalten),</li> <li>2. Ablehnung eines Gesprächs durch Angehörige,</li> <li>3. Patienteneinwilligung zur Einbeziehung von Angehörigen muss vorliegen,</li> <li>4. Vollmachten/Betreuernachweis usw. müssen vorliegen,</li> <li>5. grundsätzliche Erreichbarkeit von Angehörigen,</li> <li>6. tatsächliche Verfügbarkeit von Angehörigen (Arbeitszeiten),</li> <li>7. kritisches Zeitfenster bei Aufnahmen an Wochenenden oder Feiertagen.</li> </ol> <p>Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass Patienten mit einer F2-Diagnose häufig ein sehr kleines soziales Netzwerk haben. Der Großteil ist in diesem Zeitraum überhaupt noch nicht in der Lage, der Durchführung eines Angehörigengesprächs nach zuvor erfolgter Aufklärung überhaupt zuzustimmen bzw. in ein solches einzuwilligen.</p> <p>Wir schlagen, anstelle des Gespräches, eine Kontaktaufnahme innerhalb von 72 Stunden vor.</p> <p>Außerdem sollten Fälle mit kurzer Verweildauer nicht in die Grundgesamtheit einfließen (Überarbeitung der Ausschlusskriterien).</p>	<p>Das Zeitfenster von 72 Stunden wurde aus einem Originalindikator übernommen. Im Rahmen des Panelprozesses wurde dieser Zeitrahmen eingehend diskutiert (vgl. Abschnitt 5.4). Nach Abwägung möglicher anderer Zeitvorgaben haben sich die Experten jedoch dazu entschieden, die 72 Stunden beizubehalten (Punkt 7 der DKG). Auch an Wochenenden oder Feiertagen aufgenommene Patienten sollten die gleiche Versorgung erhalten wie Patienten, die an Werktagen aufgenommen wurden.</p> <p>Einige Anregungen der DKG wurden aufgenommen und die Antwortoptionen des entsprechenden Datenfeldes zur Berechnung des Indikators erweitert um „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ (Punkt 2 der DKG) und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“ (Punkte 5 und 6 der DKG). Der dritte Punkt der DKG ist nach Ansicht des AQUA-Instituts in der Antwortoption „Patient hat abgelehnt“ enthalten. Soweit der Einrichtung der gesetzliche Betreuer bekannt ist, sollten entsprechende Nachweise auch bekannt sein (Punkt 4 der DKG).</p> <p>Mit der Erweiterung der Antwortoptionen sieht das AQUA-Institut keine Notwendigkeit die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen und den Indikator entsprechend der Empfehlung der DKG (Kontaktaufnahme anstatt Gespräch) zu ändern.</p> <p>In den Ausschlusskriterien wurde das Kriterium „Patienten mit einer Verweildauer &lt; 4 Tage“ ergänzt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>4.5.2.23. Indikator-ID 70_a: Einbezug von Angehörigen (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
69	Aus Mangel an Möglichkeiten der fallbezogenen QS-Dokumentation wird bei diesem Indikator einmal mehr das Ungleichgewicht von stationärer und ambulanter Qualitätsdarstellung sichtbar.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
70	Die jährliche Datenerhebung mit sehr unspezifischen, ordinal skalierten Antwortmöglichkeiten erlaubt keine aussagekräftige und valide Erfassung. Wie soll zwischen „den meisten“ und „wenigen“ unterschieden werden? Wie soll zwischen „meistens“ und „selten“ unterschieden werden? Die Operationalisierung der Indikatorfragen des Erhebungsinstrumentes erscheint überprüfungsbedürftig.	Das AQUA-Institut ist der Ansicht, dass die gewählte Operationalisierung in hohem Maße allgemeinverständlich ist und die Verständlichkeit numerischer Skalierungen in jedem Fall übertrifft. Darüber hinaus ist den Ausfüllhinweisen eine Erläuterung hinzugefügt ( <i>den meisten/meistens: &gt; 50 % der Patienten; wenigen/selten: ≤ 50 % der Patienten</i> ).
<b>4.5.2.24 Indikator-ID 85: Muttersprachliche Kommunikation (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
71	Unklar ist bei diesem Indikator die erneute ausschließliche Betrachtung der stationären Leistungsversorgung. Dokumentiert werden soll eine muttersprachliche Kommunikation innerhalb von 24 Stunden. Die Zeitangabe ist zu eng bemessen. Wochenenden und Feiertage schränken zudem die Verfügbarkeit des entsprechenden Personals ein. Bei aktuell zunehmender Anzahl an unterschiedlichen Muttersprachen wird es perspektivisch schwerer, innerhalb eines so kurzen Zeitintervalls eine muttersprachliche Kommunikation in den unterschiedlichsten Sprachen zu gewährleisten. Die Zählerdefinition beinhaltet diese Zeiteinschränkung, im Gegensatz zum Datenfeld der Berechnung. Es wird vorgeschlagen den Indikator zu modifizieren, indem der Begriff „Kommunikation“ um „Information“ erweitert und die vorgesehene Zeitspanne erweitert oder aufgehoben wird (z. B. auf den nach dem Aufnahmetag folgenden regulären Wochenarbeitsstag).	Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass das Problem auch im ambulanten Setting auftritt. Die ausschließliche Betrachtung der stationären Versorgung resultiert aus der momentan noch nicht möglichen fallbezogenen Erfassung im ambulanten Setting. Da es für eine Frist zur Ermöglichung von muttersprachlicher Kommunikation keine Evidenz gibt, hat das AQUA-Institut die Empfehlung der Panelexperten übernommen. Das Zeitfenster wurde nun auch im Zähler des Indikators ergänzt.
<b>4.5.2.25. Indikator-ID 103: Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
72	Folgende Konstellationen werden bei der Indikatorentwicklung nicht berücksichtigt: 1. Ablehnung eines Gesprächs durch Angehörige, 2. grundsätzliche Erreichbarkeit von Angehörigen, 3. tatsächliche Verfügbarkeit von Angehörigen (Arbeitszeiten).	Die Anregungen der DKG wurden aufgenommen und die Antwortoptionen des entsprechenden Datenfeldes zur Berechnung des Indikators erweitert um „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
73	Die Ausschlusskriterien sind zu überarbeiten: nur die Fälle mit einer Verweildauer von weit mehr als 72 Stunden sollten in die Indikatorberechnung einfließen. Ist ein Patient zum Bei-spiel 4 Tage in stationärer Behandlung, hat die Klinik genau einen Tag Zeit, den Angehörigen in die Entlassung einzubeziehen. Im Grunde kann auch die gesamte zeitliche Einschränkung aufgehoben werden. Relevant ist doch nur, dass überhaupt Angehörige in die Entlassungsplanung einbezogen werden. Der Zeitpunkt dafür ist irrelevant.	Die Ausschlusskriterien für diesen Indikator wurden angepasst: Fälle, die eine Verweildauer < 7 Tage haben, werden hier nicht berücksichtigt. Unter Berücksichtigung von Indikator ID 43 wird für Patienten mit einer Verweildauer von < 7 Tagen ein Gespräch mit Angehörigen erfragt, bei einer Verweildauer von 7 Tagen und mehr werden zwei Gespräche erfragt.
<b>4.5.2.26. Indikator-ID 104: Gesprächsangebote für Angehörige (Empowerment und Angehörigenpartizipation)</b>		
74	Aufgrund des Umfangs des gesamten vorgeschlagenen QS-Verfahrens und umfangreiche QS-Dokumentation im stationären Bereich wird vorgeschlagen, diesen Indikator zur Verschlinkung des Indikatorensets zu streichen. Es sind über die Indikatoren 43, 70a, 103 hin-aus keine relevanten Informationen zu erwarten, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.	Das AQUA-Institut streicht diesen Indikator zunächst nicht. Im Regelbetrieb wird sich zeigen, ob relevante Informationen, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, zu erwarten sind.
<b>4.5.2.27. Indikator-ID 49: Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen (Struktur)</b>		
75	<p>Es handelt sich um eine einrichtungsbezogene Kennzahl ohne Bezug auf Patienten mit einer F2-Diagnose. Insgesamt ist zu hinterfragen, warum der Fokus in zwei von drei Strukturindikatoren bei multiprofessioneller Behandlung ausschließlich auf der Pflege liegt. Die Abbildung durch zwei ähnliche Qualitätsindikatoren (ID 49 und 57) erscheint überdimensioniert.</p> <p>Es kann davon ausgegangen werden, dass es keine Evidenz für die Relevanz dieses Indikators vorhanden ist. Ansätze für Hinweise der Relevanz aus England lassen nur sehr bedingte Rückschlüsse zu. Zum Einen ist die stationäre Behandlung dort sehr viel stärker durch die Pflege dominiert als in Deutschland, zum Anderen sind die Unterschiede der Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflege sehr viel ausgeprägter („registered nurses“ sind den Pflegekräften in Deutschland nicht vergleichbar). Außerdem gibt es keine Studie darüber, welche konkrete Anzahl von Pflegepersonal gute Versorgungsqualität sichert.</p>	<p>Das AQUA-Institut kann die Argumente der DKG nachvollziehen. Die Studienergebnisse, v.a. aus Großbritannien, lassen sich nur bedingt auf die stationäre Versorgung in Deutschland übertragen. Daher kann anhand der Evidenz nicht einer der beiden Indikatoren favorisiert werden. Die Panexperten bewerteten beide Indikatoren als <i>relevant</i>, da sie sowohl Pflegefachpersonen als auch Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung als wichtig für die Qualität der stationären Versorgung erachten.</p> <p>Wie von der DKG ebenfalls richtig herausgestellt wird, gibt es keine konkreten Angaben zur Anzahl des für die Sicherung der Versorgungsqualität notwendigen Pflegepersonals. Aus diesem Grund ist im Referenzbereich kein konkretes Verhältnis von Personentagen zu Behandlungstagen angegeben, sondern das 95. Perzentil.</p>
76	Die Definition der „Fachpflegerischen Versorgung – Pflegefachpersonen“ nach dem Operations- und Prozedurenschlüssel (DIMDI 2015) ist zu überdenken. Auch wenn in den Ausfüllhinweisen die Personengruppe beschrieben wird, ist die Erhebung anfällig für Fehlinterpretationen. Üblicherweise wird „Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen“ gleichgesetzt mit Pflegekräften, die eine Fachweiterbildung (ITS, OP; Psychiatrie usw.) haben. Da auf diese speziell weitergebildeten Kräfte in dem anderen Indikator Bezug genommen wird, sollte die Bezeichnung überdacht werden. Vermutlich würde schon genügen, den Indikator in „Pflegerische Versorgung – Pflegefachkräfte“ umzubezeichnen. Sollte die derzeit diskutierte Pflegeausbildungsreform in Kraft treten, ergibt sich eine gänzlich neue Bezeichnung: „Pflegefachfrau und Pflegefachmann“.	Da sich durch Veränderungen in der Ausbildung von Pflegepersonal die Bezeichnung immer wieder geändert hat, favorisiert das AQUA-Institut gemeinsam mit den Panexperten den Begriff Pflegefachpersonen. Dieser Begriff ist im Operationen- und Prozedurenschlüssel in abrechnungsrelevanten Codes enthalten und sollte daher für Einrichtungen hinreichend eindeutig definiert sein. Auch nach der Pflegeausbildungsreform würden die dann als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann bezeichneten Berufsgruppen problemlos in den Indikator eingeschlossen werden können.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
77	Es werden allgemein Behandlungstage und Personentage erfasst. Wie sollen diese miteinander in Bezug gesetzt werden? Was bedeutet dann gute oder schlechte Strukturqualität? Wann ist der Indikator „erfüllt“?	Der Bezug ist durch den Zähler und Nenner des Indikators definiert. Der Referenzbereich dieses Indikators wird durch das 95. Perzentil markiert. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die 5 % der Einrichtungen rechnerisch auffällig werden, die am wenigsten Personentage pro Behandlungstag haben. Ein perzentilbasierter Referenzbereich stellt lediglich ein statistisches Aufgreifkriterium dar, eine weitergehende Aussage über „gute“ oder „schlechte“ Qualität ist damit zunächst nicht verbunden.
78	Der Indikator stellt durch seinen „Personentag-Bezug“ einen erheblichen Erhebungsaufwand dar. Es wurde nicht untersucht oder dargelegt, wie diese Berechnung von statten gehen soll. Wie ist der Umgang mit Fehlzeiten und mit Personal, die flexibel vom stationären in das ambulante Setting wechseln? Stehen diese Zahlen den Kliniken niedrigschwellig über das Personalcontrolling zur Verfügung oder müssen gar am Ende alle einzelnen Dienstpläne betrachtet und das tatsächlich vorhandene IST-Personal gezählt/berechnet werden?	Es wird davon ausgegangen, dass die notwendigen Zahlen über das Personalcontrolling zur Verfügung stehen. Die entsprechenden Panelexperten aus der Klinik haben dies bestätigt. Dieser Aspekt sollte aber in einer Machbarkeitsprüfung sichergestellt werden. Bei der Anzahl der Personentage sollen Fehlzeiten nicht berücksichtigt werden, d.h., es soll nur anwesendes Personal erfasst werden, wobei hierzu auch Personal zählt, welches flexibel vom stationären in das ambulante Setting wechselt.
79	Es wird vorgeschlagen, den Indikator 49 und 57 zusammenzufassen. Es sollte eine Kennzahl erhoben werden, die den Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung ins Verhältnis setzt zu den Gesamt-Pflegekräften (Vollkräfte, nicht Mitarbeiter). Das könnte auch für die Ärzte relevant sein.	Die von der DKG vorgeschlagene Zusammenfassung der beiden Indikatoren zu einem Indikator würde nicht der Intention der beiden Einzelindikatoren entsprechen. Daher sieht das AQUA-Institut von einer Zusammenfassung ab. Der Anteil der Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung an der Gesamtzahl der Pflegefachpersonen (Vollkräfte) lässt ohne Bezug zum Pflegeaufwand (hier z.B. Anzahl von Behandlungstagen) nur weniger valide Aussagen über die Qualität der Versorgung zu. Bei einem zusammengefassten Indikator, wie von der DKG vorgeschlagen, kann schnell ein gutes Indikatorergebnis erreicht werden, wenn die Gesamtanzahl der Pflegefachpersonen gering ist. Die Informationen beider Indikatoren (ID 49 und ID 57) adressieren jeweils verschiedene Aspekte <u>eines</u> Qualitätspotenzials.
<b>4.5.2.28. Indikator-ID 50c: Deeskalationstraining – stationär (Struktur)</b>		
80	Es wird nicht nachvollziehbar aufgezeigt, warum eine Grenze von 100 Arbeitstagen im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen maßgeblich sein soll. Dabei gänzlich unberücksichtigt sind Mitarbeiter in den Notaufnahmen, die sehr häufig mit eskalierenden Situationen konfrontiert sind. Es wird empfohlen die Kennzahl um diese Personengruppe zu erweitern. Das Zeitintervall von drei Jahren zur Teilnahme/Auffrischung an einer entsprechenden Maßnahme wird nicht begründet.	Im Indikator werden Mitarbeiter ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben (was in etwa einem halben Arbeitsjahr entspricht). Diese Grenze wurde gewählt, um den stationären Einrichtungen etwa ein halbes Jahr Zeit zu geben, neue Mitarbeiter im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation zu schulen. Dies bezieht sich demnach überwiegend auf neue Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die nur vorübergehend auf psychiatrischen Stationen arbeiten und nicht auf den gesamten Mitarbeiterstamm. Das AQUA-Institut stimmt der DKG zu, dass Mitarbeiter in den Notaufnahmen sehr häufig mit eskalierenden Situationen konfrontiert sein können. Da Notaufnahmen ein grundlegend anderes Setting haben als psychiatrische Stationen und sich das Verhältnis zwischen der Anzahl an Mitarbeitern der Notaufnahme und der Anzahl an Mitarbei-



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>tern psychiatrischer Stationen zwischen stationären Einrichtungen stark unterscheiden kann, werden die Mitarbeiter der Notaufnahmen zunächst nicht berücksichtigt.</p> <p>Bezüglich der Notwendigkeit einer Auffrischung sowie deren Zeitintervall gab es eine intensive Diskussion unter den Panelexperten. Da es keine Evidenz für einen geeigneten Zeitraum gibt, haben sich die Experten in ihrer Entscheidung an der gegenwärtigen Praxis orientiert und an dem, was ihrer Einschätzung nach von den stationären Einrichtungen geleistet werden kann. Die Experten haben sich aus ihrer praktischen Erfahrung heraus für den Zeitraum von drei Jahren, innerhalb dessen eine Auffrischung mindestens erfolgen sollte, entschieden.</p>
<b>4.5.2.29. Indikator-ID 57: fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (Struktur)</b>		
81	<p>Es handelt sich um eine einrichtungsbezogene Kennzahl ohne Bezug auf Patienten mit einer F2-Diagnose. Insgesamt ist zu hinterfragen, warum der Fokus in zwei von drei Strukturindikatoren bei multiprofessioneller Behandlung ausschließlich auf der Pflege liegt. Die Abbildung durch zwei ähnliche Qualitätsindikatoren (ID 49 und 57) erscheint überdimensioniert.</p> <p>Es kann davon ausgegangen werden, dass keine Evidenz für die Relevanz dieses Indikators vorhanden ist. Ansätze für Hinweise der Relevanz aus England lassen nur sehr bedingte Rückschlüsse zu. Zum Einen ist die stationäre Behandlung dort sehr viel stärker durch die Pflege dominiert als in Deutschland, zum Anderen sind die Unterschiede der Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflege sehr viel ausgeprägter („registered nurses“ sind den Pflegekräften der psychiatrischen Fachpflege in Deutschland nicht vergleichbar). Außerdem gibt es keine Studie, welche konkrete Anzahl von Pflegefachpersonal gute Versorgungsqualität sichert.</p>	siehe Nr. 75
82	<p>Es werden allgemein Behandlungstage und Personentage erfasst. Wie sollen diese miteinander in Bezug gesetzt werden? Was bedeutet dann gute oder schlechte Strukturqualität? Wann ist der Indikator „erfüllt“?</p>	siehe Nr. 77
83	<p>Der Indikator stellt durch seinen „Personentag-Bezug“ einen erheblichen Erhebungsaufwand dar. Es wurde nicht untersucht oder dargelegt, wie diese Berechnung von statten gehen soll. Wie ist der Umgang mit Fehlzeiten und mit Personal, die flexibel vom stationären in das ambulante Setting wechseln? Stehen diese Zahlen den Kliniken niedrigschwellig über das Personalcontrolling zur Verfügung oder müssen gar am Ende alle einzelnen Dienstpläne betrachtet und das tatsächlich vorhandene IST-Personal ausgezählt/berechnet werden?</p>	siehe Nr. 78

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
84	Es wird vorgeschlagen, den Indikator 49 und 57 zusammenzufassen. Es sollte eine Kennzahl erhoben werden, die den Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung ins Verhältnis setzt zu den Gesamt-Pflegekräften (VK, nicht Mitarbeiter). Das könnte auch für die Ärzte relevant sein. Die Daten stehen niedrigschwellig zur Verfügung, da sie ebenso in den Qualitätsberichten erfasst werden.	siehe Nr. 79
<b>4.6. Erhebungsinstrumente und Dokumentation</b>		
85	Die Erhebungsinstrumente und Umfang der Dokumentation werden detailliert dargestellt. Vom Ansatz vorwiegend auf Routinedaten zurückzugreifen, ist nicht viel zu erkennen. Die Erhebungen der QS-Daten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich werden einen erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand nach sich ziehen. Auf mögliche Doppelerfassungen von Parametern aus anderen (teilweise) verpflichtenden Verfahren wird nicht eingegangen.	<p>Es wurde für jeden Indikator geprüft, ob eine Nutzung von Routinedaten möglich ist. Im ursprünglichen Indikatorenregister waren mehr Indikatoren vorhanden, die sich über Routinedaten abbilden lassen. Diese Indikatoren wurden jedoch im Rahmen des Panelprozesses als <i>nicht bzw. fraglich relevant</i> bewertet.</p> <p>Eine Bewertung des Dokumentationsaufwands sollte sowohl für die fallbezogene als auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erfolgen und sich an den zu dokumentierenden Datenfeldern, nicht an der Anzahl der Indikatoren orientieren.</p> <p>Durch eine Überarbeitung des Dokumentationsbogens für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation wird sich der Erhebungsaufwand reduzieren.</p> <p>Mögliche Doppelerfassungen sind im Bereich der restriktiven Maßnahmen möglich, aber nicht vermeidbar, da, wie die DKG weiter oben selbst anmerkt, die verpflichtenden Dokumentationen sehr heterogen sind. In der gesetzlichen Qualitätssicherung können nur Routinedaten genutzt werden, die in allen Einrichtungen in einer einheitlichen Form vorliegen.</p>
86	Bei der vorgeschlagenen Verschlinkung des Indikatorensets ist auch auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes hinzuwirken.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4.7. Umsetzung</b>		
87	Bei der Auswertung der Sozialdaten wird nicht aufgezeigt, wer als „Hauptarzt“ identifiziert wird, wenn eine gleiche Anzahl an Kontakten vorliegt.	Wenn ein Patient bei zwei oder mehr Ärzten gleich häufig war, werden beide (oder alle) Ärzte als „Hauptarzt“ definiert. Im Bericht wurde dies entsprechend ergänzt.
88	Für die Akzeptanz des Verfahrens ist es unabdingbar auf den teilweise sehr späten Zeitpunkt der Rückmeldeberichte (bis zu 2,5 Jahre) besonders am Anfang des Verfahrens hinzuweisen. Die vorgeschlagene Machbarkeitsprüfung ist unbedingt zu empfehlen. Dabei sollten bereits Impressionen zur Risikoadjustierung aufgenommen werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
89	Sehr zu begrüßen ist die Empfehlung, die Fragekataloge den Einrichtungen rechtzeitig vor Beginn des ersten Erfassungsjahres zukommen zu lassen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>5. Zusammenfassung</b>		
90	AQUA hat fristgerecht einen Vorbericht zum sektorenübergreifenden Verfahren „psychische Erkrankungen“ vorgelegt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
91	Das Verfahren kann Impulse zur Verbesserung und Darstellung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung setzen. Die Entwicklung eines solchen Verfahrens ist grundsätzlich zu begrüßen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
92	Das aus 27 Indikatoren bestehende Set hat mit 17 stationären, 8 ambulanten und 2 Indikatoren für beide Bereiche, ein deutliches Übergewicht im stationären Sektor und wird somit dem Anspruch einer sektorenübergreifenden Betrachtung nur bedingt gerecht. Es wird mehrmals aufgezeigt, dass der ambulante Bereich große Anteile an der Versorgung schizophrener Erkrankter hat. Dies spiegelt sich nicht in dem Indikatorenset wieder. Hier ist eine Verschlankung angezeigt, mit dem Fokus auf eine Ausgeglichenheit der Darstellung beider Bereiche, sowie dem Gebot der Datensparsamkeit.	<p>Um die große Bedeutung des ambulanten Bereichs in der Versorgung schizophrener Erkrankter noch deutlicher herauszustellen und die Bedeutung bzw. Notwendigkeit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation hervorzuheben, wurde der entsprechende Abschnitt zu Potenzialen zur Entwicklung weiterer Erhebungsinstrumente überarbeitet und weiter ausgebaut.</p> <p>Aufgrund der derzeit noch nicht möglichen ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation entsteht zwangsläufig ein Ungleichgewicht zwischen der Erfassung qualitätsrelevanter Aspekte im stationären und ambulanten Bereich.</p> <p>Zu erwähnen ist auch, dass die 17 Indikatoren aus dem stationären Bereich 5 Indikatoren umfassen, die sich auf restriktive Maßnahmen beziehen und damit nur bei einem kleinen Anteil von Patienten dokumentiert werden müssen.</p> <p>Darüber hinaus wurde im Hinblick auf das Gebot der Datensparsamkeit der Aufbau des Datensatzes überarbeitet und verschlankt, ohne jedoch Indikatoren zu streichen.</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>
93	Da nur allein die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und ein stationärer Aufenthalt mit schweren und schwersten Verläufen gleichgesetzt wird, kann der Teil der Beauftragung: „(...) die Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines QS-Filters zum Fokussieren der Zielgruppe (...) ist zu prüfen (...)“ (Beschluss zur Beauftragung vom 19.06.2015, S. 2), als nicht erfüllt angesehen werden. Vermutlich aus der Not heraus, wird der Fokus auf Zwangsmaßnahmen gelegt, die mit 7 Indikatoren deutlich überrepräsentiert sind.	<p>Die im Auftrag explizit genannte Berücksichtigung von schweren und schwersten Verläufen sowie von ethischen Aspekten bringt es mit sich, dass die Ergebnisindikatoren im stationären Bereich die restriktiven Maßnahmen fokussieren.</p> <p>Die Prüfung einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie der Entwicklung eines QS-Filters zur Fokussierung der Zielgruppe, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich, wird nun ausführlich im Bericht beschrieben.</p>
94	Der dritte Punkt des ersten Schrittes der Beauftragung: „(...) die Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung, insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie psychiatrischen Institutsambulanzen in Bezug auf die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F2“ (Beauftragung, S. 3), wurde durch die fehlende Abbildung der Strukturqualität im ambulanten Bereich nicht erfüllt.	<p>Laut Beauftragung heißt es: „Die Beauftragung zur Entwicklung von Indikatoren zur Strukturqualität entspricht dem gesetzlichen Auftrag, schließt aber nicht aus, dass ggf. keine Indikatoren zur Strukturqualität entwickelt werden können.“</p> <p>Bei der Beschreibung der Qualitätspotenziale (vgl. Abschnitt 3.4.7) wird als Ergebnis der Expertengespräche ausgeführt, dass sich die ambulanten psychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Strukturen in Deutschland regional voneinander unterscheiden und hier dementsprechend Qualitätsdefizite vorliegen. Für die einzelnen ambulanten Leis-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der DKG	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>tungserbringer wurden keine grundlegenden Qualitätsdefizite erwähnt. Erwähnt wird dagegen, dass für Patienten mit einer F2-Diagnose auch Leistungen wichtig sind, die von den Kommunen und Ländern bereitgestellt werden. Relevante ambulante Strukturpotenziale wie Krisendienste oder Arbeitsrehabilitationsmöglichkeiten liegen außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V, weshalb keine entsprechenden Indikatoren entwickelt wurden.</p>
95	<p>Die Erfassung der Strukturqualität im stationären Bereich sollte dringend auf den Aufwand bei der Datenerhebung untersucht werden. Die Empfehlung der Berücksichtigung weiterer Berufsgruppen und die Zusammenfassung von zwei Indikatoren sollte in Betracht gezogen werden.</p>	<p>Der Aufwand bei der Datenerhebung wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüft. Die von der DKG vorgeschlagene Zusammenfassung der beiden Indikatoren zu einem Indikator würde der unterschiedlichen Intention der beiden Einzelindikatoren nicht entsprechen (siehe dazu Kommentar Nr. 78, 79). Daher wurden die beiden Indikatoren nicht zusammengefasst. Die Berücksichtigung weiterer Berufsgruppen wäre nur mit weiteren Indikatoren möglich, die den Aufwand bei der Datenerhebung erhöhen würden.</p>
96	<p>Hinsichtlich der Darstellung der Ergebnisqualität könnte noch diskutiert werden, ob nicht die Einführung zumindest eines Indikators zur eigentlichen Symptomatik sinnvoll sein könnte (z. B. Psychopathologie, kognitives Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau).</p>	<p>Validierte Instrumente zur Erfassung der Symptomatik oder zum Erfassen des Funktionsniveaus liegen zwar in ausreichender Zahl vor, jedoch sieht das AQUA-Institut davon ab, ein Instrument zur Erfassung der psychosozialen Funktionalität vorzuschlagen. Es wird zwar in den internationalen Leitlinien empfohlen, standardisierte Instrumente zur Erfassung einzusetzen, dabei legt sich aber keine Leitlinie auf ein Instrument fest. Auch von den deutschen Fachgesellschaften gibt es keine Empfehlung für ein bestimmtes Instrument. Da auch von den bereits entwickelten Instrumenten kein Instrument für den Einsatz in einem Qualitätssicherungsverfahren geprüft wurde, kann das AQUA-Institut ohne umfangreiche Prüfungen keine Empfehlung abgeben.</p>
97	<p>Bei der weiteren Entwicklung des Verfahrens sollte die Bezeichnung „Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ überdacht oder ggf. differenziert werden. Große Teile zielen auf die Versorgungsqualität von Patienten mit der Diagnosegruppe F20-F29 ab. Aus den Obergruppen- und Einzelindikatorbezeichnungen geht dies nicht immer hervor und könnte bei der Veröffentlichung ein falsches Bild erzeugen.</p>	<p>Nach Rücksprache mit dem G-BA in der AG Abschlussberichte ändert das AQUA-Institut den Titel des Abschlussberichts in Anlehnung an die Formulierung im Auftrag in: „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.</p>

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung e.V. (DNVF)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1. Hintergrund und Rahmenbedingungen</b>		
1	<p>Vorgelegt wird ein Bericht, der am 15. März 2012, ursprünglich umfassend, beauftragt wurde und sowohl generische Qualitätsindikatoren über die gesamte Versorgungskette hinweg als auch in einem spezifischen Teil Qualitätsindikatoren für schwer psychisch Kranke mit verschiedenen Erkrankungsbildern unter Einbeziehung von Einschätzungen durch Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen abbilden sollte. Auf der Grundlage einer am 15. Dezember 2012 vorgelegten Konzeptskizze verabschiedete der G-BA eine Änderung des Auftrages mit einer starken Eingrenzung der Zielpopulation auf volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2- Diagnosen). Als potenzielle Datenquellen sollen Sozialdaten der Krankenkassen (GKV-Abrechnungsdaten) und die Qualitätssicherungsdokumentationen im Rahmen von Erhebungen bei den Leistungserbringern (Krankenhäuser, vertragsärztliche und nierenärztliche Praxen, PIAs) dienen.</p> <p>→ <i>Diese Eingrenzung auf eine relevante aber gleichsam begrenzte Patientengruppe mit komplexen Behandlungsbedarfen muss sich auch im Titel des Berichts widerspiegeln.</i></p> <p>Das Ergebnis dieser Arbeiten liegt in Form eines Vorberichtes (175 Seiten) und zwei umfangreichen Anhängen vor. Eingeladene Institutionen wurden mit einer Frist bis zum 11. September 2015 aufgefordert, sich am Stellungnahmeverfahren zu beteiligen. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) nimmt am Stellungnahmeverfahren teil und fasst hier seine Kommentare zusammen.</p>	<p>Nach Rücksprache mit dem G-BA in der AG Abschlussberichte ändert das AQUA-Institut den Titel des Abschlussberichts in Anlehnung an die Formulierung im Auftrag in: „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.</p>
<b>2. Besondere Merkmale der Zielpopulation</b>		
2	<p>Hochrechnungen anhand von Routinedaten einer Krankenkasse ergaben, dass 2012 rund 729.000 Personen in Deutschland an Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen erkrankt waren. 17,7 % davon waren vollstationär im Krankenhaus wegen einer psychischen Erkrankung mit F2 als Haupt- oder Nebendiagnose in Behandlung. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein substantieller Teil der genannten Personen zu den schweren psychischen Erkrankungen zählt, die langfristig und dauerhaft auf medizinische und psychosoziale Unterstützung angewiesen sind. Der Schwerpunkt der Versorgung dieser Personengruppe liegt im ambulanten Bereich und patientenrelevante Endpunkte manifestieren sich vornehmlich in der Lebenswirklichkeit des Patienten in der Gemeinde (z.B. gelingende soziale Inklusion/ Teilhabe im Bereich Wohnen und Arbeit). Klinikaufenthalte stellen eine immer kürzer werdende Episode in der Begleitung dieser Patienten dar. Wichtig erscheint, dass gerade bei dieser Personengruppe komplexe Behandlungsbedarfe vorliegen, die neben der medizinischen Versorgung im engeren Sinne (SGB V) auf Ansprü-</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>che auf Leistungen aus dem SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XII (Sozialhilfe) umfassen. Der Vorbericht stellt dezidiert heraus, dass gerade diese komplexen Behandlungsbedarfe und die Beteiligung der verschiedensten Akteure an der Versorgung eine besondere Herausforderung darstellen.</p>	
3	<p>Bei der Beschreibung des psychiatrischen Versorgungssystems (S. 36 Abschnitt 3.3.2) sollte der wichtige Aspekt der Fragmentierung erwähnt werden: Behandlungsdichte und Behandlungssetting sind eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer psychiatrischer Behandlung (wie dies oft bei Menschen mit einer Schizophrenie notwendig ist) oft nur unter stationären Bedingungen gedeckt werden kann und dass Veränderungen der Behandlungsdichte regelhaft mit einem Wechsel des Behandlungssettings und damit oft auch des Behandlungskonzepts und der Bezugspersonen einhergehen (also stationäre Aufnahme). Wünsche der Patienten nach intensiver Behandlung auch außerhalb des Krankenhauses können oft nicht befriedigt werden.</p>	<p>Da AQUA-Institut bedankt sich für die Anregung. Der Abschnitt zum Versorgungspfad (Abschnitt 3.3.2) wurde geprüft und ggf. geändert.</p>
4	<p>→ <i>Hochrechnungen auf der Basis der Daten einer Krankenkasse sind allerdings hochproblematisch und sollten nicht in der vorliegenden Form erfolgen. 729.000 Personen würden eine Jahres-Prävalenz von 1% bedeuten. Der Risikopool einzelner Krankenkassen ist sehr unterschiedlich.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut ist sich der Einschränkungen von Hochrechnungen bewusst. Wie das DNVF richtig anmerkt, ist der unterschiedliche Risikopool der einzelnen Krankenkassen ein Grund für mögliche Einschränkungen. Deswegen wurde im Bericht mehrfach darauf hingewiesen, dass es sich jeweils um Hochrechnungen handelt. Eine andere Datengrundlage, die sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung umfasst, stand allerdings nicht zur Verfügung.</p>
5	<p>Psychosoziale Interventionen sind neben der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung ein unverzichtbarer und genuiner Bestandteil der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen. Eine Reihe dieser Interventionen wurde z.B. in der DGPPN-S3 Leitlinie mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen. Deshalb erscheint es etwas unglücklich, diese Interventionen als „ergänzende Therapien“ zu bezeichnen (zum Beispiel: höchster Empfehlungsgrad in der Leitlinie: Training sozialer Fertigkeiten, Psychoedukation mit dem Einbezug von Angehörigen).</p> <p>→ <i>Diese wichtigen Nomenklaturaspekte sollten in den Abbildungen (z.B. S. 48 und folgende) angepasst werden.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut bedankt sich für die Anregung. Der Begriff „psychosoziale Interventionen“ wäre ein geeigneterer Begriff für die Bezeichnung des Qualitätspotenzials und dies wurde im Bericht in einer Fußnote ergänzt. Der Begriff wurde im Bericht nicht geändert, da sich das AQUA-Institut begrifflich auf den Auftragsrahmen bezieht. Hier wird angeführt, dass u.a. die Qualitätspotenziale der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze den Rahmen für die Entwicklung bilden.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>3. Datenquellen</b>		
6	a) <b>Sozialdaten der Krankenkassen:</b> Abrechnungsdaten stehen relativ aufwandsarm zur Verfügung, gleichwohl ist eine Zeitverzögerung der Datenlieferung einzuplanen.	Die Zeitverzögerungen bei der Verfügbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen sind im Abschnitt 7.2.3 dargestellt und in der Planung der Rückmeldeberichte (Abschnitt 7.2.4) berücksichtigt.
7	b) <b>Qualitätssicherungsdokumentationen der stationären Leistungserbringer:</b> Diese werden zusätzlich fallbezogen in den Einrichtungen mittels einer speziellen Software dokumentiert. Wegen der Fallbezogenheit ist die Qualitätssicherungsdokumentation auf stationäre Leistungserbringer beschränkt. Das Aqua-Institut hat eine Spezifikation erstellt, für welche Fälle dokumentiert wird und welche Daten wie operationalisiert und erfasst werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
8	c) <b>Qualitätssicherungsdokumentation durch ambulante Leistungserbringer:</b> Da hier die Voraussetzung für eine fallbezogene Dokumentation aktuell nicht gegeben ist, wird auf eine Selbstauskunft der Einrichtung gesetzt und es werden von der Einrichtung aggregierte und zeitraumbezogene Informationen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
9	Die Nutzung von Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes der Leistungserbringer ist positiv hervorzuheben. Unklar ist allerdings, ob die häufig im deutschsprachigen Raum eingesetzte Basisdokumentation in der Psychotherapie (Psy-BaDo) für den Einsatz als Datengrundlage geprüft wurde und wie deren Einsatzmöglichkeit / Einbindung im Qualitätssicherungsverfahren einzustufen ist.	<p>Der Einsatz der Psy-BaDo wurde geprüft. Die Psy-BaDo ist ein Qualitätssicherungsinstrument zur Nutzung in ambulanten (psychotherapeutischen) Praxen und in psychosomatischen sowie psychotherapeutischen Kliniken. Abgesehen von der inhaltlichen Einschränkung auf Psychotherapie ist die Psy-BaDo derzeit für die einrichtungsübergreifende externe QS nicht geeignet, da sie nicht verpflichtend ist.</p> <p>Auftragsgemäß soll zum jetzigen Zeitpunkt im ambulanten Bereich lediglich eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erfolgen, weshalb die Nutzung einer ambulanten fallbezogenen Dokumentation nicht geeignet ist. Allerdings steht es jeder Praxis frei, Informationen aus der Psy-BaDo für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu nutzen.</p> <p>Im stationären Setting bezieht sich die Psy-BaDo nur auf psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken. Da das QS-Verfahren auch andere Stationen berücksichtigt, kann sich die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation nicht auf die Psy-BaDo beziehen, da andere Einrichtungen diese Dokumentation nicht vorliegen haben.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
10	Die Plausibilität der Sozial- und Qualitätssicherungsdaten ist für das gesamte Verfahren von hoher Relevanz. Der Abgleich (Cross check) zwischen Sozialdaten und Qualitätssicherungsdaten sollte angestrebt werden, um mögliche Unstimmigkeiten frühzeitig zu erkennen und valide Ergebnisse zu gewährleisten.	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem DNVF zu, dass die Plausibilität der Daten relevant ist. Das AQUA-Institut hat hierzu im Kapitel 6 zu jedem Erhebungsinstrument Angaben zur Datenqualität bzw. zu deren Prüfung gemacht. Ein Abgleich der Sozial- und Qualitätssicherungsdaten scheint mit Blick auf die Anforderung „aufwandsarme“ QS-Verfahren zu entwickeln (Gebot der Datensparsamkeit) nicht realistisch, weil „doppelte“ Erhebungen den Aufwand vergrößern.</p> <p>Es werden daher für Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden können, keine weiteren „manuellen“ Dokumentationen in Betracht gezogen (Datensparsamkeit). Für Indikatoren, die mittels Qualitätssicherungsdaten (hier scheinen Daten aus der ambulanten und stationären QS-Dokumentation gemeint zu sein) erhoben werden, liegen keine geeigneten Sozialdaten bei den Krankenkassen vor, sonst würde der Indikator mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.</p>
11	Patient Reported Outcomes (PRO): Entwicklung und Implementierung von <b>Patienten- und Angehörigenbefragung</b> in der Qualitätssicherung des G-BA sollen erst zu einem späteren Zeitpunkt beauftragt werden. Deshalb umfassen die ausgewählten Qualitätsindikatoren ausschließlich durch das (medizinische) Personal berichtete Daten / Ergebnisse. Patientenberichtete Ergebnisse (Patient Reported Outcomes (PRO)) werden nicht im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens eingesetzt. Eine, wie im AQUA Methodenpapier „Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0“ beschriebene, konsequente Darstellung der Patientenperspektive erfolgt somit nicht für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Als patientenberichteter Ergebnisparameter erscheint in Anlehnung an Weinmann S & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009) (Indikator Q.17) Patientenzufriedenheit mit der Behandlung von herausgehobener Bedeutung.	Der G-BA beabsichtigt die Entwicklung einer Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung, nachdem die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt wurden. U.a. auch vor diesem Hintergrund wertet das AQUA-Institut das entwickelte QS-Verfahren als einen ersten Schritt für die Qualitätssicherung der Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.
12	<b>→ Die Einbindung von sogenannten Patient Reported Outcomes (PRO) sind ein wichtiger Entwicklungsschritt. Einfache Angaben zum Berufsstatus und zum Wohnstatus sind patientenrelevante Ergebnisindikatoren und können Inklusion auf einem sehr groben Niveau effektiv widerspiegeln, ohne dass sie im Rahmen von Patienten- und Angehörigenbefragungen erhoben werden müssen.</b>	Wie das DNVF in seiner Stellungnahme herausstellt, manifestieren sich patientenrelevante Endpunkte vornehmlich in der Lebenswirklichkeit des Patienten in der Gemeinde, also in der ambulanten Versorgung. Patientenrelevante Endpunkte im ambulanten Bereich können nur mittels Patientenbefragung oder einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation zielführend erhoben werden. Beide Instrumente sind im gegenwärtigen Entwicklungsauftrag nicht vorgesehen.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1. Ziel und methodisches Vorgehen des AQUA-Instituts</b>		
13	<p>Ziel des AQUA-Instituts bei diesem neuen Qualitätssicherungsverfahren ist die Identifikation und Entwicklung relevanter Qualitätsindikatoren zur Messung der Versorgungsqualität von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Diese Qualitätsindikatoren sollen auf vergleichende Aspekte zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern fokussieren, um eine Förderung der Versorgungsqualität zu ermöglichen. Gleichwohl fehlen Aussagen dazu, was mit den Indikatoren genau gemacht werden soll: Geht es darum, Qualität abzubilden und zu beurteilen (und entsprechend für Vergütungszwecke zu verwenden), oder geht es um das Setzen von Anreizen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Behandlungsqualität. Letzteres würde einen Abschied von der Institutionenzentrierung hin zu einer Klientenzentrierung bedeuten.</p>	<p>Laut Präambel der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung bezweckt der G-BA, mit den Maßnahmen zur Qualitätssicherung „die Ergebnisqualität zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.“</p> <p>Demzufolge zielt der G-BA mit der Implementierung von sektorenübergreifenden QS-Verfahren zunächst auf die Abbildung und, in der Konsequenz des Vergleichs, auf die Verbesserung der Qualität. Die abschließende Beurteilung der Qualität findet im Stellungnahmeverfahren zu rechnerischen Auffälligkeiten statt.</p> <p>Darüber, ob oder inwieweit der G-BA zukünftig bezweckt, Indikatoren bzw. Qualitätsergebnisse auch mit Blick auf die Vergütungszwecke zu verwenden, hat das AQUA-Institut keine Informationen.</p>
14	<p>Das systematische und strukturierte Vorgehen des AQUA-Instituts sowie die Abbildung der Verfahrensprozesse und -ergebnisse sind insgesamt positiv hervorzuheben. Verschiedene Forschungsdesigns (Interviews, systematische Reviews, empirische Analysen, Bewertung der Qualitätsindikatoren durch die modifizierte RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)) wurden angewandt, um Informationen über die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu erhalten, geeignete Messinstrumente zu identifizieren und diese strukturiert durch Experten bewerten zu lassen.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
15	<p>Auswahl von Experten: Die Partizipation von ausgewählten Experten bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren sowie die transparente Darstellung deren Interessenskonflikte stellen weitere positive Aspekte des Vorberichtes dar. Die Bewerbung von 83 Experten zeigt die Relevanz dieses Versorgungskomplexes. 13 von 83 Bewerbern wurden für die Zusammenarbeit ausgewählt. Die Offenlegung der Kriterien für die Expertenauswahl wäre ein weiterer Schritt hin zu einem konsequent transparenten und nachvollziehbaren Verfahren.</p>	<p>Die allgemeinen Kriterien für die Expertenauswahl sind im Abschnitt 3.4.3 des Methodenpapiers 4.0 des AQUA-Instituts dargelegt.</p> <p>Alle Bewerber (bis auf die von der BAG Selbsthilfe benannten Patientenvertreter) haben sich individuell als Experten beworben und wurden anhand der Kriterien „praktische Erfahrung“ (beruflicher Werdegang, Versorgungssetting, Arbeitsschwerpunkte), „wissenschaftliche Expertise“ (themenspezifische Publikationen, Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften), „übergeordnete Expertise“ (methodische Erfahrung, QS-Initiativen, Qualitätszirkel usw.) sowie „potenzielle Interessenkonflikte“ ausgewählt.</p> <p>Darüber hinaus wurden Genderaspekte sowie die regionale (Bundesland) und die institutionelle Herkunft berücksichtigt.</p> <p>Alle Bewerber wurden in einem ersten Schritt von zwei unabhängig voneinander arbeitenden Projektmitarbeitern nach dem standardisierten Raster in einem Punktesystem bewertet. In einem zweiten Schritt wurden die Bewertungen verglichen und etwaige Abweichungen diskutiert und konsentiert. Im dritten Schritt erfolgte die konkrete Aus-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		wahl, wobei hier die jeweils (relativ) am besten bewerteten Bewerber für die jeweils gewünschte Expertise/Anforderung mit Blick auf das QS-Verfahren ausgewählt wurden.
16	<p>Trotz des strukturierten Vorgehens muss auf folgende Problembereiche hingewiesen werden:</p> <p>1) Es fehlen vollständig Aussagen zu bestimmten Eigenschaften von Indikatoren, so z.B. zur Veränderungssensitivität von Indikatoren: Ein Indikator, den 96% der Patienten erfüllen, macht keinen Sinn, da er kaum Probleme der Versorgungsqualität anzeigt. Es gibt Indikatoren, die möglichst zu 100% zu erfüllen sind. Andere Indikatoren zeigen einfach nur Probleme der Versorgungsqualität an, ohne dass durch eine Veränderung der Indikatorerfüllung die Versorgungsqualität besser werden muss.</p>	<p>Die Indikatoren zielen auf Aspekte der Versorgung ab, die in der Themenerschließung als Qualitätspotenziale/-defizite identifiziert wurden. Darüber hinaus wurden für Indikatoren, bei denen bereits Daten für eine Berechnung vorlagen (Indikatoren die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden können), Probeberechnungen (soweit möglich) durchgeführt. Die Ergebnisse der Berechnungen wurden den Panelexperten im Rahmen der Bewertungsrunden 1 und 2 vorgestellt. Der Erfüllungsgrad konnte von den Panelexperten bei der Bewertung berücksichtigt werden. Da der dem AQUA-Institut vorliegende Datensatz noch erhebliche Einschränkungen aufweist (Daten nur einer Krankenkasse, unvollständige PIA-Daten) und damit nur die Ergebnisse zu einem Teil der Indikatoren angegeben werden konnten, wurden die Ergebnisse nicht im Vorbericht aufgeführt.</p> <p>Zu Indikatoren, die mittels einer QS-Dokumentation erhoben werden, können solche Berechnungen nicht durchgeführt werden, da die notwendigen Daten nicht vorliegen. Aussagen zur Veränderungssensitivität können daher erst bei Erprobungen bzw. im Regelbetrieb getroffen werden.</p>
17	<p>2) „Die Relevanz“ der Indikatoren wurde lediglich im panel (also von „Experten“) diskutiert, ohne klare Kriterien (Validität, Spezifität, Veränderungssensitivität, Messbarkeit etc.) explizit zu berücksichtigen</p>	<p>Die Kriterien zur Beurteilung der Relevanz durch die Panelexperten sind im Methodenpapier 4.0 des AQUA-Instituts aufgeführt. Einige der aufgeführten Messeigenschaften können nur bestimmt werden, wenn Daten einer ausreichend großen Stichprobe von Fällen bzw. Einrichtungen vorliegen. Dies ist im Rahmen der Entwicklung der Indikatoren nicht zu leisten. Die Prüfung der Messeigenschaften (vgl. Methodenpapier, Abschnitt 8.1.6) sollte empirisch auf Grundlage der in einem QS-Verfahren gewonnenen Daten erfolgen.</p>
18	<p>3) Eine Diskussion zur Risiko-Adjustierung fehlt: Gerade in der Psychiatrie sind Behandlungsergebnisse stärker von patientenseitigen Faktoren abhängig als von behandlungseitigen. Daher können bei Nicht-Berücksichtigung von Schweregraden, Chronifizierung etc. Fehlanreize durch die Anwendung von Indikatoren auftreten. Dies sollte zumindest diskutiert werden (d.h. Fehlanreiz schwerere Fälle zu „verschieben“).</p>	<p>Im Abschnitt 7.2.4 wird die Risikoadjustierung thematisiert. Die Indikatoren, für die die Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden sollte, sind dort aufgelistet.</p> <p>Generell schlägt das AQUA-Institut für Ergebnisindikatoren die Entwicklung einer Risikoadjustierung auf empirischer Basis vor. Diese Risikoadjustierung wird in der Regel in einem weiteren, durch den G-BA zu beauftragenden, Schritt entwickelt und ist nicht Bestandteil des Auftrags zur Entwicklung eines QS-Verfahrens. Bei Indikatoren, für die das AQUA-Institut und/oder die Panelexperten die Entwicklung einer Risikoadjustierung vorschlagen, ist ein entsprechender Hinweis im Indikatordatenblatt hinterlegt. Auch sind an dieser Stelle beispielhaft mögliche Risikofaktoren aufgeführt (die Auflistungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit).</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
19	4) Eine Diskussion des Konstruktes „Behandlungsqualität“ bei der Schizophrenie fehlt. Dies beinhaltet eine kurze Diskussion der verschiedenen Outcome-Ebenen: Symptome, soziale Funktionen, Lebensqualität, Arbeit, Recovery etc. Die Diskussion geht zunehmend dorthin, soziale Funktionen, Integration in Soziales und Arbeitswelt, Recovery als wesentliche Outcome-Ebenen anzusehen und nicht mehr Symptomreduktion oder Rückfallraten.	Die von dem DNVF angeführten Outcomes werden im Rahmen der Qualitätspotenziale als patientenrelevante Outcomes diskutiert (vgl. Abschnitt 3.4.8). Dort sind Verbesserungen der psychosozialen Funktionalität, Integration in den Arbeitsmarkt, Vermeidung von Hospitalisierung, Vermeidung des Einzugs in ein Heim und Vermeidung von vorzeitiger Sterblichkeit aufgeführt. Von Symptomreduktion und Rückfallraten wird nicht gesprochen.
20	5) Entwicklung eigener Qualitätsindikatoren: Neben in der Literatur identifizierten Qualitätsindikatoren wurden auch eigene Qualitätsindikatoren entwickelt. Der Prozess der Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren sollte ebenfalls transparent in den Vorbericht aufgenommen werden.	In das Indikatorenset sind zwei Arten von neu entwickelten Indikatoren eingegangen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indikatoren, die in der Literatur gefunden wurden und die an die Rahmenbedingungen des zu entwickelnden QS-Verfahrens angepasst wurden. Diese Indikatoren mussten teilweise soweit angepasst werden (z.B. von einer fallbezogenen Erhebung hin zu einer einrichtungsbezogenen Erhebung), dass der zugrunde liegende Indikator nicht mehr als Originalindikator, sondern nur als Indikatorvariante ausgewiesen werden konnte.</li> <li>▪ Indikatoren, die von den Panelexperten vorgeschlagen wurden. Diese Indikatoren wurden gemeinsam mit den Panelexperten in den Bewertungsrunden vor Ort definiert. Evidenz für die Rationale der Indikatoren wurde im Anschluss ergänzt.</li> </ul> Abschnitt 4.3.2 zeigt die Entwicklung von neuen Indikatoren auf, die in das Indikatorenregister aufgenommen wurden. Alle weiteren neuen Indikatoren wurden von den Panelexperten vorgeschlagen.
21	Darüber hinaus ist das Ausscheiden essentieller Indikatoren, wie der Berufsstatus, wie sie bei Weinmann S & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009) beschrieben werden, unklar.	Die Indikatoren von Weinmann S. & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009) <sup>1</sup> wurden in der Indikatorenentwicklung berücksichtigt. Dass diese Indikatoren nicht einfach übernommen wurden, liegt vor allem daran, dass viele Informationen zur Berechnung dieser Indikatoren fallbezogen in der ambulanten Versorgung erhoben werden. Indikatoren zu dieser Erhebungsform sind in der derzeitigen Beauftragung des AQUA-Instituts nicht vorgesehen.
22	→ Neben der Notwendigkeit, Ziel und Verwendungszweck der Indikatoren zu konkretisieren, muss auf fünf grundsätzliche Optimierungsspielräume hingewiesen werden: 1) fehlende Aussagen zur Veränderungssensitivität, 2) Diskussion der Relevanz im Panel der Experten ohne Validität, Spezifität, Veränderungssensitivität, Messbarkeit zu berücksichtigen, 3) fehlende Diskussion zur Risikoadjustierung, 4) Internationale Entwicklung bei der Diskussion berücksichtigen, was Behandlungsqualität ist (verschiedene Outcome-Ebenen, „weg von“ Symptomreduktion und Rückfallraten, „hin zu“ sozialer Funktion, Inklusion und Recovery), 5) Unklarheiten bei der Entwicklung eigener Indikatoren und dem Ausscheiden bestimmter Indikatoren (z.B. berufliche Integration).	Siehe Ausführungen zu den Kommentaren Nr. 16-20.

<sup>1</sup> Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2. Vorgelegte 27 Qualitätsindikatoren (Übersicht Vorbericht S. 13)</b>		
23	Der Vorbericht ist ein wesentlicher Bezugspunkt in der verfügbaren Literatur zu Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In diesem Vorbericht legt das Aqua-Institut 27 Entwürfe für Qualitätsindikatoren vor, die sich ausschließlich auf die Versorgung von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 Diagnosen) beziehen, die damit einen umschriebenen Baustein für die Optimierung der Versorgungsqualität psychisch Kranker im Allgemeinen darstellen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
24	<p>Besonders soll hier das Statement der in den Prozess eingebundenen Experten (auf S. 118 des AQUA-Vorberichts) Erwähnung finden, der die Limitationen explizit herausstellt und dem beiepflichtet werden muss. „Der im Auftrag vorgegebene institutionsbezogene Ansatz der Qualitätssicherung entspricht nach Ansicht der Experten des Panels nicht dem gegenwärtigen Verständnis einer umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gilt in der wissenschaftlichen Diskussion national sowie international als überholt. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung könne nicht adäquat anhand der Leistungen einzelner Institutionen bewertet werden, wie dies hier auftragsmäßig vorgesehen ist, sondern nur patienten- und funktionsbezogen. Ein patienten- und funktionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung bewerte die Versorgung danach, wie es dem gesamten psychiatrischen Versorgungssystem gelingt, den Hilfebedarf der Patienten zu decken. Durch diesen Ansatz könne die Versorgung im regionalen Kontext sowie über Sektorengrenzen und unabhängig von der konkreten sozialrechtlichen Verortung der jeweiligen Leistungen hinaus bewertet werden. Außerdem könnten so die für die Versorgung zentral wichtigen ambulanten Hilfen, sowohl die medizinischen als auch die sozialen, und ihre Zusammenarbeit berücksichtigt werden.“</p> <p><b>→ Ein rein institutionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf gilt in der wissenschaftlichen Diskussion als überholt.</b></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
25	Die Tabelle auf Seite 13 gibt einen Überblick über identifizierte Indikatoren, geordnet nach Qualitätspotenzialen. Aus dieser Übersicht wird Folgendes deutlich: nur zwei Qualitätsindikatoren sind sektorenübergreifend angelegt, wobei davon nur 1 Indikator wirklich Daten aus beiden Sektoren (ambulant und stationär) abbildet. Die psychiatrischen Institutsambulanzen stellen einen wichtigen Ort der Begleitung dieser Patienten dar und bedürfen unbedingt der Einbeziehung. Die Mehrheit der Indikatoren bezieht sich auf die stationäre Versorgung, obgleich für die dauerhafte Begleitung Psychose-Kranker in der Gemeinde die gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung für die Ergebnisqualität substantiell ist. Damit fehlen relevante Leistungserbringer, die auch außerhalb des Regelungsbereiches des G-BA liegen, jedoch für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen eine wichtige Rolle spielen.	<p>Psychiatrische Institutsambulanzen wurden dem Auftrag entsprechend in dem entwickelten QS-Verfahren berücksichtigt, äquivalent zu vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen.</p> <p>Wie das DNVF richtig herausstellt, leistet auch die gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung einen substantiellen Beitrag zur Ergebnisqualität, allerdings außerhalb des Regelungsbereichs des G-BA, und wurde auftragsgemäß nicht adressiert.</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
26	<p>Im Abschnitt 3.4 (also 3.4.1. bis 3.4.7) fehlt vollkommen die Auseinandersetzung mit der international anerkannten teambasierten ambulanten Behandlung (v.a. der aufsuchenden Behandlung) der Psychosen, deren flächendeckende Umsetzung eines der wesentlichen Qualitätsmerkmale einer guten Versorgung darstellt. Hier sei auf die S3-Leitlinie „Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN verwiesen. Entsprechend dieses Defizits im Bericht finden sich keine Qualitätsindikatoren in diesem Bereich, sondern der Bericht fokussiert auf den stationären Bereich und teils auf den ambulanten niedergelassenen Bereich (einschliesslich PIA).</p>	<p>Die Abschnitte 3.2.3 und 3.4.7 wurden geprüft und erweitert.</p> <p>Wie das DNVF richtig anmerkt, fokussieren der Bericht und die Qualitätsindikatoren auf den stationären Bereich und auf den ambulanten niedergelassenen Bereich. Dies ist bedingt durch den Auftrag bzw. die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung und den Regelungsbereich des G-BA.</p>
27	<p>Die Diskussion im Rahmen des Experten-Panels erscheint an einigen Stellen wenig zielgerichtet und systematisch. Beispielsweise wurde (S. 71) „... ähnlich wie bei den Indikatoren zu den Wiederaufnahmen [...] auch der Indikator zur Verweildauer (ID 07) grundsätzlich in seiner Eignung als ein Qualitätsmaß infrage gestellt. Es wurde betont, dass es keine Evidenz für eine angemessene Verweildauer für Patienten mit einer F2-Diagnose gibt. Außerdem lägen die Ursachen für eine kürzere oder längere Verweildauer nicht ausschließlich bei den im QS-Verfahren betrachteten Leistungserbringern. Und auch hier ist unter anderem die ambulante Versorgungsstruktur ein bedeutender Faktor, ohne dessen Berücksichtigung die Ergebnisse des Indikators nur eine eingeschränkte Aussage zur Qualität geben können.“ Diese Aussagen konterkarieren das eigentliche Ziel der Anwendung von Qualitätsindikatoren: Es geht ja gerade darum, sektorübergreifend Qualität der Behandlung darzustellen. Wenn nun argumentiert wird, ein Indikator wie die Zahl der stationären Wiederaufnahmen eigne sich nicht, da er zu sehr von der ambulanten „Versorgungsstruktur“ (also der Qualität der ambulanten Versorgungsstruktur) abhängt, und der einzelne Therapeut (oder die einzelne Klinik) nur geringen Einfluss darauf habe, kann es nicht zu einer Verbesserung der Versorgung sektorübergreifend kommen. Ziel der Anwendung eines Indikators ist es auch, einzelne Behandler zur Kooperation zu bewegen. Z. B. ist ein stationärer Aufenthalt nur eine kurze Episode in der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie. Nur auf die Klinik isoliert angewendete Indikatoren der Behandlungsqualität dieser Episode kann es kaum geben, da der psychopathologische Zustand von Patienten, die Häufigkeit der (Wieder-)Aufnahmen etc. von der ambulanten Vorbehandlung und der Qualität der gemeindepsychiatrischen Behandlung abhängen, und auch die in der Klinik angewendeten Verfahren die ambulante Weiterbehandlung mit berücksichtigen müssen. Vgl. hierzu auch die Aussage im Experten-Panel: „...die Ergebnisse des Indikators lassen sich nach Ansicht der Experten nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuordnen.“ Mit diesem Argument müssten viele der vorgestellten Indikatoren fallengelassen werden...</p> <p>Dasselbe gilt bspw. für den Indikator 47 auf S. 76: „Da auch nicht in allen Regionen Selbsthilfegruppen vorhanden sind, wurde die Relevanz des Indikators 47 für Qualitätssicherungszwecke grundsätzlich infrage gestellt.“ Den Experten ist offensichtlich das Ziel</p>	<p>Das AQUA-Institut verwendet einen ganzen Tag darauf, den Panelteilnehmern den Auftrag, die allgemeinen und besonderen Rahmenbedingungen, den Prozess der Auswahl und Bewertung von Indikatoren sowie ihre eigene Aufgabe transparent darzulegen. Dazu gehört es auch, die Panelteilnehmer darüber zu informieren, dass es Teil des Auftrags ist, ein Auswertungskonzept zu erarbeiten, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst. Eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern ist gerade bei vielen Ergebnisindikatoren nicht gegeben. Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt auch für einige andere Indikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen (vgl. auch Kapitel 8).</p> <p>Das AQUA-Institut stimmt dem DNVF ansonsten zu, dass die hier beispielhaft angeführten Qualitätsindikatoren für die sektorenübergreifende Qualität essenzielle Aussagen machen. Allerdings ist im spezifischen Zusammenhang eines übergreifend auf alle beteiligten Leistungserbringer anzuwendenden QS-Verfahrens darauf zu verweisen, dass nur solche Indikatoren sinnvoll erhoben werden können, die auf gleichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer basieren. Insofern ist beispielsweise das Argument nicht vorhandener Strukturen durchaus geeignet, um die Relevanz eines (auch) auf den Leistungserbringervergleich abzielenden Indikators infrage zu stellen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>der Anwendung der Indikatoren über die Qualitätsmessung hinaus nicht vertraut oder es wurde im Workshop nicht vermittelt. Es geht ja gerade darum, Anreize zu setzen, Strukturen und Prozesse um besserer Ergebnisse willen zu verändern, und nicht sich mit dem Nicht-Vorhandensein von Strukturen dafür zu rechtfertigen, dass sinnvolle Prozesse nicht angeboten und durchgeführt werden.</p> <p><b>→ Der im Titel suggerierte sektorübergreifende Zugang manifestiert sich aktuell nicht im vorgeschlagenen Indikatorenset.</b></p>	
28	<p>Mehr als ein Drittel der Indikatoren beschäftigen sich mit Aspekten der Pharmakotherapie, Polypharmazie und mit Zwangsmaßnahmen, was einen sehr starken Fokus und starkes Gewicht auf diesen Bereich legt. Diese Indikatoren sind zweifelsohne wichtig. Dem Eindruck, dass eine qualitätsvolle Behandlung Psychosekranker ausschließlich über Reduktion von Polypharmazie und restriktiven Maßnahmen erreicht und abgebildet werden kann muss deutlich begegnet werden.</p>	<p>Das AQUA-Institut kann die Ansicht nachvollziehen. Die im Bericht geschilderten Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung und die im Auftrag gesetzten Schwerpunkte führen aber dazu, dass die vollständige Versorgung der Patienten in dem QS-Verfahren nicht abgebildet werden kann.</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>
29	<p>Die Übersicht erhellt auch den Aspekt, dass die meisten der Indikatoren Prozessindikatoren sind, wenige Struktur- und Ergebnisindikatoren. Zudem ist die Einordnung Prozess- und Ergebnisindikator nicht immer schlüssig. So erscheint Indikator 36 von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten eher ein Prozessindikator als ein Ergebnisindikator zu sein.</p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem DNVF zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert. Ein Krankenhaus sollte es durch qualitativ gute Versorgung schaffen, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.</p>
30	<p>Insgesamt gibt es zu wenig Indikatoren der Behandlungsqualität. Dies ist insbesondere problematisch, da in der psychiatrischen Versorgung oft nur ein geringer Zusammenhang besteht zwischen den messbaren Behandlungsprozessen (einzeln Institutionen) und der Behandlungsqualität, d.h. dem Outcome/Erkrankungsverlauf bei den betroffenen Patienten.</p>	<p>Das Outcome bzw. der Erkrankungsverlauf von Patienten ist nur patientenbezogen zu erheben. Die dafür am besten geeigneten Instrumente wären eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung. Beide Instrumente sollten zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden. Wie das DNVF zu Recht anführt, scheint eine umfangreiche Erhebung der „Behandlungsqualität“ in der stationären Versorgung nicht angemessen, da diese nur einen kleinen Teil der Versorgung ausmacht und auch nur einen eher geringen Anteil von Patienten betrifft.</p>
31	<p><b>→ Das Indikatorenset offenbart massive Imbalancen. Der Schwerpunkt liegt auf der stationären Versorgung sowie auf der Pharmaka- und Zwangsbehandlung. Gerade für letzten Aspekt werden überproportional viele Indikatoren vorgeschlagen. Obgleich Ergebnisindikatoren im Sinne von patient-reported outcomes (PROs) eine zentrale Stellung zukommt, werden diese erst in einem zweiten Schritt im Verlauf entwickelt. Wichtige und relativ einfach zu erhebende Ergebnisindikatoren welche die Inklusion reflektieren wie der Beschäftigungsstatus oder die Wohnsituation der Patienten bleiben unberücksichtigt.</b></p>	<p>Die im Bericht geschilderten Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung und des Auftrags führen zu einem Ungleichgewicht im Indikatorenset. Um dies noch einmal herauszustellen, wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p> <p>Die genannten Ergebnisindikatoren müssten patientenbezogen erhoben werden. Das dafür am besten geeignete Instrument wäre eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation. Dieses Instrument sollte zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden. Auch das ebenfalls zur Erfassung der Ergebnisqualität gut geeignete Instrument der Patientenbefragung soll erst zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt werden.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
32	<p>Nur ein Bruchteil der 27 Indikatoren lässt sich aus den Sozialdaten, also aus (schon erhobenen) Routinedaten der Krankenversorgung generieren. 6 der Qualitätsindikatoren lassen sich aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach § 301 SGB V sowie der niedergelassenen Ärzte nach § 295 SGB V extrahieren und stehen damit im Prinzip für eine Nutzung zur Verfügung. Für die Mehrheit der hier vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren sind zusätzliche Datenerhebungen bei den Versorgern erforderlich. Der Aufwand in den Einrichtungen reduziert sich mit der Klarheit und Einfachheit der Operationalisierung der Fragen, die hinter dem Indikator stehen. Diese Operationalisierungen sind damit Kernstück im Hinblick auf Akzeptanz und Machbarkeit des Indikators. Derzeit finden sie sich etwas versteckt in den Anhängen zum Bericht und sind in weiten Teilen sehr kompliziert. Die Kosten der Implementierung in allen Einrichtungen (Arbeitszeit zur Informationsbeschaffung und Kodierung vor Ort, Hard- und Softwareimplementierung, Datenübertragung) sollten geschätzt werden. Eine kritische Aufwand-Nutzen-Würdigung für Erhebung und Dokumentation erfolgt in der angefügten Tabelle.</p>	<p>Neben den Datenbeständen nach Abrechnungskontext §§295 und 301 SGB V wird auch auf die Datenbestände der Abrechnungskontexte §§ 118, 300, 284 SGB V zurückgegriffen.</p> <p>Eine Kosteneinschätzung zur Implementierung in allen Einrichtungen ist nicht Bestandteil des Entwicklungsauftrags.</p>
33	<p>→ <i>Der Bericht würde davon profitieren, die Operationalisierungen der Indikatoren (= d.h. die konkreten Fragen) als Kernstück der fall- und einrichtungsbezogen zu sammelnden Informationen in einer großen Tabelle übersichtlich im Bericht darzustellen (aktuell schwer auffindbar nur im Anhang!). Für die nicht-routinedatenbasierten Indikatoren erscheinen die Operationalisierungen schwierig bis sehr kompliziert und deren bundesweite Erfassung wird als extrem aufwendig eingeschätzt (siehe Tabelle 1 unten zur Aufwandseinschätzung).</i></p>	<p>Der Umfang des Anhangs zum Vorbericht, der zum größten Teil aus der Operationalisierung der Indikatoren besteht (160 von 252 Seiten), macht deutlich, dass die Operationalisierung aller Indikatoren nicht in einer Tabelle übersichtlich dargestellt werden kann. Die Tabellen 17-19 des Vorberichts geben eine Übersicht über die Anzahl der Fragen zur Operationalisierung der Indikatoren basierend auf Erhebungen bei den Leistungserbringern.</p>
34	<p><u>Siehe Tabelle:</u> Detaillierte Rückmeldung zu einzelnen ausgewählten Indikatoren und Aufwandseinschätzung</p>	<p>Es fällt auf, dass die Skalierung des DNVF zur Aufwandseinschätzung (abgesehen vom schwer interpretierbaren „ok“) sehr einseitig zwischen „groß“, „sehr groß“ und „riesig“ unterscheidet. Da wir diese Einschätzung nicht nachvollziehen können, werden im Folgenden nur die Kommentare berücksichtigt.</p> <p>Das AQUA-Institut unterscheidet zwischen „niedrigem“, „mittleren“ und „hohem“ Aufwand je nach Verfügbarkeit von Informationen in unterschiedlichen Datenquellen (vgl. Methodenpapier 4.0, Abschnitt 8.1.4).</p>

Tabelle: Detaillierte Rückmeldung zu einzelnen ausgewählten Indikatoren und Aufwandseinschätzung

Nr.	Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwandseinschätzung	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
35	05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	<b>Alternative oder Add-on prüfen:</b> jährliche kumulative stationär-psychiatrische Verweildauer als Indikator prüfen	ok	Der Adressat eines solchen Indikators müsste, wie weiter oben beschrieben, eine Stelle sein, die für die regionale Versorgung „verantwortlich“ ist und diese steuern kann. Da es eine solche Stelle im Regelungsbereich des G-BA nicht gibt, könnte dieser Indikator nicht an eine geeignete Stelle zurückgemeldet werden.
36	08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (fallbezogen stationär)	Operationalisierung als „mindestens ein therapiebezogenes Gespräch (persönlich, telefonisch) mit einem ambulanten psychiatrisch behandelnden Arzt oder einem anderen Leistungserbringer“	+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
37	19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (Routinedaten)	Cut-off von vier psychotropen Wirkstoffen arbiträr, kann auch indiziert sein	ok	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
38	20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Routinedaten)	Problematisch ist der cut-off von drei gleichzeitig verschriebenen Antipsychotika (unter Ausschluss von Clozapin und niederpotenten Antipsychotika): Warum nicht zwei?  Antipsychotische Monotherapie wird von fast allen Leitlinien empfohlen. Zentral sind Referenzbereiche (was wäre ein akzeptabler Anteil von Patienten mit antipsychotischer Polypharmazie?)	ok	Clozapin und niederpotente Antipsychotika sind nicht aus dem Indikator ausgeschlossen.  Die Festlegung des cut-off-Punktes erfolgte vor dem Hintergrund mangelnder Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, wie z.B. eine vorliegende Therapieresistenz oder die Gabe eines niederpotenten Antipsychotikums als Sedativum. <sup>2</sup> Die Panexperten diskutierten insbesondere zwei Varianten des Indikators: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden nur hoch- und mittelpotente Antipsychotika (ohne Clozapin) in die Berechnung einbezogen und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens zwei Antipsychotika erhalten haben.</li> <li>▪ Es werden alle Antipsychotika erfasst (auch Clozapin und niederpotente Antipsychotika) und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens drei Antipsychotika erhalten haben.</li> </ul> Aufgrund der fehlenden Informationen und der damit fehlenden Möglichkeit z.B. therapieresistente Patienten aus dem Indikator auszuschließen oder dies in ein Risikoadjustierungsmodell einfließen lassen zu können, haben sich die

<sup>2</sup> Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Gaebel, W (2004). Validation of Polypharmacy Process Measures in Inpatient Schizophrenia Care. Schizophr Bull 30(4): 1023-1033.



Nr.	Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwands- einschätzung	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
					Panelxperten für die hier an zweiter Stelle aufgeführte Variante entschieden. Der Referenzbereich wird zunächst, wie bei allen Indikatoren, das 95. Perzentil sein, d.h., rechnerisch auffällige Einrichtungen sind die 5 % der Einrichtungen, die am meisten Patienten mit einer antipsychotischen Kombinationstherapie im Sinne des Indikators haben. Ob ein fester Referenzbereich festgelegt werden kann, wird, wie in allen anderen QS-Verfahren auch, im Regelbetrieb geprüft.
39	22a	Dokumentation des Körpergewichts (ambulante einrichtungsbezogen)	Operationalisierung sehr problematisch „bei den meisten“ und „bei wenigen“ etc.	+++	Die Operationalisierung der Antworten ist im Ausfüllhinweis genau definiert mit: <i>bei den meisten</i> : > 50 % der Patienten; <i>bei wenigen</i> : ≤ 50 % der Patienten. Für ähnliche Antwortoptionen sind ebenfalls Operationalisierungen in den Ausfüllhinweisen gegeben.
40	31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (ambulante einrichtungsbezogen)	Operationalisierung sehr problematisch „bei den meisten“ und „bei wenigen“ etc., „allgemeinärztlichen Untersuchung“ müsste „körperliche Untersuchung“ heißen	+++	Die Operationalisierung der Antworten ist im Ausfüllhinweis genau definiert mit: <i>bei den meisten</i> : > 50 % der Patienten; <i>bei wenigen</i> : ≤ 50 % der Patienten. Für ähnliche Antwortoptionen sind ebenfalls Operationalisierungen in den Ausfüllhinweisen gegeben. Die Formulierung wurde in „körperliche Untersuchung“ geändert.
41	34b	Behandlungsvereinbarungen (fallbezogen stationär)		+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
42	35	Körperliche Übergriffe (fallbezogen stationär)	= Prozessindikator!	+++	Die Anzahl von körperlichen Übergriffen durch Patienten kann nach Auffassung des AQUA-Instituts kein Prozess einer Einrichtung sein.
43	36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten (fallbezogen stationär)	= Prozessindikator!	+++	Das AQUA-Institut stimmt dem DNVF zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert. Ein Krankenhaus sollte es durch qualitativ gute Versorgung schaffen, möglichst selten Zwangsmaßnahmen anwenden zu müssen.
44	39b	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall (fallbezogen stationär)		++++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
45	41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen (fallbezogen stationär)		+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwands- einschätzung	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
46	43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen <i>(fallbezogen stationär)</i>		+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
47	49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen <i>(stationär einrichtungsbezogen)</i>	Operationalisierung kaum nachvollziehbar Behandlungstage und Personentage überhaupt auf psychiatrischen Stationen	+++++	Es wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Zahlen über das Personalcontrolling zur Verfügung stehen. Die entsprechenden Panelexperten aus der Klinik haben dies bestätigt. Dieser Aspekt sollte aber in einer Machbarkeitsprüfung sichergestellt werden.
48	50c	Deeskalationstraining – stationär <i>(stationär einrichtungsbezogen)</i>	Grenze von 100 Arbeitstagen arbiträr, sehr kompliziert, <b>Alternative prüfen:</b> Prozentanteil der Mitarbeiter, die ein Deeskalationstraining gemacht haben	+++++	Im Indikator werden Mitarbeiter ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben (was in etwa einem halben Arbeitsjahr entspricht). Diese Grenze wurde gewählt, um den stationären Einrichtungen etwa ein halbes Jahr Zeit zu geben, neue Mitarbeiter im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation zu schulen. Dies bezieht sich demnach überwiegend auf neue Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die nur vorübergehend auf psychiatrischen Stationen arbeiten und nicht auf den gesamten Mitarbeiterstamm. Inwieweit dies umgesetzt werden kann, sollte in einer Machbarkeitsprüfung sichergestellt werden.  Die vorgeschlagene Alternative wurde bereits von den Panelexperten diskutiert und verworfen. Die Panelexperten erachteten es als relevant, dass die Mitarbeiter regelmäßig an Trainings teilnehmen.
49	57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung <i>(stationär einrichtungsbezogen)</i>	Operationalisierung sehr schwer nachvollziehbar, Personentage als Rechnung kaum zu fassen	+++++	Es wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Zahlen über das Personalcontrolling zur Verfügung stehen. Die entsprechenden Panelexperten aus der Klinik haben dies bestätigt. Dieser Aspekt sollte aber in einer Machbarkeitsprüfung sichergestellt werden.
50	61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten <i>(fallbezogen stationär)</i>	= Prozessindikator!	+++	Das AQUA-Institut stimmt dem DNVF zu, dass dieser Indikator auch als Prozessindikator aufgefasst werden kann. Hier ist der Indikator als Ergebnisindikator konzipiert.
51	62	Unterbringung <i>(fallbezogen stationär)</i>	= Prozessindikator!		Die Unterbringung von Patienten wird oftmals extern veranlasst. Daher handelt es sich weniger um einen Behandlungsprozess der Einrichtung als vielmehr um eine Struktur der in der Einrichtung versorgten Patientenclientel. Deshalb wird dieser Indikator als Strukturindikator ausgewiesen.

Nr.	Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwands- einschätzung	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
52	67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant <i>(ambulant einrichtungsbezogen)</i>	Frage 14: In vielen Gebieten gibt es kaum niedergelassene Psychotherapeuten, die F2-Patienten in Richtlinienpsychotherapie aufnehmen (nicht als Ausschlusskriterium, sondern über die anrufbeantworterbasierten Anmeldeprozeduren, die viel sozial Kompetenz erfordern); F2 Patienten mit Therapeutenlisten (schriftliches Informationsmaterial) zu versorgen, programmiert Frustration vor. Welche Qualität wird hier gemessen?	+++	Der Indikator zielt allgemein auf psychotherapeutische Interventionen, z.B. auch psychotherapeutische Gespräche ab, die nicht im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie erbracht werden müssen (aber können).  Unter schriftlichem Informationsmaterial zu Psychotherapie (nicht Psychotherapeuten) wird nicht die Auflistung von Psychotherapeuten verstanden, sondern Informationen zu den Therapieverfahren und deren Vor- und Nachteilen, beispielsweise auch zu Richtlinien-Psychotherapie, Lang- und Kurzzeittherapien. Da diese Teilfrage aber in mehreren Stellungnahmen kritisiert wurde, wurde sie gestrichen.
53	70a	Einbezug von Angehörigen <i>(ambulant einrichtungsbezogen)</i>		+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
54	77a	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen <i>(fallbezogen stationär)</i>	Was ist „systematische Erfassung“ in der Operationalisierung?	+++	Mit systematischer Erfassung ist eine nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. anhand eines standardisierten Instruments) durchgeführte Erfassung gemeint. Dies wurde im Ausfüllhinweis des Datenfeldes sowie im Indikator datenblatt ergänzt.
55	80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen <i>(fallbezogen stationär)</i>		++++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
56	85	Muttersprachliche Kommunikation <i>(fallbezogen stationär)</i>	Binnen 24 Stunden erscheint realitätsfern (Wochenende etc.)	+++	Da keine Evidenz für einen Zeitraum vorliegt, wurde das Expertenvotum übernommen.
57	103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung <i>(fallbezogen stationär)</i>	Es werden nur Angehörigengespräche kodiert in den ersten 72 h nach Aufnahme und in den letzten 72 h vor Entlassung (kompliziert)	+++	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwands-einschätzung	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
58	104	Gesprächsangebote für Angehörige <i>(fallbezogen stationär)</i>	Operationalisierung schwierig: Sequenz: Gesprächswunsch geäußert – Gespräch stattgefunden, wird durch Zustimmung des Patienten moderiert	+++	Den Ausfüllhinweisen zu dem relevanten Datenfeld des Indikators (vgl. Anhang C.4) ist Folgendes zu entnehmen: „Bei den Gesprächen mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren, soweit keine Entbindung von der Schweigepflicht erfolgte. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheits-sorge in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.“ Somit handelt es sich um ein patientenunabhängiges Gespräch, das nicht durch die Zustimmung des Patienten beeinflusst wird.

Aufwand: +++ groß, ++++sehr groß, +++++ riesig

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DNVF	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
59	Im Vorbericht wird durch die Experten auf das Fehlen von sogenannten Area-Indikatoren zur Messung der regionalen Versorgung hingewiesen. Erste Ansätze dieser Qualitätsindikatoren finden sich bei Weinmann S & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009).	Zur Erhebung und Auswertung von Area-Indikatoren fehlen derzeit die notwendigen Voraussetzungen. Diese Problematik wurde im G-BA bereits ausgiebig diskutiert.
60	Für keinen der Qualitätsindikatoren sind Aussagen zur Güte (Validität, Reliabilität oder Veränderungssensitivität) im Vorbericht verfügbar. Sofern keine Aussagen zur Güte der eingesetzten Qualitätsindikatoren vorliegen, sollte die Erfassung der Güte der Qualitätsindikatoren in der Routineversorgung eine Zielstellung darstellen. Der Einsatz von Qualitätsindikatoren mit unklarer Güte führt zu nicht interpretierbaren Qualitätsergebnissen und kann zu einer Unter- oder Überschätzung der Versorgungsqualität führen. Dies stellt also eine entscheidende Limitation dar. Die Bundesauswertungsstelle stellt eine geeignete Institution dar, die über ausreichend Daten verfügt und somit die Güte der Qualitätsindikatoren analysieren könnte. → <i>Aussagen zur Validität und Reliabilität oder Veränderungssensitivität der Qualitätsindikatoren sind dringend wünschenswert</i>	Die Prüfung der Messeigenschaften sollte empirisch auf Grundlage der in einem QS-Verfahren gewonnenen Daten erfolgen (vgl. Methodenpapier 4.0, Abschnitt 8.1.6).
61	Die maximale Zeitspanne für die Auswertung der Jahresdaten inkl. der Follow-up Daten wird im Vorbericht mit bis zu 3 Jahren abgeschätzt. Diese Zeitspanne zwischen Behandlung von Patienten und Rückspiegelung von Qualitätsergebnissen ist viel zu lang und stellt eine Barriere dar, qualitätsfördernde Maßnahmen in der Routineversorgung zeitnah zu identifizieren und zu implementieren. Innerhalb von 3 Jahren können sich allein schon die Rahmenbedingungen und Leitlinien deutlich ändern, so dass die Gefahr besteht, dass die Ergebnisse für die Leistungserbringer nicht mehr relevant sind. → <i>Zeitverzögerungen in der Rückmeldung bergen spezifische Risiken</i>	Das AQUA-Institut ist sich der Risiken bewusst. Indikatorenergebnisse werden jeweils zu den frühestmöglichen Zeitpunkten an die Einrichtungen zurückgemeldet. Dabei müssen derzeit allerdings spezifische Vorgaben über Datenlieferfristen und Auswertungszeiträume beachtet werden.

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DPR	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15. März 2012 das Aqua-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten und der notwendigen Dokumentation für ein sektorübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Versorgung bei psychisch Erkrankten beauftragt. Dieser Auftrag wurde am 19. Juni 2014 insofern geändert, dass nun Indikatoren und Instrumente zur Messung und Bewertung der Behandlungsqualität von volljährigen Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen entwickelt werden sollten.</p> <p>In einem strukturierten Prozess mit Fachexperten sowie Patientinnen-, Patienten- und Angehörigenvertretern wurden aus über 1000 Indikatoren letztlich 27 als praktikabel bewertet. Von diesen 27 Indikatoren messen 19 die Prozessqualität und jeweils 4 die Struktur-, bzw. Ergebnisqualität.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	<p>Der DPR begrüßt die Initiative, die Qualität der psychiatrischen Versorgung mittels Qualitätsindikatoren zu verbessern. Er hält die identifizierten Indikatoren für geeignet, Impulse zur Verbesserung der Versorgungsqualität von psychischen Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit einer F 2-Diagnose zu setzen.</p> <p>Begrüßenswert ist auch, dass ein Großteil der Daten zur Bewertung der Indikatoren im Rahmen der bestehenden Dokumentation bereits erhoben werden. Besonders positiv ist die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erwähnen. Damit wird ein wichtiger Beitrag zum Vermeidung von Bürokratie geleistet.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	<p>Kritisch merkt der DPR an, dass Faktoren, die die Struktur-, bzw. Ergebnisqualität betreffen, deutlich weniger vorkommen als die der Prozessqualität. Da die Ergebnisqualität die Versorgungsqualität am deutlichsten abbildet und die Strukturqualität die derzeit kritisch diskutierten Personalzahlen umfasst, ist dieses Ungleichgewicht aus Sicht des DPR bedauerlich.</p> <p>Ebenso fehlt eine Bemessungsgrundlage für die Personalzahlen beispielsweise der Pflegefachpersonen.</p> <p>Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Faktoren Stellung:</p>	<p>Im ursprünglichen Indikatorenregister waren sechs weitere Ergebnisindikatoren enthalten, die allerdings im RAM-Prozess von den Panelexperten ausgeschlossen wurden. In der Paneldiskussion wurde deutlich, dass bei diesen Indikatoren keiner einzelnen Einrichtung eine konkrete Ergebnisverantwortung zugeschrieben werden kann (z.B. Suizide, Suizidversuche). Da das AQUA-Institut die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen muss, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen.</p> <p>Auch die derzeit noch fehlenden Möglichkeiten, Informationen mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation oder einer Patientenbefragung zu erheben, trägt dazu bei, dass relevante Aspekte der Ergebnisqualität (noch) nicht erhoben werden können. Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DPR	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p> <p>Mit den Indikatoren ID 49b und ID 57 sollen und können Personalzahlen nicht festgelegt werden; dies ist Aufgabe des G-BA bzw. der entsprechenden Arbeitsgruppen. Die Indikatoren fokussieren vielmehr die Qualifikation des Personals: Auf einer Station sollte ständig eine angemessene Anzahl an qualifizierten Personen – also Personen mit den entsprechenden Aus- und Fachweiterbildungen – eingesetzt werden.</p>
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>		
<b>Indikator-ID 01e Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</b>		
4	<p><i>Stellungnahme zu den Anmerkungen</i></p> <p>Um das Qualitätsziel zu erreichen, dass innerhalb der ersten 7 Tagen ein ambulanter Anschlusstermin stattfindet, sollte hier auf die direkte Verordnung von Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) aus dem stationären Bereich hingewiesen werden.</p>	<p>Dieser Indikator wird mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. In den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen sehr uneinheitliche Informationen zur Verordnung von APP vor, sodass diese Informationen für den Indikator nicht genutzt werden können. Dem AQUA-Institut erscheint die Erfassung der Verordnung von APP darüber hinaus für diesen Indikator nicht geeignet, da der Indikator tatsächlich stattgefundenen Kontakte berücksichtigt, nicht aber, ob Verordnungen innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung veranlasst wurden.</p> <p>Nichtsdestotrotz sieht das AQUA-Institut die APP als einen wichtigen Leistungserbringer in der poststationären Versorgung.</p>
<b>Somatische Versorgung</b>		
<b>Indikator – ID 22-a Dokumentation des Körpergewichtes</b>		
5	<p><i>Stellungnahme</i> Zur besseren Erreichung der Zielvorgabe kann die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) sinnvoll genutzt werden. Aus Sicht des DPR muss zur Feststellung von Veränderungen beim Körpergewicht der stationäre Leistungserbringer in die Verantwortung mitaufgenommen werden. Zudem müsste ein Nenner erfasst werden, da damit die Relation zur Gesamtgröße aller zu erfassender Patienten deutlich wird. Die Formulierung könnte heißen: „Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“. Die Formulierung im Erhebungsinstrument „Datenfelder für die Berechnung“ ist zu unspezifisch, um objektiv überprüfbare Kennzahlen zu erhalten (Verhältniszahlen wäre sinnvoller).</p>	<p>Dieser Indikator wird mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben, bei der kein Bezug zu einzelnen Fällen bzw. Patienten möglich ist, weshalb nur allgemeine Sachverhalte erfragt werden können. Die Entwicklung einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation ist im gegenwärtigen Auftrag nicht vorgesehen.</p> <p>Die APP kann dem Auftrag entsprechend nicht als Datenquelle genutzt werden, da im ambulanten Bereich ausschließlich eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie psychiatrische Institutsambulanzen entwickelt werden sollte. Die APP wird daher im QS-Verfahren nicht als ein dokumentationspflichtiger Leistungserbringer berücksichtigt.</p> <p>Für den stationären Bereich scheint die Erhebung dieses Indikators, und damit die Erfassung der Verlaufskontrolle des Körpergewichtes, wegen einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von ca. 31 Tagen, nicht plausibel. Zudem wurde in der stationären Versorgung kein Qualitätspotenzial/-defizit bzgl. der Messung des Körpergewichtes bzw. bzgl. der Verlaufskontrolle des Körpergewichtes identifiziert.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DPR	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		Das AQUA-Institut möchte gleichzeitig betonen, dass dies nicht damit gleichzusetzen ist, dass während eines stationären Aufenthalts das Körpergewicht nicht gemessen werden sollte.
<b>Indikator – ID 31-a Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung</b>		
6	<p><i>Stellungnahme zur Prozess-/Ergebnisverantwortung</i></p> <p>Der DPR schlägt vor den folgenden Satz zu ergänzen:          „Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. psychiatrischen Institutsambulanz sowie <b>Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</b>“</p>	<p>Die genannten Leistungserbringer in der Prozess-/Ergebnisverantwortung können nur diejenigen sein, an die das vorliegende QS-Verfahren adressiert ist, da diese laut Beauftragung die Verantwortung für die Leistungen und Ergebnisse tragen (vgl. Vorbericht S. 20).</p> <p>Die APP ist dem Auftrag entsprechend kein zu adressierender Leistungserbringer, da im ambulanten Bereich ausschließlich eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie psychiatrische Institutsambulanzen entwickelt werden sollte.</p>
<b>Restriktive Maßnahmen</b>		
<b>Indikator-ID 35 Körperliche Übergriffe</b>		
7	<p><i>Stellungnahme</i></p> <p>Der DPR begrüßt die Erhebung körperlicher Übergriffe als Kennzahl. Allerdings besteht eine Begriffsunschärfe, die sich darauf bezieht, welche „Aktionen“ als körperlicher Übergriff gewertet werden kann.</p>	In den Anmerkungen des Indikators ist mit einer Quellenangabe dargelegt, was unter einem körperlichem Übergriff zu verstehen ist. Des Weiteren ist definiert, gegen wen körperliche Übergriffe gerichtet sein müssen, um im Zähler des Indikators erfasst zu werden.
8	Der Einbezug von Angehörigen zu Beginn der Behandlung bewertet der DPR sehr positiv.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>Indikator – ID 41a Betreuung während Zwangsmaßnahmen</b>		
9	Positiv, dass explizit Pflegefachpersonen die 1:1 Betreuung übernehmen sollen	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>		
10	<p><i>Stellungnahme</i></p> <p>Der DPR begrüßt, dass dem Empowerment ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Als zusätzlichen Indikator zur Stärkung des Empowerment sollte der Einsatz von Ex-In Kräften gesehen werden bzw. die Implementierung einer Peer-to-Peer-Beratung aufgenommen werden.</p>	In den Recherchen und im Panel wurde dieser Aspekt der Versorgung primär nicht als Qualitätspotenzial/-defizit diskutiert, insofern wurde auch kein Indikator gebildet. Das AQUA-Institut sieht in der Erhebung von Peer-to-Peer-Beratung und Ex-In-Kräften ein Potenzial für die Patientenbefragung. Im Abschnitt 3.4.6 wird nun ausführlicher auf Peer-to-Peer-Beratung eingegangen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des DPR	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Struktur</b>		
11	<p><i>Stellungnahme</i></p> <p>Neben der vom DPR sehr positiv bewerteten Feststellung, dass in der Strukturbeschreibung die psychiatrische Pflege aufgenommen wurde, fehlen darüber gänzlich die Spezialtherapeuten z.B. Ergo-, Physio-, Kunsttherapeuten.</p>	<p>In den Strukturindikatoren wurde zunächst auf Pflegefachpersonen fokussiert, da hier ein großes Qualitätspotenzial/-defizit vorliegt. Überdies wird hiermit die in allen Einrichtungen vorhandene mengenmäßig größte und für die pflegerische Grundversorgung wichtigste Berufsgruppe adressiert.</p>
<b>Indikator – ID 49 Fachpflegerische Versorgung - Pflegefachpersonen</b>		
12	<p><i>Stellungnahme</i></p> <p>Der DPR begrüßt, dass die fachpflegerische Versorgung mit diesem Indikator in die Qualitätsbewertung eingeht.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
<b>Indikator – ID 57 Fachpflegerische Versorgung</b>		
13	<p><i>Stellungnahme</i></p> <p>Neben den fachweitergebildeten Pflegefachpersonen entstehen zunehmend Bachelor Studiengänge auch für psychiatrische Pflege. Diese Qualifikationsniveaus sollten zukünftig in den Qualitätsindikator „fachpflegerische Versorgung“ einbezogen werden. Ergänzend empfehlen wir die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) in die Beschreibung aufzunehmen.</p>	<p>Das AQUA-Institut nimmt den Hinweis zu den Bachelorstudiengänge psychiatrische Pflege auf. Scheinbar liegt eine Unschärfe im Begriff psychiatrischer Fachweiterbildung vor. Nach Auffassung des AQUA-Instituts würden die Bachelorstudiengänge psychiatrische Pflege ebenfalls unter eine psychiatrische Fachweiterbildung fallen, da dem Studiengang eine pflegerische Ausbildung vorangeht. Um dieser Unschärfe zu begegnen, wurden in den Anmerkungen des Indikators sowie in den Ausfüllhinweisen zum Datenfeld die Studienabschlüsse explizit ergänzt.</p> <p>Da sich der Indikator nur auf das stationäre Setting bezieht bzw. nur auf das Personal, welches sich dauerhaft auf den Stationen befindet, scheint es dem AQUA-Institut nicht zielführend, die APP in diesen Indikator mit aufzunehmen.</p>



## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>I. Hintergrund</b>		
1	<p>Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach §91 SGB V beauftragt gemäß § 137 a Abs. 1 SGB V eine fachlich unabhängige Institution, möglichst sektorenübergreifend angelegte Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln.</p> <p>Am 15.3.2012 beauftragte der G-BA die Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren „Psychische Erkrankungen“ Instrumente und Indikatoren sowie die dafür notwendige Dokumentation zu entwickeln. Am 19. Juni 2014 verabschiedete der G-BA die Änderung des 2012 erteilten Auftrages mit dem Ziel, das zu entwickelnde QS-Verfahren auf die Gruppe von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen einzugrenzen.</p> <p>Die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, hat vertragsgemäß einen Vorbericht gemäß dem im Methodenpapier beschriebenen Vorgehen erstellt und am 15. Juli 2015 dem G-BA vorgelegt sowie an die beteiligten Organisationen nach § 137a Abs. 3 SGB V zur Stellungnahme übermittelt – darunter auch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen.</p> <p>Ziel der Beauftragung ist die Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden QS-Verfahrens für die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen neben der Ausrichtung auf messende und vergleichende Aspekte auch auf die Förderung der Qualität zielen.</p> <p>Im Einzelnen ist/sind</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die neben messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität zielen,</li> <li>2. die diesbezüglichen Instrumente und die notwendige Dokumentation zu entwickeln,</li> <li>3. die Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines QS-Filters zur Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe der Ziel-gruppe zu prüfen - unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich auf Basis der Vorarbeiten der Institution nach § 137 SGB V,</li> <li>4. als Datenquellen neben Erhebungen bei den Leistungserbringern (darunter auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen) auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu berücksichtigen, inklusive einer empirischen Prüfung,</li> </ol>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>5. das Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragungen zu prüfen und darzustellen.</p> <p>6. bei der Entwicklung der QS-Indikatoren regelhaft ethische Aspekte und die besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen,</p> <p>7. ein Auswertungskonzept vorzulegen, wie die unterschiedlichen Datenquellen zu einem konsistenten QS-Verfahren integriert werden können und die Zuschreibbarkeit der QS-Informationen an die Leistungserbringer gewährleistet werden kann,</p> <p>8. neben der leitliniengerechten Behandlung und der Erfassung restriktiver Maßnahmen die zentralen QS-Potenziale/-defizite, die in der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze dar-gelegt worden sind, als Rahmen zu berücksichtigen und hinsichtlich ihrer Versorgungs- und Handlungsrelevanz für ein vom G-BA regelbares, schlankes und machbares QS-Verfahren auszuwählen und zu bewerten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Koordination</li> <li>(2) Psychotherapie</li> <li>(3) Pharmakotherapie</li> <li>(4) Klärung der sozialen Hilfen</li> <li>(5) Somatische Versorgung</li> <li>(6) Ergänzende Therapien</li> <li>(7) Zugang zu ambulanter Versorgung/ Indikation zur stationären Aufnahme</li> <li>(8) Zugang zu ambulanter Versorgung/Indikation zur Entlassung aus stationärer Behandlung</li> <li>(9) Empowerment</li> <li>(10) Angehörigenpartizipation</li> <li>(11) Kontinuität der Versorgung</li> <li>(12) Restriktive Maßnahmen</li> </ul> <p>9. die Qualitätspotenziale und -defizite in Psychiatrischen Institutsambulanzen zu analysieren,</p> <p>10. zu entwickeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Indikatoren und Dokumentation auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen,</li> <li>(2) Indikatoren und Instrumente und deren Dokumentation durch die Einrichtungen der stationären Versorgung,</li> <li>(3) Instrumente und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen,</li> </ul> <p>11. zu überprüfen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) ob QS-Potenziale/-defizite im ambulanten Bereich übrig bleiben, die nicht mit den unter Punkt 10 genannten Indikatoren und Instrumenten adressiert werden können,</li> </ul>	

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>(2) eine QS-Auslösung im ambulanten Bereich umsetzbar ist,            (3) wie Dokumentation und Datentransfer erfolgen können (technische Machbarkeitsprüfung).</p> <p>Diese mit der Beauftragung verbundenen Zielsetzungen dienen u.a. als Maßstab für die Beurteilung des Vorberichtes zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Verfahrens zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen durch den GKV-Spitzenverband, die im Folgenden ausgeführt wird.</p>	
<b>II. Allgemeine Stellungnahme</b>		
2	<p>Auf der Grundlage von Vorgaben aus der Beauftragung wurde ein QS-Verfahren entwickelt, das messbare Anteile der Versorgungsqualität bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen abbilden kann. Das vorgeschlagene Verfahrenskonzept erscheint sachgerecht, aber nicht vollständig, was die Anforderungen des Auftrags des G-BA vom 19. Juni 2014 betrifft.</p> <p>Notwendig zur Beurteilung des resultierenden Instrumentariums erscheint das Bewusstsein für den Fokus der Beauftragung auf Leistungen des SGB V und die damit resultierende Abbildung der Qualität der Versorgung auf diesen Bereich - in einem insgesamt aber breiter gefächerten und stärker ausdifferenzierten Versorgungssystem.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	<p>Ad 1 und 2 Grundsätzlich wurden die methodisch relevanten Schritte zur <b>Auswahl der Indikatoren, der Entwicklung der Instrumente und der Dokumentation</b> durchgeführt und im Zwischenbericht dargelegt. Allerdings sind an manchen Stellen die Ausführungen dazu nicht immer eindeutig nachvollziehbar. Dies betrifft hauptsächlich die Auswahl der Indikatoren durch das Panel. Im Resultat spiegeln die Indikatoren des Sets ganz überwiegend Aspekte der Prozessqualität ab. Indikatoren der Ergebnisqualität und der Strukturqualität finden sich nur wenige. Drei von vier Indikatoren zur Ergebnisqualität beziehen sich auf restriktive Maßnahmen.</p>	<p>Die Ergebnisqualität bei der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose manifestiert sich wesentlich im ambulanten Bereich. Dementsprechend wären ambulante fallbezogene QS-Dokumentationen und Patientenbefragungen die adäquaten Erhebungsinstrumente für die Ergebnisqualität. Beide Instrumente sollten in diesem QS-Verfahren nur mit Blick auf ihre Potenziale für ein QS-Verfahren thematisiert werden. Dies wird im Abschnitt 5.6 und Kapitel 8 zusammenfassend und in erheblich erweiterter Form dargestellt.</p> <p>Patientenrelevante Endpunkte werden in den Abschnitten 3.2.4, 3.4.8 und 3.6.8 thematisiert. Die Gründe für den (einhelligen) Expertenkonsens, die vorgeschlagenen Endpunkte als <i>fraglich relevant</i> einzuschätzen, werden im Abschnitt 5.2.1 im Bericht aufgeführt.</p> <p>Die Entwicklung von Strukturindikatoren wird bereits durch den Auftraggeber im Auftragstext als problematisch angesehen, indem darauf hingewiesen wird, dass die Entwicklung von Strukturindikatoren zwar „dem gesetzlichen Auftrag [entspricht]“, aber nicht auszuschließen sei, dass „ggf. keine Indikatoren zur Strukturqualität entwickelt werden können.“ Die Diskussionen im Vorfeld des Auftrags und auch im Panel spiegeln die Problematik wider, dass Strukturindikatoren im stationären Bereich sehr stark an (personelle und räumliche) Ausstattungsmerkmale geknüpft sind, die oftmals von den</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Einrichtungen kaum beeinflussbar sind bzw. in anderen Kontexten verhandelt werden. Dass die Indikatoren überwiegend Aspekte der Prozessqualität adressieren, ist einerseits dem oben bereits genannten Aspekt der Nicht-Verfügbarkeit von spezifisch notwendigen Erhebungsinstrumenten geschuldet, andererseits aber auch der im Auftrag genannten „leitliniengerechten Versorgung“. Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p> <p>Die im Auftrag explizit genannte Berücksichtigung von schweren und schwersten Verläufen sowie von ethischen Aspekten bringt es mit sich, dass die Ergebnisindikatoren im stationären Bereich die restriktiven Maßnahmen fokussieren.</p> <p>Details zu den einzelnen Aspekten sind den jeweils entsprechenden Stellen im weiteren Verlauf dieser Stellungnahme zu entnehmen.</p>
4	<p>Damit ist es der Institution nach § 137a SGB V (AQUA) nicht gelungen, ein ausgewogenes QS-Verfahren zu entwickeln das die wesentlichen patientenrelevanten Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter enthält, die mit dem entwickelten Verfahren beantwortbar wären. Dies ist umso bemerkenswerter, als das von AQUA entwickelte evidenzbasierte Indikatorenregister noch die ganze Bandbreite der wesentlichen Indikatoren wiederspiegelt hat. Ohne transparente Begründung sind u.a. evidenzbasierte Indikatoren zur Messung von patientenrelevanten Endpunkten und damit zur Messung der Ergebnisqualität vom Panel als nicht relevant eingestuft worden.</p>	<p>Die Relevanz der Qualitätsindikatoren wurde von den Panelexperten vor dem Hintergrund des zu entwickelnden QS-Verfahrens einschließlich dessen Einschränkungen bewertet. Aus der Diskussion der Panelexperten kann entnommen werden, dass eine Relevanz-Bewertung vor einem anderen Hintergrund zu einer anderen Bewertung der Indikatoren, v.a. der Ergebnisindikatoren hätte führen können.</p> <p>Auch ist den Bewertungen zu entnehmen, dass die Qualitätsindikatoren des Indikatorenregisters, die ausgeschlossen wurden, mit Ausnahme von zwei Indikatoren (ID 29, ID 30), die in einen anderen Indikator integriert wurden, als <i>fraglich relevant</i> bewertet wurden. Dies ist in den meisten Fällen so zu verstehen, dass der einzelne Qualitätsaspekt von den Panelexperten als relevant eingeschätzt wird, aber vor den Einschränkungen des Auftrags keine geeignete Aussage zur Versorgungsqualität gibt.</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p>
5	<p>Der frühe und dann unbegründete endgültige Ausschluss von evidenten Indikatoren, der nur auf der Grundlage eines Expertenkonsenses basiert, zu einem so frühen Zeitpunkt des Entwicklungsprozesses (1. Runde Panel), wird als methodisch hoch problematisch angesehen und kann als anfällig für Einflussnahmen im Hinblick auf Interessenskonflikten eingeschätzt werden. Es entsteht der Eindruck – auch durch die zum Teil nicht transparente oder nicht nachvollziehbare Dokumentation – dass ein Expertenkonsens sogar höherwertige Evidenz ersetzen kann.</p>	<p>Es scheint eine Vermischung der Begriffe Evidenz bzw. evidenzbasiert und Relevanz vorzuliegen. „Evidenz“ liegt einem Indikator zugrunde, wenn der durch ihn adressierte Sachverhalt (z.B. ein therapeutischer Effekt durch Gabe eines Medikaments) durch wissenschaftliche Studien belegt wird. Dieser Sachverhalt ist unabhängig davon, ob ein Indikator mit Blick auf die Ziele eines QS-Verfahrens als relevant einzuschätzen ist (vgl. hierzu Methodenpapier 4.0, Abschnitt 8.1.1; S. 84f.). Tatsächlich unterliegt allen vom AQUA-Institut im Register vorgeschlagenen Indikatoren ein Mindestmaß an Evidenz, weil dies Voraussetzung dafür ist, einen Indikator überhaupt zur Relevanz-Bewertung zuzulassen.</p> <p>Die Panelexperten haben zu keiner Zeit die Evidenzgrundlage der Indikatoren des Registers angezweifelt oder dieser widersprochen. Relevanz ist – ebenso wie Praktikabilität – ein eigenständiges, weiteres Bewertungskriterium, mit dem die praktische Expertise in</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>den Prozess der Auswahl und Bewertung von Indikatoren eingebunden wird. Insofern ersetzt der Expertenkonsens keine höherwertige Evidenz, sondern er beurteilt, ob ein Indikator in Bezug auf die gegebenen Rahmenbedingungen und die verfahrensimmanent gesetzten Ziele geeignet ist, diese adäquat zu messen bzw. zu erreichen. Was diese Rahmenbedingungen, die Zielsetzung des Auftrags sowie auch die Bewertungskriterien betrifft, so dient der gesamte erste Tag des RAM-Prozesses ausschließlich der transparenten Darlegung dieser Aspekte.</p> <p>Der Ausschluss der von den Experten nicht als <i>relevant</i> bewerteten Indikatoren aus dem weiteren Panelprozess durch das AQUA-Institut entspricht dem methodischen Vorgehen nach Methodenpapier des AQUA-Instituts.</p>
6	<p>Das unabhängige Institut nach §137a SGB V hat die Aufgabe (siehe auch Methodenhandbuch) das vom Panel bestimmte Indikatorenset fachlich zu bewerten und auf dieser Basis, ggf. auch durch eigene wissenschaftliche Begründung heraus, Indikatoren in das für die Qualitätsmessung notwendige Indikatorenset aufzunehmen. Es trägt die Letztverantwortung für den Vorschlag eines QS-Verfahrens und die dafür notwendigen Indikatoren. Warum trotzdem den Entscheidungen des Panels bezüglich der „Irrelevanz“ von evident relevanten Indikatoren zur Struktur- und Ergebnisqualität gefolgt wurde, ist unverständlich und nicht nachvollziehbar. Das QS-Verfahren wurde aus Sicht des GKV-Spitzenverband so in seiner Aussagekraft erheblich geschwächt. Die Frage der Kosten-Nutzen-Relation der Umsetzung des vorgeschlagenen QS-Verfahrens stellt sich damit neu. Der Aufwand für ein bundesweit verpflichtendes QS-Verfahren ist nur dann zu rechtfertigen, wenn das Verfahren die wesentlichen Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthält.</p>	<p>In dem mit dem G-BA konsentierten und für das AQUA-Institut verbindlichen Methodenpapier (Version 3.0 sowie 4.0) sind die Funktion und die Rolle des RAM-Panels festgelegt. Das „Panel-Votum“ der Experten steht dabei am Ende einer langen Abfolge von Auswahl- und Bewertungsschritten. Im Regelfall moderiert das AQUA-Institut den Konsensusprozess ohne hierbei direkt Einfluss auf die medizinisch-pflegerischen Inhalte zu nehmen. Das Methodenpapier sieht allerdings vor, dass das AQUA-Institut unter bestimmten Bedingungen bei der abschließenden Gesamtwürdigung des Indikatorensets das Panel-Votum überstimmen kann. Hierzu heißt es im Methodenpapier, dass die Beibehaltung eines vom Panel als nicht positiv bewerteten Indikators im Set möglich ist, „wenn damit erreicht werden kann, das[s] wesentliche, mit vertretbarem Aufwand messbare Qualitätspotenziale mithilfe dieser Indikatoren abgedeckt werden können“.</p> <p>Zum Vorliegen eines Qualitätspotenzials heißt es an anderer Stelle im Methodenpapier definitorisch, dass sich die im Potenzial genannten Qualitätsziele „auf bekannte oder vermutete Qualitätsdefizite [beziehen] und [...] ein tatsächliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung bzw. Ansätze für diesbezügliche Maßnahmen [bieten]“. Soweit es die von den Panelexperten nicht als <i>relevant</i> (nicht: „irrelevant“) bewerteten Indikatoren zur Struktur- und Ergebnisqualität betrifft, sieht das AQUA-Institut in den meisten Fällen zwar deren epidemiologische Relevanz, in Ermangelung adäquater Erhebungsinstrumente und/oder verantwortlicher Leistungserbringer nicht aber ein tatsächliches Potenzial für maßnahmenbezogene Qualitätsverbesserungen.</p> <p>Aus Sicht des AQUA-Instituts resultiert eine vom GKV-SV angeführte geschwächte Aussagekraft dieses QS-Verfahrens vornehmlich aus den gegebenen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung (nur SGB V-Bereich, keine regionalen für die psychiatrische Versorgung verantwortliche Stellen, zu klärende rechtliche Rahmenbedingungen für Patientenbefragungen) und des Auftrags (keine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation).</p> <p>Zum Thema „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
7	<p>In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das von den Experten vorgetragene Argument, dass ein bestimmter Indikator nicht „eindeutig“ einem Leistungserbringer zuzuordnen und damit nicht relevant sei, per se kein Ausschlussgrund ist. Diese Argumentation würde zum Ausschluss nahezu aller Indikatoren in der sektorenübergreifenden QS führen, die etwa in einem Follow-up Komplikationen oder den mittel- bzw. langfristigen Erfolg einer Behandlung messen. Solche Ergebnisindikatoren ergeben wertvolle Hinweise auf die Gesamtqualität des sektorenübergreifenden Behandlungsprozesses z.B. in einer Region und geben selbstverständlich auch den Leistungserbringern wertvolle Hinweise für notwendige Qualitätsverbesserungsmaßnahmen – in diesem Sinne dienen sie wie beauftragt der Förderung der Qualität und bedienen messende und vergleichende Aspekte der QS.</p>	<p>und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p> <p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV dahin gehend, dass es sinnvoll ist, Qualitätsparameter zu erheben, die „global“ eine populationsbezogene Versorgungsqualität messen oder darstellen.</p> <p>Gleichzeitig muss das AQUA-Institut die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen. Eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern ist bei vielen Ergebnisindikatoren nicht gegeben. Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt für einige Ergebnisindikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen (siehe die entsprechenden Aussagen im Bericht (vgl. Kapitel 8)).</p>
8	<p>Indikatoren für teilstationäre Einrichtungen wurden nicht entwickelt. Die Experten sahen davon ab, „... die Indikatoren für stationäre Einrichtungen ebenfalls bei teilstationären Einrichtungen erheben zu lassen.“ Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsansätze mit differierenden Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sahen sie die Vergleichbarkeit zwischen teil- und vollstationären Einrichtungen nicht gegeben und regten eine Anpassung der Indikatoren oder aber die separate Auswertung beider Versorgungsbereiche an. Warum diese Anregung nicht umgesetzt wurde, ist dem Vorbericht nicht zu entnehmen. Lediglich der Hinweise des AQUA-Instituts, „... dass im Auftrag nicht explizit die Entwicklung von Indikatoren für teilstationäre Einrichtungen gefordert wurde“ ist schriftlich hinterlegt. Da der Wirkungskreis des SGB V auch teilstationäre Einrichtungen umfasst, erscheint die angeregte separate Auswertung beider Versorgungsbereiche vor dem Hintergrund des Auftrags zielführend.</p>	<p>Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs, i.S. einer Anpassung der stationären Indikatoren an teilstationäre Einrichtungen, würde für das QS-Verfahren Folgendes bedeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dem Indikatorenset würden bis zu 12 weitere Indikatoren hinzugefügt werden.</li> <li>▪ Es müssten zwei weitere QS-Dokumentationsbögen erstellt werden (fallbezogen und einrichtungsbezogen), da nicht alle Indikatoren sinnvoll im teilstationären Bereich erhoben werden können (z.B. sind die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen nicht relevant).</li> <li>▪ Eine getrennte Auswertung (die sowohl das AQUA-Institut als auch die Panelexperten aufgrund unterschiedlicher Leistungsangebote und Zielsetzungen von teilstationärer Versorgung im Vergleich zu stationärer Versorgung empfehlen würden) würde ein weiteres Stellungnahmeverfahren nach sich ziehen (neben denen für stationäre Einrichtungen sowie für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und PIA).</li> </ul> <p>Unter Berücksichtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Steigerung der Komplexität des bereits komplexen QS-Verfahrens (s.o.),</li> <li>▪ des Inaussichtstellens eines weiteren Erhebungsinstruments (Patientenbefragung),</li> <li>▪ der Diskussion weiterer Erhebungsinstrumente (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Angehörigenbefragung) und</li> <li>▪ der noch ausstehenden Überprüfung der Qualitätspotenziale/-defizite von teilstationären Einrichtungen</li> </ul> <p>hat sich das AQUA-Institut dagegen entschieden, dem Vorschlag der Panelexperten in</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>diesem Entwicklungsschritt zu folgen.</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt aber, im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs zu adressieren.</p>
9	<p>Ad 4 Als <b>Datenquellen</b> wurden für das QS-Verfahren neben Erhebungen bei den Leistungserbringern (darunter auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen) auch Sozialdaten bei den Krankenkassen berücksichtigt. Eine empirische Prüfung auch der Daten auf Grundlage von Sozialdaten nach §284 Abs. 1 SGB V ist erfolgt.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
10	<p>Ad 6 Der Auftrag enthielt die Maßgabe, regelhaft <b>ethische Aspekte</b> und gegebenenfalls die besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen. Es finden sich wiederkehrend kurze Einlassungen hinsichtlich ethischer Aspekte im gesamten Vorbericht. Sie beziehen sich auf Themen wie Selbstbestimmung bzw. Erhalt oder das Erreichen eines höchst möglichen Maßes an Patientenautonomie, die Förderung der Entscheidungsfähigkeit sowie auf den Schutz der Würde von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Berücksichtigung ethischer Aspekte schlägt sich vorrangig in den Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen nieder.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
11	<p>Ad 7 Das <b>Auswertungskonzept</b> entspricht den beauftragten Anforderungen und ist insgesamt als gelungen und ausreichend konkret zu bewerten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die erweiterte Machbarkeitsprüfung auch die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einbeziehen, um insbesondere die unter 7.4.2 aufgeworfenen Fragen zu beantworten. Auch der spezielle Aspekt der Definition eines „Hauptarztes“ im ambulanten Bereich sollte hier mit eingehen und nochmals auf einer größeren Datenbasis geprüft werden. Nötigenfalls sollte bei den noch bestehenden Unwägbarkeiten des Verfahrens wie etwa der Frage der Kodiertreue im ambulanten Bereich (betrifft den Einschluss der Patienten, die im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Erhebungsjahrs je eine gesicherte F.20-F.29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben auf S.137) und der Frage der „Hauptarzt“-Definition (S. 138) ein Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichten, Qualitätsdialog und Begleitevaluation erwogen werden.</p>	<p>Nach Ansicht des AQUA-Instituts ist die vom GKV-SV im ersten Abschnitt vorgeschlagene Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen in einer erweiterten Machbarkeitsprüfung anhand einer größeren Datenbasis nicht zielführend. Sozialdaten bei den Krankenkassen, die für eine erweiterte Machbarkeitsprüfung vorlägen, wären anonymisiert, sodass die Überprüfung des Konstrukts „Hauptarzt“ im Abgleich mit Leistungserbringern nicht erfolgen kann. Hierfür wären leistungserbringer- und patientenidentifizierende Daten notwendig.</p> <p>Sofern Sozialdaten in größerem Umfang zur Überprüfung von Fragestellungen vor dem Regelbetrieb genutzt werden sollen, kann dies nicht im Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung erfolgen. Vielmehr sollte eine gesonderte „Empirische Überprüfung von Sozialdaten“ beauftragt werden, die sich entsprechend präzisierten Fragestellungen widmen kann. Dabei ist vor einer möglichen Beauftragung jedoch zu klären, welche Untersuchungsgegenstände überhaupt geeignet sind für eine solche vorhergehende Sozialdatenprüfung.</p> <p>Zur Erreichung des Ziels erscheint dem AQUA-Institut der vom GKV-SV im zweiten Abschnitt vorgeschlagene Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichte und Qualitätsdialog geeigneter. Dieser Zeitraum könnte beispielsweise das erste Jahr des Regelbetriebs sein, bei dem Daten aller gesetzlichen Krankenkassen sowie Rückmeldeberichte und Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren einbezogen werden könnten.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
12	Bei der von AQUA vorgesehen erweiterten Machbarkeitsprüfung bietet es sich an, zeitgleich auch die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung für eine fallbezogene ambulante Befragung zu beauftragen. Auch die Entwicklung eines Fragebogens für Patientenbefragungen sollte zeitgleich beauftragt werden, falls - wie zurzeit möglich erscheint - bis dahin die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt sind.	Die Entscheidung zu weiteren Beauftragungen obliegt dem G-BA.
13	Ad 8 Der Aspekt der <b>leitliniengerechten Versorgung</b> stellt - in der abgebildeten Diskussion gut nachvollziehbar - einen der Leitgedanken des Bearbeitungsprozesses dar. Im Resultat bilden die Indikatoren des Sets ganz überwiegend Aspekte der Prozessqualität ab. Auch der Abbildung <b>restriktiver Maßnahmen</b> ist in dem entwickelten QS-Verfahren Rechnung getragen worden. Bei der Entwicklung des QS-Verfahrens wurde darauf geachtet, die konkreten oder vermuteten Qualitätsdefizite zu adressieren. Die QS-Potenziale/-defizite, die in der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze dargelegt worden sind, wurden als Rahmen berücksichtigt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
14	Ad 10 Es sind - wie beauftragt - <b>Indikatoren, Instrumente und Dokumentation</b> auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen, durch die Einrichtungen der stationären Versorgung und zur einrichtungsbezogenen Erhebung insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen entwickelt worden. Zur Auswahl der Indikatoren siehe Punkt 1.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
15	Ad 3, 5, 9, 11 <b>Teile der Beauftragung wurden nicht oder nicht adäquat bearbeitet</b> . Dies betrifft die Prüfung der Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe und die Entwicklung eines entsprechenden QS-Filters, die Analyse der Qualitätspotenziale von Patienten- und Angehörigenbefragungen als ein zusätzliches, später zu entwickelndes Instrument im zu entwickelnden Verfahren, die Analyse der Qualitätspotenziale und -defizite in Psychiatrischen Institutsambulanzen als auch die Untersuchung der zusätzlich zu hebenden Qualitätspotenziale durch eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich, die Umsetzbarkeit einer solchen fallbezogenen QS-Auslösung und die diesbezügliche Dokumentation und die Datentransfers (technische Machbarkeitsprüfung).	Siehe hierzu die Kommentare zu den Nummern 16-19.
16	Ad 3 So findet sich im Vorbericht keine Diskussion, die Rückschlüsse auf eine erfolgte Prüfung der <b>Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe</b> zulässt. Die Prüfung der Entwicklung eines QS-Filters zur diesbezüglichen Fokussierung der Zielgruppe unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich und auf Basis der Vorarbeiten der Institution nach § 137 SGB V konnte dem Vorbericht nicht entnommen werden.	Die Analysen zur näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen unter Berücksichtigung des Vorschlags aus der dritten Konkretisierung und der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich wurden im Bericht im Kapitel 9 ergänzt.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
17	Ad 5 Im Vorbericht finden sich mehrfach Hinweise darauf, dass eine <b>Patienten- bzw. Angehörigenbefragung</b> als ein unverzichtbares Instrument zur Abbildung von Qualitätspotenzialen angesehen wird. Es fehlt aber eine zusammenfassende, umfängliche Prüfung des Potenzials von Patienten- und Angehörigenbefragungen als ein zusätzliches, später zu entwickelndes Instrument im zu entwickelnden Verfahren mit der Darstellung der konkreten Abbildbarkeit der Potenziale, gestützt von Studien und Literaturangaben. So ist eine abschließende Bewertung nicht möglich.	Der entsprechende Abschnitt im Bericht wurde erheblich erweitert (vgl. Abschnitt 5.6).
18	Ad 9 Eine Analyse der Qualitätspotenziale und -defizite in <b>Psychiatrischen Institutsambulanzen</b> ist dem vorliegenden Vorbericht nicht zu entnehmen.	Die Analyse der Qualitätspotenziale von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde im Bericht in einem gesonderten Abschnitt (siehe Abschnitt 3.5) ergänzt.
19	Ad 11 Die Prüfung der mit einer <b>fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Bereich</b> zu hebenden Qualitätspotenziale, der Umsetzbarkeit der fallbezogenen QS-Auslösung und der Dokumentation und Datentransfers (technische Machbarkeitsprüfung) ist nicht systematisch und umfänglich erfolgt. Es wird u.a. nicht konkret dargestellt wie die Qualitätspotenziale mit der fallbezogenen ambulanten Untersuchung abgebildet werden können; es wurden nicht alle Qualitätspotenziale hinsichtlich der ambulanten QS untersucht; es wurde nicht dargestellt wie eindeutig und spezifisch der vorgesehene Auslöser für die dokumentationspflichtigen Fälle ist. Eine Machbarkeitsprüfung fand nicht statt. Dies reicht nicht als Grundlage für die vorgesehene Beauftragung weiterer Entwicklungsschritte aus.	<p>Die Prüfung von Qualitätspotenzialen und eine Einschätzung ihrer Abbildbarkeit auch mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erfolgt ausführlich im Abschnitt 3.5. Im Kapitel 8 sind die ambulanten Qualitätspotenziale/-defizite dargestellt, die im entwickelten QS-Verfahren nicht adressiert werden, aber mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden könnten. Um die Relevanz einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation hervorzuheben wurde der Abschnitt grundlegend überarbeitet.</p> <p>Für die ambulante fallbezogene Dokumentation soll auftragsgemäß geprüft werden, ob es Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich gibt, die mit dem entwickelten QS-Verfahren nicht adressiert werden konnten. Diese Qualitätspotenziale/-defizite, die mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden könnten, sollen, wie in allen anderen QS-Verfahren, mit Indikatoren abgebildet werden. Das AQUA-Institut sieht keinen Grund, eine andere Form der Abbildung („wie“) zu diskutieren. Auch war die Entwicklung von Indikatoren, die mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, nicht Bestandteil des Auftrags.</p> <p>Zur Auslösung und zu den Umsetzungsmöglichkeiten wird im Kapitel 8 nun ausführlicher Stellung genommen. Ausgangspunkt der Darlegungen ist der gegenwärtige Diskussionsstand in den Gremien des G-BA. Es wird geprüft, inwieweit eine spezifische und sensitive QS-Auslösung möglich ist.</p> <p>Der Abschnitt zur Prüfung der Auslösung und Darstellung einer möglichen Dokumentation und eines Datentransfers wurde ausführlicher beschrieben.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
20	<p><i>Insgesamt wird vom GKV-SV bedauert, dass erstens die auf Seite 35 des Vorberichtes genannten Versorgungsziele gutes psychosoziales Funktionsniveau, Integration in den Arbeitsmarkt, Einzug in ein Heim und vorzeitige Sterblichkeit sich nicht in den Indikatoren abbilden, obwohl sie wie etwa die vorzeitige Sterblichkeit mit Sozialdaten der Kassen gut messbar wären. Und zweitens die Aspekte der Strukturqualität – wie Indikatoren zur Personalausstattung der Berufsgruppen, zum Ausbildungsniveau und der Multiprofessionalität von Teams – keinen Eingang gefunden haben.</i></p>	<p>Dem AQUA-Institut ist bewusst, dass die genannten überwiegend populationsbezogenen Aspekte prinzipiell messbar wären (und zum Teil auch derzeit in anderen Zusammenhängen schon gemessen werden). Diesbezüglich hat das AQUA-Institut im Bericht darauf hingewiesen, dass einerseits für die (meisten) Potenziale fallbezogene Erfassungen (außerhalb des stationären Bereichs) erfolgen müssten und andererseits ein Auswertungskonzept beachtet werden sollte, das eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst.</p>
<b>III. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Vorberichtes</b>		
<b>1) Bewertung der methodischen Durchführung</b>		
21	<p>Das vorgeschlagene Verfahrenskonzept erscheint sachgerecht und erfüllt im Wesentlichen die Anforderungen des Auftrags des G-BA vom 19.06.2014. Teile der Anforderungen fehlen. Das Vorgehen bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren wird nachvollziehbar und bis auf einige Einschränkungen transparent beschrieben.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
22	<p>Die Rekrutierung von Experten für die einzelnen Schritte der Entwicklung (Scoping Workshop, RAND Appropriateness Method-Prozess) wird beschrieben. Die durch das AQUA-Institut benannten allgemeinen Auswahlkriterien für die fachliche und personelle Zusammensetzung des Panels werden im Methodenpapier wie folgt erläutert: Es obliegt dem jeweiligen, mit dem Verfahren betrauten, Projektteam des AQUA-Instituts, anhand der eingereichten Unterlagen „... Personen auszuwählen, welche die Auswahl von Indikatoren mit der bestmöglichen Evidenz unterstützen können.“ Es fällt in der so getroffenen Wahl der Experten auf, dass mit neun Experten aus dem Bereich der Leistungserbringer (sechs aus einem stationären klinischen Kontext, zwei aus der Niederlassung, ein Vertreter der pflegenden Berufe) dieser Bereich sehr stark repräsentiert ist. Der Schwerpunkt liegt im stationären Versorgungssektor. Diese werden durch fünf Experten ergänzt, die im Sinne einer Patientenvertretung aktiv waren. Ein weiterer Experte vertritt explizit die Versorgungsforschung. Durch diese Ungleichverteilung von Expertisen aus den jeweiligen Versorgungsbereichen ist eine unausgewogene Gewichtung in der Problemfokussierung nicht auszuschließen.</p>	<p>Nach den dem AQUA-Institut vorliegenden Bewerbungsunterlagen und der Vorstellung der Panelexperten im Panel setzte sich das Panel aus 4 ärztlichen Vertretern aus dem stationären und 4 aus dem ambulanten Bereich, 2 Vertretern aus dem Bereich der stationären Pflege sowie 4 Vertretern von Patienten und Angehörigen (davon zwei Patientenvertreter durch die BAG Selbsthilfe benannt) sowie einem „reinen“ Wissenschaftler (Versorgungsforschung) zusammen.</p> <p>Alle Bewerber (bis auf die benannten Patientenvertreter) haben sich individuell als Experten beworben und wurden nach einem standardisierten Raster anhand der Kriterien „praktische Erfahrung“ (beruflicher Werdegang, Versorgungssetting, Arbeitsschwerpunkte), „wissenschaftliche Expertise“ (themenspezifische Publikationen, Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften), „übergeordnete Expertise“ (methodische Erfahrung, QS-Initiativen, Qualitätszirkel usw.) sowie „potenzielle Interessenkonflikte“ ausgewählt.</p> <p>Darüber hinaus wurden Gendaspekte sowie die regionale (Bundesland) und die institutionelle Herkunft berücksichtigt.</p> <p>Alle Bewerber wurden in einem ersten Schritt von zwei unabhängig voneinander arbeitenden Projektmitarbeitern nach dem standardisierten Raster in einem Punktesystem bewertet. In einem zweiten Schritt wurden die Bewertungen verglichen und etwaige Abweichungen diskutiert und konsentiert. Im dritten Schritt erfolgte die konkrete Auswahl, wobei hier die jeweils (relativ) am besten bewerteten Bewerber für die jeweils gewünschte Expertise/Anforderung mit Blick auf das QS-Verfahren ausgewählt wurden. Mit Blick auf die in diesem Versorgungsbereich überragende Bedeutung der Patienten- und Angehörigenperspektive (v.a unter ethischen Gesichtspunkten) wurden entschie-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		den, über die beiden von der BAG Selbsthilfe benannten Patientenvertreter hinaus einen weiteren Patientenvertreter sowie insbesondere einen Angehörigenvertreter ins Panel aufzunehmen.
23	Die Themerschließung wurde über den schon erwähnten Scoping-Workshop sowie über eine über Evidenzrecherchen nach Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten und HTA´s durchgeführt. Zusätzliche fanden Expertengespräche und empirische Analysen anhand von Routinedaten statt. Die Evidenzrecherchen nach Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten und HTA´s erfolgten systematisch. Da das Ergebnis der Evidenzrecherchen im Hinblick auf mögliche Qualitätspotentiale/-defizite der Versorgungsstruktur unbefriedigend ausgefallen war, nutzte das AQUA-Institut eine externe Expertise von Leistungserbringern, die an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligt sind, sowie von Betroffenen. Hierzu wurden Fachgesellschaften und Organisationen kontaktiert, die ihrerseits entsprechende Experten benannten. Das Vorgehen der Expertengespräche ist transparent und nachvollziehbar beschrieben. Es finden sich keine Hinweise auf eine mögliche Verzerrung durch Selektion von bestimmten Experten.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
24	Die Indikatoren-Recherche erfolgte systematisch. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind nachvollziehbar gewählt. Das Auswahlverfahren nach relevanten Treffern ist nachvollziehbar beschrieben. Es wird eine nachfolgende „wesentliche Reduzierung“ der Indikatoren durch Zusammenfassung von „sehr ähnlichen Indikatoren“ beschrieben. Das Vorgehen wird beispielhaft erläutert, die dahinterliegende Methodik lässt sich weder dem Methodenpapier des AQUA-Instituts noch dem Bericht detailliert entnehmen. Die Ergebnisse der Indikatorenrecherche sind in einer Abbildung dargestellt (Abb. 6, Seite 57).	Die Zusammenfassung von sehr ähnlichen Indikatoren zu einem Indikator mit mehreren Varianten (wobei es sich um einen <u>Einschluss</u> von allen Indikatoren handelt, mit dem Zweck, <u>alle</u> interessierenden Indikatoren im Panel diskutieren zu können) ist seit jeher im Indikatordatenblatt vorgesehen. Im Methodenpapier wird der Sachverhalt dargestellt und erläutert (vgl. Abschnitt 6.3, S. 64 und 65).
25	Die Literaturrecherche nach ergänzender Literatur wird „systematisch“ genannt. Die Methodik der Recherche wird wiederum nur beispielhaft angerissen („... die insbesondere folgende Aspekte umfassen...“).	Im Anhang A.3 ist die konkrete Suchstrategie für alle Literaturrecherchen in jeweils zwei Datenbanken dargestellt. Hier können die recherchierten Aspekte entnommen werden. Anhang A.4 enthält die Dokumentation der Recherche.
26	Der beschriebene mehrstufige Auswahlprozess wird nicht spezifisch beschrieben, es wird ein Verweis auf das Methodenpapier des AQUA-Instituts gegeben. Letzterem sind jedoch lediglich allgemeine Regelungen zu entnehmen. Die Ergebnisse der Evidenz- und Literaturrecherche sind wiederum in einer Abbildung dargestellt (Abb. 7).	Wie der Ergebnisdarstellung im Abschnitt 4.2.2 des Vorberichts zu entnehmen ist, erfolgte ein Titel- und Abstractscreening, anschließend ein Volltextscreening jeweils durch zwei unabhängig voneinander arbeitende wissenschaftliche Mitarbeiter des AQUA-Instituts. Für diesen Auswahlprozess wurden die im Abschnitt 4.1.2 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien angewandt.
27	Die als themenspezifisch relevant bewerteten Indikatoren wurden in Indikatordatenblätter überführt und im Abgleich mit der recherchierten Literatur sowie anhand der Erkenntnisse der Themerschließung verfahrensspezifisch aufgearbeitet und weiter operationalisiert. Die Methodik der Aufarbeitung und Operationalisierung wird nicht spezifisch beschrieben, allgemeine Ausführungen finden sich im Methodenpapier.	Die Methodik der Operationalisierung ist im Methodenpapier (vgl. Abschnitt 6.3) allgemein beschrieben. Das Ergebnis sind die vollständig ausgearbeiteten Indikatordatenblätter des Indikatorensets.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
28	Der Hintergrund für und der Weg zu der Erstellung der hier interessierenden Varianten von Indikatoren (in immerhin 208 von 255 Fällen) wird in der Besprechung der Indikatoren nur orientierend umrissen und lässt sich somit nicht beurteilen.	Die 208 Varianten der Originalformulierung der Indikatoren sind nicht ausschließlich „interessierende Varianten“ (das AQUA-Institut kann nicht eindeutig nachvollziehen, was der GKV-SV damit meint). Die 208 Varianten sind alle Varianten der Originalformulierungen der Indikatoren, die in der Indikatorenrecherche identifiziert wurden.  Die Zusammenfassung von sehr ähnlichen Indikatoren zu einem Indikator mit mehreren Varianten (die <u>einem</u> <u>Einschluss</u> von allen Indikatoren gleichkommt, mit dem Zweck <u>alle</u> interessierenden Indikatoren im Panel diskutieren zu können) ist seit jeher im Indikatordatenblatt vorgesehen. Im Methodenpapier wird der Sachverhalt dargestellt und erläutert (vgl. Abschnitt 6.3, S. 64 und 65).
29	Zusätzlich wurden 8 Indikatoren neu entwickelt. Aus den Indikatoren wurde ein Indikatorenregister erstellt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
30	Die Auswahl und Bewertung dieses Indikatorenregisters erfolgte in einem RAND Appropriateness Method-Prozess (RAM-Prozess). Der Prozess orientiert sich am Methodenpapier des AQUA-Instituts. Die zuvor ausgewählten Experten hatten in diesem Rahmen die Aufgabe, die bereits recherchierten und/oder neuentwickelten und in einem Register zusammengestellten Indikatoren zu bewerten und ggf. zu modifizieren. Die Beurteilung umfasste die Anteile: Relevanz und formal-sprachliche Eigenschaften (Klarheit und Verständlichkeit).	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
31	Hierbei stellt der Terminus `Relevanz` einen Sammelbegriff für verschiedene zu beurteilende Gütekriterien dar (z. B. Bedeutung, Nutzen, Wissenschaftlichkeit, Beeinflussbarkeit). Der Ausschluss führt unabhängig von der Begründung dazu, dass diese Indikatoren unwiederbringlich aus dem Bearbeitungsprozess herausfallen, unabhängig davon, wie evident der jeweilige Indikator ist. Beispiele hierfür sind die Entscheidungen zu fehlender Relevanz einer Psychoedukation und/oder Psychotherapie im stationären sowie der Einbeziehung der Angehörigen im ambulanten Bereich.	Es scheint eine Vermischung der Begriffe Evidenz und Relevanz vorzuliegen. „Evidenz“ liegt einem Indikator zugrunde, wenn der durch ihn adressierte Sachverhalt (z.B. ein therapeutischer Effekt durch Gabe eines Medikaments) durch wissenschaftliche Studien belegt wird. Dieser Sachverhalt ist unabhängig davon, ob ein Indikator mit Blick auf die Ziele eines QS-Verfahrens als relevant einzuschätzen ist (vgl. hierzu Methodenpapier 4.0, Abschnitt 8.1.1; S. 84f.). Tatsächlich unterliegt allen vom AQUA-Institut im Register vorgeschlagenen Indikatoren ein Mindestmaß an Evidenz, weil dies Voraussetzung dafür ist, einen Indikator überhaupt zur Relevanz-Bewertung zuzulassen.
32	Des Weiteren entstand in einigen Darstellungen der Eindruck, dass evidente Kriterien durch Expertenmeinungen „aufgeweicht“ wurden, bspw. bei dem Indikator: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie.  <i>Das Expertenurteil rangiert im Zweifelsfall über der recherchierten Evidenz. Somit ist der Entscheidungsprozess zu diesem frühen Stadium methodisch sehr anfällig für intransparente und nicht nachvollziehbare Entscheidungen.</i>	Die „Aufweichung“ des hier beispielhaft angeführten Indikators erfolgte vor dem Hintergrund mangelnder Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, wie z.B. eine vorliegende Therapieresistenz oder die Gabe eines niederpotenten Antipsychotikums als Sedativum. <sup>1</sup> Die Panelexperten diskutierten insbesondere zwei Varianten des Indikators: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es werden nur hoch- und mittelpotente Antipsychotika (ohne Clozapin) in die Berechnung einbezogen, und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens zwei Antipsychotika erhalten haben.</li></ul>

<sup>1</sup> Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Gaebel, W (2004). Validation of Polypharmacy Process Measures in Inpatient Schizophrenia Care. Schizophr Bull 30(4): 1023-1033.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden alle Antipsychotika erfasst (auch Clozapin und niederpotente Antipsychotika), und der Indikator erfasst alle Patienten, die mindestens drei Antipsychotika erhalten haben.</li> </ul> <p>Aufgrund der fehlenden Informationen und damit der Möglichkeit, z.B. therapieresistente Patienten aus dem Indikator auszuschließen oder dies in ein Risikoadjustierungsmodell einfließen lassen zu können, haben sich die Panelexperten für die hier an zweiter Stelle aufgeführte Variante entschieden.</p>
33	<p>In einer zweiten Runde wurden die Aspekte der Praktikabilität bewertet. Die als relevant konsentierten Indikatoren wurden weiter operationalisiert. In diesem Schritt fand eine Ergänzung um die erforderlichen Erhebungsinstrumente und Datenfelder statt. Das methodische Vorgehen im Rahmen des RAM-Prozesses wird in tabellarischer Form sowie mittels Abbildungen nachvollziehbar beschrieben. Die im Verlauf der Bewertung ausgeschlossenen Indikatoren werden im Vorbericht tabellarisch abgebildet, die Diskussion zum Ausschlussprozess wird synaptisch abgebildet. Alle als relevant identifizierten (Tabelle 12) sowie alle ausgeschlossenen Indikatoren (Tabelle 13) wurden tabellarisch gelistet.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
34	<p>Die 2. Bewertungsrunde fand in den Monaten März und April im Rahmen einer Onlinebewertung statt, um die Praktikabilität der 27 Indikatoren zu bewerten. Im Vorfeld wurden die Indikatoren vom AQUA-Institut operationalisiert. Die Art der Operationalisierung wird im Vorbericht nachvollziehbar beschrieben. Die Experten konnten in der Bewertungsrunde über freie Textfelder Kommentare und Anregungen zur Operationalisierung der Indikatoren geben. <i>Die Praktikabilität wurde über Auswertungsregeln bewertet, die weder im Vorbericht noch im Methodenpapier einsehbar und somit nicht beurteilbar sind.</i> Alle Indikatoren wurden als praktikabel eingeschätzt.</p>	<p>Im Methodenpapier (vgl. Version 3.0: Abschnitt 7.2.3, S. 84; Version 4.0: Abschnitt 8.2.3, S. 93) sind die Auswertungsregeln angegeben („Ein Indikator gilt als praktikabel, wenn der Median einen Wert <math>\geq 4</math> einnimmt.“). Im Anhang B.5 wird auf diese Auswertungsregel verwiesen. Ein Verweis auf die aktuelle Version des Methodenpapiers wurde im Bericht ergänzt.</p>
35	<p>Nach Aufbereitung der Rückmeldungen der Experten wurde in einer 2. Bewertungsrunde im Rahmen eines Paneltreffens in einem gut beschriebenen Modus eine abschließende Bewertung ausgewählter Indikatoren vorgenommen</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
36	<p>Ein drittes Paneltreffen diente insbesondere der Information der Experten über das entwickelte Indikatoren-Set sowie der Diskussion einer möglichen Weiterentwicklung des QS-Verfahrens. Auch die in § 17 Qesü-RL vorgesehenen möglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden von den Experten hinsichtlich ihrer Eignung für das entwickelte QS-Verfahren diskutiert.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2) Entwicklung eines Indikatorensets für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren</b>		
37	<p>Es wurde ein Indikatorenset entwickelt, das überwiegend sektorenspezifische Betrachtungen enthält. Die Diskussion der Indikatoren ergibt nachvollziehbare Rückschlüsse über die Ursachen der fehlenden sektorenübergreifenden Ansätze. Während einige Aspekte der QS tatsächlich naturgemäß sektorenspezifisch zu verorten sind (z. B. restriktive Maßnahmen – vollstationärer Krankenhausbereich), werden andere aufgrund von sonstigen Beschränkungen (z. B. Datenverfügbarkeit) nur sektorenspezifisch erhoben (z. B. Polypharmazie und somatische Versorgung werden nur für den ambulanten Bereich erhoben). Diskutierte Ansätze für sektorenübergreifende Erhebungen hätten beispielsweise ein Follow-up erfordert, das wiederum einer fallbezogenen Betrachtung im ambulanten Sektor bedarf. <i>Im Vorbericht wird wiederholt betont, dass auftragsgemäß keine fallbezogene Betrachtung im ambulanten Bereich gewünscht sei. Dies hat der G-BA so nicht intendiert (siehe dazu Punkt 7 dieser Stellungnahme).</i></p>	<p>Das AQUA-Institut verweist an mehreren Stellen des Berichts darauf, dass auftragsgemäß keine Indikatoren für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation entwickelt werden sollten. Das AQUA-Institut verweist nicht darauf, dass keine fallbezogene <u>Betrachtung</u> im ambulanten Bereich gewünscht ist.</p> <p>Sowohl der Auftrag als auch die Diskussionen in den Gremien des G-BA wurden vom AQUA-Institut so wahrgenommen, dass <u>die Entscheidung für oder gegen eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation</u> erst nach der Abgabe des Abschlussberichts getroffen wird. Der Vorbericht sagt an keiner Stelle aus, dass eine fallbezogene Betrachtung im ambulanten Bereich vom G-BA nicht <u>gewünscht</u> ist. Dementsprechend enthält das Indikatorenset auch ambulante fallbezogene Indikatoren (z.B.: ID 19, ID 20b, ID 21a, ID 59). Da dies scheinbar missverstanden wurde, wurden die Formulierungen an den jeweiligen Stellen im Bericht überprüft und ggf. geschärft.</p>
38	<p>Vor der gewählten Betrachtungsebene des Leistungserbringervergleichs wurden unter inhaltlich nachvollziehbarer Diskussion Qualitätsindikatoren, bei denen Ursache und Wirkung in unterschiedlichen Sektoren angesiedelt sind, in der Relevanzbewertung ausgeschlossen und sind somit dem Verfahren verloren gegangen. Beispiele sind Indikatoren zur Wiederaufnahme oder der Verweildauer. <i>Es finden sich diesbezüglich im Vorbericht an mehreren Stellen Forderungen, die Beobachtungsebene zu wechseln. Es wird eine patienten- und funktionsbezogene Betrachtung vorgeschlagen, die die Bewertung der Versorgung bezüglich des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems ermögliche. Die Versorgung würde so im regionalen Kontext sowie über die Sektorengrenzen hinaus und unabhängig von der konkreten sozialrechtlichen Verortung der Leistungen hinaus bewertet werden.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut möchte an dieser Stelle auf die Indikatoren ID 01e und ID 05a verweisen. Beiden Indikatoren werden sowohl den ambulanten als auch den stationären Leistungserbringern zurückgemeldet. Des Weiteren ist mit dem Indikator ID 05a ein Indikator zu Wiederaufnahmen im Indikatorenset enthalten.</p>
39	<p><i>Grundsätzlich markiert sich in diesem Abschnitt der Panel-Arbeit ein methodischer Mangel, auf den in der methodischen Betrachtung unter `Bewertung der methodischen Durchführung` eingegangen wird. Die unmittelbare Folge ist die oben beschriebene Anfälligkeit in der Indikatorenauswahl zu diesem sehr frühen Zeitpunkt. Etliche der im Rahmen des Panel-Prozesses beschriebenen Diskussionen erwecken den Eindruck, dass sich die Vertreter der jeweiligen Versorgungskontexte vor unsachgemäßen Verantwortungszuschreibungen schützen wollten.</i></p>	<p>Den von dem GKV-SV genannten methodischen Mangel sieht das AQUA-Institut nicht. Im Gegenteil hält das AQUA-Institut es für richtig, dass die betroffenen Adressaten des QS-Verfahrens frühzeitig in den Entwicklungsprozess von Qualitätsindikatoren einbezogen werden und auch ihre Bedenken äußern dürfen. Hiervon ist wesentlich auch die spätere Akzeptanz der Qualitätsindikatoren abhängig.</p> <p>Weitere Ausführungen hierzu auch unter „Bewertung der methodischen Durchführung“ (Nr. 21-36).</p>
40	<p>Indikatoren für teilstationäre Einrichtungen wurden nicht entwickelt. Die Experten sahen davon ab, „... die Indikatoren für stationäre Einrichtungen ebenfalls bei teilstationären Einrichtungen erheben zu lassen.“ Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsansätze mit differierenden Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sahen sie die Vergleichbarkeit zwischen teil- und vollstationären Einrichtungen nicht gegeben und regten eine Anpassung der Indikatoren oder aber die separate Auswertung beider Versorgungs-</p>	<p>Die Nicht-Berücksichtigung von teilstationären Einrichtungen fußt zunächst auf der Problematik, dass die Versorgung in teilstationären Einrichtungen nur sehr bedingt mit der Versorgung in vollstationären Einrichtungen vergleichbar ist. Dementsprechend hätten hierfür eigene Indikatoren entwickelt oder mindestens die stationären Indikatoren angepasst werden müssen (vgl. auch Kommentar Nr. 8).</p> <p>Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs, i.S. einer Anpassung der</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>bereiche an. Warum diese Anregung nicht umgesetzt wurde, ist dem Vorbericht nicht zu entnehmen. Lediglich der Hinweise des AQUA-Instituts, „... dass im Auftrag nicht explizit die Entwicklung von Indikatoren für teilstationäre Einrichtungen gefordert wurde“ ist schriftlich hinterlegt.</p> <p>Da der Wirkungskreis des SGB V auch teilstationäre Einrichtungen umfasst, ist eine solche, unvermittelt im Raum stehende Feststellung des AQUA-Instituts fachlich nicht nachvollziehbar. Insbesondere die angeregte separate Auswertung beider Versorgungsbereiche erscheint vor dem Hintergrund des Auftrags zielführend</p>	<p>stationären Indikatoren an teilstationäre Einrichtungen, würde für das QS-Verfahren Folgendes bedeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dem Indikatorenset würden bis zu 12 weitere Indikatoren hinzugefügt werden.</li> <li>▪ Es müssten zwei weitere QS-Dokumentationsbögen erstellt werden (fallbezogen und einrichtungsbezogen), da nicht alle Indikatoren sinnvoll im teilstationären Bereich erhoben werden können (z.B. sind die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen nicht relevant).</li> <li>▪ Eine getrennte Auswertung (die sowohl das AQUA-Institut als auch die Panelexperten aufgrund unterschiedlicher Leistungsangebote und Zielsetzungen von teilstationärer Versorgung im Vergleich zu stationärer Versorgung empfehlen würden) würde ein weiteres Stellungnahmeverfahren nach sich ziehen (neben denen für stationäre Einrichtungen sowie für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und PIA).</li> </ul> <p>Unter Berücksichtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Steigerung der Komplexität des bereits komplexen QS-Verfahrens (s.o.),</li> <li>▪ des Inaussichtstellens eines weiteren Erhebungsinstruments (Patientenbefragung),</li> <li>▪ der Diskussion weiterer Erhebungsinstrumente (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Angehörigenbefragung) und</li> <li>▪ der noch ausstehenden Überprüfung der Qualitätspotenziale/-defizite von teilstationären Einrichtungen</li> </ul> <p>hat sich das AQUA-Institut dagegen entschieden, dem Vorschlag der Panelexperten in diesem Entwicklungsschritt zu folgen.</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt aber, im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs zu adressieren.</p> <p>In den Abschnitten 3.3.2 und 5.2.3 wurde die hier anhängige Problematik der teilstationären Einrichtungen erläutert.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>3) Ergebnis der Indikatorenrecherche und des Panel-Prozesses</b>		
41	<p>Von insgesamt 1169 Treffern verblieben nach Ausschluss von Dubletten und Anwendung der Einschlusskriterien 255 themenspezifisch relevante Indikatoren. Nach einer inhaltlichen Zusammenfassung bzw. der Entscheidung für bestimmte Indikatorvarianten verblieben 48 Indikatoren. Zusammen mit 8 auf Basis der Recherchen neu formulierten Indikatoren bildeten diese das Indikatorenregister, deren Evidenz von insgesamt 259 Literaturstellen – davon 19 Leitlinien und 23 systematische Reviews – unterlegt wurde.</p> <p>Im Ergebnis findet sich ein Indikatorenregister mit 56 Indikatoren. Dieses setzt sich aus 5 Struktur-, 39 Prozess- und 12 Ergebnisindikatoren zusammen.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
42	<p><i>Ergebnis des Panel-Prozesses</i></p> <p>Nach der Bewertung von 56 Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz durch die Experten schlugen diese 45 weitere Indikatoren vor und bewerteten diese. Insgesamt wurden 28 Indikatoren als relevant bewertet. In einem zweiten Schritt bewerteten die Experten 27 der 28 Indikatoren als praktikabel. Hierzu haben sie anhand eines strukturierten Vorgehens Aussagen zur Klarheit/Verständlichkeit der Indikatoren gemacht. Die Rückmeldungen der Experten dienten dazu, Schwächen in den Formulierungen der Indikatoren aufzudecken und zu beheben. Im Ergebnis dieses Prozesses messen jeweils 4 Indikatoren Struktur- bzw. Ergebnisqualität und 19 Indikatoren messen Prozessqualität. Während 17 Indikatoren die Qualitätsdimension Patientensicherheit abdecken, wurden jeweils 4 Indikatoren den Qualitätsdimensionen Patientensicherheit und Zugang zur und Koordination der Versorgung zugeordnet. 7 Indikatoren messen die Qualitätsdimension Effektivität.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>4) Zusammenfassende Bewertung der als inhaltlich relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren</b>		
43	Die Indikatoren werden anhand einer Darstellung der Paneldiskussion, ergänzt um eine Würdigung durch das AQUA-Institut abgebildet. Es wurden insgesamt 27 Indikatoren vorgelegt. Eine ausführliche kritische Würdigung dieser Indikatoren findet sich in Anhang 1.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
44	Diese Indikatoren beziehen sich nach Einschätzung des AQUA-Instituts auf den fachärztlichen Teil der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose. Etliche der Indikatoren haben jedoch einen Bezug auf die pflegenden Berufe. Explizit betrifft das alle Indikatoren, die die Qualifikation von Pflegenden beschreiben. Auch die Indikatoren, die Zwangsmaßnahmen beinhalten, betreffen direkt oder indirekt den Tätigkeitsbereich der Pflege. Somit beziehen sich 9 von 17 der Indikatoren auf die pflegenden Berufe. <i>Dieses Verhältnis erscheint durchaus wünschenswert und angemessen zu sein, da den Pflegeberufen in der stationären Behandlung psychiatrischer Patienten ein hoher Stellenwert zukommt.</i>	Das Wording wurde im Bericht angepasst.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
45	Durch die aus einer systematischen Literaturrecherche gewonnenen sowie durch die zusätzlich durch die Experten eingebrachten Indikatoren wird ganz überwiegend die Prozessqualität abgebildet. Vor dem Hintergrund eines ausgeprägten Fokus auf eine leitliniengerechte Behandlung und der entsprechenden Würdigung der vorliegenden hochwertigen Leitlinien ist dieser Fokus zwar erklärlich – er wird aber nicht dem Anspruch gerecht, ein ausgewogenes Set an Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren vorzulegen.	Zum Thema: „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.
46	Eine weitere Schwerpunktsetzung formaler Natur erfolgte durch die unterschiedliche Verfügbarkeit von Routinedaten in verschiedenen Sektoren der Versorgung. So erhalten im ambulanten Bereich die Pharmakotherapie und die damit zusammenhängenden Kontrolluntersuchungen einen starken Aufmerksamkeitsfokus. Für den stationären Bereich stehen diese Informationen nicht über Routinedaten zur Verfügung. Umso unverständlicher ist, warum gerade die Pharmakotherapie bei Entlassung aus dem Krankenhaus – und damit auch die Frage von nicht leitliniengerechten Kombinationstherapien – nicht in die Leistungserbringererfragung eingegangen ist.	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass im stationären Bereich keine Informationen zu Kontrolluntersuchungen oder der Pharmakotherapie zur Verfügung stehen und entsprechende Informationen über eine Leistungserbringerbefragung erhoben werden müssten.</p> <p>Für den Aspekt der Kontrolluntersuchungen wurden in der Themenschließung keine Hinweise auf ein Qualitätspotenzial/-defizit in der stationären Versorgung gefunden. Auch die Panelexperten haben diesbezüglich kein Qualitätspotenzial/-defizit identifiziert.</p> <p>Der Aspekt von nicht leitliniengerechten Kombinationstherapien zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Versorgung wurde im Panel diskutiert. Die Panelexperten sprachen sich mehrheitlich nicht für einen Indikator zur nicht leitlinienkonformen Kombinationstherapie bei Entlassung aus. Aufgrund dessen wurde kein Indikator vorgeschlagen und aufgenommen. Begründet wurde diese Entscheidung vor allem damit, dass die Medikation zum Zeitpunkt der Entlassung nur einen punktuellen Teil der Pharmakotherapie ausmacht. Die Panelexperten bewerteten die ambulante Pharmakotherapie als geeigneter zur Qualitätssicherung der Pharmakotherapie von Patienten mit F2-Diagnose nach ICD-10.</p>
47	Die Indikatoren, die auf einen Fallbezug angewiesen sind, sind im ambulanten Sektor nicht präsent – im Gegensatz zum stationären Sektor. Hierzu gehören u. a. die Indikatoren zur Ergebnisqualität. Hier hatte der G-BA die Absicht auch solche fallbezogenen Indikatoren künftig zu realisieren – falls AQUA bei der in diesem Auftrag beauftragten Überprüfung der Auslösung im ambulanten Bereich und der Machbarkeitsprüfung zu einem positiven Ergebnis kommt.	<p>Das Indikatorenset enthält bereits einige fallbezogene Indikatoren im ambulanten Bereich (diese Indikatoren werden mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben). Das AQUA-Institut hält eine Erhebung fallbezogener Daten durch den Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich ausdrücklich für wünschenswert (vgl. Kapitel 8). Die entsprechenden Qualitätspotenziale hat das AQUA-Institut im Bericht ausführlich thematisiert. Die Problematik der Auslösung wird im überarbeiteten Bericht nun wesentlich ausführlicher thematisiert.</p> <p>Eine Vorab-Indikatorenentwicklung für eine zukünftig zu realisierende ambulante fallbezogene QS-Dokumentation war auch bei wohlwollender Lesart nicht Bestandteil des Auftrags.</p>
48	Insbesondere Indikatoren zur restriktiven Maßnahmen finden sich nachvollziehbar ausschließlich im stationären Sektor.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
49	<p>Warum die Indikatoren zur Strukturqualität auf den stationären Sektor beschränkt sind und im stationären Sektor die Psychotherapie/Psychoedukation keine Berücksichtigung fanden, ist trotz abgebildeter Diskussion fachlich nicht nachvollziehbar.</p>	<p>Für den ambulanten Bereich konnten im Vorfeld der Verfahrensentwicklung weder in der Literatur noch in den vorgeschalteten Expertengesprächen zur Strukturqualität konkrete, den einzelnen Leistungserbringer betreffende Qualitätspotenziale ermittelt werden. Im ambulanten Bereich liegen strukturelle Qualitätspotenziale/-defizite vor allem beim regionalen Versorgungsangebot, das nicht vom einzelnen ambulanten Leistungserbringer beeinflussbar ist. Die Ermittlung von regionalen Qualitätspotenzialen oder auch von bisher nicht in der Literatur beschriebenen, übergreifenden Defiziten der ambulanten Einrichtungen hätte einen Versorgungsforschungscharakter und würde kaum einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der einzelnen Praxis bzw. PIA leisten können.</p> <p>Die Diskussionen zum Thema Psychotherapie und Psychoedukation stationär wurden sehr vielstimmig geführt. Dabei haben die Panelexperten zu keinem Zeitpunkt die Relevanz von Psychotherapie oder Psychoedukation in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose infrage gestellt. Vielmehr wurde die Definition, Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie und Psychoedukation v.a. im stationären Bereich konträr diskutiert und konnte aufgrund der stark differierenden Einschätzungen der Experten nicht konsentiert werden. Aufgrund dessen konnten keine Indikatoren zur Psychotherapie und Psychoedukation für den stationären Bereich definiert werden. Im Bericht wurde die Paneldiskussion nun ausführlicher geschildert.</p>
50	<p>Vor dem Hintergrund des Auftrages u. a. einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist zu resümieren, dass die meisten Qualitätsindikatoren sektorenspezifische Aspekte abdecken. Begründet wird diese Tatsache über die oben bereits angerissenen vier Ansätze.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einerseits sei bei der Beauftragung eine Einschränkung auf die Versorgungsbereiche des SGB V vorgenommen worden. Das erklärt aber nicht die fehlende sektorenübergreifende Betrachtung. Und dies erklärt darüber hinaus nicht, warum die teilstationäre Betrachtung ausgeschlossen wurde.</li> </ul>	<p>Die Einschränkung auf die Versorgungsbereiche des SGB V ist eine wertneutrale Feststellung. Sie erklärt sich prinzipiell aus den gesetzlichen Grundlagen (und ist nicht auftragsspezifisch).</p> <p>Die Einschränkungen des sektorenübergreifenden Ansatzes resultieren vornehmlich aus der unterschiedlichen Aggregationsebene der Informationen aus den beiden Bereichen: stationär auf fallbezogener Ebene und ambulant auf einrichtungsbezogener Ebene. Da ambulant keine fallbezogenen Informationen beim Leistungserbringer erhoben werden können, können die stationären Fälle ambulant nicht weiterverfolgt werden. Sektorenübergreifende Informationen können so nur mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen realisiert werden. Hierzu sind Indikatoren im Set enthalten. Mittels ambulanter fallbezogener QS-Dokumentation sowie Patienten- und Angehörigenbefragungen können weitere wichtige Qualitätsaspekte einer sektorenübergreifenden Versorgung erfasst werden. Diese Instrumente sollten zu diesem Zeitpunkt noch nicht entwickelt werden. Für weitere Ausführungen zum Thema: „Ausgewogenheit des Indikatorensets“ wurde der Würdigung ein längerer und alle Argumente zusammenfassender Abschnitt (Abschnitt 5.4) hinzugefügt.</p> <p>Für die Begründung des Ausschlusses teilstationärer Einrichtungen siehe Kommentar Nr. 8. Auch im Bericht wurde diese ausführliche Begründung ergänzt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
51	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Andererseits sei eine fallbezogene Erhebung der Indikatoren im ambulanten Bereich nicht vorgesehen gewesen. Somit wurden etliche der zur Verfügung stehenden Indikatoren zur sektorenübergreifenden QS nicht in die engere Wahl gezogen. Dies hatte der G-BA so nicht intendiert. Eine fallbezogene Auslösung im ambulanten Bereich ist explizit gewünscht, zu klären ist aber zunächst die Frage der Machbarkeit. Aktuell ist somit eine wichtige Grundlage zur Berücksichtigung u. a. von patientenrelevanten Parametern (z.B. Suizide, Suizidversuche) im ambulanten Sektor noch nicht erarbeitet. Auch das psychosoziale Funktionsniveau (Indikator: Funktionalität) als wesentliches Patienten-Outcome könnte sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor erfasst werden, was eine Verlaufsabbildung ermöglicht. Hier steht es dem AQUA-Institut frei, dem G-BA das zugehörige Instrument vorzuschlagen.</li> </ul>	<p>Indikatoren für eine fallbezogene Betrachtung im ambulanten Bereich wurden entwickelt (ID 01e, ID 19, ID 20b, ID 21a, ID 59). Nicht Gegenstand des Auftrags war die Entwicklung von Indikatoren, die mittels einer QS-Dokumentation der ambulanten Leistungserbringer erhoben werden müssen – weder im ersten im Auftrag genannten Schritt noch im zweiten. Diesbezüglich waren lediglich „Qualitätspotenziale“ zu thematisieren, die mit diesem Instrument vermutlich erhoben werden können.</p> <p>Die Entwicklung einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation sowie der Indikatoren kann das AQUA-Institut aus der Beauftragung nicht entnehmen.</p> <p>Die Entscheidung darüber, ob die Entwicklung einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation beauftragt werden soll, wird nach Wissen des AQUA-Instituts nach der Abgabe des Abschlussberichts getroffen.</p> <p>Wenn sich der G-BA für die Einführung eines weiteren Erhebungsinstruments entscheidet, was das AQUA-Institut befürwortet, dann wären in einem Weiterentwicklungsschritt geeignete Indikatoren zu entwickeln (analog zu Weiterentwicklungsprojekten wie Cholezystektomie oder Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie). Dabei können auch neue Indikatoren entwickelt werden.</p> <p>Das AQUA-Institut gibt eine klare Empfehlung dazu ab, dass Ergebnisindikatoren, wie Funktionalität, Integration in den Arbeitsmarkt oder auch Suizide/Suizidversuche über bspw. eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation erhoben werden könnten (vgl. Vorbericht S. 54, 156). Sollten hierfür weitere Indikatoren auch in der stationären Versorgung benötigt werden, um, wie vom GKV-SV nachvollziehbar geschildert, Verläufe abzubilden, sollte dies im Rahmen der weiteren Beauftragung zur Weiterentwicklung explizit berücksichtigt werden.</p> <p>Das AQUA-Institut sieht aus folgenden Gründen davon ab, ein Instrument zur Erfassung der psychosozialen Funktionalität vorzuschlagen oder eigenmächtig ein bestimmtes Instrument zu empfehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den internationalen Leitlinien wird zwar empfohlen, standardisierte Instrumente zur Erfassung der Funktionalität einzusetzen, keine Leitlinie legt sich allerdings auf ein bestimmtes Instrument fest und auch von den deutschen Fachgesellschaften gibt es keine Empfehlung dazu.</li> <li>▪ Auch von entwickelten Instrumenten wurde bisher keines für den Einsatz in einem Qualitätssicherungsverfahren geprüft und eine Überprüfung gängiger Instrumente zur Erfassung z.B. der psychosozialen Funktionalität (wie HoNOS, GAF usw.) bspw. hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität kann in einem QS-Verfahren nicht im Rahmen dieses Auftrags erfolgen.</li> </ul>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
52	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Weiteren seien etliche der Ergebnisindikatoren nur über eine Patientenbefragung zu erheben. Diese sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Bearbeitung nicht beauftragt gewesen. Dies ist richtig, ist aber allein den noch nicht geklärten rechtlichen Rahmenbedingungen geschuldet. Der G-BA selbst hat die Notwendigkeit einer Einbeziehung von Patientenbefragungen und/oder Angehörigenbefragungen in einen Qualitätssicherungsprozess betont und deshalb AQUA beauftragt in diesem Verfahren das Potential von Patientenbefragungen abzubilden. Sollten entsprechende Ergebnisindikatoren schon gefunden worden sein, wäre eine Verschriftlichung im Vorbericht sinnvoll und wünschenswert gewesen.</li> </ul>	<p>Das AQUA-Institut hat die erheblichen Potenziale einer Patientenbefragung dargestellt (siehe insbesondere Abschnitt 3.5). Eine Patientenbefragung kann nicht ausschließlich auf recherchierten Indikatoren aufbauen, sondern sollte von den identifizierten Qualitätspotenzialen ausgehen. In einer zukünftigen Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung kann ohne erneute Recherche an die im Bericht dargelegten Potenziale angeknüpft werden.</p> <p>Um aber das grundsätzliche Potenzial einer Patientenbefragung nochmals zu betonen wurde der entsprechende Abschnitt (Abschnitt 5.6) erweitert und eine Liste mit den in der Recherche identifizierten Indikatoren, die mittels einer Patientenbefragung erhoben werden können, ergänzt (vgl. Anhang B.9).</p>
53	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zudem seien bestimmte Indikatoren nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuzuordnen. Dieses Argument stellt u.E. kein Ausschlusskriterium per se dar. Als besonders bedauerlich in diesem Zusammenhang ist der Ausschluss wichtiger patientenrelevanter Indikatoren zu bewerten (Häufigkeit stationärer Aufnahmen, Sterblichkeit).</li> </ul>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV dahin gehend, dass es sinnvoll ist, Qualitätsparameter zu erheben, die „global“ eine populationsbezogene Versorgungsqualität messen oder darstellen.</p> <p>Gleichzeitig muss das AQUA-Institut die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“, berücksichtigen. Eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern ist bei vielen Ergebnisindikatoren nicht gegeben. Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt für einige Ergebnisindikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen (siehe die entsprechenden Aussagen im Bericht, Abschnitt 8.1.1).</p> <p>Da die Mortalität aufwandsarm über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann, nimmt das AQUA-Institut die Mortalität als eine Kennzahl in den Rückmeldebericht an die Leistungserbringer mit auf (vgl. Abschnitte 5.4 und 7.2.4). Somit steht die Information zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten zur Verfügung.</p>
54	<p>Die Mehrzahl der Indikatoren ist im stationären Bereich der Versorgung angesiedelt. Mit diesen Indikatoren werden ganz überwiegend Patienten berücksichtigt, bei denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder die so schwer erkrankt sind, dass eine ambulante Versorgung als nicht ausreichend angesehen werden kann. Somit kann eine besondere Berücksichtigung schwerer und schwerster Verläufe in dem vorgegebenen Indikationsbereich für den stationären Bereich als gegeben angenommen werden. Durch den Fokus auf restriktive Maßnahmen wird dem Aspekt einer besonderen Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Versorgung dieser Patienten Rechnung getragen.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
55	<p>Bezüglich der vom Panel vorgenommenen Veränderungen von Indikatoren, sei hier bemerkt, dass Expertenmeinungen in der Evidenzhierarchie in unterster Stelle stehen. So sind die veränderten Indikatoren zur Pharmakotherapie im ambulanten Bereich nicht mit einer leitliniengerechten Behandlung zu vereinbaren. Insbesondere die Aufweichung des international anerkannten Indikators „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“ auf drei oder mehr Antipsychotika ist nicht nachvollziehbar und hätte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Nachhinein von AQUA in der nach Methodenhandbuch vorgesehenen letzten Prüfung der Indikatoren durch das Institut revidiert werden müssen. Schlussendlich hat AQUA die Verantwortung für das dem G-BA vorgeschlagene Indikatorenset.</p>	<p>Es ist zutreffend, dass Expertenmeinungen im Vergleich zu wissenschaftlichen Studien auf dem niedrigsten Evidenzlevel angesiedelt sind.</p> <p>Die Änderung des hier angeführten Indikators erfolgte vor dem Hintergrund mangelnder Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, wie z.B. eine vorliegende Therapieresistenz oder die Gabe eines niederpotenten Antipsychotikums als Sedativum.<sup>2</sup> Die Panelexperten diskutierten inhaltlich insbesondere zwei Varianten des Indikators:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden nur hoch- und mittelpotente Antipsychotika (ohne Clozapin) in die Berechnung einbezogen, und der Indikator erfasst alle Patienten die mindestens zwei Antipsychotika erhalten haben.</li> <li>▪ Es werden alle Antipsychotika erfasst (auch Clozapin und niederpotente Antipsychotika), und der Indikator erfasst alle Patienten die mindestens drei Antipsychotika erhalten haben.</li> </ul> <p>Aufgrund der fehlenden Informationen und damit der Möglichkeit z.B. therapieresistente Patienten aus dem Indikator auszuschließen oder dies in ein Risikoadjustierungsmodell einfließen lassen zu können, haben sich die Panelexperten für die hier an zweiter Stelle aufgeführte Variante entschieden.</p>
<b>5) Zusammenfassende Bewertung der ausgeschlossenen Indikatoren</b>		
56	<p>Aus dem Indikatorenregister waren im Verlauf der ersten Bewertungsrunde von den Experten insgesamt 43 Indikatoren ausgeschlossen worden. Eine ausführlichere Diskussion der Ausschlussgründe findet sich in Anhang 2. Die Diskussion im Panel wird im Vorbericht, geordnet nach den zugrunde gelegten Qualitätspotenzialen, abgebildet. Eine Bewertung der zugrunde liegenden Evidenz ist auf Grundlage des Berichts nicht möglich. Da jedoch die Recherchestrategie mit einer guten Berichtsqualität abgebildet ist, ist davon auszugehen, dass den Experten im Panel nur Indikatoren vorgelegt wurden, die den Recherchekriterien entsprochen haben. Somit ist von einer zugrundeliegenden Evidenz auszugehen.</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

<sup>2</sup> Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Gaebel, W (2004). Validation of Polypharmacy Process Measures in Inpatient Schizophrenia Care. Schizophr Bull 30(4): 1023-1033.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
57	Für die meisten der in diesem Rahmen vorgestellten Indikatoren ist die Diskussion inhaltlich gut dargestellt worden, auch wenn die Schlüsse, die daraus gezogen wurden, zum Teil nicht nachvollziehbar sind. Deshalb ist die die Betrachtung der diskutierten Ausschlussgründe interessant. Sie geben einen Eindruck auch über mögliche Beweggründe und Motivationen der Experten des Panels. Eine häufig bemühte Argumentation bezog sich auf die für ein gemessenes Qualitätsdefizit liegende Verantwortlichkeit in anderen Behandlungssektoren (z. B. Verweildauer) bzw. eine insgesamt nicht zuzuordnende Verantwortlichkeit. Es drängt sich der Eindruck auf, dass die unseres Erachtens unbegründete Sorge, möglicherweise „unverschuldet“ in die Verantwortung genommen zu werden für Ergebnisse, die nicht eindeutig zuzuordnen sind, in einigen Fällen zum Ausschluss des Indikators wegen „fehlender Relevanz“ geführt hat.	Das AQUA-Institut verwendet einen ganzen Tag darauf, den Panelteilnehmern den Auftrag, die allgemeinen und besonderen Rahmenbedingungen, den Prozess der Auswahl und Bewertung von Indikatoren sowie ihre eigene Aufgabe transparent darzulegen. Im Allgemeinen sieht das AQUA-Institut davon ab, sich über die Einschätzungen der Panelexperten hinwegzusetzen und damit den methodischen Schritt des RAM-Panels infrage zu stellen. Der zusammengefasste Diskussionsverlauf zu den Indikatoren wurde überprüft und – wo erforderlich – überarbeitet.
58	In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das von den Experten vorgetragene Argument, dass der Indikator nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuzuordnen und damit nicht relevant sei, nicht per se greift. Dies würde zum Ausschluss aller Indikatoren in der sektorenübergreifenden QS führen, die etwa in einem Follow-up Komplikationen oder den mittel- bzw. langfristigen Erfolg einer Behandlung messen. Solche „Ergebnis“-indikatoren ergeben wertvolle Hinweise auf die Gesamtqualität des sektorenübergreifenden Behandlungsprozesses z.B. in einer Region und geben selbstverständlich auch den Leistungserbringern wertvolle Hinweise für notwendige Veränderungen – in diesem Sinne dienen sie wie beauftragt der Förderung der Qualität und bedienen gleichzeitig messende und vergleichende Aspekte der Qualitätssicherung.	Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV dahin gehend, dass es sinnvoll ist, Qualitätsparameter zu erheben, die „global“ eine populationsbezogene Versorgungsqualität messen oder darstellen. Gleichzeitig muss das AQUA-Institut die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“, berücksichtigen. Eine Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern ist bei vielen Ergebnisindikatoren nicht gegeben. Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre. Ähnliches gilt für einige Ergebnisindikatoren, die fallbezogen im ambulanten Bereich hätten erhoben werden müssen (siehe die entsprechenden Aussagen im Bericht, Abschnitt 8.1.1).
59	Auch die Argumentation, mit Indikatoren zwar die Bemühungen der Leistungserbringer, nicht jedoch auch die Erfolgskontrolle am Patienten zu belegen, hat zu Ausschlüssen aus dem Indikatoren-Set geführt (z. B. im Themenbereich Entlassungsmanagement). Beklagt wurde in diesem Zusammenhang vor allem im ambulanten Bereich, dass eine fallbezogene Erfassung nicht möglich sei. Diese sei notwendig, um die patientenseitig in Anspruch genommenen Leistungen abzubilden (z. B. Koordination und Kooperation in der ambulanten Versorgung). In diesem Kontext fanden sich auch wiederkehrend Hinweise auf die fehlende Erfassbarkeit von wichtigen Leistungen außerhalb des SGB V. Mit Blick auf die Beauftragung ist jedoch primär auf die Erfassung von Qualität von Leistungen der Leistungserbringer des SGB V zu fokussieren. Somit lassen sich diese Ausschlüsse von Indikatoren aufgrund fehlender Relevanz nur wenig nachvollziehen. Der Verzicht auf Indikatoren der Ergebnisqualität gerade im außerstationären Bereich wird grundsätzlich durch die Experten zu Recht regelmäßig bedauert.	In die Relevanz-Bewertung der Indikatoren können nach Methodenpapier 4.0 verschiedene Aspekte einfließen. „Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je stärker die vorliegende Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome, ist.</li> <li>▪ je besser der Indikator zwischen schlechter und guter Leistung einer Einrichtung differenzieren kann.</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung für Patienten ist (patientenrelevante Endpunkte).</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung des Indikators für die betrachtete Population ist (epidemiologische Relevanz).</li> <li>▪ je stärker der Nutzen bei Erfüllung des Indikators mögliche Risiken überwiegt.</li> <li>▪ je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist.“</li> </ul>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		Die vom GKV-SV angeführten Ausschlussgründe lassen sich in den Kriterien wiederfinden. Beispielsweise haben Indikatoren, die das „Anbieten“ erheben, gegenüber Indikatoren, die das Erhalten von Leistungen erfassen, weniger Bedeutung für Patienten. Leistungserbringer (die betrachteten Einrichtungen) können kaum Leistungen beeinflussen, die außerhalb des SGB V-Bereichs liegen. Die Bewertungen der Panelexperten sind daher für das AQUA-Institut nachvollziehbar.
60	Bezüglich der Indikatoren zum Qualitätspotenzial Koordination und Kooperation in der ambulanten Behandlung, das in der Konzeptskizze plus Konkretisierungen von AQUA eine zentrale Rolle gespielt hat für die Empfehlung einer einrichtungsbezogenen Befragung in den ambulanten Praxen, argumentierten die Experten, dass die Indikatoren nicht überprüft werden könnten aufgrund des fehlenden Fallbezuges. Ähnlich wurde argumentiert bei der Frage nach einem spezifischen Instrument zur Messung der Funktionalität. Diesbezügliche Maßnahmen bilden aber originär die Tätigkeit der ambulanten Leistungserbringer nach SGB V ab und entsprechen einer leitliniengerechten Behandlung. Ihr Angebot in der ambulanten Praxis ist als wichtiger Parameter zu sehen.	Vorab ist anzumerken, dass das Indikatorenset drei Indikatoren enthält, die Aspekte der Qualitätspotenziale/-defizite Koordination, Kooperation und Kontinuität adressieren (ID 01e, ID 05a, ID 08c). Was speziell die vorgeschlagenen Indikatoren ID 14 bis ID 18 des Registers betrifft, so hat das Expertenpanel deren durch Leitlinienempfehlungen gestützte Relevanz in der ambulanten Versorgung grundlegend bestärkt. Die Relevanz lediglich der Erfassung des Angebots von Leistungen (ID 16, ID 17, ID 18) wurde überwiegend als nachrangig bzw. als weit weniger aussagekräftig eingestuft als die Erfassung von individuell eingeleiteten oder durchgeführten Maßnahmen. Bei den Indikatoren ID 14 und ID 15 wurde zudem auf (aus Sicht des AQUA-Instituts nachvollziehbare) Operationalisierungsprobleme verwiesen.
61	Bezüglich der meisten Indikatoren zum Entlassungsmanagement wurde argumentiert, dass diese zu detailliert seien, nicht in ihrer Umsetzung überprüft werden könnten und damit nicht relevant seien. Auch diese Argumentation ist nicht nachvollziehbar, da es sich um Anteile der Therapieplanung handelt, die grundsätzlich im therapeutischen Selbstverständnis fixiert sein sollten, die jedoch leider nicht flächendeckend etabliert sind.	Die Panelexperten bewerteten das Entlassungsmanagement als ein sehr komplexes Thema, das nicht nur aus der Summe einzelner Maßnahmen besteht (vgl. Konzeptskizze Entlassungsmanagement). Eine Erhebung und Bewertung des Entlassungsmanagements anhand von wenigen Indikatoren, die einzelne Maßnahmen erfassen, erschien den Panelexperten nicht geeignet. Im Indikatorenset sind Indikatoren enthalten, die Ergebnisse des Entlassungsmanagements erfassen (QI ID 01e und ID 05a). Der Qualitätsindikator ID 08c erfasst zudem einen u.a. für das Entlassungsmanagement relevanten Prozess. Daher sieht das AQUA-Institut keine Notwendigkeit die Panelbewertung zu überstimmen.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
62	<p>Gelegentlich war aufgrund einer zu geringen Differenziertheit der abgebildeten Diskussion der Experten der Ausschluss von Indikatoren nicht nachvollziehbar. Das betraf u. a. die Diskussion bezüglich der Vermeidung der Erfassung von Psychotherapie und der Psychoedukation im stationären Kontext sowie die Diskussion um die Angehörigenpartizipation im ambulanten Bereich. Für die beiden ersteren scheinen sich die Experten nicht auf einen gemeinsame Definition geeinigt haben zu können, was genau unter einer Psychotherapie bzw. einer Psychoedukation zu verstehen ist bzw. wie sie definiert sind. Dies erscheint bei Vorliegen der entsprechenden Leitlinien nicht nachvollziehbar. Alle drei Indikatoren sind zudem mit einer ausreichenden Evidenz für die Wirksamkeit in der Literatur belegt.</p>	<p>Der von der GKV-SV vorgebrachte Aspekt zum Ausschluss der Angehörigenpartizipation im ambulanten Bereich kann vom AQUA-Institut nicht nachvollzogen werden, da das Indikatorenset mit QI ID 70_a „Einbezug von Angehörigen in die ambulante psychiatrische Versorgung“ einen entsprechenden Indikator enthält.</p> <p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass in Leitlinien starke und evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung von Psychotherapie und Psychoedukation gegeben werden. Allerdings teilt das AQUA-Institut die Ansicht, dass in den Leitlinien Psychotherapie oder Psychoedukation klar definiert sind, nicht. Weder aus den Leitlinien noch aus der wissenschaftlichen Literatur sind klare Empfehlungen zum Ablauf, zum Inhalt, zu einer geeigneten Frequenz oder Dauer von Psychotherapie oder Psychoedukation gegeben. Die einzelnen, in den Studien untersuchten Interventionen unterscheiden sich deutlich voneinander. Zudem wird in einigen Studien Psychoedukation als eine mögliche Psychotherapie geschildert, andere Studien, wie auch die abgelaufenen deutschen S3-Leitlinien, scheinen Psychotherapie und Psychoedukation getrennt zu betrachten. Einzig die Intervention „Richtlinien-Psychotherapie“ ist in der Psychotherapie-Richtlinie definiert. Diese Richtlinie ist aber nur auf die ambulante Versorgung anwendbar.</p> <p>Die Diskussionen zum Thema Psychotherapie und Psychoedukation spiegelten sich auch unter den Panelexperten wider. Dabei haben die Panelexperten zu keinem Zeitpunkt die Relevanz von Psychotherapie oder Psychoedukation in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose infrage gestellt. Vielmehr wurde die Definition (Inhalt und Ablauf), Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie und Psychoedukation, v.a. im stationären Bereich, konträr diskutiert und konnte aufgrund der stark differierenden Einschätzungen der Experten nicht konsentiert werden. Aufgrund dessen konnten keine Indikatoren zur Psychotherapie und Psychoedukation im stationären Bereich definiert werden. Da auch die Leitlinien und Literatur keine klaren Definitionen zulassen, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen. Im Bericht wurde die Paneldiskussion ausführlicher geschildert.</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>6) Prüfung und Darstellung des Potenzials von Patientenbefragungen und von Erhebungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen</b>		
63	<p>Ein nachgeordneter Anteil des Auftrages bezog sich auf die Prüfung und Darstellung des Potentials von PatientInnen- und Angehörigenbefragungen zur Qualitätsmessung bereits im Rahmen des hier vorgestellten Entwicklungsauftrages. Hintergrund ist die Absicht des G-BA, derartige Instrumente als integralen Bestandteil des betreffenden Verfahrens zu einem späteren Zeitpunkt zu beauftragen – wenn die Klärung der rechtlichen Rahmenbedingung fortgeschritten ist. Im vorliegenden Vorbericht finden sich an diversen Stellen Hinweise darauf, dass eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung als ein unverzichtbares Instrument angesehen wird. Innerhalb der Diskussion der einzelnen Indikatoren werden insbesondere vor der Fragestellung, ob die erfragten Leistungen auch beim Patienten ankommen, Hinweise auf die Notwendigkeit von beispielsweise Angehörigenbefragungen gegeben. Somit entsteht der Eindruck, dass das Potenzial von PatientInnen- und Angehörigenbefragungen in den Diskussionen berücksichtigt wurde.</p>	<p>Das AQUA-Institut möchte hierzu ergänzen, dass die Patienten- und Angehörigenbefragung nicht ausschließlich vor der Fragestellung, ob die erfragten Leistungen auch beim Patienten ankommen, Hinweise auf die Notwendigkeit von beispielsweise Angehörigenbefragungen gibt.</p> <p>Im Abschnitt 8.1 des Vorberichts wird herausgestellt, dass Patienten- und Angehörigenbefragungen „ein wichtiges und mindestens als ergänzend unverzichtbares Instrument zur adäquaten Abbildung der Qualitätspotenziale in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sind. Es wird beschrieben, dass Patienten und auch Angehörige die Stelle sind, an der die Informationen der hochkomplexen und fragmentierten Versorgung zusammenlaufen. Patienten und Angehörige sind eine wichtige Quelle für sektorenübergreifende Informationen und für eine Einschätzung der Kontinuität und Koordination der Versorgung. Auch wird dargestellt, dass Patienten eine wichtige Informationsquelle für Outcomes der Versorgung sind.</p> <p>Die Darstellung der Potenziale einer Patienten- und Angehörigenbefragung wurden grundlegend überarbeitet (vgl. Abschnitt 5.6).</p>
64	<p><i>Die fehlende Darstellung der Prüfung des Potenzials von PatientInnen- und Angehörigenbefragungen ist vermutlich im Sinne eines Berichtsmangels zu bewerten.</i> Die Darstellung des Potenzials erfolgt im Rahmen der Synoptischen Darstellung sowie der Diskussion der einzelnen Indikatoren. Folgerichtig werden im Rahmen von 5.4. (Würdigung des Indikatoren-Sets PatientInnen- und Angehörigenbefragungen) als notwendiges Instrument kommuniziert, um wichtige Endpunkte der psychiatrischen Versorgung zu erfassen. Sie werden als einer der prioritär weiter zu entwickelnden Bereiche der Qualitätssicherung für die psychiatrische Versorgung benannt.</p>	<p>Das AQUA-Institut möchte darauf verweisen, dass im Vorbericht die Potenziale einer Patientenbefragung nicht nur in einer synoptischen Darstellung und in der Diskussion einzelner Indikatoren beschrieben wurden. Neben der synoptischen Darstellung im Abschnitt 3.5 ist das Potenzial einer Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung im Abschnitt 8.1 des Vorberichts zusammengefasst.</p> <p>Um aber das grundsätzliche Potenzial einer Patientenbefragung nochmals zu betonen, wurde dieser Abschnitt erweitert (vgl. Abschnitt 5.6).</p>
65	<p>Die beauftragte Analyse von Qualitätspotenzialen/-defiziten in psychiatrischen Institutsambulanzen wird im Vorbericht und seinen Anhängen nicht beschrieben. In der Diskussion finden sich jedoch wiederkehrend Hinweise auf die Rolle der PIAs in der Versorgungslandschaft und im Resultat die Einbeziehung in Qualitätsvergleich im Rahmen einzelner ausgewählter Indikatoren.</p>	<p>Das Ergebnis der PIA-Prüfung wurde im Abschnitt 3.5 nun ausführlich ausgeführt. In der Überarbeitung des Vorberichts wurde die Analyse der Qualitätspotenziale/-defizite Psychiatrischer Institutsambulanzen ergänzt.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>7)Prüfung einer fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Bereich</b>		
66	<p>Für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren ist eine fallbezogene QS-Untersuchung im ambulanten Bereich ein wesentlicher Baustein. Da aber erstens die eindeutige und spezifische Auslösung einer QS-Dokumentation für die hier untersuchte Patientengruppe in der psychiatrischen oder neurologischen Praxis fraglich war und nicht in den vorliegenden Konzeptskizzen und deren Konkretisierungen suffizient beantwortet werden konnten und zweitens die Frage der fallbezogenen longitudinalen Zusammenführung der Daten der stationären Leistungserbringer, der Krankenkassen und der ambulanten Leistungserbringer zu beantworten war, hatte sich der G-BA bei der Beauftragung dieses Verfahrens entschlossen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die konkrete Entwicklung eines fallbezogenen QS-Instrumentariums für den ambulanten Bereich noch nicht zu beauftragen, aber</li> <li>2. eine Überprüfung einer fallbezogenen QS-Auslösung im ambulanten Bereich zu beauftragen, die als Grundlage für die Beauftragung weiterer Entwicklungsschritte – hier der Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der zugehörigen Dokumentation für eine ambulante fallbezogene QS, die in das gesamte QS-Verfahren integriert werden sollte, dient. Dies entspricht der Erstellung einer „Konzeptskizze“ auf deren Basis der G-BA das Für und Wider der Entwicklung abwägen und die potenzielle Beauftragung textieren kann.</li> </ol>	<p>[Das AQUA-Institut geht davon aus, dass nebenstehend nicht „psychiatrische oder neurologische“ Praxen gemeint sind, sondern die im Auftrag genannten vertragsärztlichen „psychiatrischen und nervenärztlichen“ Praxen.]</p> <p>Unabhängig davon, ob man innerhalb eines Auftrags zur Indikatorenentwicklung implizit die Erstellung einer „Konzeptskizze“ für weitere Beauftragungen erwarten kann oder nicht, sieht das AQUA-Institut diese Aufgabe im Wesentlichen als erfüllt an: Die Qualitätspotenziale für fallbezogene Erhebungen im ambulanten Bereich und die technisch umsetzbaren Möglichkeiten einer diagnosespezifischen Auslösung wurden dargelegt. Die Beauftragung der in der Stellungnahme genannten weiteren Entwicklungsschritte ist nach Ansicht des AQUA-Instituts auf Grundlage des Abschlussberichts möglich.</p> <p>Um die Relevanz einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation nochmals zu unterstreichen, wurde das Kapitel 8 umfangreich erweitert.</p>
67	<p>Das entsprechende Kapitel 8.2. des Vorberichtes entspricht diesen Anforderungen nicht. Weder konnte dem Vorbericht eine systematische Analyse zur Frage der Qualitätspotenziale, -defizite im ambulanten Bereich entnommen werden, noch wurde nachvollziehbar und sachgerecht dargestellt wie die fallbezogene Auslösung im ambulanten Bereich eindeutig und spezifisch stattfinden kann. Zwar wurde eine Auslösung nach ICD 10 – Diagnose vorgeschlagen, die Eindeutigkeit und Spezifität aber nicht dargestellt. Aufgrund der bekannten mangelhaften Kodiertreue im ambulanten Bereich ist hier eine Überprüfung notwendig. Auch eine Machbarkeitsprüfung fand nicht statt. So wurde z.B. technisch nicht überprüft, wie sich in die Software der ambulanten Behandler der vorgeschlagene Auslösemechanismus integrieren lässt und ob die Auslösung die gewünschten Ergebnisse zeitigt. Dazu hätte zumindest in einigen ambulanten Praxen das vorgeschlagene Verfahren auf seine Machbarkeit untersucht werden müssen. Der jetzige diesbezügliche Bericht reicht dementsprechend nicht als Grundlage für die vorgesehene Beauftragung weiterer Entwicklungsschritte aus.</p>	<p>Zur Darstellung der Qualitätspotenziale/-defizite, die mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden können, möchte das AQUA-Institut auf Abschnitt 3.5 des Vorberichts verweisen, bei dem für jedes ambulante Qualitätspotenzial/-defizit auch eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation diskutiert wurde.</p> <p>Das Ausmaß einer mangelhaften ambulanten Kodierqualität, die der GKV-SV unterstellt, kann anhand der dem AQUA-Institut zur Verfügung stehenden Informationen und Daten nicht umfänglich geprüft werden. Abrechnungsdaten liegen dem AQUA-Institut nur in Form von anonymisierten Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse vor. Anhand dieser Daten kann nicht geprüft werden, ob in Einrichtungen für einen Patienten die richtige Diagnose kodiert und dokumentiert wurde, da weder der Leistungserbringer noch der Patient zu identifizieren ist und somit nicht die Richtigkeit der Diagnose geprüft werden kann.</p> <p>Eine Prüfung der Kodierqualität im Rahmen von einigen wenigen Einrichtungsbesuchen erscheint dem AQUA-Institut nicht geeignet, um eine allgemeine Aussage zur Kodierqualität in der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Versorgung zu treffen. Es wäre allenfalls im Rahmen einer empirischen Überprüfung der Sozialdaten denkbar, konkrete und vor allem operationalisierbare Fragestellungen hinsichtlich der Kodierungen zu entwickeln.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Zum nach Auffassung des GKV-SV technisch zu prüfenden Punkt „wie sich in die Software der ambulanten Behandler der vorgeschlagene Auslösemechanismus integrieren lässt“ bleibt festzuhalten, dass für die Auslösekriterien ausschließlich Informationen genutzt werden, die in Abrechnungsdaten vorhanden sind. Wie die technische Umsetzung im Einzelfall aussehen kann, ist angesichts der etwa 300 verschiedenen Softwareanbieter im ambulanten Bereich nicht einheitlich festzustellen oder vorzugeben. Vielmehr werden, wie im stationären Bereich auch, die Vorgaben spezifiziert, während die Umsetzung durch die einzelnen Softwareanbieter erfolgt.</p> <p>Inwieweit die entwickelte ambulante fallbezogene QS-Auslösung „die gewünschten Ergebnisse zeitigt“ kann nur nach technischer Umsetzung der ambulanten fallbezogenen QS-Auslösung in der Software überprüft werden. Auch hier verspricht sich das AQUA-Institut von einigen wenigen Einrichtungsbesuchen keine entscheidenden Erkenntnisse.</p> <p>Allerdings ist es Softwareanbietern für den ambulanten Bereich in den Probetrieben Kataraktoperation und Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie gelungen, in ihren Softwaresystemen niedergelassener Ärzte QS-Filter-, QS-Dokumentations- und Exportsoftware zu implementieren. Nach den Erfahrungen der Probetriebe ist davon auszugehen, dass die in der KV-Landschaft etablierten sog. sicheren Übertragungskanäle (z.B. auf Basis von KV-Connect) nutzbar sein werden. Zudem werden weitere Erkenntnisse zur technischen Machbarkeit des Gesamtprozesses im niedergelassenen Bereich im Qesü-Verfahren PCI gesammelt werden, von dessen Umsetzbarkeit – auch im niedergelassenen Bereich – ausgegangen wird. Zusammenfassend bleibt demnach festzuhalten, dass, sofern die auslösenden Abrechnungsdaten vorhanden sind, diese auch zur Auslösung herangezogen werden können. Weiterhin ist davon auszugehen, dass entsprechende QS-Filter-, QS-Dokumentations- und Exportsoftware grundsätzlich (weitgehend) analog zum stationären Bereich auch im niedergelassenen Bereich angewendet werden kann.</p> <p>Da die Darstellung des zweiten Schrittes nicht ausreichend geschildert war, wurde das Kapitel 8 umfangreich erweitert.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>IV.Zusammenfassung</b>		
68	Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das entwickelte Verfahren gemäß den im Vorbericht dokumentierten Entwicklungsschritten ein geeignetes Instrument sein könnte, patientenrelevante Struktur-, Prozess und Ergebnisparameter abzubilden. Das von AQUA entwickelte Verfahren könnte damit – eingedenk der Tatsache, dass es aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Leistungen des SGB V fokussiert und nicht das ganze stark ausdifferenzierte Versorgungssystem abbilden kann – einen guten ersten Einstieg in eine flächendeckende sektorenübergreifende Qualitätssicherung bei der Versorgung von psychischen Erkrankungen darstellen und würde damit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie leisten.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
69	Dazu sind aber in Teilen noch Anstrengungen zur Verbesserung notwendig. Im Resultat spiegeln die Indikatoren des Sets ganz überwiegend Aspekte der Prozessqualität ab. Indikatoren der Ergebnisqualität und der Strukturqualität finden sich nur wenig, obwohl diesbezügliche evidenzbasierte Indikatoren zunächst im Indikatorenregister von AQUA aufgeführt waren. Die Veränderungen, die am Indikatorenset vorgenommen worden sind, sind argumentativ nicht nachvollziehbar und schmälern den Wert des Verfahrens erheblich, so dass sich hier die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation stellt.	Im Rahmen dieser Synopse der Stellungnahmen wurde versucht, die Diskussionen und Begründungen für Entscheidungen deutlicher herauszuarbeiten und diese auch in den Bericht zu übernehmen.
70	Die Aufnahme von Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen soll an dieser Stelle ausdrücklich gewürdigt werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
71	AQUA hat nicht alle in der Beauftragung aufgeführten Anforderungen umgesetzt – dies betrifft vor allen Dingen die Prüfung einer fallbezogenen Befragung im ambulanten Bereich, aber auch die Frage des Potenzials von Patientenbefragungen und Befragungen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen.	Das AQUA-Institut kann die Ausführungen des GKV-SV, dass das AQUA-Institut die nebenstehenden Aspekte des Auftrags nicht ausführlich genug umgesetzt hat, an einigen Stellen nachvollziehen. Die entsprechenden Aspekte wurden im Bericht nachgetragen bzw. ergänzt.
<b>Anhang 1 Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren</b>		
72	<p>Im Folgenden werden die entsprechenden Indikatoren kurz vorgestellt und kritisch gewürdigt. Die Indikatoren gliedern sich in folgende große Gruppen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikatoren, die mittels einer Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden</li> <li>2. Indikatoren, die mit einer stationären fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden</li> <li>3. Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden</li> </ol>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Zu (1) Indikatoren, die mittels einer Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden</b>		
73	<p><i>Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</i></p> <p>Der Indikator misst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung keinen Kontakt mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung hatten. Erfasst werden alle Fälle mit einer F20.- bis F29-Diagnose sowie alle Fälle mit einer Nebendiagnose F20.- bis F29 (Nenner). Die Fachgruppen, die für den ambulanten Anschlusstermin als relevant erachtet wurden, wurden um Hausärzte, Neurologen und/oder psychologische und ärztliche Psychotherapeuten ergänzt. Der 7-Tages-Zeitraum wurde gewählt, um eine kontinuierliche Pharmakotherapie nach Entlassung zu ermöglichen. Auch sollte es möglich sein, benötigte Hilfen bzw. Dienste zeitnah zu organisieren.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen in der Praxis gut etablierten Indikator, der auch in anderen Indikator-Sets als Standardindikator gilt. Durch das AQUA-Institut wird als Mangel diskutiert, dass die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Diensten, der ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie über diesen Indikator nicht abgebildet werden kann. Ebenso scheint nicht ersichtlich zu sein, bei welcher ambulanten Arztgruppe der Termin wahrgenommen wurde. Da das avisierte Ziel des QS-Verfahrens jedoch die Kontinuität der Versorgung im Bereich des SGB V ist und die Koordination und Organisation benötigter Hilfen und Dienste in ärztlicher Verantwortung liegt, erscheint der Indikator für diesen Bereich zielführend.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV, dass der Indikator zielführend ist. Trotzdem hält das AQUA-Institut es für wichtig darauf hinzuweisen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dass Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege relevante Leistungen (der gesetzlichen Krankenversicherungen) sind und ihr Ausschluss bedauerlich ist.</li> <li>▪ dass in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durchaus erkannt werden kann, bei welcher Arztgruppe der Patient seinen Termin wahrgenommen hat. Allerdings liefert eine Differenzierung des Indikators nach Arztgruppen in vier Indikatoren keine zusätzlich qualitätsrelevanten Informationen.</li> </ul>
74	<p><i>Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme</i></p> <p>Der Indikator misst die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme aufgrund einer psychischen Erkrankung. Es werden alle entlassenen Fälle mit einer F20.- bis F29-Diagnose erfasst, die innerhalb von 365 Tagen mit gleicher Diagnose eine Wiederaufnahme hatten (Nenner). Gezählt wird die Summe an Tagen zwischen Entlassung und Wiederaufnahme (Zähler).</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Die Entscheidung, eine Berechnung der Dauer ohne Wiederaufnahme durchzuführen, ist nachvollziehbar abgebildet. Der Indikator gilt als Standardindikator in anderen Indikatoren Sets. Er ist in der Praxis gut etabliert, ist jedoch unspezifisch und lässt in der vorliegenden Form keine Rückschlüsse auf die Ursache des Qualitätsmangels zu. Das AQUA-Institut weist daraufhin, dass potenziell aussagefähigen Faktoren (bspw. die ambulante Versorgungslage) aktuell nicht in die Risikoadjustierung eingehen. Somit erscheint dieser Indikator in seiner Aussage sowie in seiner Wirksamkeit eingeschränkt.</i></p>	<p>Der Nenner des Indikators erfasst alle stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie stationäre Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, unabhängig davon, ob sie innerhalb von 365 Tagen eine Wiederaufnahme hatten oder nicht. Die Darstellung der Paneldiskussion durch das AQUA-Institut gibt dies missverständlich wieder. Die entsprechende Stelle wurde im Bericht umformuliert.</p> <p>Bisher ist keine Risikoadjustierung für diesen Indikator entwickelt worden. Im Indikator- datenblatt sind potenzielle Risikofaktoren aufgelistet, die in der Literatur identifiziert wurden. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann durch Recherchen und Analysen im Rahmen einer Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für diesen Indikator weiter ergänzt werden.</p> <p>Das AQUA-Institut hat in der Würdigung des Indikators nicht ausgeführt, dass der Indikator in seiner Wirksamkeit eingeschränkt ist. Vielmehr versucht das AQUA-Institut in der Würdigung des Indikators darzustellen, was (neben den in die Berechnung des Indikators einfließenden Faktoren) bei der Interpretation bzw. Bewertung des Indikatorergebnisses noch berücksichtigt werden sollte.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
75	<p><i>Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie</i></p> <p>Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen erhalten haben. Erfasst wird das Ordnungsverhalten im ambulanten Sektor. Im Nenner finden sich alle Patienten mit einer F2-Diagnose, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen psychotropen Wirkstoff erhalten haben. Im Zähler werden diejenigen Patienten erfasst, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen gleichzeitig vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe erhalten haben.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Mit der Wahl des Beobachtungszeitraums können diejenigen Fälle ausgeschlossen werden, die eine zeitlich begrenzte Kombinationstherapie bspw. aufgrund medikamentöser Umstellungen erhalten. Die Anzahl der im Zähler erfassten unterschiedlichen psychotropen Wirkstoffe entspricht der Originalformulierung des Indikators. Jedoch widersprechen diese Vorgaben den Empfehlungen der Leitlinie, wenn möglich eine Monotherapie durchzuführen. Eine Behandlung mit Benzodiazepinen soll nur zeitlich begrenzt durchgeführt, eine Kombination mit Carbamazepin und Valproinsäure aufgrund der begrenzten Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit nicht vorgenommen werden. Somit sind das Qualitätsziel und die daraus resultierende Definition des Zählers (vier oder mehr psychotropen Substanzen) über einen längeren Zeitraum hinweg zwar übereinstimmend mit der Originalformulierung des Indikators gewählt, jedoch nicht mit einer leitliniengemäßen Behandlung zu vereinbaren.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass Leitlinien eine antipsychotische Monotherapie empfehlen. Verschiedene Leitlinien lassen eine Kombination mit beispielsweise ausgewählten Antidepressiva oder Antiepileptika zu.<sup>3,4,5,6</sup> Auch muss bei der hohen Rate an Komorbiditäten berücksichtigt werden, dass neben der F2-Diagnose auch andere psychische Erkrankungen pharmakologisch versorgt werden können und sollten. Entsprechende Empfehlungen wurden im Indikatordatenblatt ergänzt.</p> <p>Der Indikator zielt nicht auf die antipsychotische Monotherapie, sondern versucht, das gesamte psychiatrisch-pharmakologische Behandlungsspektrum zu erfassen und hier unter Berücksichtigung von Komorbiditäten auf die Gabe von wenigen Medikamenten abzielen. Die antipsychotische Pharmakotherapie wird von dem Qualitätsindikator ID 20b adressiert.</p>
76	<p><i>Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie</i></p> <p>Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Kombinationstherapie. Wiederum werden im Nenner alle Patienten erfasst, die mit einer F2-Diagnose im Beobachtungszeitraum mindestens ein Antipsychotikum erhalten haben. Im Zähler finden sich diejenigen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen drei oder mehr verschiedene antipsychotische Wirkstoffe gleichzeitig erhalten haben. Ähnlich wie im vorherigen Indikator ist die Möglichkeit einer medikamentösen Umstellung innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten berücksichtigt. Die Diskussion um die Aufnahme auch von niederpotenten Antipsychotika und Clozapin in die Liste der für den Indikator relevanten Antipsychotika erscheint vor dem Hintergrund einer angestrebten antipsychotischen Monotherapie plausibel.</p>	<p>Die Änderung des Indikators erfolgte vor dem Hintergrund mangelnder Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, wie z.B. eine vorliegende Therapieresistenz oder die Gabe eines niederpotenten Antipsychotikums als Sedativum.<sup>7</sup></p> <p>Die Panelexperten diskutierten insbesondere zwei Varianten des Indikators:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden nur hoch- und mittelpotente Antipsychotika (ohne Clozapin) in die Berechnung einbezogen, und der Indikator erfasst alle Patienten die mindestens zwei Antipsychotika erhalten haben.</li> <li>▪ Es werden alle Antipsychotika erfasst (auch Clozapin und niederpotente Antipsychotika), und der Indikator erfasst alle Patienten die mindestens drei Antipsychotika erhalten haben.</li> </ul>

<sup>3</sup> SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

<sup>4</sup> Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry 14(1): 2-44.

<sup>5</sup> DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag

<sup>6</sup> RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

<sup>7</sup> Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Gaebel, W (2004). Validation of Polypharmacy Process Measures in Inpatient Schizophrenia Care. Schizophr Bull 30(4): 1023-1033.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Als Standardindikator in anderen Indikatoren Sets in der Psychiatrie ist dieser Indikator in der Praxis gut etabliert.</i></p> <p><i>Um sicher zu stellen, dass eine überlappende Medikation, bspw. Im Rahmen einer medikamentösen Umstellung erfasst wird, wurde das Zeitintervall vom zwei Quartalen nachvollziehbar gewählt. Weder über die vorliegende Evidenz noch über die Leitlinienempfehlungen ist die Entscheidung für die Anzahl der gleichzeitig verabreichten Antipsychotika (drei oder mehr) nachzuvollziehen, da die Leitlinienempfehlung eindeutig eine Monotherapie enthält und sich auch in Originalformulierung des Indikators der Passus: „mehrere Antipsychotika gleichzeitig“ findet. Hier scheint durch die Expertise des Panels eine Aufweichung der evidenzbasierten Kriterien vollzogen worden zu sein.</i></p> <p><i>Ein Pluspunkt des Indikators ist die Möglichkeit, Kombinationstherapien zu identifizieren, die aus der Verordnung verschiedener Ärzte resultieren. Die durch das AQUA-Institut thematisierten Grenzen des Indikators hinsichtlich der Nicht-Erfassung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten sind einerseits fachlich relevant, andererseits zielt der Indikator jedoch auf die Qualität des ärztlichen Tuns, nicht auf eine u. U. krankheitsspezifisch eingeschränkte Behandlungsbereitschaft ab. Kritischer ist in diesem Zusammenhang zu sehen, dass Verordnungen, die der Patient nicht einlöst, datentechnisch auch nicht erfasst werden können. Das Ordnungsverhalten des Leistungsbringers kann in solchen Fällen nicht im Qualitätsindikator berücksichtigt werden. Somit kann es zu Verzerrungen des Ergebnisses kommen.</i></p>	<p>Aufgrund der fehlenden Informationen und damit der Möglichkeit z.B. therapieresistente Patienten aus dem Indikator auszuschließen oder dies in ein Risikoadjustierungsmodell einfließen lassen zu können, haben sich die Panelexperten für die hier an zweiter Stelle aufgeführte Variante entschieden.</p>
77	<p><i>Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung</i></p> <p>Der Indikator wurde im Rahmen des Prozesses neu entwickelt. Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine dauerhafte Benzodiazepin-Medikation erhalten haben. Im Nenner des Indikators finden sich alle Patienten mit einer F2-Diagnose, die im Erfassungsjahr mindestens ein Benzodiazepin erhalten haben. Im Zähler werden diejenigen Patienten betrachtet, die in zwei aufeinander folgenden Quartalen mehr als 20 DDD (Defined Daily Dose) an Benzodiazepinen verordnet bekommen haben. Der Indikator zielt auf die problematische Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen ab. Die durch die Experten festgelegte Defined Daily Dose von 20 orientiert sich an dem formalen Kriterium: gängige Packungsgröße von Benzodiazepinen.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Die Entwicklung des Indikators ist in allen Belangen transparent und nachvollziehbar.</i></p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
78	<p><i>Dokumentation des Körpergewichts</i></p> <p>Der Indikator misst die regelmäßige Erfassung des Körpergewichts durch den Arzt. Eine regelmäßige Überwachung des Gewichts bzw. des BMI wird empfohlen, um Übergewicht rechtzeitig erkennen, Gewichtszunahmen beobachten und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Gewichtsreduktion einleiten zu können. Mittels dreier Fragen im Rahmen einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird die Einhaltung der Leitlinien-Empfehlung einer Erhebung, der Frequenz und der Konsequenzen aus der Erhebung erfasst (ist in den Ausfüllhinweisen spezifiziert).</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Nicht nachvollziehbar, warum wird dieser Indikator nicht auch stationär einrichtungsbezogen erhoben?</i></p>	<p>Für den stationären Bereich scheint die Erhebung dieses Indikators, und damit die Erfassung der Verlaufskontrolle des Körpergewichts, wegen einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von ca. 31 Tagen, nicht plausibel. Zudem wurde in der stationären Versorgung kein Qualitätspotenzial/-defizit bzgl. der Messung des Körpergewichts bzw. bzgl. der Verlaufskontrolle des Körpergewichts identifiziert.</p> <p>Das AQUA-Institut verweist gleichzeitig darauf, dass dies nicht damit gleichzusetzen ist, dass während eines stationären Aufenthalts das Körpergewicht nicht gemessen werden sollte.</p>
79	<p><i>Kontrolluntersuchungen</i></p> <p>Die Indikatoren messen, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 durchschnittlich erhalten. Alle Patienten mit einer F2-Diagnose und antipsychotischer Pharmakotherapie werden im Nenner erfasst. Im Zähler finden sich unterschiedliche Kontrolluntersuchungen je Patient. Er zielt auf die Detektion unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch den ambulanten behandelnden Arzt ab. Es handelt sich um einen zusammengefassten Indikator, der die in Leitlinien empfohlenen Kontrolluntersuchungen berücksichtigt. Im Expertenurteil wurde eine hochdifferenzierte Darstellung der Frequenz der Kontrolluntersuchungen für verzichtbar gehalten.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Der Indikator zielt auf ein erhöhtes Bewusstsein auf Seiten der Ärzte für die Relevanz von Kontrolluntersuchungen ab.</i></p> <p><i>Nicht erfasst werden offensichtlich Patienten, die während des Beobachtungsjahres im Krankenhaus waren. Somit wird eine Gruppe schwerkranker Patienten (Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit), die häufig eine medikamentöse Umstellung erhalten, aus der Erfassung ausgeschlossen.</i></p> <p><i>Diese Gruppe würde von der Erfassung besonders profitieren. Es ist fraglich, ob die angeführte Begründung, die Kontrolluntersuchungen des Krankenhauses würden nicht erfasst werden können, diesen Informationsausfall rechtfertigt. Zumal der Indikator auf ambulante Leistungen außerhalb stationärer Behandlung abzielt. Zu vernachlässigen ist die durch das AQUA-Institut weiterhin angemerkte Einschränkung, dass der Bezug zwischen einer abgerechneten Leistung und der F2-Diagnose nicht zwingend besteht.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut bedankt sich für den Hinweis auf das Ausschlusskriterium „Patienten mit einem stationärem Aufenthalt während des Erfassungsjahres“. Die Ausführungen des GKV-SV sind nachvollziehbar. Daher wurde der Änderungsvorschlag für den Indikator übernommen. Entsprechende Änderungen im Indikatordatenblatt und im Bericht wurden vorgenommen.</p>



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Zu (2) Indikatoren, die mit einer stationären fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden</b>		
80	<p><i>Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern</i></p> <p>Der Indikator erfasst den Einbezug von ambulanten Leistungserbringern in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung. Es werden alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 im Nenner erfasst, im Zähler finden sich alle Fälle, bei denen kein therapiebezogenes Gespräch mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung oder anderen Leistungserbringern der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung während des stationären Aufenthaltes stattfand.</p> <p><i>Bewertung:</i> Die Ergebnisse der Paneldiskussion und die Würdigung durch das AQUA-Institut sind nachvollziehbar.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
81	<p><i>Behandlungsvereinbarungen</i></p> <p>Der Indikator umfasst das Vorhandensein von aktuellen Behandlungsvereinbarungen. Der Indikator war ursprünglich als Strukturindikator angelegt, auf Anregung der Experten des Panels wurde er zu einem Prozessindikator umgewandelt. Neben dem Erfragen von Regeln zum Umgang mit Behandlungsvereinbarungen sollte auch der Anteil der Patienten erfasst werden, bei denen eine aktuelle Behandlungsvereinbarung vorliegt.</p> <p><i>Bewertung:</i> Die Diskussion des Panels sowie die Würdigung des AQUA-Instituts sind nachvollziehbar. Zu fragen ist, ob nicht auch die Ablehnung einer Behandlungsvereinbarung erfasst werden sollte.</p>	Die Ablehnung der Behandlungsvereinbarung kann bereits in der vorgesehenen Operationalisierung des Indikators mit der zweiten Frage „Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten erstellt?“ und der dazugehörigen Antwortoption „Patient hat abgelehnt“ erfasst werden. Siehe hierzu auch die Datenfelder 21 und 22 der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation im Anhang C.4.
82	<p><i>Körperliche Übergriffe</i></p> <p>Der Indikator erfasst die Häufigkeit körperlicher Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während eines stationären Aufenthaltes auf das Personal, andere Patienten oder Besucher. Es werden im Nenner die Behandlungstage aller Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 erfasst. Im Zähler finden sich die Anzahl der körperlichen Übergriffe auf Personal, andere Patienten oder Besucher.</p> <p><i>Bewertung:</i> Die Paneldiskussion und die Würdigung durch das AQUA-Institut sind nachvollziehbar. In der internationalen Literatur finden sich Hinweise, dass <b>körperliche Übergriffe abhängig von Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals variieren</b>. In diesem Kontext sind auch resultierende Zwangsmaßnahmen zu sehen. Insofern scheint der isolierte Rückschluss der Expertendiskussion auf überbelegte Stationen zu kurz gegriffen. <b>Als zusätzlich zu berücksichtigender Faktor für die Risikoadjustierung wird das Geschlecht des Patienten empfohlen, da in der internationalen Literatur Hinweise darauf vorliegen, dass männliche</b></p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass Studien gezeigt haben, dass die Qualifikation des Pflegepersonals und die Anzahl des Personals im Zusammenhang mit der Anzahl an körperlichen Übergriffen stehen. Dies wurde in die Rationale des Indikators nachgetragen.</p> <p>Darüber hinaus werden die Faktoren Geschlecht und Aufnahmediagnose in die Liste der potenziellen Risikofaktoren aufgenommen. Inwieweit diese Faktoren als Risikofaktoren eingesetzt werden können, muss in der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells für diesen Indikator geprüft werden.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p><i>Patienten häufiger körperliche Übergriffe ausüben. Vor dem Hintergrund immer noch bestehender geschlechtsgetrennter Akutstationen erscheint das sinnvoll. Ein Hinweis aus der Literatur, dass der Einfluss von berauschenden Substanzen die Gewaltbereitschaft erhöht, sollte sich im Datenfeld Aufnahmediagnosen unter den Nebendiagnosen widerspiegeln.</i></p>	
83	<p><i>Von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten</i></p> <p>Es wird der Anteil der von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch festhalten) betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfasst.</p> <p>Im Nenner finden sich alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29, der Zähler erfasst die Anzahl der Fälle mit mindestens einer Zwangsmaßnahme. Die Zwangsmedikation fand in einem separaten Indikator Berücksichtigung.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Der Indikator gilt als Standardindikator zur Qualitätsmessung in der Psychiatrie und zielt darauf ab, kritische Situationen so zu lösen, dass Zwangsmaßnahmen nicht eingesetzt werden müssen. Der in der internationalen Literatur wird diskutiert, dass Zwangsmaßnahmen als negatives Patienten-Outcome gewertet werden können. Es finden sich Hinweise darauf, dass Zwangsmaßnahmen abhängig von Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals variieren. Insofern ist eine Betrachtung struktureller Gegebenheiten in der Risikoadjustierung als sinnvoll zu erachten.</i></p>	<p>Die Risikoadjustierung berücksichtigt entsprechend dem Methodenpapier 4.0 nur spezifische Merkmale von Patienten, wie z.B. Alter oder Schweregrad der Erkrankung, die die Ausprägung eines Qualitätsindicators in einer Einrichtung beeinflussen. Da die Anzahl und die Qualifikation des Pflegepersonals keine spezifischen Merkmale von Patienten sind, werden sie nicht in die Liste der potenziellen Risikofaktoren dieses Indicators aufgenommen.</p>
84	<p><i>Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall</i></p> <p>Der Indikator misst, wie lange ein Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während eines stationären Aufenthalts Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch festhalten) ausgesetzt ist. Der Indikator erfasst die Gesamtdauer aller einzelnen Zwangsmaßnahmen (Zähler bezogen auf die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 (Nenner). Ziel war es, das Ausmaß von Zwangsmaßnahmen für den einzelnen Fall abzubilden.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Mit dem Anliegen, das Personal stationärer Einrichtungen dafür zu sensibilisieren, Patienten möglichst schnell aus Zwangsmaßnahmen herauszuholen, handelt es sich um einen wichtigen Indikator. Die Bewertung der beiden oberhalb stehenden Indikatoren ist auch für diesen zutreffend.</i></p>	<p>Siehe Kommentar Nr. 83</p>
85	<p><i>Betreuung während Zwangsmaßnahmen</i></p> <p>Der Indikator erfasst die Betreuung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während Zwangsmaßnahmen (Fixierungen und Isolierungen). Es werden alle Fixierungen und Isolierungen ohne kontinuierliche 1:1 Betreuung durch Pflegefachpersonen (Zähler) auf die Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen bei einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 (Nenner) erfasst. In der Paneldiskussion wurde im Sinne eines angemessenen</p>	<p>Das AQUA-Institut sieht keine fachlich hinreichende Begründung, für diesen Indikator eine Risikoadjustierung anzustreben.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>zwischenmenschlichen Kontakts eine durchgängige 1:1 Betreuung gefordert. Leitliniengemäß wurde die Forderung einer Pflegefachperson aufgestellt. Durch die Definition der Qualifikation soll verhindert werden, dass diese Aufgabe von geringer qualifiziertem Personal ausgeführt wird. Das Ziel des Indikators ist eine Vermeidung von schwerwiegenden Komplikationen sowie das frühzeitige Auflösen von Zwangsmaßnahmen. Der Ausschluss von Immobilisieren durch Festhalten ist nachvollziehbar erläutert.</p> <p><i>Bewertung:</i> Vor dem Hintergrund einer wissenschaftlich nachgewiesenen erhöhten Suizidrate während und nach Zwangsmaßnahmen handelt es sich hier um einen äußerst relevanten Indikator, der ein erhebliches Qualitätspotential bedeutet. Die Bewertung der drei oberhalb stehenden Indikatoren ist auch für diesen zutreffend.</p>	
86	<p><i>Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme</i></p> <p>Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die stationäre Behandlung. Er bezieht sich auf die Behandlung von stationären Einrichtungen. Es werden alle Fälle erfasst, bei denen innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme kein therapiebezogenes Gespräch mit einem Angehörigen, einer Bezugsperson oder dem gesetzlichen Betreuer geführt wurde (Zähler). Diese Größe wird auf alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 bezogen, die Angehörige, Bezugspersonen oder einen gesetzlichen Betreuer haben. Der Entscheidungsfindungsprozess des Panels ist nachvollziehbar beschrieben.</p> <p><i>Bewertung:</i> Der Indikator ist nachvollziehbar dargestellt.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
87	<p><i>Von Zwangsmedikation betroffene Patienten</i></p> <p>Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmedikation betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10. Bezogen auf alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 (Nenner) wird die Anzahl der Fälle mit mindestens einer Zwangsmedikation erfasst (Zähler). Hierbei werden nur Zwangsmedikationen erfasst, die nicht mit Fixierung oder Isolierung zusammen erfolgen.</p> <p><i>Bewertung:</i> Inhaltlich ist die Diskussion des Indikators nachzuvollziehen. Es bleibt aber zu diskutieren, ob die in der Paneldiskussion abgebildeten Argumente nicht eher für eine separate Erfassung von richterlicher Zwangsmedikation sprechen. Diskutiert werden sollte eine Unterschätzung der Problematik aufgrund fehlender Dokumentationen.</p>	<p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, sowohl richterlich angeordnete Zwangsmedikationen als auch Zwangsmedikationen aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes zu erfassen.</p> <p>Das AQUA-Institut schlägt vor, diese Frage ggf. noch einmal im Rahmen der erweiterten Machbarkeitsprüfung aufzugreifen. Es erscheint geeignet, die Antwortoptionen des Datenfeldes getrennt nach richterlich angeordneter Zwangsmedikation und Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes anzulegen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
88	<p><i>Unterbringung</i></p> <p>Der Indikator erfasst, wie viele Patienten mit einer F2 Diagnose nach ICD-10 untergebracht sind. Bezogen auf alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 (Nenner) werden die Anzahl der Fälle erfasst, die während des stationären Aufenthaltes untergebracht waren (Zähler). Der Indikator wurde aufgenommen, um die gesamte psychiatrische Versorgung einer Region abzubilden. Damit handelt es sich um ein sektorenübergreifendes und regionales epidemiologisches Merkmal.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Mit der Nutzung des Merkmals gesetzliche Unterbringung zur Qualitätssicherung wird Neuland beschritten. Bisher gibt es für den SGB V Bereich keine auswertbaren Daten über das Ausmaß gesetzlicher Unterbringungen. Da die Art der Behandlungsaufnahme durchaus aber einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf hat (freiwillig vs. unfreiwillig), handelt es sich um eine relevante Information unter anderem auch zur einrichtungsspezifischen Risikojustierung. Somit ist ein fairer Vergleich von Krankenhausergebnissen möglich.</i></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
89	<p><i>Unerwünschte Arzneimittelwirkungen</i></p> <p>Der Indikator dient der systematischen Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen während stationären Aufenthalts bei Patienten bei einer F2 Diagnose nach ICD-10. Die Anzahl der Fälle, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen nicht systematisch erfasst wurden (Zähler), wird auf alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 bezogen (Nenner).</p> <p>Der Indikator zielt auf die Sensibilisierung des Personals auf ein akzeptables Nebenwirkungsprofil ab. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollen gezielt nachgefragt werden. Darauf aufbauend sollen, wenn nötig, Strategien entwickelt werden, diese zu minimieren. Die Verantwortung zur Erfassung über ein standardisiertes Instrument wird in die Hände der Klinik gelegt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Mit dem Indikator wird abgebildet, ob die Kliniken Nebenwirkungen „im Blick“ haben. Die Art der systematischen Erfassung wird nicht vorgegeben und auch im Nachhinein nicht erfragt, so dass ein erheblicher Interpretationsspielraum verbleibt, der die Aussagekraft des Indikators schmälert. Die avisierte Entwicklung von Strategien der Minimierung von Nebenwirkungen wird im Indikator nicht erfasst. Es bleibt fraglich, ob mit dem vorliegenden Indikator dieses Qualitätsziel zu erreichen ist.</i></p>	Einige Leitlinien empfehlen, zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ein standardisiertes Instrument zu nutzen. Dies wird im Indikator erfragt. Um Missverständnissen vorzubeugen, wurde die Definition der systematischen Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erweitert. Die Erfassung des eingesetzten Instruments bringt keine zusätzlichen Informationen für den Indikator.
90	<p><i>Nachbesprechung Zwangsmaßnahmen</i></p> <p>Der Indikator erfasst, ob Zwangsmaßnahmen mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen werden. Es handelt sich um eine Neuentwicklung durch das AQUA-Institut. Im Nenner finden sich die Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>Hauptdiagnose F20.- bis F29, der Zähler erfasst davon alle Zwangsmaßnahmen, die mit dem betroffenen Patienten nicht nachbesprochen wurden.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen Indikator, dessen Qualitätsziel auf einem Expertenkonsens beruht (Neuentwicklung des AQUA-Instituts). Wahrscheinlich vor dem Hintergrund der zuvor differenziert ausgefallenen Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen findet sich auch hier eine recht differenziert Erfassung nach Einzelmaßnahmen.</i></p>	
91	<p><i>Muttersprachliche Kommunikation</i></p> <p>Der Indikator erfasst, wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen keine muttersprachliche Kommunikation angeboten wurde. Es handelt sich um einen Vorschlag der Experten des Panels. Hierbei werden von allen Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 mit deutlich eingeschränkten Sprachkenntnissen (Nenner) diejenigen erfasst, denen keine muttersprachliche Kommunikation bei Bedarf angeboten wurde (Zähler).</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen Indikator, der auf einem Expertenkonsens beruht (Neuentwicklung des AQUA-Instituts). Der Terminus: „eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse“ ist nicht ausreichend operationalisiert und bietet Interpretationsspielraum. Insbesondere stellt sich die Frage, ob bei fehlender Möglichkeit eines Dolmetschereinsatzes die Bedürftigkeit objektiv abgebildet wird?</i></p> <p><i>Zu Bedenken ist zudem, dass es sich um eine kassenfremde Leistung handelt.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut kann die Bedenken des GKV-SV nachvollziehen. Die vom GKV-SV angeführten Aspekte (Interpretationsspielraum und objektive Bewertung von Bedürftigkeit) sollten in einer erweiterten Machbarkeitsprüfung geklärt werden.</p>
92	<p><i>Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung</i></p> <p>Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die Entlassungsplanung. Bezogen auf alle Fälle mit einer Aufnahme-diagnose F20.- bis F29 (Nenner) werden Patienten erfasst, bei denen kein therapiebezogenes Gespräch mit den entsprechenden Personengruppen mindestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte (Zähler).</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen Indikator, der auf einem Expertenkonsens beruht (Neuentwicklung des AQUA-Instituts). Die Darstellung und Diskussion des Vorberichtes zu diesem Indikator sind inhaltlich nachvollziehbar. Als Manko des Indikators muss die fehlende inhaltliche Operationalisierung für ein therapiebezogenes Gespräch genannt werden. Die intendierte Abgrenzung zur bloßen Information von Angehörigen über die Entlassung des Patienten, bspw. auch telefonisch, ist somit nicht sicherzustellen.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV nicht, dass die Definition des zu erfassenden therapiebezogenen Gesprächs keine Abgrenzung zum bloßen Informieren des Angehörigen über die Entlassung des Patienten ermöglicht. Da das therapiebezogene Gespräch als ein Gespräch definiert ist, bei dem die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden sowie die Behandlung abgestimmt wird, sollen hier nur Gespräche erfasst werden, die mehr als nur den Termin zur Entlassung enthalten. Dies kann auch im Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung weiter diskutiert werden.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
93	<p><i>Gesprächsangebote für Angehörige</i></p> <p>Der Indikator erfasst, ob auf Gesprächswünsche von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern eingegangen wird. Für alle Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit stationären Leistungserbringern gewünscht haben (Nenner), werden die Fälle erfasst, bei denen kein Gespräch stattgefunden hat (Zähler). Es handelt sich um einen während des Paneltreffens neu definierten Indikator. Er zielt darauf ab, den Wünschen von Bezugspersonen nach Einbezug entsprochen wird.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen Indikator, der auf der Evidenz eines Expertenkonsenses beruht. Es ist fraglich, inwiefern die betreffenden Leistungserbringer den Wunsch von Angehörigen nach Einbeziehung dokumentieren und fernerhin ein Nicht-Eingehen auf diesen Wunsch aktenkundig machen. Die Aussagekraft des Indikators wird in Frage gestellt.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut kann die Bedenken des GKV-SV nachvollziehen. Der vom GKV-SV angeführte Aspekt sollte in einer erweiterten Machbarkeitsprüfung geklärt werden.</p>
94	<p><i>Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen</i></p> <p>Der Indikator erfasst den Einsatz von Fachpflegepersonen auf psychiatrischen Stationen. Die Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung (Zähler) werden auf die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung (Nenner) bezogen. Das Qualitätsziel lautet: „Auf psychiatrischen Stationen stehen für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 ausreichend Pflegefachpersonen zur Verfügung.“ Gemeint ist examiniertes Pflegefachpersonal.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Dieser Indikator ist bislang der einzige, der nicht nur Patienten aus dem F2-Bereich betrachtet. Viel mehr wird hier die Personalausstattung mit examinierten Pflegefachkräften betrachtet. Dieser Indikator ist als wichtiger Indikator einzuschätzen, da es Hinweise in der internationalen Literatur dafür gibt, dass insbesondere unerwünschte Ereignisse sowie der Einsatz von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen in einem indirekt proportionalen Verhältnis zu Qualifikationen des Pflegepersonals steht. Es handelt sich um einen Indikator, der auch in einem indikationsübergreifenden Qualitätssicherungsinstrument Verwendung finden kann. Weiterhin scheint er im Sinne der Risikoadjustierung für die oben bereits diskutierten Indikatoren zweckdienlich zu sein.</i></p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>
95	<p><i>Deeskalationstraining – stationär</i></p> <p>Der Indikator erfasst den Anteil der pflegerisch/therapeutischen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die nicht im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult wurden. Bezogen auf die Anzahl der pflegerisch-therapeutischen Mitarbeiter, die mehr als 100 Tage im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben</p>	<p>Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>(Nenner) werden diejenigen Mitarbeiter erfasst, die innerhalb der letzten 3 Jahre an keinem Training oder keiner Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben (Zähler). Die Entscheidungen bezüglich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des Zeitraums, innerhalb dessen eine Auffrischung mindestens erfolgen sollte,</li> <li>▪ der Mitarbeiter, die im Indikator erfasst werden sollen und</li> <li>▪ der Stationen, die im Indikator erfasst werden sollten,</li> </ul> <p>erfolgte ein nachvollziehbar dokumentierter Expertenkonsens. Es wurden im Indikator Anforderungen an die Trainings bzw. Auffrischungen formuliert.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Für die Zweckmäßigkeit eines Deeskalationstrainings findet sich für Pflegepersonal eine gewisse Evidenz in der internationalen Literatur. Durch entsprechende Trainings waren unerwünschte Ereignisse auf den Stationen seltener beobachtet worden. Auch dieser Indikator lässt sich für ein späteres, Indikationsübergreifendes Qualitätssicherungsinstrument in der Psychiatrie einsetzen.</i></p>	
96	<p><i>Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung</i></p> <p>Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen. Es werden Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung (Zähler) erfasst und auf die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung bezogen. Es handelt sich um einen während des Paneltreffens neu definierten Indikator. Er wurde insbesondere mit Blick auf das Außerkrafttreten der Psych-PV in absehbarer Zeit entwickelt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Es handelt sich um einen Indikator, der auf der Evidenz eines Expertenkonsenses beruht. Die Entwicklung des Indikators und die Diskussion im Rahmen des Panels werden nachvollziehbar abgebildet. Vor dem bereits diskutierten Hintergrund einer gewissen Evidenz für den Nutzen qualifizierteren Personals zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse auf psychiatrischen Stationen ist auch dieser Indikator als wertvoll zu erachten. Dieser Indikator eignet sich wiederum auch als Indikator für indikationsübergreifendes Indikatoren Set zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie.</i></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Zu (3) Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden</b>		
97	<p><i>Dokumentation des Körpergewichts</i></p> <p>Der Indikator misst die regelmäßige Erfassung des Körpergewichts durch den Arzt. Anhand von drei Fragen wird die Gewichtserfassung und das besprechen von relevanten Gewichtsveränderungen erhoben. Es handelt sich um einen Indikator zur Erfassung von möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die Bereitschaft des Patienten zur medikamentösen Einnahme kann durch diese sinken. Da sich in den Sozialdaten der Krankenkassen keine Informationen zur Erfassung des Körpergewichts finden, wird diese wichtige Information mit einem eigenen Indikator Rechnung getragen. Da im ambulanten Bereich noch keine fallbezogenen Informationen erhoben werden können, wird der Indikator mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben.</p> <p><i>Bewertung:</i>  <i>Die Diskussionsentwicklung dieses Indikators ist inhaltlich nachvollziehbar.</i></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
98	<p><i>Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung</i></p> <p>Der Indikator erfasst, ob Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung informiert werden. Anhand von 7 Fragen bzw. Items wird erfasst, in welchem Umfang Patienten auf präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen hingewiesen werden. Mit diesem Indikator wird der Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung gelegt. Der Facharzt soll eine Motivationsarbeit leisten, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p> <p><i>Bewertung:</i>  <i>Ähnlich, wie auch schon bei einigen Indikatoren zuvor kann auch bei diesem Indikator lediglich erfasst werden, ob ein entsprechendes Angebot bzw. eine entsprechende Beratung unterbreitet wurde. Die Inanspruchnahme des Patienten lässt sich mit dem Indikator nicht erfassen. Da die Leistungen zum Teil auch außerhalb des SGB V erbracht werden ist eine solche Erfassung im Rahmen dieses QS-Sicherungsverfahrens nicht möglich.</i></p> <p><i>Der Indikator erhält wiederum eine Frage zu relevanten Gewichtsveränderungen. Die Doppelung zu dem Indikator: Dokumentation des Körpergewichts ist nicht nachvollziehbar. Die Diskussion zu den anderen Themen bzgl. der Vorsorge ist inhaltlich nachvollziehbar.</i></p>	<p>Der Indikator ID 22_a befasst sich damit, ob Gewichtsveränderungen mit Patienten besprochen werden. Dies impliziert nicht zwingend eine Ernährungs- oder Bewegungsberatung. Der Qualitätsindikator ID 22_a soll das Bewusstsein für die Erfassung und Beobachtung sowie die Reaktion auf Gewichtsveränderungen fokussieren. Im Gespräch mit dem Patienten sollte zunächst die Gewichtsveränderung eingeschätzt und Ursachen für die Gewichtsveränderungen diskutiert werden, um anschließend gemeinsam zu entscheiden, ob und wenn ja welche Maßnahmen ergriffen werden können. Eine mögliche Maßnahme ist die Ernährungs- oder Bewegungsberatung. Es kann aber auch eine Medikamentenumstellung erfolgen.</p> <p>Der Indikator ID 31_a zielt konkret auf eine Ernährungs- oder Bewegungsberatung ab; hier unter anderem bei Patienten mit relevanten Gewichtsveränderungen.</p>
99	<p><i>Anbieten von Psychotherapie-ambulant</i></p> <p>Der Indikator misst, inwieweit Patienten mit einer F2 Diagnose nach ICD-10, die von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden, Psychotherapie erhalten haben bzw. diese angeboten wird.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>Anhand von 6 Fragen werden das Aufklären und informieren über Psychotherapieverfahren und deren Möglichkeiten sowie Aspekte des Zugangs zur Psychotherapie, wie das Vorhandensein von Adressen von Therapeuten, bzw. Anbieten von Psychotherapie durch die ambulante Einrichtung selbst erfasst. Ziel ist es, die Leistungserbringer stärker für diese Therapie zu sensibilisieren und in der Therapieplanung präsenter zu machen. Der Indikator hatte offensichtlich im Panel unter den Experten zu einer erheblichen Diskussion geführt, die insbesondere definitorische Probleme zum Inhalt hatte. Die Inhalte der Diskussion sind mehr oder weniger nachvollziehbar abgebildet. Im Ergebnis fokussiert der Indikator auf das Anliegen von Psychotherapie. Angrenzende Interventionen wie Psychoedukation bleiben unberücksichtigt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Der Indikator erfasst die generelle Praxis des Leistungserbringers hinsichtlich des Aufklärens und Informierens über Psychotherapie und verschiedene Aspekte des Zugangs zur Psychotherapie. Vor dem Hintergrund einer ausreichenden Evidenz für den Nutzen von Psychotherapie auch bei psychotischen Störungen handelt es sich um einen wichtigen Indikator.</i></p>	
100	<p><i>Einbezug von Angehörigen</i></p> <p>Der Indikator misst, ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen werden.</p> <p>Der Indikator erfasst mit 5 Fragen, inwieweit der ambulante Leistungserbringer nach entsprechenden Angehörigen des Patienten fragt und um eine Einwilligung zum Einbezug in die Behandlungs- und Therapieplanung bittet. Es wird erhoben inwieweit die entsprechenden Angehörigen generell einbezogen werden und inwieweit der Leistungserbringer entsprechende Gespräche ermöglicht. Die Diskussion im ambulanten Sektor ähnelt der Diskussion, die bereits im Bereich der stationären Behandlung dargestellt wurde. Sie ist nachvollziehbar abgebildet. Kritisch diskutiert wurde im Panel die Operationalisierung des Indikators, da sie einen weiten Interpretationsraum zulassen. Auch findet sich für entsprechende therapiebezogene Gespräche innerhalb der ersten drei Kontakte bei neuen Patienten keine Evidenz in der Literatur. Ebenso wie im stationären Bereich ist der Angehörigenwunsch nach Gesprächen und deren Umsetzung erfragt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Wie schon in anderen Diskussionen von Indikatoren abgebildet, werden die Bemühungen des jeweiligen Leistungserbringers erfasst, die erfolgreiche Umsetzung hingegen kann nicht abgebildet werden. Hier findet sich ein Verweis auf eine notwendige Angehörigenbefragung.</i></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>Anhang 2 Ausgeschlossene Indikatoren</b>		
101	<p>Aus dem Indikatorenregister waren im Verlauf der ersten Bewertungsrunde von den Experten insgesamt 43 Indikatoren ausgeschlossen worden.</p> <p>An dieser Stelle erfolgt eine kurze Diskussion der dokumentierten Ausschlussgründe, geordnet nach den zugrunde gelegten Qualitätspotenzialen. Leider sind diese Indikatoren nur über die Panel-Diskussion abgebildet. Eine Bewertung der zugrunde liegenden Evidenz ist somit nicht möglich. Da jedoch die Recherchestrategie mit einer guten Berichtsqualität abgebildet ist, ist davon auszugehen, dass den Experten im Panel nur Indikatoren vorgelegt wurden, die den Recherchekriterien entsprochen haben. Somit ist von einer zugrundeliegenden Evidenz auszugehen.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
102	<p><i>Qualitätspotenzial: Koordination, Kooperation und Kontinuität</i></p> <p>Unter diesem Qualitätspotenzial wurden 15 von 18 Indikatoren als nicht relevant bewertet. Weitere zwei von den zusätzlich während des Panel-Treffens eingebrachten Indikatoren wurden ebenfalls nicht als relevant bewertet. Somit wurden insgesamt 4 Indikatoren diskutiert und bewertet. Offensichtlich fanden sich zu dieser Thematik ausschließlich Indikatoren, die auf eine ambulante Anschlussbehandlung fokussierten. Indikatoren zu Koordination und Kooperation werden unter diesem Punkt nicht diskutiert.</p>	<p>Das AQUA-Institut vermutet hinter dieser Aussage des GKV-SV ein Missverständnis. Alle Indikatoren wurden diskutiert und bewertet.</p> <p>Zur Thematik Koordination, Kooperation und Kontinuität wurden, wie im Vorbericht beschrieben, 20 Indikatoren (18+2) diskutiert und bewertet. Diese 20 Indikatoren verteilen sich auf folgende Themenbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulante Anschlussversorgung: 3+1</li> <li>▪ Stationäre Wiederaufnahme und stationäre Verweildauer: 4</li> <li>▪ Entlassungsmanagement: 5+1</li> <li>▪ Strukturen zum Informationsaustausch: 1</li> <li>▪ Koordination und Kooperation in der ambulanten Versorgung: 5</li> </ul> <p>In den Anhängen B.2 und B.3 des Vorberichts sind die Ergebnisse dieser Bewertung dargestellt.</p> <p>[An dieser Stelle möchte das AQUA-Institut nochmals darauf hinweisen, dass die Indikatoren als <i>fraglich relevant</i> und nicht als <i>nicht relevant</i> bewertet wurden. Die Formulierung im Vorbericht wurde durchgehend so gestaltet, dass die Indikatoren nicht als <i>relevant</i>, d.h. <i>fraglich relevant</i> oder <i>nicht relevant</i> bewertet wurden.]</p>
103	<p>Von diesen verbleibenden Indikatoren wurden weitere mit der Begründung eines Verzerrungspotenzials in der Aussage ausgeschlossen. Ein weiterer Indikator erfasste lediglich das Vorhandensein eines ambulanten Termins, ohne dass die Umsetzung fokussiert wurde. Für dieses Qualitätspotenzial verbleibt allein der Indikator: `ambulanter Ausschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung´.</p>	<p>Zum Qualitätspotenzial Koordination, Kooperation und Kontinuität ist nicht 1, sondern sind 3 Indikatoren im Indikatorenset enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ID 01e: Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung</li> <li>▪ ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme</li> <li>▪ ID 08c: Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern</li> </ul> <p>Darüber hinaus wurde der Indikator ID 03 „Kontinuierliche ambulante Behandlung nach Entlassung“ zwar als <i>relevant</i>, aber nicht als praktikabel bewertet und ist aufgrund dessen nicht im Indikatorenset enthalten.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
104	<p><i>Qualitätspotenzial: stationäre Wiederaufnahme und stationäre Verweildauer</i></p> <p>Hier wurden insgesamt vier Indikatoren bewertet und diskutiert. Vor dem Hintergrund, dass stationäre Wiederaufnahmen und Verweildauern auch andere Ursachen als die Qualität der stationären Behandlung haben können, wurde kein Indikator als relevant bewertet (Problem Verantwortungszuweisung). Insbesondere eine zum Teil fehlende Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsstrukturen wird hier explizit benannt. Für den Indikator Verweildauer wurde zudem eine fehlende Evidenz für eine angemessene Verweildauer für PatientInnen mit einer F2-Diagnose begründend angeführt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Vor dem Hintergrund einer in Auftrag gegebenen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist es unverständlich mit einer derartigen Begründung den gesamten, mit Evidenz belegten Themenbereich unberücksichtigt zu lassen.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass zunächst alle Indikatoren zur stationären Verweildauer und zu stationären Wiederaufnahmen nicht als <i>relevant</i> bewertet wurden. Für das entwickelte QS-Verfahren wurden diese Indikatoren als <i>fraglich relevant</i> bewertet, und zwar vor dem Hintergrund folgender möglicher Fehlanreize:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für die Verweildauer: zu frühes Entlassen der Patienten aus der stationären Versorgung</li> <li>▪ für Wiederaufnahmen: frühzeitige Entlassungsversuche mit der Möglichkeit für den Patienten, wieder in die stationäre Versorgung zu wechseln, wenn die ambulante Versorgung noch nicht ausreicht. Sogenannte „Probeentlassungen“ könnten unterbunden werden, geplante Wiederaufnahmen zu Therapiezwecken könnten ebenfalls unterbunden werden.</li> </ul> <p>Darüber hinaus weisen die Panelexperten darauf hin, dass mit der Umstellung auf das PEPP-System ein Anreiz zur Verkürzung von Verweildauern gesetzt wird.</p> <p>Nach Betrachtung der relevanten Indikatoren haben sich die Panelexperten in der Bewertungsrunde 2 dazu entschieden, die Indikatoren zur Wiederaufnahme erneut zu diskutieren. Dabei wurde in einer weiteren Relevanz-Bewertung der Indikator ID 05a „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“ als <i>relevant</i> bewertet und in das Indikatorenset aufgenommen. Der Tabelle 27 des Abschlussberichts ist zu entnehmen, dass als Zusatzinformation dieses Indikators die durchschnittliche Verweildauer der Index-Aufenthalte und der Wiederaufnahmen ausgewiesen wird.</p> <p>Das Indikatorenset enthält somit einen Indikator zum Themenbereich stationäre Wiederaufnahmen.</p>
105	<p><i>Qualitätspotenzial: Entlassungsmanagement</i></p> <p>Für diesen Themenbereich wurden den Experten sechs Indikatoren zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Lediglich der Indikator: <i>Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern</i> wurde als relevant bewertet. Die anderen Indikatoren wurden mit der Begründung, zu detailliert zu sein, als fraglich relevant bewertet. Insbesondere die fehlende Möglichkeit der Erfassung der Umsetzung von patientenindividuellen Maßnahmen führte dazu, dass die übrigen, vor fachlichem Hintergrund als sinnvoll zu beurteilenden Indikatoren letztlich als nicht relevant bewertet wurden. Insbesondere der Verweis auf eine im OPS festgelegte therapiezielorientierte Behandlung ist in Kenntnis der OPS kaum als Alternative zu einer Qualitätssicherung anzusehen. Auch dort krankt das System an einer eingeschränkten Überprüfbarkeit.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Somit muss grundlegend die Beurteilung einer fehlenden Relevanz in Frage gestellt werden. Es handelt sich um Anteile der Therapieplanung, die grundsätzlich im therapeutischen</i></p>	<p>Eine geeignete Erhebung und Bewertung des Entlassungsmanagements anhand von wenigen Indikatoren, die einzelne Maßnahmen erfassen, schien den Panelexperten nicht geeignet. Im Indikatorenset sind Indikatoren enthalten, die Ergebnisse des Entlassungsmanagements erfassen (ID 01e und ID 05a). Der Qualitätsindikator ID 08c erfasst zudem einen u.a. für das Entlassungsmanagement relevanten Prozess. Daher sieht das AQUA-Institut keine Notwendigkeit die Panelbewertung zu überstimmen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<i>Selbstverständnis fixiert sein sollten, jedoch aus der Prüfpraxis des MDK heraus durchaus nicht flächendeckend etabliert sind.</i>	
106	<p><i>Qualitätspotenzial: Strukturen zum Informationsaustausch</i></p> <p>Hier wurde nur ein Indikator zur Diskussion und Bewertung gestellt. <i>Der Indikator wurde als „zu speziell“ beurteilt.</i> Es handelt sich um einen sektorenübergreifenden Ansatz, der jedoch die theoretischen Grundlagen für den Informationsaustausch prüft (Regeln zu ...). Er ermöglicht keine Abbildung der Umsetzung der vereinbarten Regeln zur Informationsübermittlung.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Da das Ziel des Auftrages darin bestand, die Versorgungsqualität zu erfassen, ist die Bewertung des Expertengremiums nicht gänzlich nachvollziehbar. Bereits das Vorliegen von entsprechenden Regelungen - dem ein Erstellungsprozess vorangeht - muss als grundsätzlicher Ansatz des therapeutischen Selbstverständnisses angesehen werden.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass der Informationsaustausch zwischen den Sektoren von großer Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist.</p> <p>Auch die Panelexperten hielten den Informationsaustausch für zentral, bezweifelten aber, dass das explizite Vorliegen schriftlicher Regelungen hier einen Zusatznutzen für die Patienten erbringt. Wichtiger fanden die Experten, dass tatsächlich ein Austausch stattfindet. Auch und gerade dort, wo bereits ein guter Informationsaustausch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen stattfindet, sei der Nutzen zusätzlicher schriftlicher Regelungen eher zweifelhaft.</p> <p>Die Darstellung der Diskussion zu diesen Indikatoren wurde nochmals überprüft und ggf. geändert.</p>
107	<p><i>Qualitätspotenzial: Koordination und Kooperation in der ambulanten Versorgung</i></p> <p>Von den fünf vorliegenden Indikatoren wurde keiner als relevant bewertet. Die Begründung war die fehlende Möglichkeit einer „Erfolgskontrolle“ bzw. der Überprüfung der Indikation zu der abgebildeten Maßnahme aufgrund eines fehlenden Fallbezugs. Zudem wurde die praktische Relevanz eines spezifischen standardisierten Instruments zur Messung der Funktionalität von den Panel-Teilnehmern in Frage gestellt.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Was genau sich hinter dieser Aussage verbirgt, lässt sich dem Vorbericht nicht entnehmen, da es um den Vorgang des Messens durch den Arzt ging und nicht um eine longitudinale Erfassung. Der eigentliche Fokus der Qualitätssicherung auf Maßnahmen im Bereich des SGB V scheint in dieser Diskussion partiell verlorengegangen zu sein (z. B. Erfassen von Hilfebedarf, Anbieten von Arbeitsrehabilitationsmaßnahmen...). Maßnahmen, wie die beispielhaft angeführten, bilden originär die Tätigkeit der ambulanten Leistungserbringer des SGB V ab.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht des GKV-SV, dass die beispielhaft angeführten Maßnahmen originäre Tätigkeiten der ambulanten Leistungserbringer des SGB V-Bereichs sind. Das AQUA-Institut möchte aber auch auf den Hinweis einiger Panelexperten verweisen, dass diese Maßnahmen (teilweise parallel) auch andere Leistungserbringer, idealerweise in Abstimmung mit dem behandelnden Facharzt, durchführen können.</p> <p>Die Panelexperten haben die beispielhaft angeführten Maßnahmen prinzipiell als relevant bewertet. Vor dem Hintergrund der Einschränkung auf eine ambulante einrichtungsbezogene anstatt eine fallbezogene QS-Dokumentation wurden die zugrunde liegenden Indikatoren für ein QS-Verfahren als <i>fraglich relevant</i> bewertet. Eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation eignet sich aus Sicht der Panelexperten und aus Sicht des AQUA-Instituts weit besser zur Erfassung dieser Maßnahmen.</p> <p>Gleiches gilt für die Messung der Funktionalität. Auch hier erscheint äquivalent zu dem Qualitätsindikator ID 77a eine fallbezogene Erfassung geeigneter als eine einrichtungsbezogene Erfassung.</p> <p>Die Darstellung der Diskussion zu diesen Indikatoren wurde nochmals überprüft und ggf. geschärft.</p>
108	<p><i>Qualitätspotenzial: Somatische Versorgung</i></p> <p>Es wurden die zwei Indikatoren Dokumentation des Körpergewichts und gesundheitsfördernde Maßnahmen als relevant bewertet. Fünf Indikatoren wurden aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz berücksichtigt, indem sie in einem Indikator zusammengefasst wurden. Ein anderer Indikator (körperliche Untersuchung) wurde fachlich als relevant eingestuft, konnte jedoch aufgrund der fehlenden Erfassbarkeit nicht in das Indikatoren-Set aufgenommen werden. Dieser Aspekt wurde in die Operationalisierung des Indikators gesund-</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>heitsfördernde Maßnahmen aufgenommen. Andere Leistungen wurden nicht als spezifische Leistung der psychiatrischen Versorgung identifiziert und somit als nicht relevant bewertet. Aspekte der Krebsfrüherkennung und weiterhin der Erhebung des Raucherstatus wurden aber in andere Indikatoren integriert. Ein Zeitfenster für die körperliche Untersuchung nach Aufnahme hielten die Experten nicht für relevant.</p> <p><i>Bewertung:</i>  <i>Die Diskussion konnte inhaltlich gut nachvollzogen werden. Die wesentlichen Aspekte sind in das Indikatoren-Set eingegangen.</i></p>	
109	<p><i>Qualitätspotenzial: Restriktive Maßnahmen</i></p> <p>Für dieses Qualitätspotential wurden insgesamt 10 Indikatoren diskutiert, drei davon waren von den Experten im Rahmen der Bewertungsrunde 1 neu definiert worden. Fünf wurden als nicht relevant bewertet. Der Umfang von Zwangsmaßnahmen wurde von den Experten als sehr relevantes Qualitätsmaß bewertet. Da jedoch darauf geachtet wurde, dass die Relation zu allen anderen relevanten Indikatoren gewahrt bleibt, erfolgte eine Auswahl der als relevant bewerteten Indikatoren, die eine Differenzierung von Zwangsmaßnahmen nach Anzahl und Dauer der Maßnahmen nicht vorsieht.</p> <p><i>Bewertung:</i>  <i>Die Diskussion konnte inhaltlich gut nachvollzogen werden. Die wesentlichen Aspekte sind in das Indikatoren-Set eingegangen.</i></p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
110	<p><i>Qualitätspotenzial: Psychotherapie</i></p> <p>Hier wurde ein Indikator zur Diskussion gegeben: Anbieten von Psychotherapie. Er bezog sich auf den stationären Bereich. Da sich die Experten auch nach intensiver Diskussion nicht auf eine einheitliche Definition von stationär durchgeführter psychotherapeutischer Intervention für Patienten mit einer F2 Diagnose einigen konnten, wurde die Relevanz des Indikators in Frage gestellt. Es wurde ähnlich wie bei dem Punkt Psychoedukation vorgeschlagen, Psychotherapie (und psychoedukative Versorgung) „in einen noch zu formulierenden Indikator zur Psychotherapie in der ambulanten Versorgung zu integrieren“.</p> <p><i>Bewertung:</i>  <i>Hier wäre eine differenziertere Darstellung des Diskussionsverlaufs wünschenswert. Vor dem Hintergrund einer ausreichenden Evidenz für den Nutzen von Psychotherapie und auch von Psychoedukation bei psychotischen Störungen ist diese Entscheidung anhand des Vorberichts nicht nachzuvollziehen.</i></p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt dem GKV-SV zu, dass in Leitlinien starke und evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung von Psychotherapie und Psychoedukation gegeben werden. Allerdings teilt das AQUA-Institut die Ansicht, dass in den Leitlinien Psychotherapie oder Psychoedukation klar definiert ist, nicht. Weder aus den Leitlinien noch aus der wissenschaftlichen Literatur sind klare Empfehlungen zum Ablauf, zum Inhalt, zu einer geeigneten Frequenz oder Dauer von Psychotherapie oder Psychoedukation gegeben. Die einzelnen, in Studien untersuchten Interventionen unterscheiden sich deutlich voneinander. Zudem wird in einigen Studien Psychoedukation als eine mögliche Psychotherapie geschildert, andere Studien, wie auch die abgelaufenen deutschen S3-Leitlinien, scheinen Psychotherapie und Psychoedukation getrennt zu betrachten. Einzig die Intervention „Richtlinien-Psychotherapie“ ist in der Psychotherapie-Richtlinie definiert. Diese Richtlinie ist aber nur auf die ambulante Versorgung anwendbar.</p> <p>Diese Diskussionen zum Thema Psychotherapie und Psychoedukation spiegelten sich auch unter den Panelexperten wider. Dabei haben die Panelexperten zu keinem Zeitpunkt die Relevanz von Psychotherapie oder Psychoedukation in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose infrage gestellt. Vielmehr wurde die Definition (Inhalt und Ablauf), Abgrenzung und Quantifizierung von Psychotherapie und Psychoedukation, v.a. im stationären Bereich, konträr diskutiert und konnte aufgrund der stark differie-</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>renden Einschätzungen der Experten nicht konsentiert werden. Aufgrund dessen konnten keine Indikatoren zur Psychotherapie und Psychoedukation im stationären Bereich definiert werden. Da auch die Leitlinien und Literatur keine klaren Definitionen zulassen, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panexperten zu überstimmen. Im Bericht wurde die Paneldiskussion ausführlicher geschildert.</p>
111	<p><i>Qualitätspotenzial: Empowerment und Angehörigenpartizipation</i></p> <p>Von den sechs vorgestellten Indikatoren wurden drei als relevant bewertet. Der Indikator zur Psychoedukation wurde ähnlich wie der eben bereits besprochene Indikator zur Psychotherapie diskutiert. Die Relevanz ambulanter Psychoedukation für Patienten und Angehörige wurde in Frage gestellt. Ebenso wurde der Indikator Selbsthilfe in seiner Relevanz für Qualitätssicherungszwecke in Frage gestellt, da die Empfehlung von Selbsthilfeangeboten durch verschiedenste Leistungserbringer vorgenommen wird. Wichtig sei nicht wer die Empfehlung ausspreche, sondern ob sie von den Patienten in Anspruch genommen werde.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Auch hier ist anzumerken, dass die Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans „ausreichend lange und gegebenenfalls wiederholt angeboten werden“ soll (Leitlinienempfehlung: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S. 36, Evidenzebene 1 a). In derselben Leitlinie findet sich auf S. 35 die Empfehlung zur Einbeziehung von Angehörigen in die psychoedukative Behandlung auf Evidenzlevel 1 a. Hier fehlt dem Leser eine differenziertere Abbildung der Diskussion im Sinne der Nachvollziehbarkeit.</i></p>	<p>Siehe hierfür die Ausführungen zu Psychotherapie und Psychoedukation unter Nr. 110.</p>
112	<p><i>Qualitätspotenzial: Struktur</i></p> <p>Für dieses Qualitätspotenzial sind offensichtlich Bearbeitungsfehler unterlaufen, so dass der Inhalt nicht ganz konsistent ist.</p> <p>Die Experten des Panels sprachen sich dagegen aus, solche Qualitätsindikatoren aufzunehmen, die „durch die Einrichtungen nur schwer zu beeinflussen“ seien (z. B.: Stationsgröße). Insbesondere Krankenhäuser mit Pflichtversorgung könnten zum Beispiel die Belegung von Stationen nicht steuern.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Auch hier werden Aspekte der Verantwortungszuschreibung bereits in der Wertung der Relevanz der Indikatoren vorweggenommen. Die Diskussion sollte im Rahmen der Risikoadjustierung geführt werden. Der Fokus auf relevante Qualitätsdefizite geht durch den frühzeitigen Ausschluss mit der Begründung fehlender Relevanz verloren.</i></p>	<p>In die Relevanz-Bewertung der Indikatoren können nach Methodenpapier 4.0 verschiedene Aspekte einfließen. „Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je stärker die vorliegende Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome, ist.</li> <li>▪ je besser der Indikator zwischen schlechter und guter Leistung einer Einrichtung differenzieren kann.</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung für Patienten ist (patientenrelevante Endpunkte).</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung des Indikators für die betrachtete Population ist (epidemiologische Relevanz).</li> <li>▪ je stärker der Nutzen bei Erfüllung des Indikators mögliche Risiken überwiegt.</li> <li>▪ je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist.“</li> </ul>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge des GKV-SV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>Die vom GKV-SV kritisierten Ausschlussgründe sind eindeutig im letzten Punkt wiederzufinden, allerdings ist auch der zweite Punkt hier einschlägig. Daher ist aus Sicht des AQUA-Instituts die Relevanz-Bewertung der Panelexperten nachvollziehbar. Da das AQUA-Institut gleichzeitig die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen muss, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen.</p>
113	<p><i>Qualitätspotenzial patientenrelevante Endpunkte</i></p> <p>Von den hier vorgestellten sechs Indikatoren wurde keiner als relevant bewertet. Auch hier wiederum spielte offensichtlich eine große Rolle, dass eine eindeutige Zuordnung die Ergebnisse der Indikatoren zu einem Leistungserbringer nicht möglich sei. Auch können beispielsweise der Indikator Häufigkeit stationärer Aufnahmen nur bedingt Aussagen über die Qualität der Behandlung durch den jeweils betrachteten Leistungserbringer ergeben. Beispielsweise ein Suizid oder Suizidversuch könne nur bedingt Aussagen zu der Qualität in dem gerade genutzten Setting geben. In der Frage von Sterblichkeit bildet sich massiv die Sorge ab, für Qualitätsdefizite anderer Leistungserbringer in die Verantwortung genommen zu werden.</p> <p><i>Bewertung:</i></p> <p><i>Im Resultat wurden die Indikatoren durch die Experten durchweg als inhaltlich relevant bewertet, letztlich jedoch aufgrund der fehlenden Zuordenbarkeit zu dem Setting, in dem das Qualitätsdefizit vorliegt, als „nicht relevant“ erklärt. Vielmehr scheinen die Indikatoren in der vorliegenden Form nicht praktikabel zu sein. Vor dem Hintergrund von Hinweisen aus der internationalen Literatur, dass so genannte unerwünschte Ereignisse in Abhängigkeit von qualitativer und quantitativer Personalausstattung in unterschiedlichem Umfang vorkommen, ist diese Entscheidung nicht verständlich.</i></p>	<p>Vorab möchte das AQUA-Institut darauf verweisen, dass die von dem GKV-SV angeführten Indikatoren als <i>fraglich relevant</i> und nicht als <i>nicht relevant</i> bewertet wurden.</p> <p>Die Diskussionen im Panel geben Anlass zu der Vermutung, dass viele Ergebnisindikatoren, wie „Veränderung der Funktionalität während des stationären Aufenthalts“ oder „Sterblichkeit“, im Indikatorenset verblieben wären, wenn bspw. die Rückmeldung an eine Region über eine verantwortliche Stelle für psychiatrische Versorgung möglich wäre.</p> <p>In die Relevanz-Bewertung der Indikatoren können nach Methodenpapier 4.0 verschiedene Aspekte einfließen. „Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je stärker die vorliegende Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem Versorgungsaspekt, z.B. zum klinischen Outcome, ist.</li> <li>▪ je besser der Indikator zwischen schlechter und guter Leistung einer Einrichtung differenzieren kann.</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung für Patienten ist (patientenrelevante Endpunkte).</li> <li>▪ je stärker die Bedeutung des Indikators für die betrachtete Population ist (epidemiologische Relevanz).</li> <li>▪ je stärker der Nutzen bei Erfüllung des Indikators mögliche Risiken überwiegt.</li> <li>▪ je besser das Ergebnis des Indikators durch die betrachtete Einrichtung beeinflussbar ist.“</li> </ul> <p>Der vom GKV-SV kritisierte Ausschlussgrund ist eindeutig im letzten Punkt wiederzufinden, allerdings ist auch der zweite Punkt hier einschlägig. Daher ist aus Sicht des AQUA-Instituts die Relevanz-Bewertung der Panelexperten nachvollziehbar. Da das AQUA-Institut gleichzeitig die beauftragte „Erarbeitung eines Auswertungskonzepts, welches die Zuschreibbarkeit der Qualitätsinformationen zu den dafür verantwortlichen Leistungserbringern umfasst“ berücksichtigen muss, sieht das AQUA-Institut davon ab, die Bewertung der Panelexperten zu überstimmen.</p> <p>Da die Mortalität aufwandsarm über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann, nimmt das AQUA-Institut die Mortalität als eine Kennzahl in den Rückmeldebericht an die Leistungserbringer auf (vgl. Abschnitt 5.4 und 7.2.4). Somit steht die Information zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten zur Verfügung.</p>

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1. Präambel</b>		
1	<p>Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewertet im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 137a (3) SGB V den Vorbericht des AQUA-Instituts zu dem Themengebiet „Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ (Stand: 15.07.2015). Die hier vorgelegte Stellungnahme erfolgt anhand der Beauftragung durch den G-BA am 19.06.2014 auf Basis der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 137a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 - 4 SGB V und anhand des durch das AQUA-Institut erstellten Methodenpapiers (Version 4.0, Stand 17.02.2015).</p> <p>Insgesamt liefert der zeitgerecht eingereichte Vorbericht eine gute Zusammenschau und erlaubt Einblicke in die Herangehensweise an dieses komplexe Thema. Einige Aspekte werden im Folgenden mit der Bitte um Nachbesserung bzw. Ergänzung angemerkt.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>2. Kapitelbezogene Anmerkungen</b>		
<b>2.1 Themerschließung (Vorbericht S. 23–54)</b>		
2	Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ging das AQUA-Institut bei der Themerschließung auftragsgemäß und methodisch präzise nach dem Methodenpapier 4.0 vor. Die <b>Rechercheergebnisse</b> sind umfassend und sehr gut verständlich dargelegt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	Alle wichtigen und relevanten <b>Informationsquellen</b> (Evidenzrecherche, Expertengespräche, Empirische Analysen) wurden genutzt. 16 HTA-Berichte, 110 systematische Reviews, 47 Leitlinien, 255 relevante Indikatoren sowie 8 neu entwickelte Indikatoren – basierend auf 259 Literaturquellen und Ergebnissen aus empirischen Berechnungen mittels Routinedaten einer Krankenkasse (2010 – 2012) konnten für die Entwicklung des Verfahrens herangezogen werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
4	Bei der Zusammenstellung und Entwicklung der Indikatoren wurde auf <b>die praktische Umsetzung und Machbarkeit</b> geachtet. So konnten vier von 27 Qualitätsindikatoren mit dem Fokus Strukturqualität im stationären Bereich entwickelt werden. Es wurden 19 Indikatoren zur Prozessqualität und weitere vier Indikatoren zur Ergebnisqualität gebildet. (vgl. Indikatorenset 1.0 des AQUA-Instituts). Davon betreffen 10 Indikatoren den ambulanten und 19 Indikatoren den stationären Bereich.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
5	Ein <b>Nachbesserungsbedarf</b> ergibt sich für die KBV auf S. 32. Hier werden die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PiA) gegenüber den Nervenfachärzten in einem ungleich positiveren Verhältnis dargestellt. In der Praxis ergibt sich ein anderes Bild. Im Bericht sollte darauf hingewiesen werden, dass die PIA einen spezifischen Versorgungsauftrag für die-	Der Textabschnitt wurde überarbeitet. Es wurde u.a. entsprechend der dreiseitigen Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V angeführt, dass die Versorgung für Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung auf die Behandlung durch eine



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	jenigen Patienten haben, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung dieser Behandlung bedürfen (§ 118, Abs. 2 SGB V – 3-seitige Vereinbarung).	Psychiatrische Institutsambulanz angewiesen sind, den PIA obliegt. Überdies wird der Bericht um eine detailliertere Darlegung der Qualitätspotenziale in PIA ergänzt.
6	Auf S. 37 sollte die Kritik zur „Soziotherapie“ entschärft werden. Der Alternativtext könnte lauten: „Soziotherapie ist <i>bisher</i> nicht flächendeckend in der Bundesrepublik implementiert (Melchinger 2008). Zum Training der Alltagsfertigkeiten wird häufig Ergotherapie verordnet (DGPPN 2011). Es ist jedoch nicht bekannt, wie häufig dies geschieht.“	Der Änderungsvorschlag wurde in den Bericht übernommen.
7	Die dargelegten <b>Qualitätspotenziale</b> (Kap. 3.4) betreffen die Bereiche Koordination, Kooperation und Kontinuität, Pharmakotherapie, somatische Versorgung sowie Empowerment und Angehörigenpartizipation. Für die ambulante Versorgung werden auch Aspekte zur psychotherapeutischen Behandlung erfasst. Unter der Überschrift Psychotherapie (Kap. 3.4.5 des Vorberichts) sollte auf S. 44 nach dem dritten Textblock des Kapitels noch ein Verweis auf die aktuell geltende Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden: „Durch eine am 3. Januar 2015 in Kraft getretene Änderung der Formulierung der Indikation psychotische Störungen in der Psychotherapie-Richtlinie erhofft sich der G-BA allerdings einen verbesserten Zugang der Patienten zur Psychotherapie. (Bundesanzeiger unter BAnz AT 02.01.2015 B2)“.	In Anlehnung an den Vorschlag der KBV wurde im Qualitätspotenzial Psychotherapie eine Fußnote bezüglich der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ergänzt.
8	Bereits im Panelprozess wurde zum Indikator „ <b>Anbieten ambulanter Psychotherapie</b> “ eine sehr kontroverse Diskussion geführt. Hier wird nicht ausreichend differenziert zwischen Richtlinienpsychotherapie und psychotherapeutischer Intervention, z. B. im Rahmen der psychiatrischen Gesprächsführung. Dies sollte zumindest bei der Beschreibung des Versorgungspfades in die Liste der Therapiemaßnahmen für den ambulanten wie für stationären Bereich mit aufgenommen werden. Angesichts weiterer kritischer Punkte (z. B. Nichtberücksichtigung der spezifischen Indikation zur Psychotherapie) bleibt zu hinterfragen, wie dieser Indikator vor dem Hintergrund dieser mangelnden Abgrenzung bewertet werden soll.	Der Abschnitt zum Versorgungspfad wurde überprüft und ggf. zwischen Richtlinien-Psychotherapie und psychotherapeutischer Intervention unterschieden.
<b>2.2 Erstellung des Indikatorenregisters (Vorbericht S. 55–60)</b>		
9	Das Verfahren zur Erstellung des Indikatorenregisters wird im Vorbericht transparent beschrieben. Für die Indikatorenrecherche wurden die nationalen und internationalen Indikatorensysteme und -datenbanken genutzt. Darüber hinaus wurde eine systematische Literaturrecherche nach Indikatoren durchgeführt. Im Rahmen des Panelverfahrens wurden acht weitere Indikatoren generiert.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2.3 Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters (Vorbericht S. 62–123)</b>		
10	Die Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters erfolgte gemäß Methodenpapier 4.0 mit Hilfe des <b>RAM-Prozesses</b> (systematische Bewertung der Relevanz und Praktikabilität der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren). Der Ablauf des Verfahrens wurde plausibel und gut nachvollziehbar dargestellt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
11	Die <b>Panelzusammensetzung</b> der 15 Experten (vgl. Tabelle 11, S. 63) stellt nach Auffassung der KBV keine optimale Ausgewogenheit dar. Von 15 Experten kamen lediglich drei Mediziner aus dem ambulanten Sektor. Die Anzahl nicht-ärztlicher Experten überwog deutlich dem Anteil, der sonst bei der Entwicklung neuer Verfahren üblich ist. So kamen zwei Personen aus dem Bereich Pflege, zwei Personen als Betroffene, zwei Personen als Patientenvertreter und zwei als sonstige Experten.	Nach unseren Berechnungen ergeben sich 4 ärztliche Vertreter aus dem stationären und 4 aus dem ambulanten Bereich, 2 Vertreter aus dem Bereich der stationären Pflege sowie 4 Vertreter von Patienten und Angehörigen (davon zwei Patientenvertreter durch die BAG Selbsthilfe benannt) sowie ein „reiner“ Wissenschaftler (Versorgungsforschung). Mit Blick auf die in diesem Versorgungsbereich überragende Bedeutung der Patienten- und Angehörigenperspektive (v.a. unter ethischen Gesichtspunkten) wurde entschieden, über die beiden von der BAG Selbsthilfe benannten Patientenvertreter hinaus einen weiteren Patientenvertreter sowie insbesondere einen Angehörigenvertreter in das Panel aufzunehmen.
12	Auf S. 85 und S. 148/149 ist zu entnehmen, dass sich die Experten in der Diskussion zu den QS-Maßnahmen dafür ausgesprochen haben, sowohl Betroffene als auch Angehörige in einem geeigneten Maß in die Vereinbarung bzw. Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen einzubinden. Auf S. 149 empfiehlt das AQUA-Institut ferner, bei den <b>Fachkommissionen und auch bei QS-Maßnahmen auch Angehörigenvertreter und weitere Patientenvertreter</b> zu beteiligen und in die Qualitätssicherungsmaßnahmen konkret einzubeziehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich eindeutig gegen diesen Vorschlag aus. Die Qesü-Richtlinie sieht bereits eine regelhafte Einbeziehung zweier Patientenvertreter in den Fachkommissionen vor. Fachkommissionen sollten vorrangig mit klinischen Experten besetzt werden. Unverständlich ist, welchen Beitrag Angehörige bei der fachlichen Beurteilung von Qualitätsindikatoren oder bei Durchführungen von QS-Maßnahmen leisten sollen. Zudem besteht die Gefahr, dass die Anzahl an Experten bzw. Fachkommissionsmitgliedern unverhältnismäßig groß wird und echte Qualitätsdefizite nicht im engen und geschützten Rahmen diskutiert werden können.	Hierbei handelt es sich nur um Empfehlungen, die aufgrund der im Rahmen dieser Erkrankungen im Vergleich zu den bisherigen QS-Themen etwas anderen Bedeutung von Patienten (Ethik und Selbstbestimmung) und Angehörigen (Dialog) von Experten gegeben wurden und die das AQUA-Institut im Grundsatz teilt. Soweit es die fachliche Beurteilung der Qualitätsindikatoren betrifft, ist anzumerken, dass sich drei Indikatoren auf den Einbezug von Angehörigen beziehen, weshalb es auch nicht ganz unplausibel scheint, Angehörige bei der Durchführung von QS-Maßnahmen einzubeziehen. Hierzu ist auch auf die Besuchskommissionen einiger Bundesländer zu verweisen, die im Rahmen der Unterbringungsgesetze bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze Begehungen in stationären psychiatrischen Einrichtungen durchführen und sich zumeist dialogisch, d.h. jeweils zu einem Drittel aus Fachärzten, Patienten und Angehörigen zusammensetzen.
13	Auf S. 86 bittet die KBV um eine kleine <b>redaktionelle Änderung beim Indikator ID 01e</b> . Entsprechend des Indikatorensets 1.0 muss bei der Definition des Nenners aufgenommen werden, dass es sich um alle <i>stationären</i> Fälle mit einer F2 Haupt- oder Nebendiagnose handelt.	Das Wort „stationären“ wurde in der Nennerbeschreibung bei der Darstellung der Pieldiskussion ergänzt.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2.4 Erhebungsinstrumente und Dokumentation (Vorbericht S. 124–128)</b>		
14	Für die Umsetzung des QS-Verfahrens werden Informationen aus zwei Datenquellen benötigt: Krankenkassen und Leistungserbringerdaten (S. 124 Vorbericht). Die Beschreibung und Vorgehensweise entspricht der Beauftragung durch den G-BA.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
<b>2.5 Umsetzung (Vorbericht S. 129–153)</b>		
15	Eine <b>Eingrenzung</b> des Verfahrens auf Patienten und Patientinnen aus der Diagnosegruppe F2 nach ICD 10 mit <b>schweren und schwersten Verläufen</b> war Teil des Auftrages. In der Literatur- und Indikatorenrecherche wurden die schweren und besonders schweren Verläufe einbezogen. Allerdings fehlt die Erläuterung, in welcher Weise auch die Auswahl der Indikatoren entsprechend erfolgte.	Bei der Auswahl der Indikatoren wurden selbstverständlich auch Indikatoren für Patienten mit schweren und schwersten Verläufen berücksichtigt, wobei sich die recherchierten Indikatoren selten ausschließlich auf Patienten mit schweren und schwersten Verläufen beziehen. Die Indikatorenauswahl orientierte sich u.a. an denjenigen Qualitätspotenzialen, die auch für Patienten mit schweren und schwersten Verläufen relevant sind, sodass Indikatoren für Patienten mit schweren und schwersten Verläufen auch in der Auswahl der Indikatoren Berücksichtigung fanden.
16	Auch hinsichtlich der Auslösung der Fälle bzw. Auslösung der Leistungserbringer für die Einrichtungsbefragung wird im Vorbericht jedoch keine Falldefinition für schwere oder besonders schwere Verläufe beschrieben. Hier sollte Bezug auf die Vorarbeiten (Konzeptskizzen) genommen werden.  So wie im Bericht beschrieben, würde es für die Befragung im ambulanten Sektor bedeuten, dass <u>alle</u> vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen und PIA befragt werden, unabhängig davon, ob sie Patienten mit einer F2-Diagnose behandeln oder nicht und unabhängig davon, ob der Verlauf dieser Erkrankung schwer oder besonders schwer ist. Die Frage 1 der ambulanten Einrichtungsbefragung wird dann quasi als Filterkriterium genutzt.	Wie die KBV richtig herausstellt, werden im Rahmen der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation alle vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen und PIA befragt.  Eine präzisere Auslösung, bei der beispielsweise nur Einrichtungen befragt werden, die mindestens einen Patienten mit einer F2-Diagnose versorgt haben, ist prinzipiell technisch möglich, aber sehr aufwendig. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen könnte nur quartalsweise ausgelöst werden, was bedeuten würde, dass in Einrichtungen bis zu viermal eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ausgelöst werden würde. Auch eine zusätzliche Beschränkung auf schwere und schwerste Verläufe, wie in der dritten Konkretisierung diskutiert, würde diesen Aufwand voraussichtlich nicht signifikant reduzieren.
17	Wie das AQUA-Institut auf Seite 137 zutreffend beschreibt, sind an der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose verschiedene ambulante Leistungserbringer beteiligt. So soll die Rückmeldung der Versorgungsqualität je Fall an einen zu definierenden „ <b>Hauptarzt</b> “ gehen (Einrichtung, zu der der Patient die meisten Kontakte im Erfassungsjahr hatte). Zur Operationalisierung bleiben dennoch Fragen, z. B.: An welchen Arzt werden die Ergebnisse zurückgespiegelt, wenn z. B. ein Patient zu zwei Ärzten die gleiche Anzahl an Kontakten hatte?	Die Angaben von Patienten, die zu zwei oder mehr Fachärzten die gleiche Anzahl an Kontakten haben, werden in die Berechnung der Indikatoren all jener Fachärzte einbezogen. So kann ein Patient auch zwei oder mehr „Hauptärzte“ haben. Dies trifft nach Hochrechnungen des AQUA-Instituts anhand von Routinedaten einer Krankenkasse aus dem Jahr 2012 auf 0,5 % der Patienten zu.
18	Ergebnisse aus <b>Follow-up-Indikatoren</b> (S. 138) sollen sowohl an die ambulante wie stationäre Einrichtung rückgespiegelt werden. Was aber bedeutet dies in der Konsequenz für die Ergebnisverantwortung und die daraus folgenden QS-Maßnahmen? Die KBV bittet um nähere Erläuterungen.	Die Grundgesamtheiten der Follow-up-Indikatoren unterscheiden sich zwischen der ambulanten und der stationären Einrichtung. In die Berechnung der Indikatoren für eine ambulante Einrichtung werden Informationen zu den Patienten, deren Hauptarzt dieser Einrichtung angehört und für stationäre Einrichtungen Informationen zu Patienten, die durch die Einrichtung versorgt werden, einbezogen. Haben eine stationäre und eine

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
		<p>ambulante Einrichtung Überschneidungen in ihrer Grundgesamtheit, muss daraus nicht resultieren, dass bei rechnerischen Auffälligkeiten einer Einrichtung auch gleichzeitig die andere Einrichtung rechnerisch auffällig wird. Somit kann die Ergebnisverantwortung differenziert werden.</p> <p>Maßnahmen zur Qualitätsförderung werden nach Qesü-Richtlinie im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens durch die LAG beschlossen. Die Follow-up-Indikatoren werden vom AQUA-Institut für ein Stellungnahmeverfahren mit Einbezug der Einrichtung und der Strukturen der regionalen Versorgung (vgl. Abschnitt 7.3.1) vorgeschlagen. Hier kann die rechnerische Auffälligkeit unter Einbezug anderer Einrichtungen der Region geklärt und ggf. Maßnahmen zur Qualitätsförderungen beschlossen werden, die sich an mehrere Einrichtungen richten können.</p> <p>Im Bericht wurde im Abschnitt 7.2.4 ein Absatz zur Erklärung ergänzt.</p>
19	<p>Um innerhalb des heterogen und sehr komplex strukturierten Versorgungsbereiches „Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung“ eine angemessene Verantwortungszuschreibung vornehmen zu können, schlägt das AQUA-Institut <b>10 Qualitätsindikatoren vor, die auf regionaler Versorgungsebene</b> ausgewertet werden sollen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt diesen Vorschlag außerordentlich, da auf diese Art Impulse zum regionalen sektorenübergreifenden Qualitätsdialog und zur gemeinsamen Verantwortungsübernahme für die Verbesserung der Versorgung entstehen. Zur Umsetzung schlägt das AQUA-Institut vor, die rechnerisch auffälligen Indikatoren zunächst im <b>Gemeindepsychiatrischen Verbund</b> oder alternativ in Qualitätszirkeln zu diskutieren und mögliche Ursachen zu klären. Die Erkenntnisse sollen, so der Vorschlag des AQUA-Instituts, der schriftlichen Stellungnahme beigefügt werden. Auch wenn das Institut auf S. 148 des Vorberichts darauf verweist, dass die genauere Ausgestaltung dieses Prozesses im Rahmen von themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden kann, so bittet die KBV bereits im Abschlussbericht um eine Konkretisierung dieses vielversprechenden Ansatzes. Wie kann eine gemeinsame Ergebnisverantwortung hinsichtlich der Durchführung von QS-Maßnahmen organisiert werden?</p>	<p>Das AQUA-Institut legt im Abschnitt 7.3.1 dar, wie der Einbezug der Region in das Stellungnahmeverfahren aussehen könnte: Neben der Stellungnahme des Leistungserbringers bei dem eine rechnerische Auffälligkeit aufgetreten ist, könnte auch eine Stellungnahme der „Region“ einbezogen werden. Hierfür könnte die LAG den Leistungserbringer verpflichten, die rechnerischen Auffälligkeiten im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder in einem Qualitätszirkel zu diskutieren. Ausgehend von dieser Diskussion könnte der Gemeindepsychiatrische Verbund oder der Qualitätszirkel eine Stellungnahme zur rechnerischen Auffälligkeit formulieren, die in den Klärungsprozess der rechnerischen Auffälligkeit und ggf. bei der Vereinbarung von Maßnahmen berücksichtigt wird (vgl. §17 Abs. 2 und 3 Qesü-RL). Andere Maßnahmen, wie Gespräche oder Begehungen, die in der Qesü-RL angeführt werden, könnten ebenfalls im Stellungnahmeverfahren eingesetzt werden. Schlussendlich obliegt es den LAGs, das geeignete Verfahren zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten aus dem vorgesehenen Katalog zu wählen und ggf. die Vereinbarung von geeigneten Maßnahmen zu beschließen.</p> <p>Der Ansatz bietet neben der Diskussion rechnerischer Auffälligkeiten und deren Klärung vor dem Hintergrund der regionalen Versorgung auch die Möglichkeit, Maßnahmen für einen Leistungserbringer im Austausch mit den Leistungserbringern der Region zu beschließen.</p>
20	<p>In diesem Kontext regen wir an, eine Übersicht zu erstellen, wie die Prozess- und Ergebnisverantwortung insgesamt aufgeteilt ist. Dies könnte durch eine Grafik/Matrix zur besseren Übersicht mit folgenden Parametern ergänzt werden: Indikator ambulanter/stationärer Bereich; Follow-up-Indikator, der beide Bereiche betrifft; regionale Rückspiegelung der Ergebnisse/Rückspiegelung an einen Leistungserbringer.</p>	<p>Die Anregung der KBV wurde übernommen und die vorgeschlagene Übersicht im Abschnitt 7.3.1 aufgenommen.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
21	Für die Durchführung der „ <b>Ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation</b> “ (S. 136) macht das AQUA-Institut Vorschläge für zeitliche Fristen. Aus Sicht der KBV müsste allerdings zunächst geklärt werden, wie überhaupt die Auslösung für eine Einrichtungsbeurteilung erfolgen und organisiert werden kann, bevor hier Festlegungen auch hinsichtlich einer Vollständigkeitsprüfung getroffen werden. Die Organisation müsste durch den G-BA noch konkretisiert werden.	Das AQUA-Institut stimmt der KBV zu, dass keine Fristen für die Vollzähligkeitsprüfung (Sollstatistik und Konformitätserklärung) gegeben werden sollten. Für eine ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist keine Vollzähligkeitsprüfung notwendig. Der entsprechende Satz wurde aus dem Absatz gestrichen.  Von den Fristen für die Datenlieferungen bei der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation empfiehlt das AQUA-Institut nicht abzuweichen, da dies zu erheblichen Verzögerungen in der Rückmeldung der Ergebnisse an die Leistungserbringer und für das daraus folgende Stellungnahmeverfahren führen kann.
22	Auf S. 136/137 des Vorberichts unten sollte das AQUA-Institut die Überschrift „ <b>Sollstatistik</b> “ und „ <b>Konformitätserklärung</b> “ um den Begriff „ <b>Vollzähligkeitsprüfung</b> “ erweitern. Somit können die Ausführungen zur Vollzähligkeitsprüfung im stationären und ambulanten Sektor besser differenziert werden.	Der Abschnitt zur Sollstatistik und Konformitätserklärung wurde in den vorangehenden Abschnitt 7.2.3 verschoben und die Überschrift entsprechend präzisiert.
23	Im Kapitel 7.2.4 Auswertungskonzept (ergänzend zu Tabelle 24) sollten hinsichtlich einer späteren Vergleichbarkeit mit anderen Einrichtungen auf Bundes- und Landesebene zu den Aspekten „ <b>Diskriminationsfähigkeit</b> “ und „ <b>Kleine Fallzahlen</b> “ Empfehlungen gegeben werden.	Entsprechende Empfehlungen wurden im Abschnitt Exemplarischer Aufbau eines Rückmeldeberichts (vgl. Abschnitt 7.2.4) ergänzt.
24	Unter dem Kapitel 7.4.1 (S. 159/150 Vorbericht) gibt das AQUA-Institut die Empfehlung einer <b>erweiterten Machbarkeitsprüfung</b> , was die KBV sehr unterstützt. Hilfreich wäre noch eine ergänzende Angabe, wie viele freiwillige Ärzte aus Kliniken und Praxen an der erweiterten Machbarkeitsstudie teilnehmen sollten, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.	Der Vorschlag der KBV wurde in den Bericht aufgenommen. Aus den Erfahrungen der vergangenen Machbarkeitsprüfungen heraus werden mindestens 10 Teilnehmer aus dem stationären Sektor, mindestens 10 PIA und mindestens 10 Teilnehmer aus dem ambulanten Sektor empfohlen.
25	Bei der Auswertung der Indikatoren der <b>ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation</b> (S. 139 Vorbericht) bittet die KBV um eine Konkretisierung des Auswertungskonzepts und wie beispielsweise mit Missing-Werten umgegangen werden kann.	Der Anhang D enthält für alle Fragen bzw. Items den Prozentanteil am Indikator sowie eine beispielhafte Berechnung eines Indikators.  Über eine Programmierung von Plausibilitätsregeln können Missing-Werte (im Sinne von fehlenden Angaben zu einzelnen Datenfeldern) ausgeschlossen werden. Hierzu wurde ein erklärender Absatz im Bericht ergänzt.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2.6 Potenziale der Entwicklung weiterer Erhebungsinstrumente (Vorbericht S. 155– 156)</b>		
26	Mit Plenumsbeschluss vom 19. Juni 2014 wurde die Institution nach §137a SGB V explizit damit beauftragt, in einem zweiten Schritt zu prüfen: „Ist eine [fallbezogene] <b>QS-Auslösung</b> im ambulanten Bereich umsetzbar?“. Die Erläuterungen in Kap. 8.2.2 sind nach Auffassung der KBV noch unzureichend. Es sollte insbesondere auf die „Konkretisierung zur Konzeptskizze“ vom 25.03.2013 Bezug genommen werden. Hier wurde die QS-Auslösung erstmals geprüft. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Votums der Panelexperten relevant, die es als „schwerwiegende Einschränkung des QS-Verfahrens“ sahen, dass noch keine fallbezogene QS-Dokumentation in der ambulanten Versorgung entwickelt werden sollte bzw. konnte.	Der zweite Schritt wurde im Kapitel 8 ausführlicher dargestellt.
<b>3. Anmerkungen zu den Anhängen</b>		
27	<b>Bitte um eine redaktionelle Änderung:</b> Im Indikatorenset 1.0 des Vorberichtes erscheint in der Kopfzeile ab Seite 3 „Indikatordatenblatt inkl. Bewertungsfeld für die Bewertungsrunde 2“ statt „Indikatorenset 1.0“.	Die Kopfzeile der Indikatordatenblätter wurde, äquivalent zu anderen Indikatordatenblättern in Abschlussberichten, gelöscht.
28	Im Indikatorenset 1.0 werden unter den einzeln aufgelisteten Indikatoren u. a. auch die Risikofaktoren für eine spätere <b>Risikoadjustierung</b> aufgeführt, die aus der Literatur zu entnehmen sind. Dies betrifft die Indikatoren: 01e, 05a, 19, 20b, 21a, 59, 35, 36, 39a, 61, und 62. Hilfreich wäre hier zu wissen, welche der aufgeführten Risikofaktoren über die erfassten Daten durch das QS-Verfahren tatsächlich abgebildet werden können. Beispielsweise wird bei Indikator ID 19 „Dosis des Antipsychotikums“ als Risikofaktor aufgelistet. Laut Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (§2 der AWVV) ist der Arzt allerdings nicht verpflichtet, auf dem Rezept die tägliche Dosis zu notieren (Beispiel 1-0-0).	Das AQUA-Institut stimmt der KBV zu, dass die verordnete tägliche Dosis der Antipsychotika nicht in den Sozialdaten der Krankenkassen enthalten ist. In der Pharmazentralnummer ist lediglich die Daily Defined Dose der Verordnung enthalten. Diese kann aber nicht mit der verordneten täglichen Dosis gleichgesetzt werden.  Die in den Indikatordatenblättern enthaltenen potenziellen Risikofaktoren sind Faktoren, die der gesichteten Literatur zu entnehmen waren und deren Erhebung im Rahmen des QS-Verfahrens möglich scheint. Diese Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.  Der potenzielle Risikofaktor „Dosis des Antipsychotikums“ wurde aufgenommen, um in der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells zu prüfen, inwieweit die verordnete DDD, als Annäherung an die verordnete tägliche Dosis, ein Risikofaktor für den Einsatz von psychotroper Kombinationstherapie ist.
<b>4. Fazit</b>		
29	Insgesamt liefert der Vorbericht eine erste Grundlage für ein Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung bei psychischen Erkrankungen“, auf der mit den noch zu sammelnden Erfahrungen aus der Machbarkeitsprüfung und einer Erprobung aufgebaut werden kann.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
30	Ob durch die <b>Fokussierung</b> auf <b>bestimmte Qualitätspotenziale</b> und den entwickelten Indikatoren die wesentlichen Versorgungsziele bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie abgebildet sind, muss im weiteren Verlauf beobachtet und bewertet werden.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der KBV	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
31	Das AQUA-Institut hat sich auftragsgemäß auf die Entwicklung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im stationären wie ambulanten Bereich sowie auf die fallbezogene QS-Dokumentation im stationären Sektor fokussiert. Den zweiten Schritt der Beauftragung - die Umsetzbarkeit von <b>fallbezogener QS-Dokumentation</b> im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zu prüfen - sehen wir allerdings als nicht vollständig erfüllt an. Erste Umsetzungsideen hierzu sollte das AQUA-Institut im Abschlussbericht bereits konkretisieren (vgl. Teil 2 der Beauftragung). Dies betrifft vor allem den Punkt „Auslösung“ der fallbezogenen QS-Dokumentation in den vertragsärztlichen Praxen.	Der zweite Schritt wurde im Abschnitt 8.2.2 ausführlicher dargestellt.
32	Positiv hervorzuheben ist, dass zum ersten Mal in einem QS-Entwicklungsverfahren eine <b>„regionale Verantwortungszuschreibung“</b> aufgenommen wird. Dies ist ein erster Grundstein für die Entwicklung von Area-Indikatoren, so wie sie die KBV schon seit langem fordert.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
33	Das entwickelte QS-Verfahren bleibt in der <b>Umsetzung komplex</b> . Viele Datenquellen sollen genutzt werden: Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, stationäre fallbezogene QS-Dokumentation, stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und ambulante einrichtungsbezogene Dokumentation. Ein zusätzlicher Bürokratieaufwand in den jeweiligen Einrichtungen wird notwendig. Ergebnisberichte an die Leistungserbringer oder an den regionalen Verbund können nur mit einem großen Zeitverzug rückgespiegelt werden (aufgrund langer Lieferfristen und Follow-up Zeiten der Indikatoren, die auf Basis von Sozialdaten erhoben werden).	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
34	Aus Sicht der KBV muss eine vom AQUA-Institut vorgeschlagene <b>erweiterte Machbarkeitsstudie</b> zeigen, wie sich das entwickelte QS-Verfahren in der Praxis und entsprechend der Zielsetzung umsetzen lässt.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach §140f SGB V

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>1 Vorbemerkung und Zusammenfassung</b>		
1	<p>Die Patientenvertretung begrüßt es, dass mit dem vorliegenden Verfahren ein erster Schritt zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (QS) der Versorgung psychisch Kranker unternommen wird. Bei der Versorgung dieser Patientengruppe handelt es sich um ein hoch komplexes Thema. Zum einen unterscheiden sich die Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse von Personen unterschiedlicher Krankheitsgruppen, zum anderen fällt eine „gute Versorgung“ psychisch Kranker nicht nur in den Bereich des SGB V, sondern darüber hinaus auch in andere Bereiche des SGB wie z. B. SGB IX und XI.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	<p>Die Komplexität der Thematik bedingte im Verfahrensverlauf eine mehrfache Konkretisierung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts und führte dazu, dass der Auftrag des G-BA für ein QS-Verfahren von einer weiteren Themenstellung nunmehr auf die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität einer Subgruppe psychisch Kranker (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29) eingegrenzt wurde. Auch wenn eine spätere Ausweitung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) diskutiert und im Bericht erwähnt wird, kann sich diese Stellungnahme nur auf das nun vorliegende Ergebnis beziehen, das eine deutlich kleinere Patientengruppe erfasst als die ursprünglich ins Auge gefassten „severe mental illnesses“. Damit hat das Verfahren zwangsläufig nicht die Reichweite, die sich die Patientenvertretung für die Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wünscht, zumal da letztere vom vorliegenden Verfahren nicht erfasst wird. Auch der entsprechende Auftrag des Gesetzgebers und die Anregungen des Bundesgesundheitsministeriums, die eine übergreifende QS zur Verhinderung von Qualitätsproblemen im Zusammenhang mit dem pauschalierten Entgeltsystem in Aussicht gestellt haben, wird durch den Auftrag des G-BA und die notwendigerweise darauf abstellende Entwicklungsleistung des AQUA-Instituts nicht erfüllt.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
3	<p>Am 19. Juni 2014 erhielt das AQUA-Institut den Auftrag des G-BA, ein QS-Verfahren durchzuführen mit dem Ziel der Entwicklung sektorenübergreifender und sektorspezifischer Qualitätsindikatoren und Instrumente sowie der notwendigen Dokumentation für die Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei der Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29).</p> <p>Die Verfahrensentwicklung sollte in folgenden Schritten erfolgen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Indikatoren sowie deren Dokumentation für Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose (i.e. ICD-10 F20.- bis F29) auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen“</li> </ol>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.



Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>2. „Indikatoren, Instrumenten und deren Dokumentation durch die Einrichtungen in der stationären Versorgung von Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose (i.e. ICD-10 F20.- bis F29)“</p> <p>3. „Instrumenten und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung, insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie psychiatrischen Institutsambulanzen in Bezug auf die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose (i.e. ICD-10 F20.- bis F29).“ (AQUA-Vorbericht S. 11)</p>	
4	Die Patientenvertretung bedauert außerordentlich, dass im Zusammenhang mit dieser Aufgabenstellung nicht auch eine Patienten- und Angehörigenbefragung beauftragt wurde. Mit dieser Einschränkung des Auftrags ist nach Auffassung der Patientenvertretung notwendigerweise die Konsequenz verbunden, dass das fertige Indikatorenset schwerwiegende blinde Flecken im Zusammenhang mit der Patientenperspektive aufweist.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
5	In dem vom AQUA-Institut durchgeführten Panelverfahren wurden 27 Qualitätsindikatoren als relevant und praktikabel bewertet und zur Umsetzung empfohlen. Diese sind folgenden in Kapitel 3 des Vorberichtes genannten Qualitätspotenzialen zuzuordnen: „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ (3 Indikatoren), „Pharmakotherapie“ (4 Indikatoren), „Somatische Versorgung“ (3 Indikatoren), „Restriktive Maßnahmen“ (7 Indikatoren), „Psychotherapie“ (1 Indikator), „Empowerment und Angehörigenbeteiligung“ (6 Indikatoren), „Strukturbezogene Potenziale“ (3 Indikatoren) (Vorbericht S. 13). Die Erhebung der Indikatoren soll über vier Instrumente erfolgen: Sozialdaten bei den Krankenkassen, ambulante und stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, stationäre fallbezogene QS-Dokumentation.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
6	<p>Insgesamt wurde ein Indikatorenset entwickelt, das für die Versorgung psychisch Kranker mit einer F2-Diagnose von hoher Relevanz ist. Bereits aus dem Auftrag des G-BA, aber auch aus den Ergebnissen des AQUA-Instituts wird jedoch deutlich, dass es sich nur um einen <i>ersten Schritt</i> der Entwicklung eines QS-Verfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen handeln kann, der Weiterentwicklungen in verschiedenen Richtungen bedarf. Die Patientenorganisationen stimmen deshalb mit den Kritikpunkten und Schlussfolgerungen, die die Patientenvertreter im Panel zusammen mit den anderen Experten des Panels formuliert haben, überein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der im Auftrag vorgegebene institutionsbezogene Ansatz der Qualitätssicherung kann die Versorgung von psychisch Kranken nur unzureichend abbilden. Der institutionsbezogene und auf den Leistungskatalog des SGB V beschränkte Ansatz birgt darüber hinaus das Risiko, die Sektorengrenzen in der Versorgung weiter festzuschreiben, anstatt sie zu überwinden.</li> <li>▪ Notwendig wäre die Weiterentwicklung zu einem patienten- und funktionsbezogenen Ansatz der Qualitätssicherung, der die Versorgung im regionalen Kontext sowie über Sektorengrenzen und die Grenzen der Zuständigkeit von Sozialgesetzbüchern hinaus</li> </ul>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>bewertet und sowohl medizinische als auch soziale Versorgungsangebote und deren Koordination erfasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine regionale bzw. populationsbezogene Auswertung der Qualitätsmessungen böte auch die Möglichkeit, regionale Merkmale wie beispielsweise die allgemeine soziale Situation einer Region zu berücksichtigen und damit Verbesserungspotentiale zu erfassen.</li> <li>▪ Ein besonders großer Nachteil des Verfahrens besteht darin, dass auf den Einbezug von Patienten und Angehörigen als Datenquelle verzichtet werden musste. Ohne die Befragung von Patienten und Angehörigen können für die Qualität der Versorgung zentrale Prozesse der Patientenorientierung (z. B. dem Grad ihrer Beteiligung an Behandlungsentscheidungen und die Art und Weise ihrer informierten Zustimmung zu Behandlungsschritten) nicht sinnvoll erfasst werden. Darüber hinaus fehlen dem QS-Verfahren damit wichtige Endpunkte der psychiatrischen Versorgung wie insbesondere die Lebensqualität, Selbstwirksamkeit oder Empowerment.</li> <li>▪ Für die ambulante Versorgung sollte eine patientenbezogene QS-Dokumentation entwickelt werden, um zu erfassen, welche Maßnahmen und Interventionen bei einzelnen Patienten indiziert sind und tatsächlich durchgeführt werden.</li> <li>▪ Wichtige Aspekte der Strukturqualität haben keinen Eingang in das QS-Verfahren gefunden. Dazu zählen Indikatoren zur Personalausstattung, die über die Berufsgruppe der Pflege hinausgehen, sowie zum Ausbildungsniveau und zur Multiprofessionalität von Teams. Weiterhin fehlen Indikatoren zum Thema sektorenübergreifende Kommunikation, Krisenintervention und aufsuchende Behandlungsangebote, die wesentlich von Strukturvoraussetzungen abhängen.</li> </ul>	
7	<p>Diese Einschränkungen und Kritikpunkte ergeben sich sowohl aus dem Auftrag des G-BA als auch aus dem Verfahren des AQUA-Instituts und den rechtlichen Rahmenbedingungen. Eine Einbeziehung von Versorgungsstrukturen außerhalb des SGB V-Bereiches ist aufgrund der gesetzlich geregelten Zuständigkeiten des G-BA nicht möglich (§ 92 (1) SGB V). Gleichzeitig hat der Gesetzgeber aber vorgegeben, dass bei den Beschlüssen des G-BA „den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie“ (§ 92 (1) SGB V). Medizinische Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind nach § 40, § 41, § 42 und § 43 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der GKV. Bei der Weiterentwicklung der QS bei psychischen Erkrankungen ist deshalb zu prüfen, wie häufig diese Voraussetzungen bei psychisch Kranken gegeben sind. Auf der Basis der Ergebnisse sollte diskutiert werden, ob entsprechende Leistungen in der QS-Entwicklung berücksichtigt werden müssten.</p>	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
<b>2 Anmerkungen zur Verfahrensentwicklung und zum vorgelegten Ergebnis</b>		
<b>2.1 Themerschließung</b>		
8	In den Kapiteln des Vorberichts zur Themerschließung fehlt eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen neuerer Forschungsarbeiten zu den Nebenwirkungen von Antipsychotika. Mehrere Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine Langzeittherapie mit Antipsychotika in hoher Dosierung das Risiko für Veränderungen der Hirnstrukturen und kognitive Defizite erhöht (siehe z. B. Jääskeläinen et al. (2015): Twenty Years of Schizophrenia Research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review). Zwar wird auch in den aktuellen Leitlinien (SIGN 2013 und NICE 2014) für die Behandlung der Schizophrenie eine Langzeittherapie mit Antipsychotika empfohlen, um das Risiko eines Rückfalls zu minimieren, aber in Fachkreisen wird über eine Differenzierung der Empfehlungen nachgedacht. In jedem Fall müssen Patienten über mögliche Nebenwirkungen einer Langzeittherapie informiert und in die Entscheidungsfindung für eine Therapie einbezogen werden. Unerwünschte Medikamentenwirkungen sollten deshalb auch bei den „patientenrelevanten Endpunkten, die möglichst selten auftreten sollen“ (S. 35) berücksichtigt werden.	Das AQUA-Institut bedankt sich für den Hinweis auf die Referenz. Zum Zeitpunkt der Literaturrecherche und Erstellung dieser Textabschnitte war die referierte Studie noch nicht veröffentlicht. Die Referenz wurde in den Textabschnitt aufgenommen. Die patientenrelevanten Endpunkte sind an den globalen Versorgungszielen ausgerichtet. Über die im Bericht aufgeführten patientenrelevanten Endpunkte hinaus gibt es eine Vielzahl anderer, für Patienten relevanter, teilweise individueller Zwischenziele der Versorgung. Hierzu zählen unter anderem das Vermeiden von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die Reduktion der (antipsychotischen) Pharmakotherapie oder die Reduktion von Symptomen.
9	Es fällt auf, dass im Vorbericht wiederholt von der Ermittlung der <i>Bedarfe</i> (z. B. S. 38) für die Versorgung psychisch Kranker gesprochen wird. Nicht nur die Bedarfe (Feststellung durch Dritte), sondern auch die <i>Bedürfnisse</i> der Betroffenen sollten als relevant betrachtet werden.	Die Anregung wurde in den Bericht übernommen.
<b>2.2 Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters</b>		
<b>2.2.1 Panel</b>		
10	Bei der Auswahl der Panelteilnehmer ist es dem AQUA-Institut gelungen, alle relevanten Berufs- und Interessengruppen und damit eine breite fachliche und methodische Expertise einzubeziehen.	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
11	In der Tabelle zur Vorstellung des RAM-Panels sollte durchgängig eine geschlechtsspezifische Sprache verwendet werden.	Die Tabelle wurde überprüft und entsprechend überarbeitet.
<b>2.2.2 Indikatorenset</b>		
12	Zum Qualitätspotenzial „Patientenrelevante Endpunkte“ findet sich kein Qualitätsindikator. Aus Sicht der Patientenorganisationen dürfen Indikatoren zu diesem Qualitätspotenzial in einem QS-Verfahren nicht fehlen. Auch wenn der Auftrag des G-BA noch keine Patientenbefragung beinhaltet, die patientenrelevante Endpunkte, insbesondere die Lebensqualität, am besten erfasst, müssten durch Fremdbeurteilung messbare patientenrelevante Endpunkte, wie z. B. die Symptomreduktion oder unerwünschte Medikamentenwirkungen	Der gegenwärtige Auftrag umfasste nicht die Entwicklung von Indikatoren für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation. Mit einer Weiterentwicklung des QS-Verfahrens um eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation ist die fallbezogene Erfassung dieser Indikatoren im ambulanten Bereich möglich und wünschenswert. Die Bewertung des Indikators „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ ist in seiner Operationalisierung als Prozessindikator angelegt, der erfragt, ob unerwünschte Arzneimittel-

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>gen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor fallbezogen dokumentiert werden. Zumindest sollte der Qualitätsindikator „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“, der nach dem Vorbericht dem Qualitätspotential „Pharmakotherapie“ zugeordnet und als Indikator der Prozessqualität definiert wird, als patientenrelevanter Endpunkt bewertet werden. Vor allem sollte dieser nicht nur in der stationären, sondern auch in der ambulanten Versorgung patientenbezogen erhoben werden.</p>	<p>telwirkungen systematisch erfasst werden. Die Bewertung des Indikators als Ergebnisindikator wäre nur mit einer grundlegenden Änderung der Operationalisierung des Indikators möglich.</p> <p>Ein wichtiger patientenrelevanter Endpunkt in der Versorgung ist die Mortalität. Gegenwärtig fehlen zwar die Voraussetzungen für eine regionalisierte Auswertung und Rückmeldung eines solchen Indikators, weshalb er zunächst nicht für die Umsetzung empfohlen wird. Die Mortalität der Patienten ist aber aufwandsarm über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhebbar. Daher schlägt das AQUA-Institut vor, die Mortalität als eine Kennzahl im Rückmeldebericht an die Leistungserbringer auszuweisen (vgl. Abschnitt 5.4) und damit Informationen zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen.</p>
13	<p>Von den 27 empfohlenen Qualitätsindikatoren werden 19 als Indikatoren der Prozessqualität, vier als Indikatoren der Strukturqualität und vier als Indikatoren der Ergebnisqualität eingestuft (Vorbericht S. 123). Die Patientenorganisationen hatten sich sehr dafür eingesetzt, dass die Strukturqualität in der Beauftragung für ein QS-Verfahren zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen berücksichtigt wird, da eine gute Versorgung in diesem Bereich besonders von den vorhandenen Strukturen abhängt. Die in das Indikatorenset aufgenommenen Indikatoren erachtet die Patientenvertretung als nicht ausreichend. Zwar ist zu begrüßen, dass die fachpflegerische Versorgung in diesem Zusammenhang erfasst wurde, aber die Patientenorganisationen halten die Erhebung weiterer Strukturparameter für notwendig. Beispielsweise sollten nach Auffassung der Patientenvertretung stationäre und ambulante Institutionen, insbesondere PIAs, befragt werden, ob Kriseninterventionsdienste rund um die Uhr sowie <i>home treatment</i> angeboten werden.</p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht, dass eine gute Versorgung auch von den vorhandenen Strukturen abhängt. Die von den maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V angeführten Leistungen (Kriseninterventionsdienst und Home Treatment) sind v.a. für Patienten mit schweren und schwersten Verläufen relevant.</p> <p>Das AQUA-Institut sieht aber davon ab, Indikatoren zu empfehlen, die erheben, ob Einrichtungen Kriseninterventionsdienste oder Home Treatment anbieten, da diese nicht dazu verpflichtet sind bzw. die Verantwortung hier eindeutig einer Region zugeschrieben werden sollte.</p> <p>Aus Sicht des AQUA-Instituts wäre es deshalb sinnvoller, solche Indikatoren als Area-Indikatoren zu erheben und einer Stelle, die für die psychiatrische Versorgung einer Region verantwortlich ist, zurückzumelden.</p>
14	<p>Die Begründung des AQUA-Instituts, warum die Strukturqualität im Vergleich zu Prozess- und Ergebnisqualität weniger berücksichtigt wurde, ist nicht schlüssig. Auf Seite 46 des Vorberichts wird festgehalten: „In der Themenschließung des AQUA-Instituts zur Strukturqualität wurde deutlich, dass Strukturqualität, anders als Prozess- und Ergebnisqualität nicht immer erkrankungsspezifisch ist. So kommt z.B. eine gute Ausstattung von geschlossenen Stationen auch Patienten zugute, die auf diesen Stationen wegen anderer Erkrankungen behandelt werden und ein flächendeckendes Angebot ergänzender Therapien würde auch Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Die Qualitätspotenziale im Bereich der Strukturqualität beziehen sich daher vor allem auf Strukturmerkmale, die – zwar nicht ausschließlich, aber sehr häufig – in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose von Bedeutung sind.“</p> <p>Diese Ausführungen sind nicht nachvollziehbar, da viele der empfohlenen Indikatoren für die Prozessqualität ebenfalls für die Versorgung von psychisch Kranken mit anderen Diagnosen relevant sind: „Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern“, „Vermeidung von Benzodiazepinübersorgung“, „Maßnahmen zur Prävention</p>	<p>Das AQUA-Institut stimmt der den maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zu, dass die aufgeführten Prozessindikatoren ebenfalls für Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen relevant sein können.</p> <p>Die referierte Stelle aus dem Bericht dient nicht als Begründung dafür, die Strukturqualität im Vergleich zur Prozess- und Ergebnisqualität weniger zu berücksichtigen. Die angeführte Stelle ist vielmehr eine Feststellung des AQUA-Instituts, die keine Aussage zum Ein- oder Ausschluss von Strukturqualität gibt.</p> <p>Relevante Strukturen wurden im Expertenpanel diskutiert. Den Panelexperten stand es über den gesamten Panelprozess frei, neben den bereits im Indikatorenregister enthaltenen Indikatoren, weitere Indikatoren vorzuschlagen, so auch zur Strukturqualität. Das Indikatorenset enthält 3 Indikatoren zur Strukturqualität, die auch für andere Patientengruppen relevant sein könnten (ID 49, ID 50c, ID 57).</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
	<p>und Gesundheitsförderung“, „Behandlungsvereinbarungen“, „Anbieten von Psychotherapie – ambulant“, „Einbezug von Angehörigen“, „muttersprachliche Kommunikation“, „Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung“, „Gesprächsangebote für Angehörige“ (Tabelle S. 123). Das gilt auch für drei der vier empfohlenen Indikatoren für die Strukturqualität: „Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen“, „Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung“, „Unterbringungen“ (Tabelle S. 123). Aus Sicht der Patientenvertretung würde gerade die Erfassung von Indikatoren, die auch Aussagen über die Versorgungsqualität anderer Patientengruppen als die Erkrankten mit F2-Diagnosen die Wertigkeit und Aussagekraft des QS-Verfahrens deutlich steigern.</p>	
15	<p>Auf S. 84 des Vorberichts wird ausgeführt: „Bei Betrachtung der Indikatoren für stationäre Einrichtungen stellten die Experten allerdings fest, dass sich die Indikatoren zumeist zwar erheben lassen würden, aber die Ergebnisse von Tageskliniken nicht mit den Ergebnissen der stationären Einrichtungen verglichen werden können. ... Aus Sicht der Experten müssten für teilstationäre Einrichtungen die Indikatoren angepasst oder mindestens separat ausgewertet werden. Seitens des AQUA-Instituts wurde unterstützend darauf hingewiesen, dass im Auftrag nicht explizit die Entwicklung von Indikatoren für teilstationäre Einrichtungen gefordert wurde.“ Diese Einschränkung bedauert die Patientenvertretung. In der AG des G-BA wurde ausdrücklich festgehalten, dass unter „stationären Einrichtungen“ sowohl vollstationäre als auch teilstationäre zu verstehen sind. Da teilstationäre Einrichtungen für die Versorgung von Patienten mit F2-Diagnosen relevant sind, sollten sie in das QS-Verfahren einbezogen werden mit angepasstem Indikatorenset und getrennter Auswertung.</p>	<p>Das AQUA-Institut teilt die Ansicht, dass teilstationäre Einrichtungen für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose relevant sind.</p> <p>Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs, i.S. einer Anpassung der stationären Indikatoren an teilstationäre Einrichtungen, würde für das QS-Verfahren Folgendes bedeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dem Indikatorenset würden bis zu 12 weitere Indikatoren hinzugefügt.</li> <li>▪ Es müssten zwei weitere QS-Dokumentationsbögen erstellt werden (fallbezogen und einrichtungsbezogen), da nicht alle Indikatoren sinnvoll im teilstationären Bereich erhoben werden können (z.B. sind die Indikatoren zu Zwangsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen nicht relevant).</li> <li>▪ Eine getrennte Auswertung (die sowohl das AQUA-Institut als auch die Panelexperten aufgrund unterschiedlicher Leistungsangebote und Zielsetzungen von teilstationärer Versorgung im Vergleich zu stationärer Versorgung empfehlen würden) würde ein weiteres Stellungnahmeverfahren nach sich ziehen (neben denen für stationäre Einrichtungen sowie für vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen und PIA).</li> </ul> <p>Unter Berücksichtigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Steigerung der Komplexität des bereits sehr komplexen QS-Verfahrens (s.o.),</li> <li>▪ des Inaussichtstellens eines weiteren Erhebungsinstruments (Patientenbefragung),</li> <li>▪ der Diskussion weiterer Erhebungsinstrumente (ambulante fallbezogene QS-Dokumentation, Angehörigenbefragung) und</li> <li>▪ der noch ausstehenden Überprüfung der Qualitätspotenziale/-defizite von teilstationären Einrichtungen</li> </ul> <p>hat sich das AQUA-Institut dagegen entschieden, dem Vorschlag der Panelexperten in diesem Entwicklungsschritt zu folgen.</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt aber, im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs zu adressieren.</p>

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
16	Wie bereits oben ausgeführt, sollte der Indikator „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ fallbezogen erhoben werden. Die Erhebung der Kassendaten zu Arzneimittelverordnungen ist aus Sicht der Patientenorganisationen nicht ausreichend.	Der Indikator „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ wird stationär fallbezogen erhoben. Eine ambulante fallbezogene Erhebung ist dem Auftrag entsprechend zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

## Dokumentation und Würdigung der Stellungnahme der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen

Nr.	Anmerkungen, Änderungsvorschläge der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen	Bewertung und Bearbeitung der Vorschläge durch das AQUA-Institut
1	Der Bericht bietet eine gute differenzierte Grundlage zur Qualitätssicherung. Allerdings gibt es von unserer Seite einige kleinere Ergänzungen, die Berücksichtigung finden sollten:	Kein Kommentar und keine Änderungen am Bericht erforderlich.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter 3.2.3 Versorgungspfad müssten noch die ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie genannt werden</li> </ul>	Sowohl die ambulante psychiatrische Pflege als auch die Soziotherapie sind im Abschnitt 3.2.3 (Versorgungspfad) aufgeführt.
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Aussage auf S. 32 Mitte Patienten mit einer F2-Diagnose hätten ein erhöhtes Risiko für Diabetes und eine erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit ist so nicht richtig. Die erhöhte Sterblichkeit und das Diabetesrisiko sind in der Regel durch die bei diesen Diagnosen verordneten Medikamente und deren unerwünschte Wirkungen zurückzuführen (Aderhold 2014)<sup>i</sup>.</li> </ul> <p data-bbox="185 703 1093 751">[<sup>i</sup><a href="http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf">http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf</a>]</p>	Das AQUA-Institut stimmt der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen zu, dass die erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit und das erhöhte Diabetesrisiko u.a. aus den verordneten Medikamenten und deren unerwünschten Wirkungen resultieren. In der angeführten Referenz wird auf Seite 27 darauf verwiesen, dass Neuroleptika ein Grund für die frühe Sterblichkeit sind. Studien haben gezeigt, dass Lebensstilfaktoren wie Rauchen oder Bewegungsmangel diese Risiken bei der Patientengruppe ebenfalls erhöhen. Der entsprechende Abschnitt des Berichts wurde angepasst.
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter 3.2.4 Versorgungsziele fehlen noch Recovery und vor allem Inklusion</li> </ul>	<i>Recovery</i> wurde als Versorgungsziel ergänzt. <i>Inklusion</i> ist nach Auffassung des AQUA-Instituts ein schlecht spezifizierbares Versorgungsziel. Geeigneter ist nach unserer Auffassung hier die <i>Integration</i> der Patienten, die bereits in den angeführten Versorgungszielen, wie Integration in den Arbeitsmarkt, psychosoziale Funktionalität, Empowerment oder Vermeiden eines Einzugs in ein Heim, enthalten ist.
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auf S. 46 wird der Nutzen der Peer-Arbeit bei Menschen mit Depressionen genannt. Wir verfügen in Deutschland über ein gut ausgebautes Netz von Peer-Ausbildungen in der Psychiatrie. Mittlerweile hat sich gezeigt, dass Peer-Unterstützung durch ausgebildete „Genesungsbegleiter“ für alle Diagnosegruppen positive Wirkungen (Mahlke 2015)<sup>ii</sup> hat und durch die Fachverbände DGPPN und DGSP unterstützt wird.</li> </ul> <p data-bbox="185 1158 1122 1206">[<sup>ii</sup>Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit in der psychiatrischen Versorgung; Nervenheilkunde 4/2015, 235-239]</p>	Das AQUA-Institut bedankt sich für den Literaturhinweis. Der Abschnitt des Berichts wurde angepasst und die Referenz in den Bericht aufgenommen.
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter 3.4.8 Patientenrelevante Endpunkte muss auch unbedingt das Thema Inklusion eingefügt werden</li> </ul>	Siehe Nr. 4
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter dem Punkt Vermeidung frühzeitiger Sterblichkeit ist auch unbedingt auf einen zurückhaltenden Umgang mit Psychopharmaka hingewiesen werden (Aderhold 2007)<sup>iii</sup>.</li> </ul> <p data-bbox="185 1406 719 1430">[<sup>iii</sup>Aderhold, V. (2007): Soziale Psychiatrie Jg. 31, 2007, Nr. 4, S. 5-10]</p>	In dem genannten Abschnitt werden die patientenrelevanten Endpunkte lediglich dargestellt, ohne jedoch Maßnahmen zu schildern, wie diese patientenrelevanten Endpunkte zu erreichen wären. Aus diesem Grund wurde von einem Hinweis in diesem Abschnitt abgesehen.

**Tabelle zur Vorbereitung der Abnahme des Abschlussberichts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Stand: 14. Dezember 2015)“**

(Gemäß Anlage 1.1, AQUA-Vertrag sowie G-BA-Beschluss vom 19. Juni 2014):

1.	Vorlage durch den Auftragnehmer	Liegt vor (ja/nein)?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
1.1.	Indikatoren	Ja		
1.2.	Instrumente	Ja		
1.3.	Dokumentation	Ja		
1.4.	Stellungnahmen der Beteiligten	Ja		



2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
2.1.	Entwicklung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die neben messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität zielen	ja	<p>Kritisiert wird die Unausgewogenheit des Indikatorensets.</p> <p>Im Ergebnis spiegeln die Indikatoren des Sets überwiegend die Prozessqualität wieder.</p> <p>Indikatoren der Ergebnisqualität (patientenrelevante Endpunkte) finden sich nur wenige bis keine.</p> <p>Der Gesamtumfang des Indikatorensets ist zu prüfen und ggf. zu reduzieren (ggf. alternierender Wechsel der Indikatoren?).</p> <p>Überprüfung der Operationalisierung der Indikatoren u.a. im ambulanten Bereich (z.B. Indikator 22a Körpergewicht).</p> <p>Der sektorenübergreifende Ansatz hätte stärkerer Beachtung bedurft.</p> <p>Die AG AQUA-Abschlussberichte hat festgestellt, dass evidenzbasierte Indikatoren vom Panel mehrfach verworfen worden. Hier stand die Expertenmeinung anscheinend über der Evidenzbasierung. Dieses methodische Vorgehen sollte prinzipiell überdacht werden.</p> <p>Die Beeinflussbarkeit der Indikatoren wurde nicht gänzlich berücksichtigt.</p>	
2.2.	Entwicklung der diesbezüglichen Instrumente und der notwendigen Dokumentation	ja	<p>Es wird nicht dargestellt, ob alle Fragebogeninstrumente einer Validitätsprüfung unterzogen werden.</p> <p>Die Prüfung des Aufwandes der stationären Einrichtungsbefragung wird nicht ausreichend dargestellt.</p> <p>Vorschläge für Instrumente zur Erhebung von patientenrelevanten Endpunkten (z.B. psychosoziales Funktionsniveau) wären wünschenswert.</p>	

2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
2.3.	Prüfung der Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines QS-Filters zur Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe der Zielgruppe zu prüfen - unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich auf Basis der Vorarbeiten der Institution nach § 137 SGB V	Ja	Angesichts des Fazits von AQUA, dass keine Eingrenzung möglich ist, plädiert die KBV für ein Stichprobenverfahren.	
2.4.	Berücksichtigung folgender Datenquellen: neben Erhebungen bei den Leistungserbringern (darunter auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen) auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen, inklusive einer empirischen Prüfung	Ja		
2.5.	Prüfung und Darstellung des Potentials von Patienten- und Angehörigenbefragungen	Ja	AQUA betont das große Potential der Patientenbefragung in Bezug auf die Erhebung der Ergebnisqualität und Hilfen aus Versorgungsbereichen außerhalb des SGB V. Unter den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen sollte dies in das Verfahren einfließen.	
2.6.	Regelmäßige Berücksichtigung ethischer Aspekte und der besonderen Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen Patienten und Patientinnen bei der Entwicklung der QS-Indikatoren	Ja		

2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
2.7.	Vorlage eines Auswertungskonzeptes, wie die unterschiedlichen Datenquellen zu einem konsistenten QS-Verfahren integriert werden können und die Zuschreibbarkeit der QS-Informationen an die Leistungserbringer gewährleistet werden kann	Ja	Die Aspekte „Diskriminationsfähigkeit“ und „Kleine Fallzahlen“ sind aus Sicht der KBV weiterhin unbefriedigend entwickelt. Das Konzept zum Stellungnahmeverfahren für Indikatoren, die beiden Leistungsbereichen zugeordnet sind, ist noch nicht ausgereift.	
2.8.	Berücksichtigung (neben der leitliniengerechten Behandlung und der Erfassung restriktiver Maßnahmen) der zentralen QS-Potenziale/-defizite, die in der dritten Konkretisierung der Konzeptskizze dargelegt worden sind, als Rahmen. Und Auswahl und Bewertung ihrer Versorgungs- und Handlungsrelevanz für ein vom G-BA regelbares, schlankes und machbares QS-Verfahren	Ja	Verweis auf 2.1 Aufwand und Nutzen des Verfahrens hätten vor diesem Hintergrund umfangreicher diskutiert werden sollen.	
2.9.	Analyse der Qualitätspotenziale und – defizite in Psychiatrischen Institutsambulanzen	Ja		

2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
2.10.	<p>Entwicklung von</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikatoren und Dokumentation auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen,</li> <li>2. Indikatoren und Instrumenten und deren Dokumentation durch die Einrichtungen der stationären Versorgung,</li> <li>3. Instrumenten und Indikatoren zur einrichtungsbezogenen Erhebung insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen,</li> </ol>	Ja	<p>Verweis 2.1</p> <p>Aufwand und Nutzen der einrichtungsbezogenen Befragung hätten vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Indikatoren ausführlicher diskutiert werden sollen.</p>	
2.11.	<p>Überprüfung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ob QS-Potenziale /-defizite im ambulanten Bereich übrig bleiben, die nicht mit den unter Punkt 10 genannten Indikatoren und Instrumenten adressiert werden können</li> <li>2. eine QS-Auslösung im ambulanten Bereich umsetzbar ist,</li> <li>3. wie Dokumentation und Datentransfer erfolgen können (technische Machbarkeitsprüfung)</li> </ol>	Ja	<p>AQUA betont das QS-Potential einer fallbezogenen ambulanten QS-Auslösung und schlägt zu diesem Zweck eine technische Machbarkeitsprüfung bezogen auf die ambulante fallbezogene QS-Auslösung vor.</p>	
2.12.	<p>Empirische Prüfung von Daten auf Grundlage von Sozialdaten nach § 284 Absatz 1 SGB V</p>	Ja		

2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
2.13.	Einschätzung der Möglichkeit der Zielerreichung durch Verfahren: Messung und Bewertung der Versorgungsqualität Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10-GM F2) – insb. mit schweren und schwersten Verläufen, im Abgleich mit leitliniengerechten Versorgung	Ja	AQUA empfiehlt im Fazit die Umsetzung des Verfahrens in einem ersten Schritt. Die AG AQUA-Abschlussberichte verweist auf die obenstehenden kritischen Punkte.	
2.14.	Realisierbarkeit der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren, Instrumente und/oder Datenfelder auf Basis der zum Zeitpunkt des Abgabetermins geltenden Rechtslage und Versorgungsstruktur	Ja		
2.15.	zu entwickelnden Qualitätsindikatoren, Instrumenten und/oder Datenfeldern werden nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt	Ja		
2.16.	Zulässigkeit der Datenerhebung für die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren und/oder Datenfelder auf Grundlage bestehender sektorenübergreifender und sektorspezifischer gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen und Richtlinien des G-BA	Ja		
2.17.	Beachtung der Vorgaben des § 299 SGB V und der Qesü-RL	Ja		
2.18.	Soweit Dokumentation verschlüsselter Diagnosen, Operationen oder Prozeduren vorgesehen oder Qualitätssicherungsverfahren durch Doku-	Ja		

Anlage 2 zum Beschluss

2.	Auftragsspezifische Anforderungen	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
	mentation solcher verschlüsselten Angaben oder von Abrechnungsdaten ausgelöst werden soll, Zugrundelegung geltender öffentlich-rechtlichen Vorgaben für Dokumentation oder Abrechnung (z.B. ICD-10-GM, OPS, EBM)			
2.19.	Dokumentation der Datenfelder (oder Qualitätsindikatoren) an Zielen Praktikabilität und Verständlichkeit ausgerichtet, Orientierung am Versorgungsablauf und Berücksichtigung des Gebots der Datensparsamkeit	Ja	Die AG AQUA-Abschlussberichte verweist auf die obenstehenden kritischen Punkte 2.2	

3.	Abschlussbericht	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
3.1.	Zusammenfassung des Ergebnisses seiner Entwicklungsleistung	Ja		
3.2.	Darlegung der Recherchen und ihrer Ergebnisse	Ja		
3.3.	Nennung der herangezogenen Fachexperten	Ja		
3.4.	Bewertung der Ausführungen der Fachexperten	Ja		
3.5.	Kommentierung, ob und aus welchen Gründen die Anregungen und Bedenken der Beteiligten nach § 137a Abs. 3 SGB V in die Arbeitsergebnisse übernommen wurden.	Ja		

Anlage 2 zum Beschluss

3.	Abschlussbericht	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
3.6.	Aufführung der herangezogenen Literatur und sonstiger Quellen	Ja		
3.7.	Nachweis der Berücksichtigung aller wesentlichen Studien	Ja		

4.	Der G-BA prüft die Indikatoren, Instrumente und die Ergebnisse zur Dokumentation und erklärt sein Einverständnis:	Vollständig erfüllt?	Anmerkungen	Nachbesserungen durch die Institution nach § 137a SGB V erforderlich zu:
4.1.	bei Einhaltung der Vorgaben des Methodenpapiers	Ja	Die Vorgaben des Methodenpapiers wurden eingehalten, allerdings hätten die Ergebnisse der Literaturrecherche zu evidenzbasierten Qualitätsindikatoren bei den Empfehlungen für das Indikatorenset stärker berücksichtigt werden sollen.	
4.2.	bei Einhaltung der notwendigen Abstimmungsprozesse	Ja		
4.3.	bei Erfüllung der vorstehenden Anforderungen	Ja		