

# Beschluss



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung des Abschlussberichtes über die Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Vom 17. Januar 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2019 beschlossen, den Abschlussbericht über die Ergebnisse zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gemäß **Anlage** zu veröffentlichen.

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

Berlin, den 17. Januar 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Vertraulichkeitshinweis:**

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

22. Dezember 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	10
Abkürzungsverzeichnis.....	11
Zusammenfassung .....	13
1 Hintergrund .....	22
2 Auftrag und Zielsetzung .....	24
2.1 Beauftragung durch den G-BA .....	24
2.2 Ziel des QS-Verfahrens.....	24
3 Neuausrichtung .....	26
3.1 Ablauf .....	26
3.2 Methodisches Vorgehen bei der Erstellung des Qualitätsmodells .....	27
3.3 Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells .....	27
3.4 Überarbeitungsbedarf des AQUA-Indikatorensets .....	31
4 Methodisches Vorgehen .....	33
4.1 Einführung.....	33
4.2 Einbezug von Expertinnen und Experten.....	33
4.3 Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen (Filterschritte 1 bis 3).....	36
4.3.1 Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard (Filterschritt 1).....	36
4.3.2 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritt 2) .....	37
4.3.3 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3).....	37
4.4 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4).....	38
4.4.1 Expertengremium zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der einzelnen Qualitätsmerkmale .....	38
4.4.2 Fokussierte Literaturrecherche .....	39
4.4.3 Analyse von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle.....	41
4.5 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5) .....	43
4.5.1 Empirische Prüfung mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.....	43

4.5.2	Erstellung der Rationalen für die QI-Entwürfe.....	45
4.5.3	Ausfüllhinweise zu den Qualitätsindikatoren .....	46
4.6	Kondensierung der möglichen Qualitätsindikatoren zum fokussierten Indikatorenset .....	46
4.7	Themenspezifische Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren ...	46
4.8	Standardisierte Messinstrumente.....	47
4.8.1	Methodisches Vorgehen bei der Recherche von Messinstrumenten.....	48
4.8.2	Kriteriengestützte Auswahl der möglichen Messinstrumente .....	49
4.8.3	Beratungen zu Messinstrumenten durch die Expertinnen und Experten ...	49
4.8.4	Stellungnahmeverfahren.....	50
5	Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung .....	51
5.1	Einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung .....	51
5.2	Vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator .....	53
5.2.1	Überblick .....	53
5.2.2	Entwicklungsprozess nach Qualitätsaspekten .....	55
5.3	Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen.....	55
5.4	Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ .....	57
5.4.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	57
5.4.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	58
5.4.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	61
5.5	Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	62
5.5.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	63
5.5.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	63
5.5.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	65
5.5.4	Beschreibung des Qualitätsindikators.....	66
5.6	Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	72
5.6.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	72
5.6.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	72
5.6.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	74
5.6.4	Beschreibungen der Qualitätsindikatoren .....	75
5.7	Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	85
5.7.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	85
5.7.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	87

5.7.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	90
5.7.4	Beschreibungen der Qualitätsindikatoren .....	92
5.8	Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	107
5.8.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	107
5.8.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	107
5.8.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	109
5.8.4	Beschreibung des Qualitätsindikators.....	110
5.9	Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	114
5.9.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	114
5.9.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	114
5.9.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	115
5.9.4	Beschreibung des Qualitätsindikators.....	116
5.10	Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	120
5.10.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	120
5.10.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	121
5.10.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	122
5.10.4	Beschreibung des Qualitätsindikators.....	123
5.11	Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	127
5.11.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	127
5.11.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	128
5.11.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	130
5.11.4	Beschreibung des Qualitätsindikators.....	131
5.12	Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	138
5.12.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	138
5.12.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	139
5.12.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	142
5.12.4	Beschreibungen der Qualitätsindikatoren .....	143
5.13	Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	151
5.13.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	151
5.13.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	153
5.13.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	157
5.13.4	Beschreibungen der Qualitätsindikatoren .....	159

5.14	Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	173
5.14.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	173
5.14.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	173
5.14.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	175
5.15	Qualitätsaspekt „Symptomlast“ .....	176
5.15.1	Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3).....	176
5.15.2	Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4).....	176
5.15.3	Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5).....	178
5.15.4	Beschreibungen der Qualitätsindikatoren .....	180
5.16	Tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren .....	202
6	Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse.....	208
6.1	Anzahl der insgesamt ausgelösten Fälle und der durch die Auslösung einbezogenen Leistungserbringer.....	208
6.2	Ergebnisse der mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erhebenden Qualitätsindikatoren .....	209
6.3	Einschränkungen des vorliegenden Sozialdatenpools .....	212
7	Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren.....	213
8	Systemqualität.....	217
9	Nutzung von standardisierten Messinstrumenten in der gesetzlichen Qualitätssicherung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung	222
9.1	Vorüberlegungen zur Nutzung von Messinstrumenten.....	222
9.2	Ergebnisse der Recherche nach Messinstrumenten.....	224
9.3	Ergebnis der kriteriengestützten Auswahl der Messinstrumente .....	227
9.4	HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).....	229
9.5	Verwendung des HoNOS-D zur Abbildung der Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	232
9.6	Diskussion des Expertengremiums .....	236
9.7	Fazit .....	237
10	Qualitätsaspekt „Teilhabe“ .....	239
11	Reflexion des Indikatorensets .....	243
11.1	Reflexion des Indikatorensets hinsichtlich der Beauftragung .....	243
11.2	Gesamteinschätzung des Expertengremiums.....	244
11.3	Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses.....	245

12	Datenquellen und Erfassungsinstrumente.....	246
12.1	Begriffsdefinition.....	246
12.2	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	246
12.3	Fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer .....	251
13	Datenflüsse.....	258
13.1	Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation .....	258
13.2	Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation .....	258
13.3	Ambulante fallbezogene QS-Dokumentation .....	258
13.4	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	259
14	Schritte bis zum Regelbetrieb .....	261
	Literatur.....	264



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Qualitätsindikatoren nach Qualitätsaspekten, Sektor und Dimension der Qualitätssicherung.....	17
Tabelle 2: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen nach abschließender Entwicklung der Qualitätsindikatoren (vor Abschlussbericht der Patientenbefragung) .....	28
Tabelle 3: Einschlusskriterien für Publikationen zum Verbesserungsbedarf und/oder Verbesserungspotenzial.....	40
Tabelle 4: Indikatoren, die anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geprüft werden .....	44
Tabelle 5: Einbezogene und nicht einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung .....	51
Tabelle 6: Übersicht über die Anzahl der Qualitätsindikatoren je Qualitätsaspekt.....	54
Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“ .....	66
Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“ .....	75
Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ .....	79
Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“ .....	92
Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ .....	98
Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ .....	103
Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“ .....	110
Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“ .....	116
Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ .....	123
Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ .....	131
Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ .....	143
Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ .....	147

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“ .....	159
Tabelle 20: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“ .....	164
Tabelle 21: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ .....	167
Tabelle 22: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“ .....	180
Tabelle 23: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“ .....	185
Tabelle 24: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“ .....	191
Tabelle 25: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“ .....	196
Tabelle 26: Qualitätsindikatoren nach Sektor, Erfassungsinstrument, Ebene der Auswertung und Dimension der Qualität.....	203
Tabelle 27: Übersicht der Berücksichtigung der AQUA-Indikatoren .....	205
Tabelle 28: Anzahl an Patientinnen und Patienten im EJ 2014 .....	208
Tabelle 29: Anzahl an Patientinnen und Patienten je Leistungserbringer im EJ 2014.....	209
Tabelle 30: Ergebnisse der Sozialdatenindikatoren auf Bundesebene im EJ 2014.....	210
Tabelle 31: Anzahl der den Qualitätsindikatoren zugeordneten recherchierten vorhandenen Indikatoren.....	215
Tabelle 32: Auswahl der häufigsten recherchierten Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus .....	225
Tabelle 33: Erfüllung der QS-Kriterien .....	228
Tabelle 34: Geschätzter Zeitaufwand für die Bearbeitung des HoNOS je Leistungserbringer pro Jahr .....	234
Tabelle 35: Übersicht der Datenbestände bei den Krankenkassen (Beschreibung und Verfügbarkeit).....	247
Tabelle 36: Quartalsmäßige Lieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	248
Tabelle 37: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation .....	254
Tabelle 38: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene teilstationäre QS-Dokumentation .....	254
Tabelle 39: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für stationäre einrichtungsbezogene QS Dokumentation .....	256
Tabelle 40: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für teilstationäre einrichtungsbezogene QS Dokumentation .....	256
Tabelle 41: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation .....	257

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessablauf vom Qualitätsmodell zum Indikatorenset.....	35
Abbildung 2: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“; Erfassungsjahr 2014.....	211
Abbildung 3: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014.....	211
Abbildung 4: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014 .....	212
Abbildung 5: Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren.....	214

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ACT	Assertive Community Treatment
AIS	Arztinformationssystem
AMPD	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
APP	ambulante psychiatrische Pflege
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSNR	Betriebsstättennummer
CGI	Clinical Global Impression Scale
DAS-KK	Datenannahmestelle für die Krankenkassen
DAS-SV	Datenannahmestelle für selektivvertragliche Leistungen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EJ	Erfassungsjahr
FG	Facharztgruppe
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales (deutsche Version)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification

Abkürzung	Erklärung
ICD-10-WHO	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision (englischsprachige Version der World Health Organization)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PANSS	Positive and Negative Syndroms Scale
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PID	patientenidentifizierenden Daten
PSP	Personal and Social Performance Scale
PVS	Praxisverwaltungssystem
PZN	Pharmazentralnummer
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch

# Zusammenfassung

## Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dem Beschluss vom 16. Juni 2016 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V beauftragt, das vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) zu aktualisieren und zu erweitern.

Im Jahr 2014 war das AQUA-Institut als damalige Institution nach § 137a SGB V vom G-BA beauftragt worden, ein entsprechendes sektorenübergreifendes QS-Verfahren zu entwickeln. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ wurde am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen.

Die Anlage 2 zum Dokument des G-BA „Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom Januar 2016 enthält eine Tabelle zur Vorbereitung der Abnahme des Abschlussberichts mit nicht abnahmerelevanten Anmerkungen, die Anlass für die Beauftragung einer Aktualisierung und Erweiterung waren.

## Auftrag und Zielsetzung

Ausgehend von den vorangegangenen Entwicklungen des AQUA-Instituts sollte zunächst ein spezifisches Qualitätskonzept erstellt werden, das die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Dieses entspricht dem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik und ist ausführlich im Zwischenbericht dargestellt. Das Qualitätsmodell dient als Grundlage für die weitere Entwicklungsarbeit dieser Neuausrichtung. Basierend darauf soll auch das vorliegende AQUA-Indikatorenset hinsichtlich seiner Verwendbarkeit im Rahmen des neuen Qualitätsmodells bewertet werden, um den Entwicklungsbedarf zu identifizieren. Das Ergebnis ist der Ausgangspunkt für die Überarbeitung des Indikatorensets. Als Datengrundlage können eine fallbezogene QS-Dokumentation, eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine kompakte, fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden, die nun für das QS-Verfahren *Schizophrenie* beauftragt wurde.

Das Ziel dieses Abschlussberichts ist die umfassende Darstellung des neu entwickelten Indikatorensets für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen für die datengestützte Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des vorliegenden AQUA-Abschlussberichts im Rahmen einer Neuausrichtung. Hierbei sollen insbesondere die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Des Weiteren sollte die Ergebnisqualität sowohl die Symptomlast als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus beinhalten und ggf. die Teilhabe einbeziehen. Das QS-Verfahren *Schizophrenie* zielt auf die qualitative Förderung einer Behandlung der

Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, die auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basiert und leitliniengerecht ist, und darauf, die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu unterstützen.

### **Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells**

Die Ableitung der Qualitätsaspekte und die Darstellung im Rahmen eines Qualitätsmodells erfolgten sowohl für die dokumentations- und sozialdatenbasierte (datengestützte) Erfassung als auch für die Patientenbefragung dieses Verfahrens zum Dezember 2016. Für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell wurden insgesamt 17 Qualitätsaspekte selektiert. Nach einer ersten Zuordnung gibt es zum einen Qualitätsaspekte, die ausschließlich mit datengestützten Erfassungsinstrumenten abgebildet werden sollen, und zum anderen Qualitätsaspekte, die ausschließlich von der Patientenbefragung adressiert werden. Einige Qualitätsaspekte werden sowohl von datengestützten Erfassungsinstrumenten als auch von der Patientenbefragung adressiert, um eine umfassende Darstellung dieser Qualitätsaspekte gewährleisten zu können. Im Zuge der Operationalisierung der einzelnen Qualitätsindikatoren ergaben sich verschiedene Gründe, weshalb die initial angedachte Zuordnung der Qualitätsaspekte (siehe Tabelle 9 des Zwischenberichts) zu den verschiedenen Datenquellen angepasst werden musste. So ließ sich beispielsweise für den Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ aufgrund der mangelnden konkreten Zuschreibbarkeit der Verantwortung zu einem Leistungserbringer kein Qualitätsindikator operationalisieren, der durch die QS-Dokumentation oder durch Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erheben ist. Dies erklärt die Unterschiede in der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen zwischen Zwischen- und dem vorliegenden Abschlussbericht. Die nachfolgende Auflistung entspricht dem Stand nach der abschließenden Indikatorenentwicklung.

Folgende Qualitätsaspekte wurden für das Qualitätsmodell selektiert und werden mit datengestützten Erfassungsinstrumenten abgebildet:

- Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie
- Psychotherapie (stationär/PIA)
- Suizidalität – Umgang und die Prävention
- Komorbidität Sucht
- Somatische Versorgung
- Symptomlast
- Psychosoziales Funktionsniveau
- Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen
- Entlassungsmanagement (auch Patientenbefragung)
- Psychoedukation (auch Patientenbefragung)
- Restriktive Maßnahmen (auch Patientenbefragung)
- Teilhabe (auch Patientenbefragung)

Ausschließlich von der Patientenbefragung adressiert werden die Qualitätsaspekte:

- Kontinuität, Koordination und Kooperation
- Information und Aufklärung
- Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten
- Beteiligung der Patientin / des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen
- Patientenbezogenes Medikationsmanagement

Neben der Erstellung eines neuen Qualitätsmodells gemäß der oben dargestellten Beauftragung fand auch eine Prüfung der bereits durch das AQUA-Institut entwickelten Indikatoren aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts statt. Hierbei wurde das Expertengremium des QS-Verfahrens im Rahmen des ersten Treffens zur Beurteilung der vom AQUA-Institut empfohlenen Indikatoren unter Berücksichtigung des neuen, oben beschriebenen Qualitätsmodells gebeten.

Nach Auswertung dieser Ergebnisse zeigte sich, dass nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator für das zu aktualisierende Set übernommen werden konnte. Für 9 Qualitätsaspekte konnte gar nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden, da diese nicht durch Indikatoren des AQUA-Sets adressiert wurden. Für 8 Qualitätsaspekte des neu erstellten Qualitätsmodells lagen Qualitätsindikatoren aus dem AQUA-Indikatorenset vor, die als Qualitätsmerkmal in die weiteren Entwicklungen eingehen konnten. Die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets für das zukünftige QS-Verfahren *Schizophrenie* machten demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

### **Methodisches Vorgehen**

Nach der Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, dessen Methodik und Ergebnisse im Zwischenbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* beschrieben sind, erfolgte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ die Entwicklung der Qualitätsmerkmale über mehrere Filterschritte hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren für dieses QS-Verfahren. Im ersten Schritt fand eine Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen statt. Hierbei wurden für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells die entsprechenden Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Dazu wurden Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandards extrahiert und nach einem Syntheseprozess zu Qualitätsmerkmalen den einzelnen Qualitätsaspekten zugeordnet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ geprüft. Indikatoren aus dem AQUA-Abschlussbericht, die im Rahmen des 1. Treffens des Expertengremiums als geeignet bewertet wurden, gingen als Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess mit ein. Auch sie wurden anhand der genannten Kriterien geprüft und bei der Priorisierung der Qualitätsmerkmale entsprechend bewertet. Im Rahmen der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale erfolgte parallel zur Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ eine themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren.

Um eine Priorisierung der bestehenden Qualitätsmerkmale vorzunehmen und eine Anzahl von QI-Entwürfen für die Operationalisierung festzulegen, wurde sowohl das Expertengremium zur



Einschätzung und Bewertung des Verbesserungsbedarfs und -potenzials der einzelnen Qualitätsmerkmale einbezogen als auch eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche durchgeführt. Zusätzlich wurden die dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse als potenzielle Datenquelle für alle zu entwickelten Qualitätsindikatoren geprüft.

Bei der Operationalisierung der QI-Entwürfe wurden die Grundgesamtheiten und die Merkmalsausprägungen je QI-Entwurf festgelegt. Außerdem wurde das entsprechende Erfassungsinstrument festgelegt und ein erster Vorschlag für einen Referenzbereich gemacht. Zusätzlich erfolgte für die Indikatoren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können, eine empirische Prüfung mit dem vorliegenden Sozialdatenpool für dieses Verfahren.

Im Anschluss fand ein erneutes Treffen der Expertinnen und Experten statt, in dem die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium vorgestellt und besprochen wurden.

Nach der Kondensierung der möglichen Qualitätsindikatoren zu einem fokussierten Indikatorenset wurde dieses unter Einbezug der Expertinnen und Experten gemäß den Kriterien der „Methodischen Grundlagen“ final reflektiert. Es wurde von den Expertinnen und Experten besprochen, ob das Set das Ziel des Verfahrens – auch hinsichtlich der Neuausrichtung auf Grundlage des bestehenden AQUA-Indikatorensets – erfüllt und das Qualitätsmodell angemessen abbildet.

Entsprechend der Beauftragung sind Messinstrumente, die ggf. Ergebnisqualität abbilden können, zu berücksichtigen. Zudem stellte sich im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ heraus, dass diese beiden Qualitätsaspekte am besten durch eine standardisierte Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus abzubilden sind. Dies kann anhand von psychometrischen Messinstrumenten, welche die entsprechenden Dimensionen erfassen, geschehen. Im Rahmen des Entwicklungsschritts der Operationalisierung der QI-Entwürfe erfolgte eine fokussierte Recherche zu standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus und eine kriteriengeleitete Aufbereitung der Rechercheergebnisse.

## **Ergebnisse**

Zunächst konnte das ursprünglich vom AQUA-Institut empfohlene Set mit 27 Indikatoren auf ein Set mit einem Umfang von 19 Indikatoren reduziert werden. Diese entfallen nahezu hälftig auf den stationären und den ambulanten Bereich, sodass beide Sektoren adäquat adressiert werden.

Wie die folgende tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren zeigt, konnten Indikatoren für die genannten bisher nicht abgebildeten Qualitätsaspekte entwickelt werden (Tabelle 1). Die vorgeschlagenen Indikatoren adressieren Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen gleichermaßen.

Tabelle 1: Übersicht der Qualitätsindikatoren nach Qualitätsaspekten, Sektor und Dimension der Qualitätssicherung

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Sektor	Dimension der Qualität
Kontinuität, Koordination und Kooperation	keine (thematisch werden aber einige Inhalte bei „Entlassungsmanagement“ und „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ abgedeckt)	-	-
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Versorgung vor Entlassung	stationär/teilstationär	Prozessqualität
Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	stationär/teilstationär	Prozessqualität
	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant	ambulant	Prozessqualität
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	stationär/teilstationär	Prozessqualität
	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation	ambulant	Prozessqualität
	Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	ambulant	Prozessqualität
Psychotherapie (stationär/PIA)	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	stationär/teilstationär	Prozessqualität

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Sektor	Dimension der Qualität
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	stationär/teilstationär	Strukturqualität
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	ambulant	Prozessqualität
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	ambulant	Prozessqualität
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	stationär	Strukturqualität
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	stationär	Strukturqualität
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	ambulant	Prozessqualität
	Soziotherapie (Systemindikator)	ambulant	Prozessqualität
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	ambulant	Prozessqualität
Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	stationär/teilstationär	Prozessqualität
	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	ambulant	Prozessqualität
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	stationär/teilstationär	Ergebnisqualität
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	ambulant	Ergebnisqualität

Die Pharmakotherapie wird nunmehr stationär und teilstationär durch einen Indikator, ambulant durch zwei Indikatoren abgebildet, wovon der eine auf Systemebene widerspiegelt. Bezüglich der restriktiven Maßnahmen finden sich im Indikatorenset zwei Indikatoren, die auf die Qualität der Durchführung dieser Maßnahmen abstellen.

Mit den Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast mittels des Messinstruments HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) konnte erstmals ein Schritt Richtung Erfassung von Outcomes im Sinne von System(ergebnis)qualität gemacht werden.

Von den 9 zu erhebenden Indikatoren für den stationären Sektor werden zwar alle Indikatoren mittels QS-Dokumentation erfasst, 3 der 9 Indikatoren werden jedoch nur einmal jährlich als einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Die beiden Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast sind formal auf einen Prozess- und einen Ergebnisindikator gesplittet, werden aber mittels einer Erhebung (Messung mit dem HoNOS-D) erfasst. So sind stationär fallbezogen insgesamt 5 Einzeldokumentationen erforderlich.

Von den 7 zu erhebenden Indikatoren für den teilstationären Sektor werden zwar alle Indikatoren mittels QS-Dokumentation erfasst, einer der 7 Indikatoren wird jedoch nur einmal jährlich als einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Die beiden Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast sind formal auf einen Prozess- und einen Ergebnisindikator gesplittet, werden aber mittels einer Erhebung (Messung mit dem HoNOS-D) erfasst. So sind stationär fallbezogen insgesamt 5 Einzeldokumentationen erforderlich.

Der ambulante Bereich, in dem ein Großteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung stattfindet, wird mit 10 Indikatoren adressiert. Von diesen Indikatoren können 4 mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Auch für den ambulanten Bereich gilt analog, dass die beiden Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast mittels einer einzigen Erhebung (Messung mit dem HoNOS-D) erfasst werden. Faktisch sind also auch ambulant insgesamt 5 Einzeldokumentationen erforderlich.

Zu betonen ist zudem, dass durch die Empfehlung eines Instruments zur Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus zwei Qualitätsaspekte, die patientenrelevante Outcomes betreffen, mit nur einer Erfassung sowohl hinsichtlich des Prozesses als auch des Ergebnisses adressiert werden können. Dies stellt im Vergleich zur sonst erforderlichen Operationalisierung zusätzlicher Indikatoren mit einem weiteren Messinstrument eine erhebliche Reduzierung des Aufwands dar.

Während der Entwicklung zeigte sich, dass die in das QS-Verfahren *Schizophrenie* einbezogenen Diagnosen eingeschränkt werden sollten auf Schizophrenie (F20.-) und schizoaffektive Störungen (F25.-). Aufgrund der enormen Heterogenität der gesamten Diagnosen F20.- bis F29 z. B. hinsichtlich der Dauer, des Verlaufs, der Behandlung und der Prognose ist (auch) nach Ansicht der Expertinnen und Experten eine Qualitätssicherung der Behandlungen nicht diagnoseüber-

greifend sinnvoll möglich. Zudem fußen die Qualitätsmerkmale und Indikatoren im Wesentlichen auf Empfehlungen von Leitlinien zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung.

### **Umsetzung und Empfehlungen**

Für die Erfassung der Qualitätsindikatoren wird die Spezifikation von vier Erfassungsinstrumenten empfohlen, und zwar die Spezifikation der fallbezogenen QS-Dokumentation ambulant sowie stationär, der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Im Rahmen der bereits bestehenden bzw. neuer QS-Verfahren der externen stationären und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werden bereits jetzt fallbezogene QS-Dokumentationen durch Krankenhäuser vorgenommen und exportiert. Das QS-Verfahren *Schizophrenie* weist diesbezüglich keine Besonderheiten hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation auf, sodass die Integration in bestehende Datenflüsse möglich ist und somit empfohlen wird.

Im Rahmen der Einführung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* zum Erfassungsjahr 2017 wurde die Möglichkeit der Auslösung und Dokumentation einer einmal jährlich stattfindenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in die QS-Basispezifikation integriert, diese befindet sich aktuell im Regelbetrieb. Das vorliegende QS-Verfahren weist auch diesbezüglich keine Besonderheiten bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf, sodass empfohlen wird, diese auf Basis der bereits etablierten Grundlagen umzusetzen.

Im ambulanten Bereich stellen die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle und die Durchführung der QS-Dokumentation eine Herausforderung dar und sollten nach Möglichkeit unabhängig von spezifischen Softwareprodukten konzipiert werden. Die Auslösung der dokumentationspflichtigen QS-Fälle könnte beispielsweise angelehnt an die Auslösung der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation durch Vertragsärztinnen und -ärzten bei *QS WI* realisiert werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) führen nach Eingang der quartalsweisen Abrechnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes die QS-Auslösung anhand dieser Abrechnungsdaten durch. Die Ärztin oder der Arzt wird von der KV über die ausgelöste QS-Dokumentationspflicht informiert. Die Durchführung der anschließenden QS-Dokumentation durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt könnte z. B. über eine entsprechende Dokumentationssoftware oder über eine Webportallösung realisiert werden. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen in einem QS-Verfahren umgesetzt werden soll, liegt beim G-BA und sollte unter Berücksichtigung finanzieller und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

Hinsichtlich der Sozialdaten bei den Krankenkassen sind gegenüber der allgemeinen Spezifikation der Sozialdaten keine Abweichungen vorhanden, sodass auch hier die vollständige Nutzung des bereits implementierten bzw. vorgesehenen Datenflusses möglich ist.

Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG eine Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern aller adressierten

Sektoren die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren. Die Beauftragung ist in ihren Inhalten nach dem Stellungnahmeverfahren und dem Abschlussbericht sowie den Beratungen im G-BA zu konkretisieren.

Im QS-Verfahren *Schizophrenie* werden wesentliche Neuerungen für die gesetzliche Qualitätssicherung vorgeschlagen wie die erstmalige Empfehlung zur Einführung eines standardisierten Messinstruments. Es wird voraussichtlich Zeit benötigt werden, um die Chancen und Implikationen einer Einführung eines Messinstruments zu diskutieren, bevor im G-BA eine Entscheidung hierüber getroffen werden kann. Neben den grundsätzlichen Überlegungen wird auch über das konkrete Messinstrument HoNOS-D zu beraten sein.

# 1 Hintergrund

Nachdem im Jahre 2013 der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Ergänzung des § 136 Abs. 2 SGB V aufgefordert hat, „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 festzulegen, hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten hierzu beauftragt. Im Jahr 2014 wurde das AQUA-Institut als damalige Institution nach § 137a SGB V vom G-BA entsprechend beauftragt, ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ wurde am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen.

Anlage 2 zum Dokument des G-BA „Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom Januar 2016 enthält eine Tabelle zur Vorbereitung der Abnahme des Abschlussberichts mit nicht abnahmerelevanten Anmerkungen zu diesem. Hierin sind zentrale Kritikpunkte zusammengefasst. Es handelt sich dabei um Hinweise auf Mängel, die bereits in den Stellungnahmen zum AQUA-Vorbericht ausgeführt wurden und bei der Erarbeitung des AQUA-Abschlussberichts nicht vollständig behoben werden konnten. Es werden konkret folgende Punkte genannt:

- eine inhaltliche Unausgewogenheit bei gegebenenfalls grundsätzlich zu reduzierendem Umfang des Indikatorensets
- eine zu geringe Berücksichtigung der Ergebnisqualität im Sinne von patientenrelevanten Endpunkten sowie der Zuschreibbarkeit von Indikatoren
- eine nicht immer ausreichende Operationalisierung einzelner Indikatoren
- eine zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge

Zusätzlich wird in diesem Dokument vom G-BA angeraten, die Gewichtung von Expertenmeinung versus aggregierter Evidenz methodisch zu überdenken. Auch die Darstellung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses des Erfassungsinstrumentes der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird als nicht ausreichend bewertet.

Außerdem kommt der G-BA zu der Einschätzung, dass das fehlende Erfassungsinstrument der Patientenbefragung, welches in der Beauftragung aus dem Jahr 2014 explizit nicht vorgesehen war, unter den sich zwischenzeitlich geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen zwingend Teil des QS-Verfahrens sein sollte.

Der G-BA hat daher im Plenum am 16. Juni 2016 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V beauftragt, das vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) zu aktualisieren und zu erweitern.



## 2 Auftrag und Zielsetzung

### 2.1 Beauftragung durch den G-BA

Am 16. Juni 2016 hat der G-BA das IQTIG damit beauftragt, das QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* auf der Grundlage der Ergebnisse des AQUA-Abschlussberichts vom 14. Dezember 2015 (AQUA 2016) zu aktualisieren und zu erweitern.

Es soll ausgehend von den vorangegangenen AQUA-Entwicklungen ein spezifisches Qualitätskonzept aktualisiert und weiterentwickelt werden, das die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Dieses entspricht dem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik und ist ausführlich im Zwischenbericht (siehe Anhang E.1) dargestellt. Das Qualitätsmodell dient als Grundlage für die weitere Entwicklungsarbeit dieser Neuausrichtung. Die einbezogenen Qualitätsaspekte sollen

- die Ergebnisqualität stärker berücksichtigen (insbesondere der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus),
- die Patientenperspektive einbeziehen,
- die verschiedenen Versorgungsbereiche stärker berücksichtigen (vertragsärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen, teilstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser) und
- die Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung gezielt einbeziehen.

Das vorliegende AQUA-Indikatorenset ist hinsichtlich seiner Verwendbarkeit im Rahmen des neuen Qualitätsmodells zu bewerten. Insbesondere soll der Umfang der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen kritisch hinterfragt werden. Neue Indikatoren sollen unter angemessener Berücksichtigung des AQUA-Indikatorensets und unter Einbeziehung der übergeordneten Qualitätsziele entwickelt werden. Hierbei können auch Indikatoren definiert werden, die über einen Bezug auf einzelne Einrichtungen hinausgehen und für eine Qualitätssicherung und -förderung auf Systemebene genutzt werden können. Als Datengrundlage können eine fallbezogene QS-Dokumentation, eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine kompakte, fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden, die nun für das QS-Verfahren *Schizophrenie* beauftragt wurde. Für die in die Empfehlung des IQTIG einbezogenen Erfassungsinstrumente sollen schließlich Aufwand und Nutzen dargestellt und abgewogen werden.

### 2.2 Ziel des QS-Verfahrens

Das zu aktualisierende QS-Verfahren *Schizophrenie* zielt auf die Förderung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ab. Dabei sind die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, die besondere Anforderungen an die Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer stellen. In der Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Ergebnisqualität

sind die Besonderheiten eines mittelfristigen Behandlungsergebnisses aufzugreifen. Ergebnisqualität sollte sowohl die Symptomlast als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus und ggf. der Teilhabe einbeziehen und wird erst auf diese Weise einer umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen gerecht. Als übergeordnetes Behandlungsziel wird daher auch die Stärkung der Autonomie bzw. der Kompetenzen der Patientinnen und Patienten und die Stabilisierung bzw. Förderung ihrer lebenswirklichen Integration angesehen. Vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend, die Patientenperspektive über eine Patientenbefragung in das QS-Verfahren *Schizophrenie* einzubeziehen. Die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung werden im Abschlussbericht zum 15. Dezember 2018 an den G-BA übermittelt. Letztlich soll das QS-Verfahren *Schizophrenie* eine Behandlung der Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen fördern, die auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basiert und leitliniengerecht ist, und die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unterstützen.

## 3 Neuausrichtung

### 3.1 Ablauf

Die Beauftragung zur Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* durch den G-BA erfolgte am 16. Juni 2016. Auf Grundlage des vom AQUA-Institut erarbeiteten Abschlussberichts (AQUA 2016) soll zum einen das QS-Verfahren um eine Patientenbefragung erweitert und zum anderen das Indikatorenset anhand der Qualitätsaspekte auf Ausgewogenheit insbesondere hinsichtlich der verschiedenen Versorgungsbereiche sowie einer stärkeren Berücksichtigung der Sektorenübergänge und der Ergebnisqualität vom IQTIG geprüft werden. Die Ableitung der Qualitätsaspekte und die Darstellung im Rahmen eines Qualitätsmodells erfolgten gemeinsam mit der Patientenbefragung dieses Verfahrens zum Dezember 2016. Dieser Zwischenbericht ist als Anhang E.1 komplett diesem Abschlussbericht beigelegt. Die weitere Entwicklung erfolgte dann auftragsgemäß getrennt zwischen der datengestützten Qualitätssicherung und der Patientenbefragung, wobei ein intensiver Austausch im Sinne eines gemeinsamen QS-Verfahrens für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung erfolgte.

Im Rahmen dieses Abschlussberichts sind die Ergebnisse der Indikatorenentwicklung unter Berücksichtigung des AQUA-Indikatorensets beschrieben. Zunächst erfolgt ein kurzer Rückblick auf das bestehende und im Zwischenbericht dargestellte Qualitätsmodell. Danach wird die Methodik der Ableitung von Qualitätsmerkmalen, Indikatorenentwürfen und Indikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben. Im Ergebnisteil dieses Berichts steht die Ableitung der Qualitätsindikatoren im Vordergrund. Die einzelnen Prozessschritte über Qualitätsmerkmal, Indikatorenentwurf (QI-Entwurf) bis zum operationalisierten Qualitätsindikator werden für jeden Qualitätsaspekt gesondert dargestellt. In diesem Kapitel sind ebenfalls die Beschreibungen der Qualitätsindikatoren jeweils nach Qualitätsaspekten dargestellt. Nachfolgend wird dann das Konstrukt der Systemqualität sowie des Messinstruments beschrieben, welches das IQTIG zur Erfassung der gemäß Auftrag geforderten Erfassung der Ergebnisqualität dieser Patientinnen und Patienten vorschlägt. Ebenfalls in diesem Bericht befindet sich ein kurzes Kapitel mit Empfehlungen zum Qualitätsaspekt der Teilhabe. Abschließend folgt das Kapitel zur Gesamtschau des Indikatorensets unter Berücksichtigung des vorliegenden, bereits oben beschriebenen Abschlussberichts des AQUA-Instituts sowie zur Umsetzbarkeit und den notwendigen Schritten bis zum Regelbetrieb dieses Verfahrens.

Das Ziel dieses Abschlussberichts ist die umfassende Darstellung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen für die datengestützte Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des vorliegenden AQUA-Abschlussberichts im Rahmen einer Neuausrichtung.

### 3.2 Methodisches Vorgehen bei der Erstellung des Qualitätsmodells

Bei der Erstellung eines Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie*, welches sowohl die Grundlage für die Entwicklung des dokumentations- und sozialdatenbasierten QS-Verfahrens (datengestützten QS-Verfahren) als auch für die Patientenbefragung darstellt, wurde in drei Schritten vorgegangen.

Zunächst erfolgte die Themenerschließung, für die neben den Ergebnissen einer Recherche nach aggregierter Evidenz auch explorative Analysen von Sozialdaten einer kooperierenden gesetzlichen Krankenkasse und die Ergebnisse einer Suche nach größeren regionalen bzw. überregionalen Qualitätsinitiativen und Versorgungsmodellen genutzt wurden. In einem zweiten Schritt erfolgte hierauf aufbauend die Identifikation von Qualitätsaspekten. Dabei wurde sowohl die recherchierte Evidenz als auch die Perspektiven der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer, die im Rahmen von Fokusgruppen und leitfadengestützten Interviews mit Beteiligten aus allen Bereichen des Versorgungsgeschehens generiert wurden, berücksichtigt. Dabei wurden nur solche Qualitätsaspekte für die weitere Entwicklung in Betracht gezogen, die eine besondere Bedeutung für das klinische Gesamt-Outcome der Patientinnen und Patienten bzw. für deren selbstbestimmte Lebensführung (Patientenperspektive) haben. Nach der Identifikation erfolgte als dritter Schritt die Selektion der Qualitätsaspekte. Hierbei stellte das erste Auswahlkriterium die Übereinstimmung des Qualitätsaspekts mit den Zielen des QS-Verfahrens dar. Darüber hinaus sollten die selektierten Qualitätsaspekte einen belegbaren Qualitäts(verbesserungs)bedarf für die Patientinnen und Patienten und ein Qualitäts(verbesserungs)potenzial durch die Leistungserbringer aufweisen. Als Ergebnis dieser drei Schritte ergibt sich das verfahrensspezifische Qualitätsmodell. Die beschriebene zusammenfassende Darstellung der Methodik findet sich ausführlich dargestellt im Zwischenbericht (siehe Anhang E.1).

### 3.3 Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell wurden insgesamt 17 Qualitätsaspekte selektiert. Eine Übersicht dieser Qualitätsaspekte ist in Tabelle 2 dargestellt. Nach einer ersten Zuordnung gibt es zum einen Qualitätsaspekte, die ausschließlich mit datengestützten Erfassungsinstrumenten abgebildet werden sollen, und zum anderen Qualitätsaspekte, die ausschließlich von der Patientenbefragung adressiert werden. Einige Qualitätsaspekte werden sowohl von datengestützten Erfassungsinstrumenten als auch von der Patientenbefragung adressiert, um eine umfassende Darstellung dieser Qualitätsaspekte gewährleisten zu können. Über die Zuordnung der Qualitätsaspekte fand während der gesamten Entwicklung dieses Verfahrens ein enger Austausch zwischen den Bereichen beider Erfassungsinstrumente statt, um sicherstellen zu können, dass alle Qualitätsaspekte umfassend, aber auch trennscharf adressiert werden können. In diesem Prozess war nicht nur ein intensiver Austausch, sondern auch ein flexibles Reagieren auf Entwicklungsergebnisse notwendig, um zu jedem Zeitpunkt die möglichst vollumfängliche Operationalisierung aller Qualitätsaspekte gewährleisten zu können. So stellte sich beispielsweise im Entwicklungsprozess konkret heraus, dass es aufgrund einer fehlenden Adressierbarkeit und dadurch mangelnden Möglichkeit der Operationalisierung des Qualitätsaspekts „Kontinuität,

Koordination und Kooperation“ nicht möglich ist, diesen durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erfassen, sodass dieser Aspekt nunmehr ausschließlich durch die Patientenbefragung adressiert wird. Umgekehrt ergab sich im Entwicklungsprozess, dass einige Qualitätsaspekte ausschließlich durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erfassen sind (z. B. „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“) und der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ auch durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu adressieren ist.

Tabelle 2: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen nach abschließender Entwicklung der Qualitätsindikatoren (vor Abschlussbericht der Patientenbefragung)

Qualitätsaspekte	Datenquelle(n)
<b>selektierte Qualitätsaspekte</b>	
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Patientenbefragung <sup>1</sup>
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Information und Aufklärung	Patientenbefragung
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär/PIA) <sup>2</sup>	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Somatische Versorgung	Sozialdaten bei den Krankenkassen

<sup>1</sup> Im Verlauf des Entwicklungsprozess wurde dieser Qualitätsaspekt ausschließlich der Patientenbefragung zugeteilt. Er wird nun ausschließlich von dieser adressiert, was eine Abweichung zum Zwischenbericht der Patientenbefragung darstellt.

<sup>2</sup> Im Verlauf des Entwicklungsprozess wurde dieser Qualitätsaspekt ausschließlich zur datengestützten Qualitätssicherung zugeteilt. Er wird nun ausschließlich von dieser adressiert, was eine Abweichung zum Zwischenbericht der Patientenbefragung darstellt.

Qualitätsaspekte	Datenquelle(n)
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Symptomlast <sup>3</sup> Psychosoziales Funktionsniveau <sup>4</sup>	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Teilhabe <sup>5</sup>	Patientenbefragung (QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen)
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
<b>nicht selektierte Qualitätsaspekte</b>	
Diagnostik	-
Angebot zur Unterstützung von Angehörigen	-
Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung	-

Im Folgenden werden nun die Qualitätsaspekte dargestellt, welche entweder ausschließlich oder teilweise mittels datengestützter Erfassungsinstrumente erhoben werden sollen. Nicht selektierte Qualitätsaspekte für dieses Verfahren waren „Diagnostik“, „Angebot zur Unterstützung von Angehörigen“ sowie „Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung“. Die Gründe für ihren Ausschluss sind umfassend im Zwischenbericht dieses Verfahrens beschrieben (siehe Anhang E.1).

Der Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ beinhaltet vor allem die regelhafte Überprüfung (Monitoring) des Ansprechens auf die Pharmakotherapie sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Pharmakotherapie zur Erreichung eines günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis bzw. zum Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit. Hierbei spielt neben

<sup>3</sup> Dieser Qualitätsaspekt wurde im Verlauf des Entwicklungsprozesses angepasst, weil der Systemcharakter im Sinne einer Stuserhebung als Surrogat für ein Gesamtergebnis hervorgehoben werden soll (siehe auch Kapitel 8 zur Systemqualität). Im Rahmen der Operationalisierung erfolgte auch die Entscheidung für die gemeinsame Erfassung mit dem Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ (Abweichung zum Zwischenbericht der Patientenbefragung).

<sup>4</sup> Dieser Qualitätsaspekt wurde im Verlauf des Entwicklungsprozesses angepasst, weil der Systemcharakter im Sinne einer Stuserhebung als Surrogat für ein Gesamtergebnis hervorgehoben werden soll (siehe auch Kapitel 8 zur Systemqualität). Im Rahmen der Operationalisierung erfolgte auch die Entscheidung für die gemeinsame Erfassung mit dem Qualitätsaspekt „Symptomlast“ (Abweichung zum Zwischenbericht der Patientenbefragung).

<sup>5</sup> Im Verlauf des Entwicklungsprozesses wurde dieser Qualitätsaspekt sowohl der Patientenbefragung als auch dem Erfassungsinstrument QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen zugeteilt, (siehe auch Kapitel 10 zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“), er wird nun von diesen adressiert (Abweichung zum Zwischenbericht der Patientenbefragung).

der komplexen pharmakologischen Therapie auch die Einhaltung der verordneten Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika (Adhärenz), die bei Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen oftmals problematisch ist, eine wichtige Rolle.

Ein weiterer Qualitätsaspekt adressiert die „Psychotherapie (stationär/PIA)“ dieser Patientinnen und Patienten. Diese stellt neben der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka eine zentrale Säule in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten dar und wird im Rahmen der Behandlung parallel zur medikamentösen Therapie empfohlen.

Der Umgang und die Prävention von Suizidalität sind bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ebenfalls von Relevanz, da bei dieser Patientengruppe ein erhöhtes Suizidrisiko vorliegt, und werden in diesem Verfahren über einen Qualitätsaspekt adressiert.

Ebenfalls ein zentrales Thema bei dieser Patientengruppe ist die oftmals vorliegende Komorbidität einer Suchterkrankung. Diese ist sowohl bei der Anamnese der Patientinnen und Patienten als auch bei der Therapie zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für die Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika, die durch einen parallel vorhandenen Substanzmissbrauch beeinflusst wird.

Der Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ adressiert die Notwendigkeit einer regelmäßigen und ausreichenden somatischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Dies ist von besonderer Relevanz, da Patientinnen und Patienten mit einer solchen Erkrankung im Vergleich zu Personen ohne schizophrene Erkrankungen zumeist mehr somatische Erkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen, aufweisen, die jedoch häufig schlechter behandelt werden und letztlich eine Mit-Ursache für die geringere Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sein können.

Die Reduktion der Symptome von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist in der akuten und post-akuten Phase das oberste Behandlungsziel. Die Kontrolle der Symptomatik der Patientinnen und Patienten bildet eine Grundlage für weitere langfristige Behandlungsziele der Patientinnen und Patienten und wird in diesem Verfahren adressiert über den Qualitätsaspekt „Symptomlast“.

Die Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus dieser Patientinnen und Patienten ist ebenfalls relevant und wird aus diesem Grund mit einem Qualitätsaspekt in diesem Verfahren adressiert. Aufgrund der Schizophrenieerkrankung kommt es oftmals zu Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus und die Patientinnen und Patienten sind in verschiedenen Lebenssituationen, was ihre psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen angeht, eingeschränkt.

Der Qualitätsaspekt zu „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings gerade auch im ambulanten Bereich. Dieser Qualitätsaspekt betrifft ebenfalls den ausreichenden Einsatz von Psycho- und Soziotherapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenieerkrankungen. Diese Therapieformen sind für dieses Patientenkollektiv sehr relevant bei gleichzeitig vorliegenden Hinweisen auf eine unzureichende Versorgung.

Der Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ umfasst die frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandlerinnen und Behandler für zu entlassende Patientinnen und Patienten. Hierdurch soll eine nahtlose medikamentöse Therapie sichergestellt werden, aber es sollen auch Gesprächsangebote und komplementäre Strukturen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten vorbereitet werden. Dieser Qualitätsaspekt wird in Ergänzung ebenfalls von der Patientenbefragung adressiert.

Bei dem Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ handelt es sich um das Angebot einer systematischen strukturierten und didaktischen Information über die Erkrankung und Behandlung mit dem Ziel, dass die Patientinnen und Patienten besser mit ihrer Erkrankung umgehen können. Bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung mit dieser Therapieform gibt es aktuell in Deutschland Hinweise auf Versorgungsdefizite. Dieser Aspekt wird in Ergänzung ebenfalls von der Patientenbefragung adressiert.

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können im Verlauf der Erkrankung restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts notwendig werden. In der für die Entwicklung des Qualitätsmodells verwendeten Literatur werden vor allem strukturelle und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die in Krankenhäusern, welche restriktive Maßnahmen durchführen, vorliegen sollen. Hierbei wird zum einen die gezielte Schulung des Personals hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen, um eine restriktive Maßnahme wenn möglich zu verhindern, zum anderen das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genannt. Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ wird in Ergänzung ebenfalls von der Patientenbefragung adressiert.

Der Qualitätsaspekt zur Teilhabe adressiert das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft. Diese beinhaltet vor allem die berufliche Integration dieser Patientinnen und Patienten, aber auch deren Wohnsituation, da beides oftmals problematisch ist. Dieser Qualitätsaspekt soll perspektivisch im Sinne einer umfassenden Abbildung von der Patientenbefragung, aber auch von der datengestützten Qualitätssicherung adressiert werden. Dies wird in Kapitel 10 des vorliegenden Berichts näher erläutert.

Bei dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ stellte sich wie in Abschnitt 5.4 dieses Berichtes näher erläutert heraus, dass eine Operationalisierung der abgeleiteten QI -Entwürfe mittels der datengestützten Qualitätssicherung nicht möglich ist, sodass eine Abbildung durch das Erfassungsinstrument der Patientenbefragung hier sinnvoll erscheint.

Die Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung“, „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“, „Beteiligung der Patientin / des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen“ und „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ werden ausschließlich mittels der Patientenbefragung adressiert.

### **3.4 Überarbeitungsbedarf des AQUA-Indikatorensets**

Wie bereits beschrieben handelt es sich bei der Beauftragung zu diesem Verfahren um eine Neuausrichtung auf Grundlage des bereits veröffentlichten Abschlussberichts vom AQUA-Institut



(AQUA 2016). Aus diesem Grund fand neben der Erstellung eines neuen Qualitätsmodells gemäß der oben dargestellten Beauftragung auch eine Prüfung der bereits durch das AQUA-Institut entwickelten Indikatoren aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts statt. Hierbei wurde das Expertengremium des QS-Verfahrens im Rahmen des ersten Treffens zur Beurteilung der vom AQUA-Institut empfohlenen Indikatoren unter Berücksichtigung des neuen, oben beschriebenen Qualitätsmodells gebeten. Zunächst erfolgte eine Zuordnung der bestehenden AQUA-Indikatoren zu den selektierten Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells. Insgesamt konnten 5 der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren keinem der selektierten Qualitätsaspekte zugeordnet werden. Hierbei handelte es sich vorwiegend um Indikatoren der Strukturqualität auf Personalebene (siehe auch Anhang E.1). In einem zweiten Schritt wurden die 22 AQUA-Indikatoren, die einem Qualitätsaspekt zugeordnet werden konnten, von den Expertinnen und Experten hinsichtlich einer patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt sowie hinsichtlich ihrer Zuschreibbarkeit zu einem verantwortlichen Leistungserbringer bewertet. Dies wurde von den Expertinnen und Experten auf einer neunstufigen Skala eingeschätzt.

Nach Auswertung dieser Ergebnisse zeigte sich, dass nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator für das zu aktualisierende Set übernommen werden konnte. Für 9 Qualitätsaspekte konnte gar nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden, da diese nicht durch Indikatoren des AQUA-Sets adressiert wurden. Für 8 Qualitätsaspekte des neu erstellten Qualitätsmodells lagen Qualitätsindikatoren aus dem AQUA-Indikatorenset vor, die als Qualitätsmerkmal in die weiteren Entwicklungen eingehen konnten.

Die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets für das zukünftige QS-Verfahren *Schizophrenie* machten demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

## 4 Methodisches Vorgehen

### 4.1 Einführung

Nach der Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, dessen Methodik und Ergebnisse im Zwischenbericht zum QS-Verfahren *Schizophrenie* beschrieben sind (siehe Anhang E.1), erfolgte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ die Konkretisierung der Qualitätsaspekte über mehrere Filterschritte hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren für dieses QS-Verfahren (IQTIG 2017). Zunächst wurden für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells Qualitätsmerkmale abgeleitet und darauf aufbauend erste QI-Entwürfe entwickelt (siehe Abschnitt 4.4). Im Anschluss wurde im Rahmen eines weiteren Filterschritts eine Priorisierung der entwickelten QI-Entwürfe vorgenommen. Hierauf folgten die Operationalisierung der QI-Entwürfe (Abschnitt 4.5) hin zu Qualitätsindikatoren und die abschließende Reflexion des Indikatorensets (siehe Abschnitt 4.6). Das Vorgehen ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

Die bestehenden AQUA-Indikatoren wurden, wie im Zwischenbericht (Anhang E.1) umfassend dargestellt, im Rahmen des 1. Treffens des Expertengremiums am 29. November 2016 vom Expertengremium hinsichtlich ihrer patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt sowie ihrer Zuschreibbarkeit zu einem verantwortlichen Leistungserbringer bewertet. Ein AQUA-Indikator wurde als Indikator für diesen Entwicklungsprozess berücksichtigt. 8 weitere werden als Merkmal im Rahmen dieses Entwicklungsprozess berücksichtigt. Eine Übersicht zum Verbleib dieser im Verlauf des Entwicklungsprozess ist ebenfalls im Kapitel 5 zu finden.

### 4.2 Einbezug von Expertinnen und Experten

Für den Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren wurde das IQTIG vom selben Expertengremium unterstützt wie im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells. Der Auswahlprozess der Experten und Expertinnen ist umfassend im Zwischenbericht (Anhang E.1) dargestellt. Bei der Zusammensetzung des Expertengremiums wurde insbesondere darauf geachtet, Personen aus unterschiedlichen Versorgungsfunktionen einzubeziehen, sodass in diesem beratenden Gremium nicht nur Personen mit Leitungsposition, sondern auch die mittlere Führungsebene, unter Berücksichtigung ausreichender Berufserfahrung und wissenschaftlicher Expertise, angemessen vertreten war. Ebenso wurde eine Ausgeglichenheit bezüglich der personellen Vertretung der Sektoren angestrebt. Um dies auch für den ambulanten Sektor gewährleisten zu können, wurde nach Abschluss des offiziellen Bewerbungsverfahrens, im Rahmen dessen eine ambulante Vertreterin gewonnen werden konnte, ein erneuter, befristeter Aufruf für ambulante Leistungserbringer über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durchgeführt, der nicht erfolgreich war. Das IQTIG geht jedoch davon aus, dass für die Machbarkeitsprüfung ausreichend vertragsärztliche Leistungserbringer gefunden werden können, da dann keine Anreisen zu ganztägigen Gremiumssitzungen nach Berlin erforderlich werden, sondern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG in die Praxen kommen werden. Die Vertreterin für den ambulanten Bereich vertrat im Rahmen der Entwicklung neben Qualitätszirkeln auch ein Ärztenetz. Sie war zu allen Treffen des Expertengremiums anwesend. Ihre Einschätzung zu Fragestellungen, die den ambulanten Sektor

adressieren, wurde stets explizit erfragt und im Protokoll erfasst. Der Einbezug von Expertinnen und Experten erfolgte gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2017) an vier Stellen des Entwicklungsprozess, wobei im Rahmen des 1. Treffens des Expertengremiums als Besonderheit dieses Verfahrens eine Bewertung der Qualitätsindikatoren des AQUA-Abschlussberichts vorgenommen wurde. Dies ist im Zwischenbericht (Anhang E.1) umfassend dargestellt. Des Weiteren wurden die Expertinnen und Experten jeweils am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“, „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ sowie der abschließenden Reflexion des gesamten Sets an Qualitätsindikatoren einbezogen (Abbildung 1). Bei jedem Treffen des Expertengremiums erfolgten durch das IQTIG zunächst ein einleitender Vortrag zum bisherigen Entwicklungsstand, dem Thema der Sitzung und dem methodischen Vorgehen sowie eine umfassende und beispielhafte Darstellung der Aufgaben des Expertengremiums für das jeweilige Treffen.

Das Expertengremium hat bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG (IQTIG 2017). Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG gleichwertig bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen.

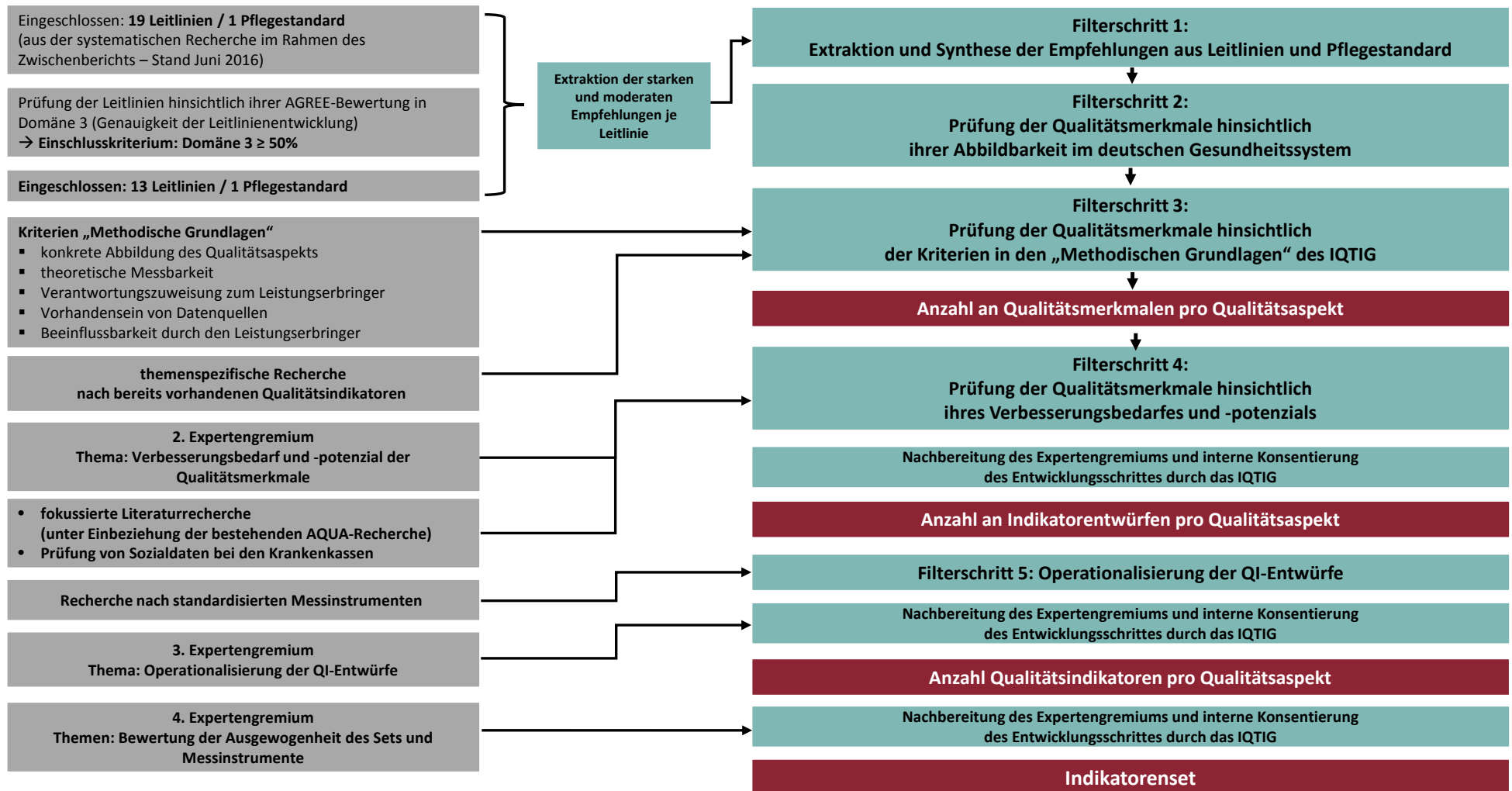


Abbildung 1: Prozessablauf vom Qualitätsmodell zum Indikatorenset

### **4.3 Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen (Filterschritte 1 bis 3)**

In diesem Arbeitsschritt wurden für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells die entsprechenden Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Hierbei wurden Empfehlungen aus Leitlinien extrahiert und nach einem Syntheseprozess zu Qualitätsmerkmalen den einzelnen Qualitätsaspekten zugeordnet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (siehe Abschnitt 4.3.2) sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2017) geprüft. Indikatoren aus dem Abschlussbericht von AQUA (2016), die im Rahmen des 1. Treffens des Expertengremiums (siehe Anhang E.1) als geeignet bewertet wurden, gingen als Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess mit ein. Auch sie wurden anhand der genannten Kriterien geprüft und bei der Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4, siehe Abschnitt 4.4) entsprechend bewertet.

#### **4.3.1 Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard (Filterschritt 1)**

Als Grundlage für die Generierung von Qualitätsmerkmalen wurden die für den Zwischenbericht recherchierten evidenzbasierten Leitlinien und Pflegestandards verwendet. Die Methodik dieser Recherche ist dort ausführlich dargestellt (siehe Anhang E.2). Für den Zwischenbericht erfolgte weiterhin eine Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013). Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdeterminante der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Zusätzlich erfolgten noch zwei Gesamtbewertungen der Leitlinien. Die Leitlinien wurden anhand dieses Instruments von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wurde jedes Item auf einer Punkteskala von 1 bis 7 bewertet und daraus für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Diese 6 Domänenwerte ermöglichten es, die verschiedenen Leitlinien miteinander zu vergleichen. Diese Bewertung wurde für den Abschlussbericht übernommen.

Obwohl das AGREE-II-Instrument generell keine Trennung zwischen den einzelnen Domänen vorschlägt (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013), sind bei den Anwendern des Instruments gesetzte Cut-off-Werte bei einzelnen Domänenwerten gängige Praxis, um zwischen guter und schlechter Leitlinienqualität zu unterscheiden (Brouwers et al. 2009, Prien et al. 2017). Da die Empfehlungen, die im Rahmen der Merkmalsgenerierung aus den Leitlinien extrahiert werden sollten, auf einer guten Evidenzbasis bzw. auf einer guten methodischen Leitlinienentwicklung beruhen sollten, wurde festgelegt, dass nur Leitlinien berücksichtigt werden, die in der Domäne

3 „Genauigkeit der Leitlinienentwicklung“ einen Wert  $\geq 50\%$  erhalten haben. Aus diesen Leitlinien wurden durch das IQTIG nachfolgend die moderaten und starken Empfehlungen extrahiert und synthetisiert.

Für den ebenfalls bei der Recherche im Zwischenbericht eingeschlossenen Pflegestandard ist keine Bewertung mittels des AGREE-II-Instruments möglich, er ist aber gemäß der „Methodischen Grundlagen“ bei der Extraktion von Empfehlungen zu berücksichtigen (IQTIG 2017).

Alle extrahierten Empfehlungen wurden in einem ersten Schritt den Qualitätsaspekten zugeteilt, aus diesen wurden erste Entwürfe von Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Die Empfehlungen wurden dann diesen Entwürfen von Merkmalen zugeordnet. Hierbei ergaben sich sowohl Empfehlungen, die den Kern des Entwurfs des Merkmals adressierten, und solche die allgemeiner formuliert waren und dem Entwurf des Merkmals als unterstützende Empfehlung zugeordnet wurden. Empfehlungen, die beispielsweise thematisch nicht im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens adressierbar sind, wie eine Intervention, die sich explizit auf Hausärztinnen und -ärzte bezieht, oder eine Empfehlung, die einen nicht selektierten Qualitätsaspekt (Zwischenbericht im Anhang E.1) adressiert, wurden in diesem Schritt gestrichen. Empfehlungen, die thematisch zum Erfassungsinstrument der Patientenbefragung passen oder sich auf Qualitätsaspekte beziehen, die mittels dieser adressiert werden sollen, wurden bei der Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt. Am Ende dieses Filterschritts steht pro Qualitätsaspekt eine Anzahl an Qualitätsmerkmalen fest, wobei aufgrund des beschriebenen Vorgehens ein Merkmal aus mehreren inhaltlich ähnlichen Empfehlungen bestehen kann.

#### **4.3.2 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritt 2)**

Da im QS-Verfahren *Schizophrenie* beinahe ausschließlich nicht deutsche Leitlinien und Pflegestandards zur Verfügung standen, wurde in einem zweiten Filterschritt die Abbildbarkeit der Qualitätsmerkmale im deutschen Gesundheitssystem überprüft. Dies bezieht sich vor allem auf strukturelle Gegebenheiten, die vom deutschen Versorgungssystem abweichen, sodass andersherum keine äquivalente und vergleichbare Versorgungsstruktur in Deutschland vorliegt.

#### **4.3.3 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3)**

Nach der Ableitung der Leitlinienempfehlungen und der Prüfung hinsichtlich der Abbildbarkeit im deutschen System erfolgten anschließend gemäß den „Methodischen Grundlagen“ eine Prüfung jedes Qualitätsmerkmals hinsichtlich folgender Kriterien zur Konkretisierung und der Ausschluss des Qualitätsmerkmals, wenn mindestens ein Kriterium nicht erfüllt war (IQTIG 2017):

- unmittelbarer Zusammenhang des Qualitätsmerkmals mit dem Qualitätsaspekt
- adressierte Patienten- und Leistungserbringergruppen des Qualitätsmerkmals
- mögliche Datenquellen und deren Eignung zur Erfassung des Qualitätsmerkmals
- Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer
- Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer

#### **4.4 Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4)**

Nach Filterschritt 1 bis 3 erfolgte ein dreiseitiges Vorgehen, um eine Priorisierung der bestehenden Qualitätsmerkmale vorzunehmen und eine Anzahl von QI-Entwürfen für die Operationalisierung festzulegen. Hierbei wurde das Expertengremium zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der einzelnen Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 4.4.1 und Anhang A.2) befragt und die inhaltlichen Argumente des Expertengremiums wurden nach Auswertung des Protokolls berücksichtigt. Ebenso wurde eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche (siehe Abschnitt 4.4.2) durchgeführt und die dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten bei den Krankenkassen als potenzielle Datenquelle für alle zu entwickelten Qualitätsindikatoren (siehe Abschnitt 4.4.3) geprüft. Diese drei Wissensquellen wurden für die Ableitung des Verbesserungsbedarfes und -potenzials der QI-Entwürfe mit gleicher Gewichtung berücksichtigt. Die Entscheidung, bei welchen Qualitätsmerkmalen, unter Berücksichtigung der drei Wissensquellen, ein Verbesserungsbedarf bzw. -potenzial vorlag, wurde durch das IQTIG nach einer umfassenden Aufbereitung und Gegenüberstellung getroffen.

##### **4.4.1 Expertengremium zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der einzelnen Qualitätsmerkmale**

Die Qualitätsmerkmale wurden dem externen Expertengremium im Rahmen des 2. Treffens am 21. April 2017 zur Priorisierung vorgelegt. Das Rating orientierte sich an den in den „Methodischen Grundlagen“ formulierten Vorgaben. Die Erfassung der Expertenmeinung erfolgt dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Hierbei geben die Expertinnen und Experten sowohl in den schriftlichen Vorabbewertungen als auch in den persönlichen Treffen ihre Einschätzung merkmalsbezogen auf einer 9-stufigen Skala ab, wobei die Eignung ab einem Punktwert von 7 gegeben ist (Fitch et al. 2001). Konsens der Gruppe hinsichtlich der Bewertung wird dann angenommen, wenn mehr als 75 % der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten (IQTIG 2017). In diesem Fall wurden den Expertinnen und Experten, gemäß der „Methodischen Grundlagen“, Fragen zu den folgenden Eignungskriterien pro Qualitätsmerkmal gestellt:

- Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die patientenrelevanten Qualitätsaspekte (Relevanz, Verbesserungsbedarf/-potenzial und das daraus abgeleitete konkrete Qualitätsziel)
- Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die Ausprägung des Qualitätsmerkmals

Eine Eignung des Qualitätsmerkmals vonseiten der Expertenmeinung wurde dann als gegeben gewertet, wenn beide Fragen jeweils 75 % der Bewertungen über dem Wert von 7 auf der 10-stufigen Skala lagen (dies entspricht auch den Konsenskriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., AWMF). Für die Qualitätsmerkmale, die perspektivisch im Rahmen der Systemqualität erfasst werden sollen, wurde das Rating zwar formal durchgeführt, aber nicht in die abschließende Bewertung durch das IQTIG miteinbezogen, da hier zwar die Verantwortungszuschreibung für den Prozess, aber nicht für das Ergebnis

möglich ist. Für diese Merkmale wurden lediglich die inhaltlichen Argumente des Gremiums berücksichtigt. Im Nachgang des Expertengremiums erfolgte eine umfassende Aufbereitung sowohl des Ratings als auch der inhaltlichen Argumente für die Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den Ergebnissen der fokussierten Literaturrecherche und der Analyse von Sozialdaten bei den Krankenkassen pro Qualitätsmerkmal.

#### **4.4.2 Fokussierte Literaturrecherche**

Im Rahmen dieses Entwicklungsschritts wurde die im Bericht von AQUA (2016) aufbereitete Literatur im Sinne einer Weiterentwicklung genutzt und um eine fokussierte Literaturrecherche, die zeitlich an den Recherchezeitraum von AQUA (2016) anschließt ergänzt. Es wurde zunächst jeweils eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt (exemplarisch dargestellt siehe Anhang A.3) und dann entsprechend an die anderen Datenbanken (PsycINFO, Embase, CINAHL, Cochrane Library) angepasst. Anschließend erfolgte ein ebenfalls orientierendes Screening der gefundenen Artikel hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs und -potenzials der Qualitätsmerkmale.

Die Ableitung von Suchwörtern/Suchbegriffen für die Recherche erfolgte mithilfe der Qualitätsaspekte, die für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells identifiziert wurden, und wurde ergänzt durch die Qualitätsmerkmale (Abschnitt 4.3).

Die Suche bestand jeweils aus drei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie, ein Rechercheblock für den jeweiligen Qualitätsaspekt und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen im deutschsprachigen Raum einschränkte. Der Rechercheblock zur Eingrenzung der Treffer auf Publikationen in deutschsprachigen Ländern basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015).

Die Recherchen erfolgten vom 6. März bis 12. April 2017 in folgenden bibliografischen Datenbanken:

- MEDLINE via Ovid ab 1946
- PsycINFO via Ovid ab 1806
- Embase via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961
- Cochrane Library via Wiley (alle Datenbanken)

Folgende Limitationen wurden berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2014 bis 2017
- nur „human“
- nur englische/deutsche Publikationen
- keine Kommentare, Kongressbeiträge, Editorials

In Tabelle 3 sind die Einschlusskriterien, die dem orientierenden Screening der Publikationen zum Verbesserungsbedarf und -potenzial zugrunde lagen, aufgeführt.



Tabelle 3: Einschlusskriterien für Publikationen zum Verbesserungsbedarf und/oder Verbesserungspotenzial

Einschlusskriterien	
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatur, ab 1. Januar 2014 publiziert</li> <li>▪ Ausschluss folgender Studiendesigns: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kongressabstract bzw. Poster</li> <li>▫ Kommentare, Letter, Editorials</li> </ul> </li> </ul>
E2	Publikationssprache: deutsch oder englisch
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen aus Deutschland bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten (z. B. Ländervergleiche, wobei keine Mindestvorgabe hinsichtlich der Höhe des Anteils der deutschen Studienpopulation vorgegeben wurde)</li> </ul> <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen zu Ländervergleichen der WHO- und OECD-Länder</li> </ul>
E4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ volljährige Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose F20.- bis F29.- nach ICD-10-GM</li> <li>▪ Ausschluss folgender Personengruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ zu eng definierte Populationen, z. B. Heimbewohnerinnen und -bewohner, nur Männer</li> <li>▫ Straftäterinnen und Straftäter mit psychischen Erkrankungen</li> </ul> </li> </ul>
E5	Intervention deckt inhaltlich den Qualitätsaspekt ab
E6	<p>Die Ergebnisse der Studie zeigen Verbesserungsbedarf und/oder Verbesserungspotenzial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ positiver Einfluss auf eines der untersuchten Outcomes</li> <li>▪ Defizit im Vergleich zur leitliniengerechten Versorgung</li> </ul>

Im Rahmen des Screenings dieser orientierend angelegten Recherche wurden Titel und Abstracts der Publikationen von einer Person in Bezug auf ihre inhaltliche Relevanz für die a priori festgelegten Einschlusskriterien überprüft und ausgewählt. Unklare Publikationen wurden von einer zweiten unabhängigen Person in Bezug auf ihre inhaltliche Relevanz für die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt und im Zweifel für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 3) zutreffen. Die pro Qualitätsmerkmal eingeschlossenen Artikel wurden um Handrecherche-Artikel und unter Einbezug des Abschlussberichts von AQUA (2016) ergänzt und die Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf und/oder Verbesserungspotenzial wurden daraufhin pro Qualitätsmerkmal dargestellt. Diese sind aufgrund der orientierend angelegten Recherche sowie des Screenings und der hohen Toleranz bei den eingeschlossenen Studiendesigns als Hinweise auf einen möglichen Verbesserungsbedarf und/oder ein mögliches Verbesserungspotenzial zu sehen. Für die Darstellung des

Verbesserungsbedarfs und -potenzials fand auf Merkmalsebene keine Bewertung hinsichtlich der Studienqualität statt.

#### **4.4.3 Analyse von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle**

Im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung dieses QS-Verfahrens sollen gemäß des Auftrags Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) als potenzielle Datenquelle für alle zu entwickelten Qualitätsindikatoren geprüft werden.

Hierfür wurden folgende Datenbestände der Krankenkassen vom IQTIG im Hinblick auf eine empirische Prüfung als relevant eingestuft und bei einer freiwillig teilnehmenden Krankenkasse angefordert:

- 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 § 295 SGB V: Abrechnungsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen
- 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

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen dieses QS-Verfahrens dient der Gewinnung allgemeiner Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen, das Patientenkollektiv und die erbrachten Leistungen und der deskriptiven Beschreibung dieser wie auch der Einschätzung der allgemeinen Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen in dem zu entwickelnden QS-Verfahren, insbesondere bei der Entwicklung des Patientenfilters.

#### **Datenbasis für empirische Analysen in diesem QS-Verfahren**

Als Datenbasis für empirische Analysen stand dem IQTIG der Datensatz einer kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung. Für das vorliegende Verfahren wurden anonymisierte Sozialdaten der Jahre 2012Q3 bis 2015Q2 für volljährige Versicherte beantragt, bei denen in einem dieser 3 Jahre mindestens einmal ambulant oder stationär eine Diagnose aus dem Diagnosespektrum F20.–F29 nach ICD-10-GM gestellt wurde. Es handelt sich hierbei um eine Vollerhebung aus dem Bestand dieser Krankenkasse. Die Daten wurden einer Prüfung auf Vollständigkeit, Kohärenz und Plausibilität unterzogen und anschließend in analysegerechter Form aufbereitet. Diagnosen aus der ambulanten Versorgung gelten nur dann als auswertungsrelevant, wenn sie in zwei Quartalen eines Erfassungsjahres in gesicherter Form vorliegen (M2Q-Kriterium) (BVA [kein Datum]).

### **Einschränkungen des vorliegenden Datenpools für dieses QS-Verfahren**

1. Sozialdaten zu selektivvertraglich geregelten Leistungen: Für Patientinnen und Patienten, die über Selektivverträge nach §§ 73b, 73c oder 140 SGB V abgerechnet werden, können die für die betroffenen Patientinnen und Patienten hinterlegten Leistungen nur in eingeschränktem Maße berücksichtigt werden. Die in diesen Verträgen vereinbarten Abrechnungsnummern sind nicht in die Abrechnungsziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) übertragbar.
2. Pseudonymisierte Betriebsstättennummer (BSNR): Bei der Darstellung der Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass niedergelassene Leistungserbringer über ihre jeweilige pseudonymisierte BSNR identifiziert wurden. Es ist daher nicht eindeutig nachzuweisen, von wie vielen Ärztinnen und Ärzten eine Patientin oder ein Patient tatsächlich behandelt wurde, da in einer Betriebsstätte grundsätzlich mehrere Ärztinnen und Ärzte beschäftigt sein können. Für die hier dargestellten Auswertungen wurde festgelegt, dass eine BSNR immer einem Leistungserbringer entspricht.
3. Zuordnung von hauptbehandelnden Leistungserbringern: Sobald eine Patientin oder ein Patient über mehr als ein Quartal innerhalb eines Jahres bei einer Praxis mit den Fachrichtungen Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Facharztgruppe 51) bzw. Psychiatrie und Psychotherapie (Facharztgruppe 58) in Behandlung war, galt diese Praxis als hauptbehandelnde Praxis. Dadurch werden Einflüsse durch vorübergehende Behandlungen, wie z. B. Urlaubsvertretungen, minimiert bzw. ausgeschlossen.

### **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 die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken, die vom Bundesministerium für Gesundheit entsprechend der von den gesetzlichen Krankenversicherungen gelieferten Informationen veröffentlicht werden, sowie die Bevölkerungsstatistik der Bundesrepublik Deutschland (DESTATIS 2017). 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.

### **Analysen von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse bei der Priorisierung von Qualitätsmerkmalen**

Im Rahmen erster explorativer Analysen wurde für das Kollektiv der volljährigen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, schizotypen und wahnhaften Störungen untersucht, welche somatischen und psychischen Komorbiditäten anhand von ICD-10-GM-Kodierungen innerhalb eines Jahres anhand von Sozialdaten der kooperierenden Krankenkasse abgerechnet wurden. Für diese Analysen wurde die Grundgesamtheit angewandt, die auch im Zwischenbericht der Patientenbefragung genutzt wurde. Dazu wurden Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Jahr 2014 entweder mindestens einen stationären Aufenthalt mit der Entlassungsdiagnose F20.- bis F29.- oder im ambulanten Sektor in mindestens zwei Quartalen eine

Diagnose F20.- bis F29.-aufweisen. Patientinnen und Patienten, bei denen gleichzeitig eine Demenz (F00.- bis F03) vorlag, wurden nicht betrachtet. Für das betrachtete Patientenkollektiv wurde anschließend die Prävalenz einzelner Diagnosen nach ICD-10-GM bestimmt. Eine Einschränkung hinsichtlich der Facharztgruppen bzw. der Diagnosen wurde erst im Verlauf der Entwicklung beschlossen und dementsprechend erst in den Analysen zu den einzelnen Indikatoren umgesetzt.

#### **4.5 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

In diesem Arbeitsschritt wurden die Grundgesamtheiten und die Merkmalsausprägungen je QI-Entwurf festgelegt. Außerdem wurden das entsprechende Erfassungsinstrument und ein erster Vorschlag für einen Referenzbereich für die jeweiligen QI-Entwürfe bestimmt sowie die entsprechenden Rationale für jeden QI-Entwurf (Abschnitt 4.5.2) erstellt. Zusätzlich erfolgte für die Indikatoren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können, eine empirische Prüfung mit dem vorliegenden Sozialdatenpool für dieses Verfahren (Abschnitt 4.5.1).

Im Anschluss fand am 14. Juli 2017 ein erneutes Treffens des Expertengremiums statt, in dem die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium vorgestellt und besprochen wurden. Hierbei lag der Schwerpunkt auf der Besprechung der Grundgesamtheit, der Korrektheit der Kodierungen, sowie der Datenfelder. Eine erste Diskussion zu Referenzbereichen und einer Risikoadjustierung wurden besprochen. Im Nachgang erfolgte eine umfassende Nachbereitung des Expertengremiums. Unter Einbezug dieser sowie der eigenen Berechnungen erfolgte eine Entscheidung zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG.

##### **4.5.1 Empirische Prüfung mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse**

Die Abbildbarkeit der Qualitätsindikatoren wurde anhand von den zur Verfügung stehenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse empirisch geprüft. Diese Prüfung soll sicherstellen, dass die relevanten Behandlungsfälle und ihre Merkmalsausprägungen über Sozialdaten bei den Krankenkassen anhand von z. B. Diagnosen und Prozeduren korrekt identifiziert werden können. Ist ein Qualitätsindikator operationalisiert, können darüber hinaus erste Probeauswertungen erfolgen, die beispielsweise Einblick zu den Indikatorenergebnissen und der Anzahl der einbezogenen Leistungserbringer erlauben.

Folgende Qualitätsindikatoren sollen anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geprüft werden:

Tabelle 4: Indikatoren, die anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geprüft werden

Qualitätsindikator	Sektor	Ebene
Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	ambulant	Systemebene
Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	ambulant	Fallebene
Soziotherapie (Systemindikator)	ambulant	Systemebene
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	ambulant	Systemebene

Die Definition der Grundgesamtheit wurde nach dem 3. Treffen des Expertengremiums wie nachfolgend dargestellt angepasst. Für die Qualitätsindikatoren „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“, „Soziotherapie (Systemindikator)“ und „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ wurden volljährige Patientinnen und Patienten betrachtet, die in mindestens zwei Quartalen im Jahr 2014 die Diagnose Schizophrenie (F20.-) bzw. schizoaffektive Störung (F25.-) aufweisen und dabei in einer Praxis behandelt wurden, denen eine Ärztin oder ein Arzt der Fachrichtung Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (FG 51) oder Psychiatrie und Psychotherapie (FG 58) angehört. Die für diese Indikatoren zu berücksichtigenden EBM-Ziffern sind dem Indikatorenset zu entnehmen.

Für den Qualitätsindikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ sind volljährige Patientinnen und Patienten mit stationärem Aufenthalt und der Entlassungsdiagnose Schizophrenie (F20.-) bzw. schizoaffektive Störung (F25.-) als Grundgesamtheit definiert. Sofern eine Patientin oder ein Patient mehrere Aufenthalte im Erfassungsjahr hat, wurde nur der letzte Aufenthalt berücksichtigt. Weiterhin durfte im Follow-up-Zeitraum, also den vier Quartalen nach der letzten Entlassung im Erfassungsjahr, kein weiterer stationärer Aufenthalt mit der Entlassungsdiagnose F20.- bzw. F25.- vorliegen.

Bedingt durch den so definierten Follow-up-Zeitraum und aufgrund des zur Verfügung stehenden Datenpools musste das Erfassungsjahr für den Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ vorverlegt werden und deckt sich daher nicht mit dem Erfassungsjahr (2014) der Indikatoren „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“, „Soziotherapie (Systemindikator)“ und „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“. Als Erfassungszeitraum für den stationären Aufenthalt wurde demnach der Zeitraum 1. Juli 2013 bis 30. Juni 2014 und als Follow-up der Zeitraum bis 30. Juni 2015 definiert. Für die betrachteten Patientinnen und Patienten wurde für jedes der vier Quartale nach dem Entlassungsquartal anhand der Verordnungsdaten geprüft, ob eine Verordnung von Psycholeptika (N05) oder Psychoanaleptika (N06) abgerechnet wurde.

Weiterhin ist bei den drei Qualitätsindikatoren „Soziotherapie (Systemindikator)“, „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ und „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ der spezifische Leistungserbringer nicht von Relevanz. Bei den Indikatoren der Systemebene ist es ausschließlich von Interesse, ob eine Versorgung durch den ambulanten Sektor erfolgt.

#### 4.5.2 Erstellung der Rationalen für die QI-Entwürfe

Für die Erstellung der Rationalen der QI-Entwürfe wurden neben den einbezogenen Leitlinien und dem einbezogenen Pflegestandard auch Studien aus der orientierenden Recherche zum Verbesserungsbedarf und -potenzial berücksichtigt. Studien, die im Rahmen der fokussierten Recherche Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf und/oder -potenzial zeigten, wurden hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet. Hierzu erfolgte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ die Bewertung der systematischen Reviews mittels des AMSTAR-Instruments (Assessment of Multiple Systematic Reviews) (Shea et al. 2007). Die Kategorisierung dieser orientierte sich an Flodgren et al. (2011), Ryan et al. (2014) und Sharif et al. (2013) und wurde folgendermaßen eingeteilt:

- 8 bis 11 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet: hohe Qualität
- 4 bis 7 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet: mittlere/moderate Qualität
- 0 bis 3 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet: geringe Qualität

Die Bewertung der kontrollierten, nicht kontrollierten Studien und kontrollierten Vorher-Nachher-Studien wurde unter Nutzung der EPOC-Kriterien durchgeführt und gemäß des Cochrane-Handbuchs (Higgins et al. 2011) in folgende Kategorien unterteilt:

- *Low risk of bias: Plausible bias unlikely to seriously alter the results / Low risk of bias for all key domains*
- *Unclear risk of bias: Plausible bias that raises some doubt about the results / Unclear risk of bias for one or more key domains*
- *High risk of bias: Plausible bias that seriously weakens confidence in the results / High risk of bias for one or more key domains*

Zur Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Studiendesigns der eingeschlossenen Studien wurden gemäß den „Methodischen Grundlagen“ ergänzend in der Rationale die Evidenzgrade unter Nutzung des Schemas aus § 11 Abs. 3 Anlage III zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses angegeben (IQTIG 2017). Es wurde die Klassifizierung zu therapeutischen Methoden genutzt. Einschränkend muss gesagt werden, dass diese nicht für alle vorliegenden Studien inhaltlich geeignet war und entsprechend an diesen Stellen die Evidenzstufe V vergeben wurde.

Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden gelten folgende Evidenzstufen:

- I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
- I b Randomisierte klinische Studien
- II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b
- II b Prospektive vergleichende Kohortenstudien
- III Retrospektive vergleichende Studien
- IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien

- V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen

#### **4.5.3 Ausfüllhinweise zu den Qualitätsindikatoren**

Für die Ausfüllhinweise zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren wurden die dargestellten Informationen aus den Anmerkungen des entsprechenden Qualitätsindikators des Indikatorensets übernommen und bei Bedarf ergänzt. Die Ausfüllhinweise sind in den Anhängen D.5, D.6 und D.7 für jeden Qualitätsindikator dargestellt.

### **4.6 Kondensierung der möglichen Qualitätsindikatoren zum fokussierten Indikatorenset**

In diesem Schritt fand die Bewertung des kompletten Indikatorensets statt. Unter Einbeziehung des Expertengremiums am 8. September 2017 wurde das Indikatorenset gemäß den Kriterien der „Methodischen Grundlagen“ final reflektiert (IQTIG 2017). Es wurde von den Expertinnen und Experten beurteilt, ob das Set den Zweck des Verfahrens – auch hinsichtlich der Neuausrichtung auf Grundlage des bestehenden AQUA-Indikatorensets (AQUA 2016) – erfüllt und das Qualitätsmodell angemessen abbildet. Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ wurden die Expertinnen und Experten auch zu ihrer Einschätzung, ob Überschneidungen zwischen den Qualitätsindikatoren vorliegen und die Qualitätsindikatoren dem angestrebten Gewicht der jeweiligen Qualitätsaspekte entsprechen, befragt (IQTIG 2017). Im Nachgang dieser letzten Gremiumssitzung im Entwicklungsprozess wurde das Indikatorenset durch das IQTIG final bewertet und konsentiert.

### **4.7 Themenspezifische Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren**

Im Rahmen der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 4.3) erfolgte parallel zur Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ eine themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren (IQTIG 2017). Diese ist nachfolgend hinsichtlich ihrer Methodik dargestellt.

Die Recherche nach bestehenden Indikatoren zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung durch das IQTIG dient der Darstellung der Relevanz der im Rahmen des Verfahrens entwickelten Qualitätsindikatoren und gibt einen Überblick zu national und international bestehenden Indikatoren der in diesem Verfahren adressierten Qualitätsaspekte.

Nach den Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ erfolgte die Recherche auf den Webseiten von nationalen und internationalen Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften (IQTIG 2017). Aufgrund der beauftragten Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden die Rechercheergebnisse für den Recherchezeitraum bis Oktober 2014 der von AQUA (2016) im Abschlussbericht dargestellten Indikatoren übernommen und um die neu ermittelten Indikatoren ergänzt. Diese Recherche der entsprechenden Webseiten und Datenbanken der nationalen und

internationalen Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften mit einer Darstellung der angewendeten Suchstrategie ist im Abschlussbericht vom AQUA-Institut (vgl. dort Abschnitt 4.1 und Anhang A.6) detailliert dargestellt (AQUA 2016).

Die aktualisierende Recherche des IQTIG zur Erfassung des Zeitraums von November 2014 bis Juli 2017 erfolgte aufbauend auf die AQUA-Recherche über die Webseiten von nationalen und internationalen Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften, die im Abschlussbericht von AQUA (2016) mit einer Anzahl identifizierter Indikatoren aufgeführt sind. Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 24. März bis zum 24. April 2017. Hierfür wurden die deutschsprachigen Internetseiten über die seiteneigene Suchfunktion mit folgenden, jeweils einzeln abgeprüften Schlagworten durchsucht: „Schizophrenie“, „Psychose“, „Psychiatrie“, „Indikator“, „schizotyp“, „schwere psychische Erkrankung“, „Halluzination“ und „Wahn“. Ebenfalls berücksichtigt wurden Internetseiten in englischer, französischer und schwedischer Sprache, die mittels der genannten Suchbegriffe in der jeweiligen Sprache durchsucht wurden.

Die beschriebene Indikatorenrecherche wurde um eine Handsuche ergänzt. Hierbei wurden Veröffentlichungen aus dem Zeitraum von November 2014 bis Juli 2017 einbezogen, um auch mögliche neu entwickelte Indikatoren, die nicht mittels der Recherchestrategie von AQUA (2016) erfasst wurden, zu berücksichtigen.

Eingeschlossen wurden, nach Ausschluss von Dubletten, nur solche Indikatoren, die die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Schizophrenie* thematisch adressieren. Diese sind bei den einzelnen Indikatoren im Indikatorenset aufgeführt und im Anhang zusammenfassend dargestellt (siehe Anhang A.5).

## **4.8 Standardisierte Messinstrumente**

Gemäß der Beauftragung des QS-Verfahrens sind Messinstrumente, die eine Outcome-Messung vornehmen, zu berücksichtigen. Zudem stellte sich im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ sowie „Psychosoziales Funktionsniveau“ heraus, dass diese beiden Qualitätsaspekte am besten durch eine standardisierte Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus abzubilden sind. Dies kann anhand von psychometrischen Messinstrumenten, welche die entsprechenden Dimensionen erfassen, geschehen.

Im Rahmen des Entwicklungsschritts der Operationalisierung der QI-Entwürfe erfolgte eine fokussierte Recherche zu standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus. Diese wird hinsichtlich ihrer Methodik im Folgenden dargestellt.

Die Auswahl der im Rahmen eines QS-Verfahrens theoretisch einsetzbaren Messinstrumente müssen neben den grundlegenden Gütekriterien wie Validität, Reliabilität und Objektivität auch eine Reihe von spezifischen Kriterien erfüllen (siehe Abschnitt 4.8.2).



#### 4.8.1 Methodisches Vorgehen bei der Recherche von Messinstrumenten

Die Literaturrecherche zu den Messinstrumenten wurde in mehreren Schritten durchgeführt. Hierbei wurde eine orientierende Recherche allgemein nach Messinstrumenten durchgeführt. Ebenso wurden die in der fokussierten Recherche zu den Qualitätsaspekten (siehe Abschnitt 4.4.2) gefundenen Publikationen explizit nach verwendeten Messinstrumenten gescreent. Für diese Messinstrumente wurde gezielt nach deutschen Versionen und Validierungsstudien recherchiert. Parallel wurde ergänzend in zwei Datenbanken nach deutschsprachigen Messinstrumenten gesucht. Zuletzt wurde auch das Ergebnis der Recherche nach bereits bestehenden Indikatoren genutzt, um zu prüfen, ob und welche Messinstrumente dort verwendet wurden (siehe Abschnitt 4.7).

##### Orientierende Recherche zu Messinstrumenten

Um deutschsprachige Messinstrumente zu identifizieren, wurde in der Literatur nach gängigen Instrumenten gesucht. Dies geschah durch eine umfangreiche Handsuche, die auf mehrere Weisen erfolgte.

Zum einen wurde über die Deutsche Nationalbibliothek nach online zugänglichen Dissertationen bzw. Hochschulschriften gesucht, die Messinstrumente entwickelt, validiert oder eingesetzt haben. Dabei wurden folgende Suchbegriffe verwendet: schizo\*, Psychose, psychosis, mental. Zum Teil wurden diese mit den Begriffen Fragebogen, Skala, questionnaire\* bzw. scale\* kombiniert.

Über die Handsuche wurden auch Bücher und Reviews durchsucht, die sich mit der Outcome-Messung bzw. der Beurteilung und Bewertung der Therapien von volljährigen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und speziell mit Schizophrenie und wahnhaften Störungen befassten.

Alle gefundenen Publikationen wurden nach genutzten Messinstrumenten gescreent. Ebenso wurde gezielt nach Validierungsstudien für deutsche Übersetzungen von häufig beschriebenen Messinstrumenten aus dem englischen Sprachraum gesucht. Zudem wurde recherchiert, ob die Messinstrumente lizenzfrei zu verwenden sein würden.

##### Verwendung der fokussierten Recherche zu Qualitätsaspekten

Zum anderen erfolgte ein erneutes Sichten der Artikel, die bei der fokussierten Literaturrecherche zu den verschiedenen Qualitätsaspekten gefunden wurden (siehe Abschnitt 4.4.2). Es wurde konkret nach Messinstrumenten gesucht, mit denen die Symptomlast und/oder das psychosoziale Funktionsniveau im Rahmen der beschriebenen Untersuchungen erhoben wurden.

Messinstrumente wurden nicht in die weitere Betrachtung einbezogen, wenn sie

- das psychosoziale Funktionsniveau nur teilweise abbilden (beispielsweise nur die berufliche Integration),
- die Symptomlast nur teilweise abbilden (beispielsweise nur Kognition oder Depression<sup>6</sup> bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung),

---

<sup>6</sup> Calgary Depression Scale for Schizophrenia

- auf der Selbstbeurteilung der Patientinnen und Patienten basieren (z. B. ZUF-8<sup>7</sup>, SCL-90-R<sup>8</sup>) oder
- primär leitfadengestützte Interviews<sup>9</sup> sind.

### **Konkrete Recherche nach deutschsprachigen Messinstrumenten**

Des Weiteren wurde in den bibliographischen Datenbanken MEDLINE und PsycINFO fokussiert nach deutschen Messinstrumenten zu Symptomschwere/Symptomerfassung/Symptomatologie sowie nach Messinstrumenten zu psychosozialen bzw. sozialen Fähigkeiten/Bedürfnissen/Aktivitäten/Funktionieren gesucht.

### **Verwendung der Recherche nach Qualitätsindikatoren**

Ergänzend wurden die Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der Indikatorenrecherche identifiziert wurden (siehe Abschnitt 4.7) und den beiden Qualitätsaspekten zugeordnet werden konnten, hinsichtlich der Verwendung von Messinstrumenten zur Abbildung von Symptomlast und/oder des psychosozialen Funktionsniveaus untersucht.

#### **4.8.2 Kriteriengestützte Auswahl der möglichen Messinstrumente**

Für die Nutzung eines Messinstruments in der deutschen Qualitätssicherung müssen neben der Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte – hier die Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus – und der Einschränkung auf Fremdbeurteilungsinstrumente weitere Kriterien erfüllt sein. Diese sind:

- Vorliegen einer deutschen Fassung
- Bestehen einer Lizenzfreiheit
- vertretbarer Aufwand für einen Einsatz in der klinischen Routine (Informationen liegen vor, relevante Items, angemessene Dauer bei der Verwendung)
- Etablierungsgrad – häufige Verwendung in Studien, teilweise bereits in der deutschen Versorgung (z. B. in Modellen der integrierten Versorgung, IV-Modellen)
- Verwendung/Etablierung in Indikatoren zur Messung von Outcomes in der Psychiatrie

Eine Auswahl an in der Literatur häufig verwendeten Instrumenten, die im Rahmen der Recherche selektiert und nachverfolgt wurden, aber aufgrund der angelegten und nicht erfüllten Kriterien nicht weiter in Betracht kamen, sind im Anhang A.7 aufgeführt.

#### **4.8.3 Beratungen zu Messinstrumenten durch die Expertinnen und Experten**

Da eine mögliche Einführung eines Messinstruments in die gesetzliche Qualitätssicherung eine Erweiterung der bisherigen Instrumente innerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung darstellt, ist neben der Darstellung der Recherche zu Messinstrumenten die Diskussion und Beratung

<sup>7</sup> ZUF-8-Fragebogen zur Erfassung der globalen Patientenzufriedenheit anhand von 8 Items

<sup>8</sup> Symptom Checklist-90-Revised, Fragebogen zur Erfassung der subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch physische und psychische Symptome in 9 Dimensionen anhand von 90 Items

<sup>9</sup> AMDP-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie

durch die Expertinnen und Experten hierzu methodisch von besonderer Bedeutung. Entsprechend wurde im 3. und 4. Treffen des Expertengremiums das Thema Messinstrumente ausführlich beraten. Zum einen ging es um die grundsätzliche Frage nach der Einführung eines Messinstruments in die gesetzliche Qualitätssicherung. Zum anderen ging es inhaltlich um allgemeine und konkrete Anforderungen an Messinstrumente. Im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung müssen die Anforderungen an Messinstrumente über die allgemeinen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität hinausgehen. Die konkreten Anforderungen/Kriterien sind in Abschnitt 4.8.2 aufgeführt. Darüber hinaus wurden die in Betracht kommenden Messinstrumente von den Expertinnen und Experten diskutiert.

Der Verlauf und die Inhalte der Beratungen im Expertengremium finden sich im Kapitel 9.

#### **4.8.4 Stellungnahmeverfahren**

Über die Treffen des Expertengremiums hinaus hat das IQTIG gemäß § 137a Abs. 7 SGB V die stellungnahmeberechtigten Organisationen eingebunden, indem es zwischen 4. Oktober und 12. November 2017 ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt hat.

Insgesamt haben 10 Institutionen und Fachgesellschaften Stellung zum Vorbericht genommen. Die Stellungnahmen samt Würdigungen seitens des IQTIG finden sich in den zum Bericht gehörenden Dokumenten „Würdigung der Stellungnahmen“ und „Stellungnahmen“.

## 5 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

In diesem Kapitel wird zunächst das Ergebnis der im Rahmen der Konkretisierung von Qualitätsmerkmalen durchgeführten Leitliniengrenzung beschrieben (Abschnitt 5.1). Im Anschluss daran sind qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen und Definitionen beschrieben (Abschnitt 5.3). Anschließend wird für jeden Qualitätsaspekt der Prozess vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator beschrieben (Abschnitte 5.4 bis 5.15), dessen Methodik bereits dargestellt wurde (siehe Kapitel 4). Hiernach findet sich eine Übersicht der entwickelten Indikatoren sowie eine Tabelle der im Rahmen dieser Weiterentwicklung zu berücksichtigenden AQUA-Indikatoren, die als Merkmale im Entwicklungsprozess berücksichtigt wurden (Abschnitt 5.16).

### 5.1 Einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

Wie in Abschnitt 4.3 beschrieben, erfolgte für die Ableitung der Qualitätsmerkmale eine Einschränkung auf die im Rahmen des Zwischenberichts recherchierten Leitlinien, die in Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)  $\geq 50\%$  erreichen konnten. Nach Anlegen dieses Kriteriums konnten die in Tabelle 5 dargestellten Leitlinien einbezogen und zur Merkmalsableitung verwendet werden. Insgesamt wurden 13 Leitlinien verwendet. Nicht einbezogene Leitlinien erreichten die geforderten 50% in Domäne 3 nicht und wurden entsprechend bei der Extraktion von Empfehlungen zur Merkmalsgenerierung nicht berücksichtigt.

Tabelle 5: Einbezogene und nicht einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

Leitlinie (Referenz)	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
<b>einbezogene Leitlinien</b>							
DGPPN 2013 (DGPPN und Falkai 2013)	88,9	83,3	<b>86,5</b>	63,9	52,1	87,5	91,7
NICE CG120 2011 (NICE 2011)	88,9	91,7	<b>87,5</b>	83,3	54,2	100,0	83,3
NICE CG136 2011 (NCCMH 2011 [2016]-b)	80,6	80,6	<b>89,6</b>	88,9	72,9	91,7	91,7
NICE CG133 2012 (NCCMH 2012 [2016])	88,9	91,7	<b>86,5</b>	86,1	75,0	91,7	91,7
NICE CG178 2014 (NCCMH 2014 [2017])	100,0	88,9	<b>87,5</b>	83,3	58,3	100,0	75,0

Leitlinie (Referenz)	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
NICE NG10 2015 (NCCMH 2015b)	97,2	91,7	<b>84,4</b>	94,4	54,2	100,0	91,7
SIGN 2013 (SIGN 2013)	91,7	86,1	<b>86,5</b>	86,1	60,4	100,0	100,0
CADTH 2011 (CADTH 2011)	88,9	75,0	<b>78,1</b>	75,0	70,8	70,8	83,3
AVALIA-T 2012 (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012)	83,3	77,8	<b>84,4</b>	80,6	85,4	83,3	83,3
PORT PsySoc 2010 (Dixon et al. 2010)	72,2	72,2	<b>59,4</b>	61,1	12,5	75,0	75,0
PORT PsyPharm 2010 (Buchanan et al. 2010)	72,2	66,7	<b>66,7</b>	61,1	12,5	87,5	75,0
AOTA 2012 (Brown 2012)	80,6	58,3	<b>53,1</b>	41,7	33,3	0,0	50,0
BAP 2011 (Barnes und BAP 2011)	77,8	41,7	<b>50,0</b>	63,9	6,3	12,5	50,0
nicht einbezogene Leitlinien							
BAP 2016 (Cooper et al. 2016)	74,1	53,7	<b>33,3</b>	50,0	2,8	44,4	44,4
MOH 2011 (MOH 2011)	74,1	63,0	<b>30,6</b>	77,8	8,3	0,0	33,3
WFSBP Acute 2012 (Hasan et al. 2012)	61,1	30,6	<b>32,3</b>	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP Long 2013 (Hasan et al. 2013)	58,3	30,6	<b>29,2</b>	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP 2015 (Hasan et al. 2015)	61,1	27,8	<b>26,0</b>	72,2	12,5	16,7	58,3
SGPP 2016 (Kaiser et al. 2016)	61,1	27,8	<b>9,4</b>	33,3	0,0	91,7	41,7

## **5.2 Vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator**

### **5.2.1 Überblick**

Insgesamt wurden im Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung für dieses datengestützte QS-Verfahren 12 Qualitätsaspekte berücksichtigt (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1). Für diese wurden in einem mehrschrittigen Prozess zunächst Qualitätsmerkmale sowie QI-Entwürfe abgeleitet und schließlich Qualitätsindikatoren entwickelt. Die Ableitung der Qualitätsmerkmale sowie deren Reduzierung ist im Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung in Tabelle 6 dargestellt.

Eine Übersicht aller Merkmale und QI-Entwürfe sowie Indikatoren findet sich in Anhang A.1. Das inhaltliche Ergebnis des beschriebenen methodischen Vorgehens bei der Qualitätsindikatorenentwicklung ist nachfolgend für jeden Qualitätsaspekt umfassend dargestellt.

Tabelle 6: Übersicht über die Anzahl der Qualitätsindikatoren je Qualitätsaspekt

Qualitätsaspekte Filterschritte	Kontinuität, Koordination und Kooperation	Entlassungsmanagement	Restriktive Maßnahmen	Symptomlast	Psychosoziales Funktionsniveau	Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Psychotherapie (stationär/PIA)	Suizidalität – Umgang und Prävention	Somatische Versorgung	Komorbidität Sucht	Psychoedukation
<b>1 und 2: Extraktion und Synthese der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard sowie Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem</b>	9	5	8	3	1	8	14	2	4	4	5	2
<b>3: Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG</b>	4	1	6	3	1	8	7	2	2	3	3	2
<b>4: Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials</b>	1	1	2	2	1	4	2	1	1	1	1	1
<b>5: Operationalisierung der QI-Entwürfe<sup>10</sup></b>	0	1	2	4		3	3	1	1	1	1	2
<b>Indikatorenset</b>	0	1	2	4		3	3	1	1	1	1	2

<sup>10</sup> Ab diesem Filterschritt erfolgte die Zuordnung der Indikatoren zu den Sektoren. Es werden sowohl stationäre/teilstationäre als auch ambulante Indikatoren ausgewiesen.

### 5.2.2 Entwicklungsprozess nach Qualitätsaspekten

Die Grundlage für die Formulierung von Qualitätsmerkmalen bilden die eingeschlossenen Leitlinien. Die Evidenzbasis dieser Qualitätsmerkmale ist für jedes Merkmal aufgeführt. Hieran anschließend wird der nächste Filterschritt, die Priorisierung von den einbezogenen Qualitätsmerkmalen, dargestellt. Danach erfolgt die Darstellung der Operationalisierung der QI-Entwürfe hin zu Qualitätsindikatoren. Diese operationalisierten Indikatoren sind zu jedem Qualitätsaspekt in den Beschreibungen im Indikatorenset, die ebenfalls ein Entwicklungsprotokoll zur Übersicht des Operationalisierungsprozesses enthalten, dargestellt. Ergänzend hierzu werden in diesem Kapitel jeweils das Ergebnis und die Diskussion zu den Indikatoren des 3. und 4. Treffens des Expertengremiums dargestellt.

### 5.3 Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen

Im Zuge des Entwicklungsprozesses wurden folgende qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen vorgenommen:

- Ausschluss von Erkrankungen innerhalb der Diagnosegruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM: Für dieses Verfahren werden ausschließlich die Diagnosen F20.- (Schizophrenie) und F25.- (Schizoaffektive Störungen) betrachtet. Ausgeschlossen werden F21 (Schizotype Störung), F22.- (Anhaltende wahnhaftige Störungen), F23.- (Akute vorübergehende psychotische Störungen), F24 (Induzierte wahnhaftige Störung), F28 (Sonstige nichtorganische psychotische Störung) und F29 (Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose).
- Einschluss von Facharztgruppen: Es werden nur die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Die Facharztgruppen 53: Neurologie, 60: psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 21 Jahren) wurden für das gesamte Verfahren gestrichen.

Diese gelten entsprechend für alle nachfolgend dargestellten Indikatoren und sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mehr separat im Entwicklungsprotokoll der einzelnen Indikatorenbeschreibungen aufgeführt.

Die Überlegungen, die zu dieser Entscheidung geführt haben, werden im Folgenden ausführlich dargestellt. Zu der Diagnosegruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM gehören verschiedene psychische Erkrankungen, die durch typische psychopathologische Befunde gekennzeichnet sind. Darunter fallen auch psychische Erkrankungen, die sich in der Dauer ihrer Verläufe sowie der Schwere der Erkrankung und ihrer Implikationen auf das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten sowie auch in der Bandbreite an leitliniengestützten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie etc.) von der Schizophrenie (F20.-) und der schizoaffektiven Störung (F25.-) unterscheiden. In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu verweisen, dass die inzwischen abgelaufene Leitlinie der AWMF zur Schizophrenie in der zuletzt veröffentlichten Fassung von 2005 explizit nur auf Patientinnen und Patienten mit der Diagnose F20.- bezogen wurde. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden und gezielt die chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu adressieren, bei denen aufgrund der



komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe besondere Anforderungen an die Kooperation und Koordination der Leistungserbringer gestellt werden, wurde die grundsätzliche Diskussion nach konkretem Einschluss bestimmter ICD-Codes in das Verfahren vonseiten des IQTIG angestoßen und mit den Expertinnen und Experten im Rahmen des 3. Treffens des Expertengremiums diskutiert. Bezüglich der Ein- und Ausschlüsse von Diagnosen nach ICD-10-GM wurde eine offene Abstimmung im Expertengremium mit der Frage „Welche ICD-Codes sollen im Verfahren eingeschlossen sein?“ durchgeführt. Von den 15 Mitgliedern des Expertengremiums haben 12 an der Sitzung teilgenommen, 3 Expertinnen und Experten waren verhindert. Für die einzelnen ICD-Codes ergaben sich folgende Zustimmungen: F20.- (Schizophrenie): 12 ja, F21 (Schizotypen Störungen): 0 ja, F22.- (Anhaltende wahnhaftige Störung): 0 ja, F23.- (Akute vorübergehende psychotische Störungen): 0 ja, F24 (Induzierte wahnhaftige Störung): 0 ja, F25.- (Schizoaffektive Störungen): 10 ja, 2 Enthaltungen, F28 (Sonstige nichtorganische psychotische Störung): 0 ja, F29 (Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose): 0 ja.

Anhand der für dieses QS-Verfahren vorliegenden Sozialdaten von einer kooperierenden Krankenkasse kann die Zahl der ausgelösten dokumentationspflichtigen Fälle geschätzt werden. Bei alleiniger Anwendung des Einschlusskriteriums des Vorliegens einer Diagnose F20.- bis F29 in mindestens zwei Quartalen werden jährlich bundesweit ca. 550.000 Fälle in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelöst. Durch die Präzisierung der eingeschlossenen Grundgesamtheit im Nachgang des 3. Treffens des Expertengremiums auf Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, die in mindestens zwei Quartalen behandelt wurden, ergibt sich eine Anzahl von ca. 351.000 Fällen, die in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelöst werden (siehe Tabelle 28).

Eine gezieltere Aufarbeitung des Patientenkollektivs in weitere Subpopulationen wie beispielsweise Ersterkrankte oder Schwersterkrankte wäre wünschenswert, um insbesondere für diese Subpopulationen weitere relevante Qualitätsaspekte herauszuarbeiten. Gegenwärtig sind jedoch weder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar. Sollte dies perspektivisch anhand künftiger Versionen möglich sein, ergeben sich gegebenenfalls Möglichkeiten dies umzusetzen.

Für das QS-Verfahren werden die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie als Leistungserbringer adressiert. Es wurde ausführlich diskutiert, ob der Ausschluss anderer Facharztgruppen zumindest für die Erhebung der Systemindikatoren aufgehoben werden sollte. Folgende Qualitätsindikatoren wurden vom IQTIG zur Auswertung auf Systemebene vorgeschlagen: Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt, Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung, Soziotherapie, Ambulante Psychotherapie, Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär, Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant, (Einschränkung der Teilhabe). Einige dieser Systemindikatoren basieren auf Daten aus der Sozialdatenanalyse, andere jedoch werden auch mit der „klassischen“ QS-Dokumentation adressiert. Das bedeutet,

dass nicht alle Systemindikatoren durch eine reine Sozialdatenanalyse erfasst werden können, sondern alle für die QS-Dokumentation ausgeschlossenen Facharztgruppen eben für diese Systemqualitätsindikatoren wiederaufgenommen und Teile der QS-Dokumentation erheben müssten. Dies erschien von Seiten des IQTIG als zu kompliziert und belastend für die betroffenen Leistungserbringer.

## **5.4 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“**

Patientinnen und Patienten, die an einer Schizophrenie oder schizophrenen und wahnhaften Störung erkrankt sind, haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen und psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Damit wenden sich die Patientinnen und Patienten an ein deutsches Versorgungssystem, das hinsichtlich der Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch der unterschiedlichen Leistungsansprüche vielfältig fragmentiert ist (Lawrence und Kisely 2010, Büchtemann et al. 2016, Nolting et al. 2016). Eine strikte sektorale Trennung gilt nicht nur für die Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, sondern setzt sich auch innerhalb der medizinischen Versorgung durch die Unterteilung in ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege fort und zeigt sich insbesondere an den Übergängen zwischen Sektoren (Schnittstellenproblematik) und innerhalb der Settings (IGES 2014, Schmid et al. 2013, AQUA 2016). Hieraus resultieren große Herausforderungen für die Integration komplexer Behandlungs- und Unterstützungsstrategien in unterschiedlichen Versorgungssettings für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung (Salize et al. 2015). Diese Schnittstellenproblematik steht in einem Zusammenhang mit defizitärer Kooperation und Koordination, die ihrerseits zu Kontinuitätsverlusten führt. So stellen die Sicherstellung von Kontinuität, Koordination und Kooperation wesentliche Säulen in der Qualitätsbewertung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung dar (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.4.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.4.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Kooperation“**

##### **Qualitätsmerkmal „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“**

Beim Wechsel von Zuständigkeiten bezogen auf den behandelnden Leistungserbringer beispielsweise durch einen Umzug der Patientin oder des Patienten oder auf deren / dessen Wunsch sollte der Patientin oder dem Patienten Unterstützung durch den neuen und alten Leistungserbringer angeboten werden (NCCMH 2014 [2017]). Hierbei hilft es, unterstützend den Behandlungsplan der Patientin oder des Patienten, sofern diese/dieser zustimmt, an den neuen Leistungserbringer zu übergeben (NCCMH 2014 [2017]). Wichtig in diesem Kontext ist die Weitergabe von patientenspezifischen Risiken an die neue Behandlerin oder den neuen Behandler (NCCMH 2015b).

**Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“**

Ein Behandlungsplan sollte immer zusammen mit der Patientin oder dem Patienten erstellt werden (NCCMH 2014 [2017]), optimalerweise unter Einbeziehung aller an Versorgung beteiligten Personen (NCCMH 2012 [2016]). Dies sollte zeitnah nach der Eingangsuntersuchung geschehen und auf dieser aufbauen. Berücksichtigt werden sollte hierbei der psychologische, psychiatrische und körperliche Zustand der Patientin oder des Patienten (NCCMH 2014 [2017]) sowie ihre/seine soziale Situation (NCCMH 2011 [2016]-a, Cooper et al. 2016), ihre/seine Compliance und Risikofaktoren für einen möglichen Rückfall wie zusätzlicher Substanzmissbrauch (Cooper et al. 2016). Mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die Patientinnen und Patienten sollten eine Kopie des Behandlungsplans erhalten (NCCMH 2014 [2017]) und der Behandlungsplan sollte regelmäßig aktualisiert und an die sich verändernden Risiken der Patientinnen und Patienten angepasst werden (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-a), um eine am individuellen Bedarf orientierte Versorgung zu sichern und notwendige Interventionen gezielt steuern zu können (DGPPN und Falkai 2013).

**Qualitätsmerkmal „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“**

Bei Personen mit einer Schizophrenieerkrankung und einem hohen Krisenrisiko sollte gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ein Krisenplan erstellt werden, der Teil des Gesamtbehandlungsplans sein sollte (NCCMH 2011 [2016]-b). Er sollte neben Frühwarnzeichen, Coping-Strategien, ambulanten Unterstützungsgeboten und Präferenzen im Fall von restriktiven Maßnahmen, auch die präferierte stationäre Einrichtung, die Einbeziehung von Angehörigen und Namen von Kontaktpersonen beinhalten (NCCMH 2011 [2016]-b).

**Qualitätsmerkmal „Anbieten von Home Treatment“**

Home Treatment stellt eine Maßnahme dar, Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen die Möglichkeit zu geben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden (DGPPN und Falkai 2013).

**5.4.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)****5.4.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Die Expertinnen und Experten konstatierten hinsichtlich des Informationsaustauschs beim Wechsel der Leistungserbringer bei Sektorenübergang, aber auch zwischen parallel behandelnden Leistungserbringern einen hohen Verbesserungsbedarf. Sie unterstrichen dabei die hohe Relevanz der Informationsweitergabe für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals jedoch außerordentlich schwierig erscheint, da zum Beispiel nicht definiert werden kann, ob es sich bei der Informationsübermittlung um eine Bring- oder Holschuld seitens der Leistungserbringer handelt, was aber Voraussetzung für z. B. eine Verantwortungszuweisung wäre. Hinzu kommt, dass sich die Informationsweitergabe im Sinne dieses Merkmals nicht allein auf

die durch dieses QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer beschränken darf, sondern deutlich darüber hinausgehen müsste. Hinsichtlich des Übergangs von stationär zu ambulant wären zudem mögliche Überschneidungen mit dem ab 1. Oktober 2017 geltenden Rahmenvertrag über ein Entlassungsmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassungsmanagement) zu berücksichtigen. Die Expertinnen und Experten gaben außerdem zu bedenken, dass eine Risikoadjustierung erforderlich wäre, die auch Faktoren aus dem strukturellen Umfeld des jeweiligen Leistungserbringers berücksichtigt.

In Bezug auf das Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“ wurde von den Expertinnen und Experten kein Verbesserungsbedarf beschrieben, da dies fester Bestandteil der Behandlungsroutine ist. Der bei der Erstellung und Aktualisierung eines Behandlungsplans geforderte Einbezug der Patientinnen und Patienten wird darüber hinaus durch die Patientenbefragung adressiert werden.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals zur Erstellung eines Krisenplans als Bestandteil des Behandlungsplans wurde im Expertengremium noch mal darauf hingewiesen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, in deren Hand die Erstellung eines Krisenplans auch liegen kann und die maßgeblich an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung beteiligt sind, nicht als Leistungserbringer in dieses QS-Verfahren miteinbezogen werden können. Bedauerlich sei dies auch deshalb, weil der Krisenplan Teil des psychoedukativen Programms durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist, aber auch in der Hand von Krisendiensten, psychosozialen Trägern usw. liegen kann, die ebenfalls nicht durch das QS-Verfahren adressiert werden. Es käme zudem auch vielmehr darauf an, dass der Krisenplan allen involvierten Versorgern bekannt ist, unabhängig davon, von wem er erstellt wurde. Im Ergebnis der Diskussion sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums für dieses Merkmal jedoch keinen signifikanten Verbesserungsbedarf.

Bezüglich des abgeleiteten Qualitätsmerkmals zum Home Treatment besteht aus Sicht der Expertinnen und Experten grundsätzlich die Schwierigkeit, dass zu diesem Begriff nicht nur international unterschiedliche Definitionen existieren, sondern auch in Deutschland noch ein sehr heterogenes Angebot unterschiedlicher Anbieter von ambulant aufsuchender Versorgung besteht. Für das deutsche Versorgungssystem ist diese Form der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen strukturell noch nicht hinreichend ausgestaltet. Auch werden in diesem Feld Leistungen von der ambulanten Pflege erbracht. Ab dem Jahr 2018 kommt die Versorgungsmöglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung gemäß §115d SGB V hinzu. Aus diesem Grund kann aus Sicht der Expertinnen und Experten zum jetzigen Zeitpunkt keine konkrete Aussage zum Verbesserungsbedarf dieses Merkmals gemacht werden. Zudem wäre eine Operationalisierung aufgrund der noch nicht abschließend geklärten Kriterien dieser Versorgung zu diesem Zeitpunkt kaum möglich. Da für diese Versorgungsform die Verantwortung absehbar nicht einem einzelnen Leistungserbringer zugewiesen werden kann, sollte Home Treatment im Kontext der Systemqualität gedacht werden.

#### 5.4.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

##### **Qualitätsmerkmal „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“**

Hinweise auf eine Verbesserung der Behandlungsqualität beim Wechsel der Patientin oder des Patienten zwischen Leistungserbringern und Sektoren zeigen sich anhand verschiedener Modellprojekte in Deutschland. Hierbei ist exemplarisch das Hamburger Modell zu nennen. Es handelt sich um ein integriertes Versorgungsmodell (Assertive Community Treatment) für Betroffene, die an einer schweren Psychose erkrankt sind, vor allem Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, und beinhaltet eine sektorenübergreifende und langfristige Behandlung in einem Netzwerk bestehend aus stationären und ambulanten psychiatrischen Leistungserbringern. Im Rahmen dieses integrierten Versorgungsmodells, welches eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer beinhaltet, zeigen sich in einigen unkontrollierten Vorher-nachher-Untersuchungen Hinweise darauf, dass sich die psychotische Symptomatik, der klinische Schweregrad, die Alltagsfunktion, die Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit bei einer schwer und chronisch erkrankten Patientenpopulation verbessern können (Karow et al. 2014). In einer anderen Evaluation dieses Modellprojekts zeigen sich Hinweise auf positive Auswirkungen auf Psychopathologie, Krankheitsschwere, Funktionsniveau, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach 2 Jahren (Schöttle et al. 2013, Karow et al. 2014) sowie auf Zwangseinweisungen, medikamentöse Adhärenz und Arbeitsfähigkeit (Lambert et al. 2015). Die Probleme beim Wechsel zwischen psychiatrischen und somatischen Leistungserbringern, aber auch beim Wechsel zwischen den Sektoren werden in einer qualitativen Untersuchung in Dänemark von Blanner Kristiansen et al. (2015) sowohl von Leistungserbringern als auch von Patientinnen und Patienten als problematisch beschrieben. Die Untersuchung nennt dies „lack of cooperation“, welches dazu führt, dass Verantwortlichkeiten unklar bleiben (Blanner Kristiansen et al. 2015).

##### **Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

##### **Qualitätsmerkmal „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

##### **Qualitätsmerkmal „Anbieten von Home Treatment“**

In der Untersuchung von Sturm et al. (2015) zur Umsetzung eines Modellprojekts zum Home Treatment zeigen sich Hinweise, dass Home Treatment die Abbruchrate bei Krankenhausaufenthalten reduzieren kann (Sturm et al. 2015).

### 5.4.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Eigene Auswertungen von Routinedaten zeigen, dass im Jahr 2014 38 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die stationär versorgt wurden, mindestens zwei stationäre Aufenthalte hatten, also mindestens vier Sektorenwechsel innerhalb eines Jahres.

### 5.4.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Im AQUA-Bericht wurde ausführlich das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ aufgegriffen, das sich aus dem komplexen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten, der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Behandlung und einem fragmentierten Versorgungssystem mit unterschiedlichen Leistungserbringern ergibt (AQUA 2016). Inhaltlich hat das Qualitätspotenzial jedoch eine andere Ausrichtung als der Qualitätsaspekt des hier zugrunde liegenden Qualitätsmodells. So wird der in diesem Qualitätsmodell separate Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ bei AQUA (2016) unter diesem Qualitätspotenzial subsumiert (Abschnitt 5.4.3). Gleiches gilt im Abschlussbericht von AQUA (2016) für die ergänzenden Therapien, insbesondere die Soziotherapie und soziale Hilfen. Daher werden die entsprechenden Ausführungen des AQUA-Berichts an anderer Stelle in diesem Bericht aufgegriffen.

## 5.4.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

### 5.4.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

#### **QI-Entwurf „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“**

Thema des 3. Treffens des Expertengremiums waren u. a. die Probleme der Operationalisierung dieses Indikators aufgrund der nicht eindeutigen Zuschreibbarkeit der Leistung. Mit dem Ziel des Indikators, die Planung und Informationsweitergabe zwischen den Leistungserbringern darzustellen, ist nicht ersichtlich, wann solche Verantwortlichkeitswechsel stattfinden. Des Weiteren ist nicht eindeutig definierbar, bei welchem Leistungserbringer zu welchem Zeitpunkt die Verantwortlichkeit für die Leistungserbringung im Sinne des Indikators liegt. Aus der nicht angemessen umsetzbaren Operationalisierbarkeit ergibt sich die Problematik, dass eine Verantwortungszuweisung nicht möglich ist. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde von einer Weiterführung des QI-Entwurfs abgesehen.

Ergänzend nannte das Expertengremium in diesem Kontext die Einführung des verpflichtenden Entlassungsmanagements ab dem 1. Oktober 2017, welches inhaltlich berücksichtigt werden sollte. Aufgrund der oben beschriebenen aktuell gravierenden Probleme bei der Operationalisierung und Messbarkeit riet das Expertengremium zum jetzigen Zeitpunkt zu einer Streichung des QI-Entwurfs.

### 5.4.3.2 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren

#### **QI-Entwurf „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“**

Der QI-Entwurf „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“ wird aufgrund der in Abschnitt 5.4.2 dargestellten Bedenken des Expertengremiums nicht weiter operationalisiert. Jedoch wird in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass mittels des Indikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“ (Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“) ein Teil der Kontinuitätsmessung erhalten bleibt. Des Weiteren greift das ab dem 1. Oktober 2017 verpflichtende Entlassungsmanagement in Teilen die durch den QI-Entwurf „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer“ erfassbaren Informationen auf. Der Rahmenvertrag Entlassungsmanagement nennt beispielsweise als ein Ziel eine „strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen“. Ebenso sollen, sofern vorliegend, Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung mit dem Ziel eines kontinuierlichen Behandlungsprozess berücksichtigt werden und bei Feststellung der Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden Leistungserbringer aufgenommen werden. Hieraus wird deutlich, dass einige grundlegende Ziele des QI-Entwurfs durch das Entlassungsmanagement aufgegriffen werden, wobei natürlich einschränkend festzustellen ist, dass der QI-Entwurf mehr als ausschließlich das Entlassungsmanagement messbar machen soll. Im Rahmen der Patientenbefragung zu diesem QS-Verfahren wird zu diesem Qualitätsaspekt die Thematik, ob ambulant fachärztlich weiterbehandelt wird und ob diese Weiterbehandlung direkt oder mit Verzögerung erfolgt, bei den Patientinnen und Patienten erfragt. Der Bereich der Kommunikation sowie der Kooperation wird in diesem Verfahren ebenfalls auf Systemebene erfasst, und zwar im Rahmen des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ (Abschnitt 5.13) über den Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“. Aus den Gründen, die im Rahmen des 3. Treffens des Expertengremiums genannt wurden, sowie aufgrund der oben beschriebenen Möglichkeit, die inhaltlichen Themen des Qualitätsaspekts mit Indikatoren anderer Qualitätsaspekte inhaltlich aufzugreifen, wird dieser QI-Entwurf nicht weiter operationalisiert.

### **5.5 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

Mit diesem Qualitätsaspekt wird die Entlassung aus dem stationären in den ambulanten Sektor mit Fokus auf die Sicherstellung der Behandlungskontinuität adressiert. Der Übergang in die ambulante Weiterversorgung ist wiederholt problematisch, was in der Literatur mit oftmals fragmentierten und komplexen Versorgungssystemen in Zusammenhang gebracht wird (Tomita und Herman 2015, Nolting et al. 2016). Ein gutes Entlassungsmanagement sollte daher eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandlerinnen und Behandler für zu entlassende Patientinnen und Patienten, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie, die Koordination der verschiedenen Unterstützungsangebote, einen schriftlichen Behandlungsplan mit

der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifische Bedürfnissen umfassen sowie den Patientinnen und Patienten und Angehörigen rechtzeitig und umfassend in die bevorstehende Entlassung einbeziehen. Zudem sollte ein Abschlussgespräch mit den Patientinnen und Patienten stattfinden (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

Weitere Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsaspekts sind aufgrund einer besseren Operationalisierbarkeit in die Entwicklung der Patientenbefragung eingegangen und können folglich ggf. über dieses Erfassungsinstrument adressiert werden.

### **5.5.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.5.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Entlassungsmanagement“**

##### **Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“**

Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen ambulanten Anschlusstermin erhalten, um eine kontinuierliche Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen (NCCMH 2014 [2017]). Dieser Termin sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientinnen und Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz der Sicherstellung einer ambulanten Versorgung nach stationärem Aufenthalt zeigt sich auch bei AQUA (2016), die hierzu ebenfalls einen Indikator entwickelt hatten. Der vorgeschlagene AQUA-Indikator erfasste mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen die tatsächlichen ambulanten Kontakte innerhalb von 7 Tagen nach stationärem Aufenthalt (AQUA 2016), wobei aber nicht diejenigen Patientinnen und Patienten erfasst werden würden, die einen ambulanten Termin gehabt hätten, diesen aber aus individuellen Gründen nicht wahrgenommen haben.

### **5.5.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.5.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Im Expertengremium bestand über die Notwendigkeit einer nahtlosen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung aus der stationären Versorgung und einen entsprechenden Verbesserungsbedarf Konsens. Anders als beim AQUA-Indikator „Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator ID: 01e)“, der wie im Zwischenbericht beschrieben als Merkmal in die weitere Entwicklung mit eingegangen ist, zielt das Merkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“ nun zunächst auf den durch den Leistungserbringer beeinflussbaren Prozess der Terminvereinbarung mit einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt und nicht mehr auf tatsächliche ambulante Kontakte innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung.

Dies wurde insbesondere deshalb begrüßt, da die Expertinnen und Experten bereits bei der Ableitung der Qualitätsaspekte darauf hinwiesen, dass Termine bei diesem Patientenkollektiv oft nicht wahrgenommen werden und die Gründe dafür vielfältig sind.



### 5.5.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“

Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterversorgung im ambulanten Sektor zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016) .

#### 5.5.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Über erfolgte Terminvereinbarungen kann anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analyse-zwecken vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse keine Aussage gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

#### 5.5.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Auch im AQUA-Abschlussbericht wurde bereits die Bedeutung des Entlassungsmanagements betont, und zwar für die Kontinuität der Behandlung durch eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung im Zusammenhang mit einem systematischen Entlassungsmanagement im Rahmen des Qualitätspotenzials „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ (AQUA 2016). Dort wurde auch auf mögliche Defizite hingewiesen. So ergab eine Analyse zu Übergangszeiten anhand von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg, dass nur 42 % der Menschen mit einer funktionellen Psychose (ICD-10-GM F20.- bis F29, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3) innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben. Eine Hausärztin oder Hausarzt wurde von 62 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht (Bauer et al. 2014). Eigene Analysen des AQUA-Instituts anhand von Routinedaten zeigten, dass nur 39 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Fachärztin oder einen Facharzt und 66 % eine Hausärztin oder einen Hausarzt nach Entlassung aufgesucht haben (AQUA 2016).

### **5.5.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

#### **5.5.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums**

##### **QI-Entwurf „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante fachärztliche Versorgung“**

Ergänzend zu den Änderungen hinsichtlich der Operationalisierung dieses Indikators wurde im Rahmen des Expertengremiums angeregt, den ab 1. Oktober 2017 gültigen Rahmenvertrag Entlassungsmanagement in diesem Indikator zu berücksichtigen. Ebenfalls zu prüfen seien die Pflichtversorgung sowie die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen dieser auf Landesebene und ein möglicher Einfluss auf den Referenzbereich dieses Indikators, da gegebenenfalls Patientenkollektive nicht einheitlich sein können. Ebenfalls regte das Gremium an, dass eine Überprüfung, wie viele Patientinnen und Patienten tatsächlich den ambulanten Termin wahrnehmen, im Rahmen der Qualitätssicherung mittels eines Indikators von Interesse wäre. Das IQTIG verweist darauf, dass es sich hierbei um einen gänzlich neuen Indikator handeln würde, der über Sozialdaten bei den Krankenkassen aktuell nicht abbildbar ist, da nur eine Grundpauschale abgerechnet wird. Dennoch könnte ein solcher Indikator im Rahmen einer zukünftigen Weiterentwicklung zur Erhebung auf Systemebene angedacht werden.

#### **5.5.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums**

##### **Qualitätsindikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“**

Neben der Öffnung des Indikators hin zur ambulanten ärztlichen Versorgung, die im Sinne der auf jeden Fall zu gewährleistenden kontinuierlichen Weiterversorgung nach stationärer Entlassung erfolgen sollte und sowohl persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten als auch einem Versorgungsmangel an Fachärztinnen und Fachärzten geschuldet sein kann (siehe Tabelle 7), diskutierte das Expertengremium vor allem die Abgrenzung dieses Indikators zum verpflichtenden Entlassungsmanagement. Das Gremium merkte an, dass bei Einführung die ambulante Weiterversorgung verbindlich zu organisieren sei, sofern die Patientin oder der Patient nicht ablehnt. Da es sich beim verpflichtenden Entlassungsmanagement jedoch noch nicht um eine etablierte Versorgungsleistung handelt, unterstützte das Gremium diesen Indikator, der unter Entwicklung des verpflichtenden Entlassungsmanagements gegebenenfalls weiterentwickelt werden muss. Das Hauptziel des Indikators ist, die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und erfassbar zu machen, an welchen Stellen des Versorgungssystems Patientinnen und Patienten „verlorengehen“. Aus diesem Grund empfahl das Gremium, hierbei auch den teilstationären Bereich zu berücksichtigen, da die Patientinnen und Patienten häufig nach einem stationären Aufenthalt dort noch weiterbehandelt werden und dann der kontinuierliche Übergang in die rein ambulante Versorgung entscheidend ist bei der Erfassung. Der Einbezug teilstationärer Versorgungseinrichtungen wurde vom IQTIG im Nachgang des Gremiums auch für die anderen stationären Indikatoren geprüft und, wenn sinnvoll, ergänzt. Das Gremium stellte im Rahmen des Treffens deutlich dar, dass die Behandlung von

Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung durch eine ambulante Fachärztin oder einen ambulanten Facharzt von hoher Relevanz ist, die zeitnah nach Entlassung gewährleistet werden sollte und sich die Öffnung auf alle ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, auch Hausärztinnen und -ärzte, in diesem Indikator ausschließlich auf die Sicherstellung des ersten Arztkontakts nach stationärer oder teilstationärer Entlassung bezieht.

#### 5.5.4 Beschreibung des Qualitätsindikators

Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“

Bezeichnung	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlusstermin) hatten.
Zähler	Anzahl der Fälle, die bei Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung hatten
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5:<sup>11</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</li> <li>▫ 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>▫ 07 = Tod</li> <li>▫ 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</li> <li>▫ 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> <li>▫ 11 = Entlassung in ein Hospiz</li> <li>▫ 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG</li> <li>▫ 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung</li> </ul> </li> </ul>
Rationale	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen, einen ambulanten Anschlusstermin erhalten (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen

<sup>11</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	<p>Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie, der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden 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>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p>oder</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>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung, Ambulante Terminvergabe:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>■ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>■ Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> <li>■ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Continuity of visits after mental health-related hospitalisation, Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt		
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?</td> <td>                     0 = nein                      1 = ja                      2 = Patientin/Patient lehnt ab                 </td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab
Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab		

Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	<p>0 = kein Termin vereinbart</p> <p>1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme</p> <p>2 = Patient/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung</p> <p>3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation</p>
Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ
Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	<p>1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition</p> <p>2 = Psychiatrische Institutsambulanz</p> <p>3 = Hausärztin/Hausarzt</p>
Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 <sup>12</sup> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Entwicklungsprotokoll

#### 3. Treffen des Expertengremiums

- Die Mitglieder des Expertengremiums schlagen die einheitliche Nutzung der Formulierung „ambulante fachärztliche Versorgung“ vor.
- Weiterhin wird angeregt, das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ als ergänzende Angabemöglichkeit hinzuzufügen.
- Die Mitglieder des Expertengremiums sprechen sich dafür aus, als Ausschlusskriterien 07 (Tod) und 09 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) mitaufzunehmen. Nicht ausgeschlossen werden sollen jedoch solche Patientinnen und Patienten, die gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen.
- Es wird angeregt, irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten im Referenzbereich zu berücksichtigen.
- Das Expertengremium regt an, in einem Ausfüllhinweis deutlich zu machen, dass der Anschlusstermin sowohl durch den Leistungserbringer selbst als auch z. B. durch Angehörige gemacht werden kann.
- Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.

<sup>12</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

#### 4. Treffen des Expertengremiums

- Das Gremium weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die nach der stationären Entlassung einen geplanten mehrtägigen Aufenthalt zu Hause haben, bevor sie beispielweise in der Tagesklinik weiterbehandelt werden, keinen ambulanten Anschlusstermin benötigen. Ebenso weist das Gremium darauf hin, dass bei einigen Krankenhäusern regelhaft bei Wiederaufnahmen innerhalb von 120 Tagen eine Fallzusammenführung stattfindet.
- Das Expertengremium rät dazu, die Entwicklung nach Einführung des verpflichtenden Entlassungsmanagements zu beobachten und ebenso wie die stationsäquivalenten Leistungen im Sinne einer späteren Weiterentwicklung und Abgrenzung zu diesen Maßnahmen miteinzubeziehen.
- Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium die Bezeichnung des Indikators dahingehend anzupassen, dass in der Bezeichnung, im Qualitätsziel und in den Datenfeldern deutlich wird, dass die Fachärztin oder der Facharzt zwar optimalerweise nach Entlassung aufgesucht werden sollte, aber auch andere ambulante Leistungserbringer berücksichtigt werden.
- Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von  $\geq 95\%$ .

#### Vorbericht

- Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ wurde ergänzt.
- Ein Abgleich mit dem Rahmenvertrag zum Entlassungsmanagement und eine Berücksichtigung von diesem – im Sinne der größtmöglichen Nutzbarkeit des verpflichtenden Verfahrens – für dieses QS-Verfahrens sind erfolgt.
- Ein Ausfüllhinweis, gemäß den Anregungen aus dem 3. Treffen des Expertengremiums, wurde erstellt.
- Folgende Ausschlusskriterien aus Schlüssel 5<sup>13</sup> zur Entlassung wurden aufgenommen: 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus, 07 = Tod, 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung), 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 11 = Entlassung in ein Hospiz, 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KH, 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung
- In der Bezeichnung und in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators wurde angepasst, dass vor Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung ein ambulant ärztlicher Termin zu vereinbaren ist.
- Es wurden zwei Datenfelder ergänzt, in denen die Angabe des Grundes dafür, dass kein ambulant ärztlicher Termin zur Weiterbehandlung vorhanden ist, und die Angabe des Termins für die benannten Gründe gemacht sollen.
- Eine mögliche Berücksichtigung der stationsäquivalenten Leistungen sollte im weiteren Verfahren geprüft werden und nach Konkretisierung dieser gegebenenfalls berücksichtigt werden.

<sup>13</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95</math> % festgelegt, entweichende Patientinnen und Patienten werden durch den Ausschluss bei Entlassungsgründen berücksichtigt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li></ul>



## **5.6 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“**

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch das Erleben und die Gefühle der Patientinnen und Patienten mit der Erkrankung einschließt. Die Psychoedukation zeigt signifikante Effekte bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung hinsichtlich einer Therapieadhärenz, der Anzahl der Rückfälle und der stationären Wiederaufnahmeraten. Neben dem tatsächlichen Angebot einer psychoedukativen Maßnahme für alle Patientinnen und Patienten ist die inhaltliche Ausgestaltung der Psychoedukation und die damit vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.6.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.6.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Psychoedukation“**

##### **Qualitätsmerkmale „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ und „Angebot wiederholter Psychoedukation“**

Die Psychoedukation hat bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung das Ziel, den Wissenserwerb über die Erkrankung zu optimieren und so mögliche Rückfälle der Erkrankung zu reduzieren. Sie sollte strukturiert, über einen ausreichend großen Zeitraum hinweg und wiederholt erfolgen. Als Organisationsform kann sowohl das Einzelsetting als auch die Gruppentherapie oder ein Psychoseseminar gewählt werden (DGPPN und Falkai 2013).

### **5.6.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.6.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Die Expertinnen und Experten sprachen sich ausdrücklich dafür aus, dass die ursprünglichen zwei Merkmale („Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ und „Angebot wiederholter Psychoedukation“) zu einem Qualitätsmerkmal zusammengeführt werden sollen. Es wurde zu bedenken gegeben, dass ein geeigneter Zeitpunkt sowie Art und Inhalt der Psychoedukation abhängig sind von der Erkrankungsphase, der individuellen Situation sowie der Teilnahme- und Aufnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten. Ebenfalls wurde betont, dass das Merkmal auf eine strukturierte, z. B. manualbasierte, Psychoedukation zielt. Zu diskutieren sei im Zuge der Operationalisierung dieses Merkmals dann, ob das Anbieten durch die Leistungserbringer oder der tatsächliche Erhalt der Psychoedukation durch den späteren Indikator adressiert werden soll. Konsens bestand dahingehend, dass dieses Merkmal inhaltlich sowie insbesondere hinsichtlich seines Verbesserungsbedarfs sowohl für den stationären als auch den ambulanten Sektor gleichermaßen zutrifft, wobei der Verbesserungsbedarf in der ambulanten Versorgung als erheblicher eingeschätzt wurde (siehe Anhang A.2).

### 5.6.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### Qualitätsmerkmal „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“

In einer qualitativ hochwertigen systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011). Ebenfalls wird die Compliance bei der Medikamenteneinnahme positiv beeinflusst (Zhao et al. 2015, Xia et al. 2011). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelmäßig durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise, dass die regelmäßige Versorgung mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung des IV-Modells eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016). Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass Psychoedukation im stationären Bereich nicht spezifisch dokumentiert ist, sodass eine Auswertung an Patientinnen und Patienten, die eine solche Leistung erhielten, nicht möglich war.

#### Qualitätsmerkmal „Angebot wiederholter Psychoedukation“

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

### 5.6.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über psychoedukative Maßnahmen gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

### 5.6.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Bereits im AQUA-Abschlussbericht wurde im Zusammenhang mit dem dort beschriebenen Qualitätspotenzial „Empowerment und Angehörigenbeteiligung“ auf die Bedeutung der Psychoedukation in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung hingewiesen (AQUA 2016). In diesem Bericht wird konstatiert, dass im stationären Bereich sowohl hinsichtlich des grundsätzlich vorgehaltenen Angebots als auch hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme ein Verbesserungsbedarf besteht (AQUA 2016). Einen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Versorgung mit Psychoedukation im ambulanten Sektor stützte das AQUA-Institut auf aggregierte Expertenaussagen (vgl. auch Anhang A.2.4 bei AQUA 2016).

### 5.6.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

#### 5.6.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

##### **QI-Entwürfe „Erhalt von strukturierter Psychoedukation – stationär“ und „Erhalt von strukturierter Psychoedukation – ambulant“**

Das Expertengremium sprach sich sowohl bezüglich des Indikators im stationären Bereich als auch des Indikators im ambulanten Bereich dafür aus, den Erhalt einer Psychoedukation zu berücksichtigen, da auf diese Weise die Prozessqualität besser erfasst werden kann. Als zentral stellte das Gremium heraus, dass die Psychoedukation nicht nur strukturiert, sondern auch manualbasiert erfolgen sollte, um eine klare Abgrenzung zum Patientenkontakt mittels supportiven Gesprächs zu schaffen. Da ein exaktes „Abarbeiten“ der einzelnen Module in speziellen Therapiestunden als nicht in der Praxis anwendbar beschrieben wurde, wird in den Ausfüllhinweis aufgenommen, dass diese Intervention im ambulanten Bereich auch kontinuierlich in die therapeutische Arbeit unter Nutzung eines Manuals integriert werden kann. Das Gremium hob in diesem Kontext die Relevanz der Einbeziehung bzw. des Angebots von Psychoedukation für Angehörige von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung hervor. Das IQTIG weist darauf hin, dass dies auch im Sinne einer leitliniengerechten Versorgung zu unterstützen ist, aber im QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht berücksichtigt werden kann. Angehörige sind aufgrund der Beauftragung nicht einbezogen, folglich also keine Adressaten des QS-Verfahrens (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

#### 5.6.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

##### **Qualitätsindikatoren „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“ und „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“**

Das Expertengremium unterstützte die inhaltliche Ausgestaltung wie auch die Operationalisierung dieses Indikators. Im Rahmen des 4. Treffens diskutierten die Expertinnen und Experten ausschließlich über einen geeigneten Referenzbereich, insbesondere im stationären Bereich. Hier finden sich nach Einschätzung der Expertinnen und Experten große Defizite. Aus diesem Grund sprachen sie sich für die Festlegung eines Referenzbereichs von  $\geq 50\%$  aus. Dies erscheint als eine machbare Anforderung, die einerseits verhindern soll, dass die Krankenhäuser keine Psychoedukation durchführen, da sie angeben, die Patientin oder der Patient sei zu krank oder wenig motiviert, die andererseits auch nicht zu überfordernd ist und insgesamt als ein Anreiz gesehen wird, besonders in den Krankenhäusern mehr strukturierte Psychoedukation bei diesen Patientinnen und Patienten durchzuführen. Ein Referenzbereich von  $\geq 50\%$  erscheint auch vor dem Hintergrund, dass nicht nur das Anbieten, sondern auch der Erhalt erfragt wird und auch alle Organisationsformen für diese Intervention eingeschlossen sind, als ein realistischer Referenzbereich. Das Expertengremium konsenterte weiterhin, dass dieser auch für den ambulanten Sektor so festgelegt werden sollte.

#### 5.6.4 Beschreibungen der Qualitätsindikatoren

Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.–F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<p>Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016). Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass Psychoedukation im stationären Bereich nicht spezifisch dokumentiert ist, sodass eine Auswertung zu Patientinnen und Patienten, die eine solche Leistung erhielten, nicht möglich war.</p>

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4</li> </ul> </li> <li>■ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Psychoedukation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einzel-/Gruppenpsychoedukation:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>■ Percentage of consumers receiving psychoeducation during an inpatient admission:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Plever, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010): The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australasian Psychiatry</i> 18(2): 106-114. DOI: 10.3109/10398560903176933</li> </ul> </li> <li>■ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </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:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.</li> </ul> </li> <li>■ Psychoeducation, family and patients:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul> </li> </ul>						
<b>Indikatorberechnung</b>							
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %						
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt						
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen						
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.						
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?</td> <td style="width: 30%;">0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	0 = nein 1 = ja						
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ						
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ						

**Entwicklungsprotokoll****3. Treffen des Expertengremiums**

- Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator in „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ umzubenennen und entsprechend nur den Erhalt in der Berechnung und Auswertung des Indikators zu berücksichtigen.
- Das Expertengremium einigt sich darauf, dass die Psychoedukation strukturiert und manualbasiert erfolgen sollte.
- Weiterhin einigt sich das Gremium darauf, eine Verweildauer von > 7 Tagen festzulegen, da die Psychoedukation im stationären Bereich in der Regel nur wöchentlich angeboten wird.
- Es wird angeregt, in der Rationale die wichtige Rolle von Angehörigen, auch im Sinne einer Einbeziehung in die Psychoedukation, mit aufzunehmen.
- Das Expertengremium rät dazu, bei den Datenfeldern zur Maßnahmenart das Psychoseseminar auszuschließen, da es sich hierbei um eine andere Art der Intervention handelt. Weitere mögliche Maßnahmen sollen geprüft werden, auch im Hinblick auf unifokale und/oder bifokale Therapieansätze.
- Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ sollte nicht aufgenommen werden, dies sollte jedoch im Referenzbereich berücksichtigt werden.
- Das Gremium spricht sich dafür aus, die Dokumentation der Psychoedukation als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern zu berücksichtigen.
- Das Expertengremium regt an, im Ausfüllhinweis sowohl die Beschreibung „strukturiert und manualbasiert“ zu definieren als auch zu beschreiben, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.
- Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.

**4. Treffen des Expertengremiums**

- Das Expertengremium empfiehlt für diesen Indikator, den Referenzbereich zunächst mit  $\geq 50\%$  festzulegen, da der Erhalt psychoedukatorischer Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten, besonders auf Akut- oder geschlossenen Stationen, aktuell, nach Einschätzung des Gremiums, im Mittel bei 30 bis 35 % liegt. Mit einem Referenzbereich von  $\geq 50\%$  wäre ein guter Anreiz für vermehrte strukturierte Psychoedukation gegeben.
- Der Indikator soll dahingehend angepasst werden, dass neben stationären auch teilstationäre Leistungen berücksichtigt werden.

**Vorbericht**

- Die Bezeichnung des Indikators wurde zunächst in „Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation“ geändert.
- Die Präzisierung der Psychoedukation von „strukturiert und manualbasiert“ wurde für den gesamten Qualitätsindikator berücksichtigt.
- Für den Indikator wurde eine stationäre Verweildauer > 7 Tage festgelegt.
- Für diesen Indikator werden stationäre und teilstationäre Leistungen berücksichtigt.
- Ein Ausfüllhinweis zur Ausgestaltung und den vorgegebenen Rahmenbedingungen der Psychoedukation wurde erstellt.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Dokumentation der Psychoedukation wurde als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern berücksichtigt.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 50\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde mehrfach die fehlende Konkretisierung im Ausfüllhinweis bemängelt. Die Konkretisierungen wurden eingearbeitet. Ebenfalls wurde das entsprechende Datenfeld hinsichtlich des Umfangs konkretisiert.</li> <li>▪ Es wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige Gründe gäbe, weswegen ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.</li> <li>▪ Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber aufgrund des bestehenden Verbesserungsbedarfs zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet.</li> <li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li> </ul>

Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“

Bezeichnung	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)



<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
<b>Rationale</b>	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul>

	<p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
<p><b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4</li> </ul> </li> <li>▪ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Einzel-/Gruppenpsychoedukation:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorenübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>▪ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </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:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoeducation, family and patients:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul> </li> </ul>				
<b>Indikatorberechnung</b>					
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %				
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt				
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen				
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.				
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>					
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?</td> <td>0 = durch den behandelnden LE 1 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	0 = durch den behandelnden LE 1 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr
Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja				
Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	0 = durch den behandelnden LE 1 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr				
<b>Entwicklungsprotokoll</b>					
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator in „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ umzubenennen und entsprechend nur den Erhalt in der Berechnung und Auswertung des Indikators zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Das Expertengremium einigt sich darauf, dass die Psychoedukation strukturiert und manualbasiert erfolgen sollte.</li> <li>▪ Es wird angeregt, in der Rationale die wichtige Rolle von Angehörigen, auch im Sinne einer Einbeziehung in die Psychoedukation, mit aufzunehmen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, bei den Datenfeldern zur Maßnahmenart das Psychoseminar auszuschließen, da es sich hierbei um eine andere Art der Intervention handelt. Weitere mögliche Maßnahmen sollen geprüft werden, auch im Hinblick auf unifokale und/oder bifokale Therapieansätze.</li> <li>▪ Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ sollte nicht aufgenommen werden, dies sollte jedoch im Referenzbereich berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Das Gremium spricht sich dafür aus, die Dokumentation der Psychoedukation als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern zu berücksichtigen.</li> </ul>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium regt an, im Ausfüllhinweis sowohl die Beschreibung „strukturiert und manualbasiert“ zu definieren als auch zu beschreiben, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt für diesen Indikator, den Referenzbereich zunächst mit <math>\geq 50\%</math> festzulegen, da der Erhalt psychoedukatorischer Maßnahmen bei diesen Patientinnen und Patienten, besonders auf Akut- oder geschlossenen Stationen, aktuell, nach Einschätzung des Gremiums, im Mittel bei 30 bis 35 % liegt. Mit einem Referenzbereich von <math>\geq 50\%</math> wäre ein guter Anreiz für vermehrte strukturierte Psychoedukation gegeben.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde zunächst in „Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation“ geändert.</li> <li>▪ Die Präzisierung der Psychoedukation in „strukturiert und manualbasiert“ wurde für den gesamten Qualitätsindikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Die Dokumentation der Psychoedukation wurde als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern berücksichtigt.</li> <li>▪ Für den Ausfüllhinweis wurde insbesondere die Definition von „strukturiert und manualbasiert“ berücksichtigt, aber auch die Erläuterung, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 50\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde mehrfach die fehlende Konkretisierung im Ausfüllhinweis bemängelt. Die Konkretisierungen wurden eingearbeitet.</li> <li>▪ Es wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige Gründe gäbe, weswegen ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.</li> <li>▪ Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet. Um eine differenziertere empirische Datengrundlage zu</li> </ul>

erhalten, wurde ein neues Datenfeld hinzugefügt, anhand dessen Informationen darüber zu erlangen sein werden, wie viele Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation durch ihre behandelnde Ärztin / ihren behandelnden Arzt oder im Rahmen einer Gruppensitzung durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. während des stationären Aufenthalts erhalten haben.

- In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass es zum einen keine Abrechnungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich für die einbezogenen Fachärztinnen und -ärzte für eine Psychoedukation gäbe und zum anderen ambulante Psychoedukation im Rahmen von Selektivverträgen meist durch andere Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werde. Dem IQTIG ist bekannt, dass es keine GOPs für den vertragsärztlichen Bereich gibt, dennoch sollte der Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung, „ausreichend lange und ggf. wiederholt“ eine Psychoedukation durchzuführen, nicht aufgegeben werden (DGPPN und Falkai 2013). Im Sinne der Qualitätssicherung würde das IQTIG die Einführung einer GOP begrüßen, da dann eine fallbezogene QS-Dokumentation entfallen und dieser Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden könnte.

## **5.7 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“**

Bei der Verordnung einer Pharmakotherapie ist die regelhafte Überprüfung (Monitoring) von Wirkungen und Nebenwirkungen, welche der Sicherstellung eines günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses bzw. dem Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit dient, eine durchgehende Empfehlung der Leitlinien. Wegen der sich im Verlauf der Erkrankung verändernden, vorherrschenden Symptome bei den Patientinnen und Patienten wechseln auch die jeweils aktuellen Ziele der Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika, was eine kontinuierliche Anpassung des Monitoring mit Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie notwendig macht. Das Monitoring sollte auch die regelmäßige Erfassung klinischer Symptome sowie eine gezielte laborchemische und kardiologische Diagnostik umfassen (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.7.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.7.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“**

##### **Qualitätsmerkmal „Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“**

Bei diesem Qualitätsmerkmal handelt es sich um den AQUA-Indikator, der im Rahmen des 1. Treffens des Expertengremiums (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1) als geeignet bewertet wurde, um als Merkmal in die Weiterentwicklung dieses Verfahrens einzugehen. Die Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen wird ebenfalls bei SIGN (2013) thematisiert. Hier wird konkret darauf hingewiesen, Vorerfahrungen der Patientinnen und Patienten mit den zu verschreibenden Wirkstoffen sowie das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Pharmakotherapie und patientenspezifische unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu berücksichtigen (SIGN 2013).

##### **Qualitätsmerkmal „Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie“**

Vor Beginn einer Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika sollten das Gewicht und der Taillenumfang der Patientin oder des Patienten, der Blutdruck und Puls, der Blutzucker („fasting blood glucose“, HbA1c), die Blutfette, das Prolaktin-Level sowie der Ernährungs- und Bewegungsstatus erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2014 [2017]). In bestimmten Fällen, z. B. wenn es einen Hinweis auf ein kardiovaskuläres Risiko bei der Patientin oder dem Patienten gibt, wenn eine kardiovaskuläre Erkrankung in der medizinischen Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten vorliegt oder wenn dies für das zu verschreibende Medikament angezeigt ist, sollte vor Beginn der Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika eine EKG-Untersuchung durchgeführt werden (NCCMH 2014 [2017]). Dieser Prozess dient dazu, vor Beginn der Medikation Schaden und Nutzen der geplanten Therapie patientenbezogen und individuell abzuwägen (SIGN 2013).

**Qualitätsmerkmal „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“**

Bei Patientinnen und Patienten in Remission der bestehenden Schizophrenieerkrankung sollte für mindestens 2 Jahre eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt werden (SIGN 2013, Cooper et al. 2016). Gezielte intermittierende Medikamentengaben sollten vermieden (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014 [2017], Buchanan et al. 2010) und nur unter besonderen Umständen erwogen werden (NCCMH 2014 [2017]).

**Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht-Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie“**

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die eine Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika erhalten, sollten regelhaft und systematisch das Ansprechen auf die Therapie (SIGN 2013), mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen, eine Abgrenzung zwischen diesen unerwünschten Wirkungen und den Symptomen der Patientinnen und Patienten, der Einfluss der Therapie auf das Funktionsniveau, die Bewegungsfähigkeit und das Gewicht sowie der Taillenumfang der Patientinnen und Patienten erfasst und dokumentiert werden. Ebenfalls sollten Puls und Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerte erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]). Bei Beginn der Therapie sollte mindestens wöchentlich die therapeutische Reaktion auf die Medikation sowie die Adhärenz der Patientinnen und Patienten differenziert erfragt und dokumentiert werden (NCCMH 2015b). Bei Nicht-Ansprechen der Patientinnen und Patienten sollten die Diagnose, die Adhärenz, die Dosierung und die Anwendungsdauer überprüft und beurteilt werden (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014 [2017]). Zu berücksichtigen sind auch ein möglicher komorbider Substanzmissbrauch (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) und gegebenenfalls vorliegende körperliche Erkrankungen oder Einflüsse anderer Medikamente, die die Patientin oder der Patient einnimmt (NCCMH 2014 [2017]). Parallel zur Pharmakotherapie sollte sichergestellt werden, dass die Patientin oder Patienten eine psychotherapeutische Intervention erhält (NCCMH 2014 [2017]). Bei Patientinnen und Patienten mit einer Erstmanifestation der Schizophrenieerkrankung sollte der therapeutische Effekt der Dosierung zeitnah nach Verordnung erhoben werden. Sofern eine Dosisanpassung unter Einbezug der oben genannten Faktoren keine Verbesserung mit sich bringt, kann ein Wechsel der Medikation erwogen werden. Dieser sollte im Zeitfenster von 8 Wochen überprüft werden, sofern keine gravierenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen auftreten (SIGN 2013).

**Qualitätsmerkmal „Bei Beendigung der Clozapin-Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)“**

Sollte das Medikament Clozapin abgesetzt werden, insbesondere wenn dieses Absetzen nicht mittels Ausschleichen des Wirkstoffs erfolgt, sollte die Patientin oder der Patient insbesondere in der ersten Woche engmaschig hinsichtlich ihrer/seiner psychischen und physischen Gesundheit überwacht werden (Cooper et al. 2016). Ein abruptes Absetzen dieses Wirkstoffs sollte, wenn möglich, verhindert werden (Cooper et al. 2016).

**Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)“**

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sollten wöchentlich oder nach Notwendigkeit die Indikation, das Ansprechen und mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen überprüft werden. Dies gilt auch für eine mögliche Bedarfsmedikation (NCCMH 2014 [2017]).

**Qualitätsmerkmal „Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Erst-erkrankten“**

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Erstmanifestation der Schizophrenieerkrankung sollte mit einer niedrigen Anfangsdosierung der Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika begonnen werden (Cooper et al. 2016).

**5.7.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)****5.7.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Hinsichtlich der Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen gaben die Expertinnen und Experten an, dass hier ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht, da diese weder ambulant noch stationär standardisiert erfasst und dokumentiert werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass aus Sicht der Expertinnen und Experten inhaltlich eine Redundanz zu den Qualitätsmerkmalen „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht-Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie“ und „Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)“ besteht und diese Merkmale zu einem zusammengeführt werden sollten.

Hinsichtlich des Merkmals „Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie“ stellten die Expertinnen und Experten infrage, ob dies in einem QS-Verfahren sinnvoll verortet ist. Ein Unterlassen unmittelbar vor Beginn der Pharmakotherapie ist häufig durch den Patientenwunsch begründet, sollte aber dokumentiert werden. Mithin ist es aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht ausreichend möglich, die Verantwortung einem Leistungserbringer zuzuschreiben.

Intensiv wurde das Qualitätsmerkmal zur Erhaltungstherapie diskutiert. Es wurde durch die Expertinnen und Experten noch mal auf die starke Evidenz zur kontinuierlichen Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika hingewiesen, die auch bei Ersterkrankten über 12 Monate erfolgen soll. Besonderes Augenmerk ist hier auf die Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu legen, auch wenn grundsätzlich der Patientenwunsch zu berücksichtigen ist und die tatsächliche regelmäßige Einnahme der Medikation durch die Ärztin oder den Arzt nicht zu kontrollieren ist. Als problematisch wurden von den Expertinnen und Experten den Leitlinienempfehlungen entgegenstehende Veröffentlichungen gesehen, denen durch intensive Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten entgegenwirkt werden sollte. Auch aus diesem Grund vertraten die Expertinnen und Experten die Auffassung, die leitliniengerechte Durchführung der medikamentösen Erhaltungstherapie möglichst durch einen Qualitätsindikator zu adressieren, für des-



sen Operationalisierung eine zielführende Eingrenzung des durch den Indikator erfassten Patientenkollektivs diskutiert werden muss. Die Verantwortung liegt nach Auffassung der Expertinnen und Experten bei der behandelnden niedergelassenen Fachärztin oder beim behandelnden niedergelassenen Facharzt.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals zum Monitoring der Beendigung einer Clozapin-Therapie bestand Konsens im Expertengremium, dass hier keinerlei Verbesserungsbedarf besteht, da das Absetzen der Clozapin-Therapie, die zudem nur eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten erhält, aufgrund der hohen Anforderungen äußerst sorgfältig und häufig sogar unter stationärer Begleitung erfolgt.

Die Expertinnen und Experten vermuteten zwar einen gewissen Verbesserungsbedarf für das Qualitätsmerkmal „Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten“, verwarfen dieses Qualitätsmerkmal jedoch auch aufgrund der fehlenden Operationalisierbarkeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

#### **5.7.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche**

##### **Qualitätsmerkmal „Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (AQUA-Indikator-ID: 77a)“**

Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika über den Behandlungsverlauf zeigt sich auch darin, dass nicht nur AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, sondern auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der vorhandenen Dokumentation keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwerts von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).

##### **Qualitätsmerkmal „Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

##### **Qualitätsmerkmal „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“**

In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der vorhandenen Dokumentation keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation in Bezug auf die Erhaltungstherapie gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zur Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Exazerbation im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei

Nicht-Erreichen des Zielwerts von > 25 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).

**Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht-Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Bei Beendigung der Clozapin-Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

### **5.7.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen**

Für die oben aufgeführten Qualitätsmerkmale können anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse keine Aussagen gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen. Zudem lassen sich Erkrankungsphasen (wie Remission) derzeit nicht an z. B. ICD-10-GM-Codes identifizieren.

### **5.7.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts**

Das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ des AQUA-Berichts fokussiert anders als der Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ des Qualitätsmodells des IQTIG auf mögliche Qualitätsdefizite bezüglich der Kombinationstherapie von Antipsychotika und der Verordnung von Benzodiazepin. Auf die leitliniengerechte Durchführung einer Erhaltungstherapie wird jedoch hingewiesen. Die Thematisierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt im AQUA-Bericht ausschließlich im Kontext somatischer Untersuchungen (AQUA 2016). Der im AQUA-Indikatorenset enthaltene Qualitätsindikator „Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“ für den stationären Sektor wurde auf Vorschlag der Expertinnen und Experten im 1. Paneltreffen aufgenommen und nicht aus dem Qualitätspotenzial abgeleitet (AQUA 2016).

### 5.7.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

#### 5.7.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

##### **QI-Entwurf „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht-Wirkung und/oder Nebenwirkungen sowie unerwünschter Wirkungen der Pharmakotherapie – Stationär“**

Das Expertengremium diskutierte im Rahmen des 3. Treffens neben der korrekten Bezeichnung für den Indikator und der notwendigerweise einzubeziehenden Medikamente (siehe Tabelle 10), dass es eventuell unklar sein könnte, in welchem Umfang die für die Qualitätssicherung geforderte Dokumentation stattfinden soll. In diesem Rahmen wies das IQTIG darauf hin, dass keinesfalls eine Dokumentation aller möglichen Nebenwirkungen für jedes verschriebene Präparat vorgenommen werden muss, sondern dass die Dokumentation zum Status der Patientinnen und Patienten, wie er z. B. im Rahmen der wöchentlichen Kurvenvisite bezogen auf die aktuelle Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erhoben wird, ausreichend im Sinne des Indikators ist. Das Gremium regte an, dies in einem Ausfüllhinweis zu beschreiben, um Irritationen beim Leistungserbringer vorzubeugen, und empfahl im stationären Bereich ebenfalls ein wöchentliches Intervall des Monitorings.

##### **QI-Entwurf „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht-Wirkung und/oder Nebenwirkungen sowie unerwünschter Wirkungen der Pharmakotherapie – Ambulant“**

Bei diesem QI-Entwurf sollen äquivalent zum Indikator, der stationär erfasst wird, die Bezeichnung und die Medikamentenlisten angepasst werden (siehe Tabelle 11). Hier diskutierte das Expertengremium ebenfalls das angemessene Zeitintervall, welches als Mindestanforderung für ein Monitoring der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka gefordert werden soll. Es wurde konsentiert empfohlen, dass eine solche Überprüfung mindestens einmal im Quartal erfolgen sollte und über zwei Quartale hinweg erfasst werden sollte. Das IQTIG verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass eine solche Regelung nicht nur inhaltlich sinnvoll ist, sondern auch dem vorgesehenen QS-Filter für dieses Verfahren entspricht. Hiernach müssen ambulant versorgte Patientinnen und Patienten mindestens in zwei Quartalen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt der Gruppe 51 oder 58 in Behandlung gewesen sein.

##### **QI-Entwurf „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“**

Da der aktuell bestehende QI-Entwurf in dieser Weise nicht operationalisierbar ist, diskutierte das Gremium im 3. Treffen Varianten zur Umarbeitung. Die Erhaltungstherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung wird hinsichtlich einer Prävention von Rückfällen als sehr relevant betrachtet und sollte gerade aufgrund bestehender Gegenbewegungen in diesem Indikatorenset als leitliniengerechte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten bestehen bleiben.

Für eine Umarbeitung wurden zunächst folgende Ansätze vom Expertengremium thematisiert. Dies war zunächst der Vorschlag, die Remission der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Messung mit dem Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) zu erfassen, da eine ICD-Spezifizierung, mittels derer das Erkrankungsstadium der Patientinnen und Patienten erfassbar ist, aktuell nicht vorliegt. Da dies die Einführung eines weiteren verpflichtenden Messinstruments in diesem Verfahren bedeuten würde, wies das IQTIG in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit einer Erfassung über die zeitliche Komponente hin, um eine Erfassung des Indikators mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erreichen. Das Gremium diskutierte, dass ein Indikator nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die ambulante miterfassen sollte. Hieraus ergab sich die Frage des Erfassungszeitraums. Das Gremium verwies in diesem Zusammenhang auf Untersuchungen, die sich auf den Zeitraum der Erhaltungstherapie nach einem stationären Aufenthalt beziehen. Dies hat ebenfalls den Vorteil, dass Patientinnen und Patienten nach stationärer Entlassung in jedem Fall eine Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika erhalten sollten und entsprechend identifizierbar in Sozialdaten bei den Krankenkassen wären. Es soll mindestens das erste Quartal nach Entlassung betrachtet werden, in dem eine Erhaltungstherapie durchgeführt werden sollte, wobei die Patientin oder der Patient dennoch über vier Quartale bei einer Fachärztin oder einem Facharzt der Gruppe 51 oder 58 in Behandlung sein muss. Das Expertengremium unterstützte den Vorschlag, diesen Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen zu operationalisieren und Patientinnen und Patienten zu erfassen, die im Erfassungsjahr einen stationären Aufenthalt hatten und bei denen eine Verordnung von Antipsychotika in den anschließenden Quartalen vorliegen sollte. Da es sich hierbei um ein Surrogat handelt, befürwortete das Gremium, diesen Indikator auf Systemebene zu erheben. Das Gremium regte an, bei der Überarbeitung des QI-Entwurfs zu berücksichtigen, dass der Indikator keinesfalls zulasten derjenigen Leistungserbringer geht, die Patientinnen und Patienten behandeln, die eine Erhaltungstherapie definitiv ablehnen. Die genaue Operationalisierung hinsichtlich der Zeiträume und des Patientenkollektivs wird im Nachgang der Sitzung auch unter Prüfung der den IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse (Abschnitt 4.5.1) erfolgen (siehe Tabelle 12).

#### **5.7.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums**

##### **Qualitätsindikatoren „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“ und „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“**

Im Rahmen des 4. Treffens des Expertengremiums wurden neben den im Indikatorenset dokumentierten Anregungen erneut die zu berücksichtigenden Medikamente und die entsprechenden Wirkstoffgruppen diskutiert. Insbesondere wurde in diesem Zusammenhang der Ausschluss der Homöopathischen und anthroposophischen Psycholeptika (N05H) besprochen. Da jedoch auch gerade diese in einem regelhaften Monitoring geprüft werden sollten, entschied das Gremium, die kompletten Wirkstoffgruppen N03, N05 und N06 in diesem Indikator zu erfassen. Weiterhin hob das Gremium den edukativen Gedanken des Indikators hervor, der auch darin

besteht, einen Anreiz dafür zu schaffen, dass die Patientinnen und Patienten zu ihrer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka befragt werden müssen. Der vorgeschlagene Referenzbereich von  $\geq 95\%$  wurde vom Gremium als angemessen bestätigt.

### **Qualitätsindikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“**

Die im Rahmen der Operationalisierung durchgeführten Veränderungen an diesem Indikator wurden vom Expertengremium begrüßt, vor allem der Einbezug aller Verordnungen unabhängig von den adressierten Facharztgruppen 51 und 58. Ebenfalls als positiv betrachtet wurde die Erhebung dieses Indikators auf der Systemebene, da es so möglich wird, einen Überblick über die tatsächliche Versorgungssituation mit einer Erhaltungstherapie mit Antipsychotika zu erhalten, ohne eine Verantwortungszuschreibung vornehmen zu müssen, die aufgrund der Adhärenz der Patientinnen und Patienten nicht angemessen erscheint.

#### **5.7.4 Beschreibungen der Qualitätsindikatoren**

*Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“*

<b>Bezeichnung</b>	<b>Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, bei denen während des stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens wöchentlich überprüft und dokumentiert wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die

	<p>Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015a). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von &lt; 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>14</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05)</li> </ul>

<sup>14</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> <li>■ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nebenwirkungsmonitoring bei Patienten unter Dauermedikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>■ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>■ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>■ Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)</li> </ul> </li> <li>■ Sicherstellung geeigneter Verlaufskontrollen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2013): Anlagen zum Klinikmanual Psychiatrie. Version: 1.2. [Stand:] 17.07.2013. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>

- Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests:
  - Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [*Working Paper*]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2009/RAND\\_WR682.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf) (abgerufen am: 15.08.2017).
- AMTS\* - Monitoring der Arzneimittelnebenwirkungen, AMTS\* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion, AMTS\* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten:
  - 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterieneläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: [http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych\\_QD2\\_Leitfaden\\_Indikatoren\\_20151103\\_4qd.pdf](http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Medication - Monitoring Patient Response:
  - Joint Commission ([kein Datum]): Standards FAQ Details: Medication – Monitoring Patient Response. Oakbrook Terrace, US-IL: Joint Commission. URL: [https://www.jointcommission.org/standards\\_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=1095&ProgramId=46](https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=1095&ProgramId=46) (abgerufen am: 04.10.2017). Metabolic side effects for consumers commencing antipsychotic medications:
  - Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16> (abgerufen am: 22.09.2017).
- New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11:
  - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: [https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF\\_Guidance\\_2009\\_10\\_mh24032009.pdf](https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville,



US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).

- The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months:
  - NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten:
  - Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6
- Kontrolluntersuchungen:
  - AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD):
  - NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: [http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List\\_of\\_HEDIS\\_2015\\_Measures.pdf](http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf) (abgerufen am: 22.09.2017).
- Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia:
  - Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatric Services* 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
- Management of intolerable side effects:
  - 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. *Psychiatric Services* 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.

Indikatorberechnung					
Referenzbereich	≥ 95 %				
Risikoadjustierung	entfällt				
mögliche Risikofaktoren	entfallen				
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.				
Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja
Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja				
Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja				
Entwicklungsprotokoll					
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten.</li> <li>▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens wöchentlich“.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden.</li> </ul> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator.</li> <li>▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von ≥ 95 % wird bestätigt.</li> </ul> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt.</li> <li>▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens wöchentlich“ ergänzt.</li> </ul>				

	<p>Ein Ausfüllhinweis unter Berücksichtigung der Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde erstellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres /teilstationäres Monitoring und Dokumentation“.</li> <li>▪ Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“.</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Als Datenquelle wird die stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation korrekterweise eingefügt.</li> </ul>

Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und dokumentiert wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten

	<p>(NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorheriges Therapieansprechen und vorliegende von Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015a). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von &lt; 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>15</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> <li>▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>▪ Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering</li> </ul> </li> </ul>

<sup>15</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WiDo 2017)

	<p>investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: <a href="https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf">https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017)</li> </ul> </li> <li>▪ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Kontrolluntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens quartalsweise im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja
Entwicklungsprotokoll		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten.</li> <li>▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens zweimal jährlich“ entsprechend des QS-Filters.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator.</li> <li>▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von <math>\geq 95\%</math> wird bestätigt.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt.</li> <li>▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens zweimal jährlich“ ergänzt.</li> <li>▪ Auf einen Ausfüllhinweis zur Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde verzichtet, um mögliche Probleme im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zu erkennen und anpassen zu können.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“.</li> <li>▪ Das Zeitintervall wird von „zweimal jährlich“ auf „quartalsweise“ angepasst.</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Als Datenquelle wird die fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz korrekterweise eingefügt.</li> </ul>
--	--

Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in den ersten 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten bei denen in den ersten vier Folgequartalen nach stationärem Aufenthalt kontinuierlich eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> </ul> <u>Beachte:</u> Der Indexaufenthalt ist immer der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr.
<b>Rationale</b>	Die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und sollte bei diesen längerfristig erfolgen (SIGN 2013, Cooper et al. 2016), um eine Stabilisierung oder Symptombefreiheit zu erreichen (Buchanan et al. 2010). Im Sinne dieser Stabilisierung wird davon abgeraten, die Erhaltungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie gezielt zu unterbrechen (NCCMH 2014 [2017], Buchanan et al. 2010, Cooper et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zur Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Exazerbation im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von > 25 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika erhalten, um Rezidive zu vermeiden.



<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die den Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Erhaltungstherapie</b></p> <p>Weiterführung einer in der Akutphase einer Erkrankung eingeleiteten Therapie auch nach Abklingen der Symptomatik zur Reduktion der Rückfall- oder Wiedererkrankungsrate (Margraf und Maier 2012)</p> <p><b>Wirkstoffgruppe, der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>16</sup>:</b> Antipsychotika (N05A)</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dosierung und Dauer der antipsychotischen Erhaltungstherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>▪ Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Dauer und Dosis der Erhaltungstherapie mit Antipsychotika bei Schizophrenie:</li> </ul>

<sup>16</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WiDo 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> <li>▪ Pharmakotherapie – Langzeit/Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risiko-adjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler<sup>17</sup></b></p> <p>Verordnung von Antipsychotika (N05A) in den vier Folgequartalen nach stationärer Entlassung</p> <hr/> <p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)</p> <hr/> <p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> </ul>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium entscheidet sich dafür, den vormals lautenden Indikator „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“ aufgrund fehlender Operationalisierungsmöglichkeiten bei hoher inhaltlicher Relevanz für die Qualitätssicherung inhaltlich zu überarbeiten und entsprechend umzubenennen in „Kontinuierliche Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“.</li> <li>▪ Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie, da diese ebenso wie die Remission aktuell nicht klar abbildbar ist, die Verschreibung einer Therapie mit Antipsychotika für 2 Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen.</li> <li>▪ Der Indikator sollte so mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden.</li> </ul>

<sup>17</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WiDO 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Gremium schlägt einen Erfassungszeitraum von 12 Monaten (4 Quartalen) nach stationärer Entlassung vor.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt perspektivisch eine Anpassung dieses Indikators, sofern die Einführung eines ICD-Kodes für die Remission vorliegen sollte.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu begrenzen. Hierfür muss der Indikator grundlegend neu operationalisiert werden.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, den Indikator nach Überarbeitung ausschließlich auf der Systemebene auszuwerten.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium begrüßt die Überarbeitung und neue Operationalisierung dieses Indikators ebenso wie die Erfassung dieses Indikators auf Systemebene.</li> <li>▪ Weiterhin empfiehlt das Gremium, für diesen Indikator nur die Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A) zu berücksichtigen.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde in „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ umbenannt und entsprechend umfassend inhaltlich überarbeitet.</li> <li>▪ Der Indikator wurde eingegrenzt auf die Erfassung der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka der Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A).</li> <li>▪ Der Indikator wird auf Systemebene ausgewertet und mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst.</li> <li>▪ Als Erfassungszeitraum wurden 12 Monaten (4 Quartale) nach stationärer Entlassung festgelegt.</li> <li>▪ Für diesen Indikator werden alle Verschreibungen antipsychotischer Medikamente (N05A) an Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) unabhängig von der verschreibenden Facharztgruppe berücksichtigt.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Begriff der „antipsychotische Pharmakotherapie“ wurde ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika“.</li> <li>▪ Die Beschreibung des Indikators und des Zähler wurde hinsichtlich der wirkstoffunabhängigen Erhaltungstherapie mit Antipsychotika präzisiert.</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Das Indikatorfeld „Verantwortlich für die QS-Dokumentation“ wurde angepasst: Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.</li> </ul>

## **5.8 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

Die Psychotherapie wird als relevante Behandlungsoption in Leitlinien empfohlen (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) und stellt neben der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka einen Grundpfeiler der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung dar. Die Psychotherapie sollte bereits im stationären Setting, aber auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz im erforderlichen Umfang und in einer der Erkrankungssituation angemessenen Form stattfinden, was nach Einschätzung des Expertengremiums derzeit nicht ausreichend gegeben ist (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.8.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.8.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

##### **Qualitätsmerkmal „Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose“**

Psychotherapie in Form von Verhaltenstherapie sollte allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie- oder Psychoseerkrankung unabhängig von der Erkrankungsphase angeboten werden (NCCMH 2014 [2017]). Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts stattfinden (NCCMH 2014 [2017]).

##### **Qualitätsmerkmal „Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt“**

Die psychotherapeutische Behandlung sollte neben der Behandlung mit Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika erfolgen (NCCMH 2014 [2017]).

### **5.8.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.8.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Der Verbesserungsbedarf wurde in der Expertendiskussion als sehr groß eingeschätzt. Auch wenn während des stationären Aufenthalts aufgrund der relativen Kürze und des Krankheitszustands der Patientinnen und Patienten in der Regel keine vollständige intensive Psychotherapie durchgeführt werden kann, so gibt es doch einen hohen Bedarf an psychotherapeutischen Gesprächen und Interventionen im Einzel- oder Gruppensetting, die nach Aussage der Expertinnen und Experten vor allem im stationären Bereich zu selten stattfinden. In einigen Kliniken werde überhaupt keine psychotherapeutische Versorgung für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung während des stationären Aufenthalts angeboten.

Das Expertengremium sprach sich dafür aus, für den stationären Bereich auf die systematische psychotherapeutische Intervention abzustellen, die dann präzise zu operationalisieren sei, um sie von bloßen Kontaktgesprächen usw. abzugrenzen. Dabei ist die systematische psychotherapeutische Intervention als formalisierte Behandlungsform, beispielsweise im Sinne von verhaltenstherapeutischen Interventionen, wie sie auch in Leitlinien gefordert wird, zu verstehen.

Die Expertinnen und Experten schlugen zudem eine Zusammenfassung der beiden Merkmale zu einem Merkmal im Sinne eines QI-Entwurfs „Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ vor. Zudem wurde es als sinnvoll erachtet, auch das Qualitätsmerkmal „Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten“ des Qualitätsaspekts zum Umgang mit und zur Prävention von Suizidalität hierunter zu subsumieren.

Auch für die Versorgung mit Psychotherapie im Rahmen der Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz wurde von den Expertinnen und Experten ein Verbesserungsbedarf gesehen, wenn auch nicht in demselben Umfang wie in der stationären Versorgung (siehe Anhang A.2).

Zu erwähnen ist hier, dass aufgrund des Umstands, dass Psychiatrische Institutsambulanzen eine strukturelle Besonderheit des deutschen Versorgungssystems sind, keine expliziten Empfehlungen aus internationalen Leitlinien für diese Versorgungsform abgeleitet werden konnten. Auch im Rahmen der Prüfung von den Sozialdaten der kooperierenden Krankenkassen und der fokussierten Recherche konnte kein Verbesserungsbedarf für den Versorgungsbereich der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) festgestellt werden. Dies deckt sich auch mit den Aussagen der Expertinnen und Experten im Rahmen des 2. Treffens. Aus diesem Grund wurde der Indikator im Folgenden nur für den stationären Bereich operationalisiert.

#### **5.8.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche**

##### **Qualitätsmerkmal „Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose“**

Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie zu den vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthalts an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006). Im Rahmen eines narrativen Reviews nennen Schaub et al. (2016) Ergebnisse einer Untersuchung, im Rahmen derer eine stationäre Intervention aus Verhaltenstherapie und Schulungen zum Krankheitsmanagement Hinweise aufzeigt, einen positiven Einfluss auf den Rückgang der Symptomatik, der Angst und der Depressionen zu haben (Schaub et al. 2016).

##### **Qualitätsmerkmal „Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

### 5.8.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über psychotherapeutische Maßnahmen im stationären Bereich oder der PIA gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

### 5.8.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Auch im AQUA-Bericht wurde bereits auf das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ eingegangen (AQUA 2016). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung in stationären Einrichtungen, die wenig transparent ist, lässt sich aufgrund einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2014) zur stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die über 1.500 stationär tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten umfasst, ein Defizit vermuten. Diese Umfrage zeigte, dass in den beteiligten Kliniken 57 % der Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zur Verfügung. In 46 % der Einrichtungen wird auch allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und in 42 % der Krankenhäuser zumindest einem Teil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. 11 % der Krankenhäuser bieten keine Psychotherapie an (BPtK 2014). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung in den Psychiatrischen Institutsambulanzen wurden im AQUA-Bericht keine Aussagen gemacht (AQUA 2016).

## 5.8.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

### 5.8.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

#### **QI-Entwurf „Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt“**

Das Expertengremium machte konkrete Operationalisierungsvorschläge und verwies außerdem (siehe Tabelle 13) vor allem darauf, dass dieser Indikator, sofern bis zur Einführung des QS-Verfahrens vorhanden, über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollte. Des Weiteren wies das Gremium darauf hin, dass beim Referenzbereich dieses Indikators der Bedarf, die Indikation und die Akzeptanz der Intervention berücksichtigt werden sollten. Aus diesem Grund hielten die Expertinnen und Experten einen Referenzbereich von  $\geq 50\%$  zu Beginn des Regelbetriebs für realistisch. Das Gremium unterstützte weiterhin, zunächst nicht konkrete therapeutische Verfahren, sondern generell die Versorgung dieser Patientengruppe mit psychotherapeutischen Interventionen zu adressieren, da diese insgesamt sehr defizitär ist.

### 5.8.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

#### Qualitätsindikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“

Das Expertengremium sprach sich dafür aus, den Referenzbereich äquivalent zur Psychoedukation bei  $\geq 50\%$  festzulegen, da es sich hier im stationären Bereich um eine ähnlich defizitäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung handelt. Diskutiert wurde ebenfalls noch einmal die für den Ausfüllhinweis definierte Zeitangabe, dass 25 Minuten pro Woche unterteilt in mehrere Einheiten zulässig sind. Hier ging es in der Diskussion der Expertinnen und Experten vor allem darum, ob eine Mindestdauer für eine Therapieeinheit ergänzt werden sollte. Das Gremium entschied sich jedoch dagegen, dies zu empfehlen.

### 5.8.4 Beschreibung des Qualitätsindikators

Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Erhalt von systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen erhalten haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer <math>\leq 7</math> Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts stattfinden (NCCMH 2014 [2017]). Trotz der hohen Relevanz dieser Therapieform zeigen sich Defizite in der Umsetzung im stationären Bereich. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Routinedaten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung keine

	psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006 [V]).
<b>Qualitätsziel</b>	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen sollen in allen stationären/teilstationären Einrichtungen Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sein.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychotherapie</b></p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patienten oder Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y.</li> </ul> </li> <li>■ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </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: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie/kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> <li>▪ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> </ul>								
<b>Indikatorberechnung</b>									
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %								
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt								
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen								
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.								
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>									
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Art der Maßnahme</td> <td>1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere</td> </tr> <tr> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja	Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja								
Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere								
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
<b>Entwicklungsprotokoll</b>									
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den Indikator eine Verweildauer von &gt; 7 Tage festzulegen.</li> <li>▪ Des Weiteren diskutiert das Gremium, dass im Ausfüllhinweis sowohl eine Abgrenzung zur Psychoedukation als auch zum ärztlichen oder supportiven Gespräch erfolgen sollte. Im Ausfüllhinweis zu diesem Indikator sollte dies abgegrenzt werden sowie eine Definition für psychotherapeutische Intervention gegeben werden.</li> <li>▪ Es wird empfohlen, im Datenfeld nach „Evidenzbasierter störungsspezifischer psychotherapeutischer Intervention“ zu fragen.</li> <li>▪ Als geeignete und umsetzbare Therapieeinheit im stationären Setting werden mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können.</li> <li>▪ Zunächst soll der Referenzbereich auf ≥ 50 % festgelegt werden und über die nächsten Jahre schrittweise erhöht werden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>								

	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den gesamten Indikator einheitlich den Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium schlägt vor, den Referenzbereich auf <math>\geq 50\%</math> zu legen, äquivalent zum Indikator der Intervention Psychoedukation.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für den Indikator wird, äquivalent zum Indikator der Psychoedukation eine Verweildauer <math>&gt; 7</math> Tage stationärem Aufenthalt festgelegt.</li> <li>▪ Eine Definition der Psychotherapie im Sinne dieses Indikators wurde, unter Berücksichtigung der Anmerkungen aus dem 3. Expertengremium, für den Ausfüllhinweis erstellt.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wird einheitlich der Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ verwendet.</li> <li>▪ Bei der Art der Maßnahme wird die Durchführung einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer anderen, nicht spezifisch zu nennenden Maßnahme abgefragt. Die Abfrage der Organisationsform als Gruppen- oder Einzeltherapie wurde gestrichen.</li> <li>▪ Als Therapieeinheit wurden im Ausfüllhinweis mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 50\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Indikatorbezeichnung wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“.</li> </ul>
--	--

## **5.9 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

Die Suizidprävention hat in der psychiatrischen Versorgung einen besonderen Stellenwert. Eine Schizophrenieerkrankung ist mit einem erhöhten Suizidrisiko – etwa dem Zwei- bis Zehnfachen des Risikos der Bevölkerung ohne Schizophrenieerkrankung – assoziiert. Es ist also notwendig, Suizidalität zu erkennen und diese entsprechend zu monitoren und, wenn nötig, Patientinnen und Patienten unmittelbar in ein Krankenhaus einzuweisen bzw. diese Thematik in einer psychotherapeutischen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen oder auch medikamentöse Maßnahmen einzuleiten (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.9.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.9.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

##### **Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten“**

Im Gespräch mit Patientinnen und Patienten sollten Risiken für einen Suizid identifiziert und benannt werden. Hierunter fallen Suizidmethoden, aktuell vorhandene Selbstverletzungen und deren Frequenz, Suizidabsichten der Patientinnen und Patienten (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-a) sowie die Berücksichtigung spezifischer Risiken, die mit Substanzmissbrauch in Verbindung stehen (beispielsweise unbeabsichtigte Überdosierungen). Es sollte ein Risikomanagementplan erstellt werden (NCCMH 2011 [2016]-a).

##### **Qualitätsmerkmal „Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten“**

Psychotherapie in Form von Verhaltenstherapie ist sowohl bei Patientinnen und Patienten mit suizidalem Verhalten von Relevanz als auch bei Patientinnen und Patienten, bei denen Suizidversuche stattgefunden haben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

### **5.9.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.9.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Die Expertinnen und Experten sehen hinsichtlich der systematischen Erfassung von Suizidalität insbesondere im ambulanten Bereich einen Verbesserungsbedarf. Zusätzlich besteht die Problematik, dass sich die unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer nicht ausreichend und regelmäßig über möglicherweise vorliegende Suizidalität ihrer Patientinnen und Patienten informieren und austauschen. Dies ist nach Ansicht der Expertinnen und Experten derzeit lediglich in der integrierten Versorgung im erforderlichen Umfang gegeben. Auch ist eine standardisierte Erfassung von Suizidalität in der Regelversorgung noch nicht etabliert.

Das Qualitätsmerkmal „Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten“ wird auf Empfehlung der Expertinnen und Experten mit den Merkmalen zur psychotherapeutischen Versorgung zusammengeführt.

### 5.9.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### Qualitätsmerkmal „Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdenden Verhalten“

Röcker und Bachmann (2015) beschreiben in einer unsystematischen Übersichtsarbeit zur Prävention und Behandlung von Suizidalität bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, dass die Grundvoraussetzung für eine Behandlung von Suizidalität das Erkennen dieser darstellt. Hierzu gehört auch nach Einschätzung der Autorinnen die regelhafte, an die Patientinnen und Patienten angepasste Abklärung einer potenziellen Gefährdung in entsprechenden Lebenssituationen der Patientinnen und Patienten ohne die Verwendung von Standardfragen oder Fragebögen. In einer unsystematischen Übersicht zu Ergebnissen, Risikofaktoren und therapeutischen Maßnahmen beschreiben Wolfersdorf et al. (2016) Hinweise darauf, dass die Patientengruppe, die am meisten vom Suizid im Krankenhaus betroffen ist, die der jungen Männer mit einer Schizophrenieerkrankung und mehreren kurz hintereinander folgenden stationären Aufnahmen sei. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Lieb et al. (2014), die anhand der Basisdokumentation (BADO) einer psychiatrischen Klinik Hinweise aufzeigen, dass besonders männliches Geschlecht, eine höhere Anzahl früherer stationär-psychiatrischer Behandlungen, Suizidalität gemäß klinischem Eindruck bei Aufnahme bzw. Suizidversuch im Vorfeld der klinischen Aufnahme, affektive (F3) und schizophrene (F2) Erkrankung Risikofaktoren für einen Suizid im stationären Setting darstellen können. Eine Schizophrenieerkrankung an sich ist ebenfalls ein Risikofaktor für einen stationären Suizidversuch (Lieb et al. 2014).

#### Qualitätsmerkmal „Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten“

Röcker und Bachmann (2015) empfehlen in ihrer unsystematischen Übersichtsarbeit neben einem regelhaften Risikoscreening von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen allgemein die Durchführung einer Psychotherapie.

### 5.9.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analyse Zwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über den Umgang mit und die Prävention von Suizidalität gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

### 5.9.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Der AQUA-Bericht enthält neben der Erwähnung von Suiziden als eine Ursache der erhöhten Mortalität keine Ausführungen zur Suizidalität.

## 5.9.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

### 5.9.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

#### QI-Entwurf „Regelmäßiges Erfassen der Suizidalität“

Das Expertengremium riet von der Operationalisierung, die das regelmäßige Erfassen der Suizidalität erhebt, ab. Der Grund hierfür ist vor allem, dass es für eine solche Erfassung aktuell kein

standardisiertes Messinstrument gibt. Die Gefährdung für einen Suizid wird regelhaft im Rahmen des psychopathologischen Befundes erfasst, da die Vermeidung von Suiziden in der Behandlung von hoher Relevanz ist. Die Erfragung des Risikos für einen solchen erfolgt demnach höchst individuell und ist aktuell nicht in einem regelhaft einsetzbaren Messinstrument abbildbar. Das Gremium riet aus diesen Gründen zu einer neuen Operationalisierung des QI-Entwurfs, die vielmehr Suizidkonferenzen in den Blick nimmt. Im Rahmen dieser werden Suizide systematisch im Sinne einer Prävention für andere Patientinnen und Patienten von allen Leistungserbringern, die an der Behandlung beteiligt sind, besprochen und aufgearbeitet. Das Gremium empfahl eine Operationalisierung, die solche Suizidkonferenzen thematisch aufgreift und auf Einrichtungsebene erfasst wird.

### 5.9.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

#### Qualitätsindikator „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Das Expertengremium befürwortete den im Nachgang des letzten Gremiums neu operationalisierten Indikator und bestätigt, dass dieser eine gelungene Möglichkeit darstellt, dieses hochrelevante Thema in angemessener Weise mittels der Qualitätssicherung zu erfassen. Der Prävention, die im Qualitätsaspekt gefordert wird, kann so mittels Fehleranalyse und Aufarbeitung zur Vermeidung zukünftiger Suizide Rechnung getragen werden. Als Kriterium, das unter anderem bei einer solchen Suizidkonferenz erfüllt sein sollte, empfahl das Gremium zu berücksichtigen, dass ambulante Leistungserbringern Teil einer solchen sein sollten. Ebenfalls diskutiert wurde der mögliche Einbezug von Angehörigen. Dies wurde letztendlich vom Gremium nicht empfohlen, da unter den Leistungserbringern eine möglichst offene und kritische Reflexion des Vorfalls erfolgen soll. Da der Austausch mit Angehörigen jedoch in diesem Kontext von zentraler Bedeutung ist, empfahl das Gremium aufzunehmen, dass ein Gespräch mit Angehörigen im Vorfeld der Suizidkonferenz stattgefunden haben sollte. Das Expertengremium bestätigte den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.

### 5.9.4 Beschreibung des Qualitätsindikators

Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Bezeichnung	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten durchgeführt wurde.
Zähler	Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) für Patientinnen und Patienten, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben, werden innerhalb von 6 Wochen nach dem Suizid durchgeführt und dokumentiert

<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Suizide tragen, ebenso wie das erhöhte Risiko von somatischen Erkrankungen, dazu bei, dass Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine verkürzte Lebenserwartung haben (AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Prävention eines solchen Ereignisses von hoher Relevanz. Prävention kann hierbei im Sinne der Primärprävention verstanden werden, in deren Rahmen beispielsweise eine regelmäßige Kontrolle zur Identifikation und Überwachung des Suizidrisikos erfasst wird (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-a), aber auch die Prävention zukünftiger Suizide in einer Einrichtung ist in diesem Kontext von Bedeutung. Hierbei können Fallkonferenzen nach Suiziden (Suizidkonferenzen) im Sinne einer strukturierten und regelhaften Aufarbeitung dieser unterstützend wirken. Sie können dazu dienen, Suizide in einem festen Rahmen sowohl individuell als auch kollektiv professionell zu aufzuarbeiten (Holland 2007), sodass sich die Einrichtungen im Hinblick auf die Prävention zukünftiger Suizide weiterentwickeln können. Suizidkonferenzen sind angelehnt an die Zielsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen), bei denen unerwünschte Ereignisse gemeinsam, strukturiert und interdisziplinär analysiert werden sollen, um fehlerhafte Vorgänge und latente Ursachen für die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses zu identifizieren und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung dieser abzuleiten (Boy et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung, die während eines stationären/teilstationären Aufenthalts einen Suizid begangen haben, soll eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt werden, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<b>Definition Suizid</b> „Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012).

	<p><b>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</b></p> <p>Fallkonferenz, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallkonferenz erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p> <p>Die Fallkonferenz muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorfeld dieser Fallkonferenz sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>				
<p><b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterieneläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring critical incidents:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> </ul>				
<p><b>Indikatorberechnung</b></p>					
<p><b>Referenzbereich</b></p>	<p>Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein).</p>				
<p><b>Risikoadjustierung</b></p>	<p>entfällt</p>				
<p><b>mögliche Risikofaktoren</b></p>	<p>entfallen</p>				
<p><b>Rechenregeln</b></p>	<p>Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.</p>				
<p><b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b></p>					
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="512 1628 1066 1756"> <p>Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?</p> </td> <td data-bbox="1066 1628 1396 1756"> <p>0 = nein 1 = ja</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1756 1066 1908"> <p>Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?</p> </td> <td data-bbox="1066 1756 1396 1908"> <p>0 = nein 1 = ja</p> </td> </tr> </table>	<p>Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>				
<p>Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>				
<p><b>Entwicklungsprotokoll</b></p>					

**3. Treffen des Expertengremiums:**

- Das Expertengremium rät, diesen Indikator als „Erfassen der Suizidalität“ nicht zu operationalisieren, da keine ausreichend umfassenden und praktischen Instrumente zur Messung dieser vorliegen und viele Faktoren zum Geschehen eines solchen Ereignis beitragen können, die die präventive Vorhersage unmöglich machen.
- Das Expertengremium empfiehlt eine grundsätzliche Überarbeitung des Indikators in Richtung eines strukturbezogenen Indikators, der auf Einrichtungsebene erfasst wird und sich thematisch mit der Erfassung von Suizidkonferenzen, in Anlehnung an Mortalität- und Morbiditätskonferenzen, beschäftigt.

**4. Treffen des Expertengremiums**

- Das Expertengremium befürwortet die im Nachgang des 3. Expertengremiums durchgeführte Überarbeitung dieses Indikators.
- Ergänzend empfiehlt das Gremium in der Definition der Fallkonferenz zu ergänzen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte.
- Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.

**Vorbericht**

- Der Indikator wurde grundlegend überarbeitet und erfasst nun die Durchführung von Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten im edukativen Sinne des Qualitätsaspekts „Suizidalität – Umgang und Prävention“.
- In der Definition der Fallkonferenz wurde aufgenommen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte.
- Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.
- Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.

**nach Stellungnahmeverfahren**

- Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.
- Die Datenfelder wurden spezifiziert hinsichtlich dessen, dass nur solche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung adressiert werden, wie auch in der Beschreibung des Indikators definiert.
- Eine Erweiterung der Rationale mit Bezug zu bestehenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) wurde ergänzt.
- Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein).
- Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.



## 5.10 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Suchterkrankungen sind eine relativ häufige Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und stellen spezifische Anforderungen an die Behandlung. Es ist wichtig, die Suchterkrankung frühzeitig bei der Diagnostik der Patientinnen und Patienten zu identifizieren, um die Ausbildung schwerwiegender Symptome und wiederholte Wiedereinweisungen zu verhindern. Die besondere Betreuung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten wird in Leitlinien umfangreich thematisiert, weil durch die Suchterkrankung die Prognose verschlechtert und das Risiko für alle negativen Nebeneffekte wie Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit, häufigere Wiedereinweisungen und ein schlechteres Outcome erhöht wird. Darüber hinaus sehen die Fachgesellschaften, dass die Bemühungen, Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlichen Suchterkrankung zu behandeln, noch nicht ausreichen (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### 5.10.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)

#### 5.10.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Komorbidität Sucht“

##### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch“**

Die Erfassung von Komorbiditäten, die bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung auftreten können, wie Substanzmissbrauch oder Depressionen, sollte routinemäßig erfolgen. Dies gilt auch bereits in der frühen Phase der Behandlung (NCCMH 2014 [2017]).

##### **Qualitätsmerkmal „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“**

Wird eine Patientin oder ein Patient mit einer Schizophrenieerkrankung stationär behandelt, sollten bereits bei der Aufnahme mögliche Entzugssymptome sowie ein Status über den aktuell vorliegenden Substanzmissbrauch erfasst werden. Diese Anamnese sollte umfassend erfolgen und auch die soziale und familiäre Situation der Patientinnen und Patienten, die Historie des Substanzmissbrauchs sowie die aktuelle Bereitschaft, das Konsumverhalten zu ändern, miterfassen (NCCMH 2011 [2016]-a).

##### **Qualitätsmerkmal „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“**

Es sollten Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die parallel rauchen, wiederholt im stationären Setting Angebote zur Raucherentwöhnung gemacht werden. Unter solchen Maßnahmen werden Nikotin-Ersatztherapien sowie die Behandlung mit Bupropion oder Varenicline, bei der eine vermehrte Überwachung hinsichtlich möglicherweise auftretender neuropsychiatrischer Symptome stattfinden sollte, verstanden. Die Wechselwirkung und der Einfluss einer Reduktion des Rauchkonsums auf den Metabolismus der bestehenden Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika muss regelmäßig, insbesondere zu Beginn der Reduktion des Rauchens, überwacht werden (NCCMH 2014 [2017]).

## 5.10.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)

### 5.10.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums

Bezüglich des Qualitätsmerkmals „Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch“ besteht nach Einschätzung der Expertinnen und Experten noch Verbesserungsbedarf, insbesondere hinsichtlich des Substanzmissbrauchs ohne Abhängigkeitserkrankung. Thematisiert wurde im Expertengremium zudem, dass den Patientinnen und Patienten auch mehr konkrete suchtspezifische Angebote gemacht werden sollten. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten adressiert dieses Merkmal den Qualitätsaspekt, da psychische Komorbiditäten wie Depression oder Angsterkrankung das Risiko für einen Substanzmissbrauch deutlich erhöhen.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“ sahen die Expertinnen und Experten keinen Verbesserungsbedarf, da bereits jetzt bei jeder Patientin und jedem Patienten bei Aufnahme standardmäßig eine möglicherweise bestehende Suchtproblematik oder eine Substanz-einnahme geprüft wird. Ebenso wenig wurde für das Qualitätsmerkmal „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ ein Verbesserungsbedarf gesehen.

### 5.10.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßiges Erfassen der psychischen Komorbiditäten Sucht“**

Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendatensätze zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenieerkrankung eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016).

#### **Qualitätsmerkmal „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

#### **Qualitätsmerkmal „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“**

Als Ergebnis eines Expertenkonsens stellen Fleischhacker et al. (2014) dar, dass aus Sicht der Autorinnen und Autoren der Konsum von Nikotin ein entscheidender Grund für den oftmals schlechten Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist. Das Rauchen geht, nach Meinung der Autorinnen und Autoren, häufig einher mit einem schlechten Gesundheitsverhalten und Übergewicht. Aus diesem Grund empfehlen Fleischhacker

et al. (2014), Interventionen zur Beendigung des Nikotinkonsums regelhaft in den Gesamtbehandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten zu integrieren (Fleischhacker et al. 2014).

### **5.10.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen**

Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten zeigen, dass für ca. 16 % der Patientinnen und Patienten im Jahr 2014 ein Abhängigkeitssyndrom codiert wurde. Darüber, wie häufig diese Komorbidität bzw. ein Substanzmissbrauch nicht erfasst werden, können anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse keine Aussagen gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

### **5.10.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts**

Der AQUA-Bericht enthält keine Ausführungen zur Komorbidität Sucht. Jedoch wurden das Hinweisen durch Leistungserbringer auf Angebote zur Substanzentwöhnung oder zur Raucherentwöhnung in die Datenfelder der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für den AQUA-Indikator „Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung“ aufgenommen (AQUA 2016).

## **5.10.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

### **5.10.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums**

#### **QI-Entwurf „Routinemäßiges Erfassen der psychischen Komorbiditäten Sucht“**

Das Expertengremium diskutierte neben sehr konkreten Vorschlägen zur Operationalisierung (siehe Tabelle 15) vor allem die Frage, ob für diesen Indikator ein Katalog mit Substanzen vorgegeben werden sollte. Zunächst sprach dafür, dass der Katalog als hilfreiche Unterstützung dienen kann, da es immer wieder neue Substanzen gibt, die mit unterschiedlichen Therapiekonsequenzen assoziiert sind. Letztendlich entschied sich das Gremium jedoch gegen die Empfehlung eines Katalogs, da dieser aufgrund der Vielzahl infrage kommender Substanzen und der ständigen Veränderungen zu keinem Zeitpunkt vollständig oder aktuell wäre und so auch den Anspruch der Nützlichkeit verfehlt. Des Weiteren würde er großen zusätzlichen Dokumentationsaufwand verursachen. Das Ziel dieses Indikators ist nicht das Erfassen der Substanz an sich, sondern das generelle Erfassen eines möglichen Substanzmissbrauchs. Dies sollte nach Ansicht der Expertinnen und Experten kontinuierlich erfolgen, wobei keine Zeitintervalle für diesen Indikator vorgegeben werden sollen. Hierbei handelt es sich um eine patientenindividuelle Erfassung, die der Leistungserbringer je nach Fall entscheiden muss. Die Regelmäßigkeit der Erfassung sollte jedoch in den Datenfeldern abgebildet sein. Ebenfalls befürwortete das Expertengremium, diesen Indikator für alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- zu erheben, da bei allen diesen Patientinnen und Patienten ein solches Monitoring durchgeführt werden sollte.

### 5.10.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

#### Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

Das Expertengremium befürwortete die Streichung dieses QI-Entwurfs für den stationären Sektor, was es auch bereits im Rating zum Verbesserungsbedarf deutlich gemacht hatte (siehe Anhang A.2). Weiterhin unterstützten die Expertinnen und Experten die Operationalisierung dieses Qualitätsindikators und empfahlen, dem Vorschlag des IQTIG zu folgen und den Referenzbereich bei  $\geq 95\%$  festzulegen.

#### 5.10.4 Beschreibung des Qualitätsindikators

Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

Bezeichnung	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die Komorbidität einer Suchterkrankung liegt bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in relevantem Maße vor und hat Einflüsse, insbesondere auf Pharmakotherapie mit Antipsychotika. Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendaten zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenieerkrankung eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016). Aus diesen Gründen ist es von Bedeutung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung routinemäßig über den gesamten Erkrankungsverlauf der Patientin oder des Patienten das mögliche Vorliegen eines Substanzmissbrauchs zu erfassen (NCCMH 2014 [2017]), um entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten und mögliche Wechselwirkungen dieser Substanzen mit der Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu vermeiden.

<b>Qualitätsziel</b>	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig ein möglicher Substanzmissbrauch erfasst werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und die Auswirkungen dieser Substanzen und deren Wechselwirkung mit der antipsychotischen Medikation zu vermeiden.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assessment of recent substance use—type, quantity, and frequency, Assessment of substance use disorder, trauma, and patient strengths completed: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>▪ Substanzkonsum: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch)</b>  „Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).</p> <hr/> <p><b>Definition Abhängigkeitssyndrom</b>  „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p>Kriterien: (diagn.) nach ICD-10 Auftreten von <math>\geq 3</math> der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Konsumwunsch (Craving)</li> <li>▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster</li> <li>▪ Entzugssyndrom</li> <li>▪ Toleranz</li> <li>▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum</li> <li>▪ Konsum trotz schädlicher Folgen</li> </ul> <p>(Margraf und Maier 2012)</p>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt		
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>			
	<table border="1"> <tr> <td>Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?</td> <td>           0 = nein            1 = ja         </td> </tr> </table>	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja		
<b>Entwicklungsprotokoll</b>			
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, im Datenfeld zur anamnestischen Abklärung des Substanzmissbrauchs die Adjektive „regelmäßig und strukturiert“ aufzunehmen.</li> <li>▪ Das Wort „Abklärung“ sollte in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „umfassend anamnestisch abgeklärt“ ersetzt werden.</li> <li>▪ Weiterhin sollte die Bezeichnung des Qualitätsindikators von „Erfassen der psychischen Komorbidität Substanzmissbrauch – ambulant“ in „Erfassen des Substanzmissbrauchs und der Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“ geändert werden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die voneinander abzugrenzenden Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt, keinen Substanzkatalog für diesen Indikator vorzugeben, um eine umfassende Erfassung des Substanzmissbrauchs auch außerhalb der in ICD-10-GM genannten psychotropen Substanzen zu gewährleisten.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf ≥ 95 % festzulegen.</li> </ul>		

	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eine Anpassung des Datenfelds in regelmäßige und strukturierte anamnestische Abklärung und Dokumentation des Ergebnisses wurde vorgenommen.</li><li>▪ Der Begriff „Abklärung“ wurde in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „strukturiert anamnestisch abgeklärt“ ersetzt.</li><li>▪ Der Indikator wurde zunächst umbenannt in „Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom – ambulant“.</li><li>▪ Die Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“ wurden voneinander abgegrenzt, entsprechend wurde die Bezeichnung des Indikators angepasst. Ein Ausfüllhinweis wurde erstellt.</li><li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95</math> % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Das Datenfeld zur Indikatorberechnung sowie die Beschreibung des Indikators und der Zähler wurden hinsichtlich der indikationsbezogenen, in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres stattfindenden, anamnestischen Abklärung und Dokumentation präzisiert.</li><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li></ul>

## **5.11 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“**

Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung haben häufiger somatische Komorbiditäten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, als die Bevölkerung ohne Schizophrenieerkrankung. Eine Lebensweise mit schlechtem Ernährungsverhalten und wenig Bewegung, Nikotinabusus und andere Suchterkrankungen begünstigen das Vorkommen und Ausmaß der somatischen Erkrankungen bei diesen Patientinnen und Patienten. Hinzu kommen psychopharmakabedingte somatische Nebenwirkungen. Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung haben eine deutlich reduzierte Lebenserwartung. All dies führt zu der Notwendigkeit, diese Patientinnen und Patienten regelmäßig somatisch zu untersuchen und ggf. zu behandeln, was durch diesen Qualitätsaspekt adressiert wird (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.11.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.11.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Somatische Versorgung“**

##### **Qualitätsmerkmal „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren“**

Die Überprüfung des Gewichts von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sowie kardiovaskulärer und metabolischer Parameter sollte mindestens jährlich und umfangreich erfolgen. Hierbei sollten typische Gesundheitsprobleme dieser Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Liegen Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskuläre oder respiratorische Erkrankungen vor, so sollten diese gemäß der bestehenden Leitlinien zu diesen Erkrankungen überwacht werden (NCCMH 2014 [2017]).

##### **Qualitätsmerkmal „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“**

Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die beispielsweise erhöhten Blutdruck haben, abnorme Lipidspiegel aufweisen, übergewichtig sind oder der Diabetes gefährdet sind, sollten im Rahmen von Kontrolluntersuchungen unter Nutzung der bestehenden Leitlinien zu diesen Erkrankungen identifiziert werden (NCCMH 2014 [2017]). Patientinnen und Patienten, die bereits somatische Erkrankungen aufweisen oder ein hohes Risiko für eine solche haben (beispielsweise aufgrund eines parallel bestehenden Substanzmissbrauchs), sollten häufiger als im üblichen jährlichen Intervall untersucht werden (NCCMH 2011 [2016]-a).

##### **Qualitätsmerkmal „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“**

Eine Kopie aller somatischen Befunde einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sollte den Leistungserbringern, die an der Behandlung beteiligt sind, zur Verfügung gestellt werden und in der stationären Akte der Patientin oder des Patienten abgelegt werden (NCCMH 2014 [2017]).



## 5.11.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)

### 5.11.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums

Bezüglich des Qualitätsmerkmals „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren“ konstatierten die Expertinnen und Experten einen Verbesserungsbedarf, wiesen aber darauf hin, dass die Gewichtsbestimmung kein geeigneter Parameter für ein Monitoring der somatischen Gesundheit ist, zielführender wäre die Erfassung der Gewichtsverteilung. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass vermehrt die Auffassung vertreten wird, dass Übergewicht bei Personen mit schweren chronischen Erkrankungen kaum noch Bedeutung hat gemessen am Outcome der Grunderkrankung.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“ besteht nach Ansicht der Expertinnen und Experten analoger Verbesserungsbedarf. Zwar gäbe es im ambulanten Sektor z. B. im Rahmen von IV-Projekten Modellprojekte zum regelmäßigen somatischen Monitoring, ein Standard ist dies jedoch noch nicht. Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der Verantwortungszuweisung an die behandelnde Fachärztin oder den behandelnden Facharzt bezüglich der somatischen Untersuchungen.

Für das Qualitätsmerkmal „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“ wurde zwar Verbesserungsbedarf gesehen. Zugleich wiesen die Expertinnen und Experten zutreffend auf die inhaltliche Redundanz zum Qualitätsmerkmal „Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer“ des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ hin und beschrieben die entsprechend auch hier geltenden Probleme wie erhebliche Operationalisierungsschwierigkeiten und unklare Verantwortungszuweisung.

### 5.11.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### **Qualitätsmerkmal „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren“**

Im Rahmen eines internationalen systematischen Reviews von moderater Qualität zeigten sich bei Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika aus den USA, England, Spanien, Australien und Kanada Defizite bei der regelhaften Erfassung von Glukose-, HbA1c-Werten, Blutfetten und des Gewichts. Die routinemäßige Erfassung dieser Parameter verbesserte sich in den untersuchten Studien nach der Einführung nationaler Leitlinien (Mitchell et al. 2012). Die Relevanz von routinemäßigen Kontrollen der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigt sich auch darin, dass sowohl die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) als auch der AOK-Bundesverband für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren nicht zeigen, dass eine jährliche körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, da die Daten hierüber keine Aussage zuließen. Deutlich wurde

jedoch, dass nur etwa ein Drittel des Patientenkollektivs im untersuchten Zeitraum Kontakt zu einer ambulanten Internistin oder einem ambulanten Internisten hatte (Kösters et al. 2016).

#### **Qualitätsmerkmal „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

#### **Qualitätsmerkmal „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“**

Eine qualitative Fokusgruppenanalyse mit dänischen Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern (Blanner Kristiansen et al. 2015) zeigt Hinweise auf, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Leistungserbringer im psychiatrischen Bereich die fehlende Kooperation zwischen den somatischen und psychiatrischen Leistungserbringern als Hauptursache für die häufig vorkommenden somatischen Erkrankungen sehen. Beide sehen einen Informationsaustausch zwischen den psychiatrischen und somatischen Leistungserbringern als zentralen Punkt für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit dieser Patientengruppe. Insbesondere die Leistungserbringer in der Psychiatrie bemängelten die fehlende Kooperation zwischen somatischen und psychiatrischen Expertinnen und Experten, aber auch zwischen den Sektoren (Blanner Kristiansen et al. 2015).

#### **5.11.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen**

Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten hinsichtlich der verschiedenen Labortests ergaben, dass lediglich für 46,02 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Nüchternserumglukose, für 60,11 % Leberwerte, für 56,91 % Nierenwerte und für 42,31 % Fette bestimmt wurden. Ein Blutbild wurde bei 64,25 % der Patientinnen und Patienten gemacht.

#### **5.11.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts**

Im AQUA-Bericht finden sich bereits umfangreiche Ausführungen zum Qualitätspotenzial „Somatische Versorgung“. Menschen mit einer Schizophrenieerkrankung haben eine erhöhte Prävalenz von bestimmten somatischen Erkrankungen, so erkranken sie z. B. häufiger an Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, Hepatitis, Dyslipidämie, Nieren- und Lebererkrankungen und haben eine deutlich reduzierte Lebenserwartung, die sowohl durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen als auch den Lebensstil beeinflusst wird (AQUA 2016). Auch wurde im AQUA-Bericht ein Qualitätsdefizit aufgezeigt, gestützt auf Untersuchungen, denen zufolge die somatische Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenieerkrankung nicht ausreichend ist (AQUA 2016). So konnte eine Studie mit 674 Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in 49 stationären Einrichtungen und PIA in Deutschland nachweisen, dass die Kontrolluntersuchungen für ein metabolisches Syndrom nicht leitliniengerecht erfolgten. Für etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten wurde der BMI erfasst, weitere Parameter nur für eine Minderheit der Patientinnen und Patienten (Hüftumfang: 23 %; Cholesterolverwert: 28 %; Nüchternblutzucker: 19 %; Triglyzeridwert: 25 %; Blutdruck: 37 %; AQUA 2016).

### 5.11.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

#### 5.11.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums

##### **QI-Entwurf „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren“**

Neben den im Indikatorenset beschriebenen Änderungsvorschlägen des Expertengremiums (siehe Tabelle 16) wurde bei diesem QI-Entwurf vor allem über die Grundgesamtheit von Patientinnen und Patienten, bei denen die somatische Kontrolluntersuchung mindestens jährlich erfolgen soll, gesprochen. Hierbei diskutierte das Expertengremium die Erweiterung des QI-Entwurfs auf alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, unabhängig davon, ob sie Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika erhalten oder nicht. Die Expertinnen und Experten sehen die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater, unabhängig von einer Medikation, in der Verantwortung, die somatische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten zu überwachen bzw. die Behandlung bei einer somatisch versorgenden Kollegin oder einem somatisch versorgenden Kollegen zu veranlassen, da diese Patientinnen und Patienten krankheitsbedingt oftmals einen Lebensstil haben, der ihrer körperlichen Gesundheit nicht zuträglich ist. Die Psychiaterinnen und Psychiater haben in diesem Fall nach Einschätzung des Expertengremiums eine Holschuld, Zugang zu Ergebnissen von Laboruntersuchungen zu erhalten oder die Patientinnen und Patienten daran zu erinnern, dass eine Überprüfung dieser notwendig ist. Der Indikator, der Laborleistungen erfasst, ist damit ein Surrogat für die generelle regelhafte Kontrolle der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Mit diesem Indikator ist nicht erfassbar, ob und welche Konsequenzen die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater aus diesen Ergebnissen zur somatischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten ziehen.

#### 5.11.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

##### **Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“**

Das Expertengremium unterstützte die Operationalisierung dieses Indikators und stimmte dem vom IQTIG vorgeschlagenen Referenzbereich von  $\geq 70\%$  zu. Auch die Einbeziehung der internistischen und hausärztlichen Grundpauschalen, wie im 3. Gremium angeregt, wurde im Indikator ergänzt. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass letztgenannte teilweise im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und nicht über die in diesem Indikator erfassbare Pauschale abgerechnet werden, sodass diese Patientinnen und Patienten nicht erfasst werden.

#### 5.11.4 Beschreibung des Qualitätsindikators

Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Bezeichnung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mindestens einmal während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 )
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Eine regelmäßige Erfassung der körperlichen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens und der häufig begleitenden Therapie mit Psychopharmaka von Bedeutung. Aus diesem Grund sollten zu Beginn einer antipsychotischen Medikation, aber auch generell im Rahmen der Betreuung dieser Patientinnen und Patienten routinemäßig typisch auftretende Gesundheitsprobleme dieser Patientengruppe kontrolliert werden. Hierunter fallen neben der körperlichen Untersuchung, auch kardiovaskuläre und metabolische Parameter wie zum Beispiel die Blutfette und die Nierenfunktion. Sollte es Hinweise auf eine kardiovaskuläre Vorbelastung oder Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung geben, sollte auch eine EKG-Untersuchung bei diesen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die regelmäßigen Kontrollen sollen vorzeitig somatische Auffälligkeiten identifizieren, um sofern notwendig, zeitnah die entsprechende somatische Therapie einleiten zu können (NCCMH 2014 [2017]). Finden sich bei der Patientin oder dem Patienten somatische Auffälligkeiten, wie beispielsweise ein erhöhter Blutdruck, sollte das Zeitintervall der Untersuchungen entsprechend angepasst werden (NCCMH 2011 [2016]-a). Im Rahmen eines internationalen systematischen Reviews zeigten sich bei Patientinnen und Patienten mit antipsychotischer Medikation aus den USA, England, Spanien, Australien und Kanada Defizite bei der regelhaften Erfassung von Glukose - und HbA1c-Werten, Blutfetten und des Gewichts. Die routinemäßige Erfassung dieser Parameter verbesserte sich in den untersuchten Studien nach der Einführung nationaler Leitlinien (Mitchell et al. 2012). Die Relevanz von routinemäßigen Kontrollen der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigt sich auch darin, dass sowohl die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren nicht zeigen, dass eine jährliche körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, da die verwendeten Routedaten hierüber keine Aussage zuließen. Deutlich wurde jedoch, dass nur etwa ein Drittel des</p>

	Patientenkollektivs im untersuchten Zeitraum Kontakt zu einem ambulanten Internisten hatte (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen jährlich die erforderlichen Kontrolluntersuchungen stattfinden, um die erkrankungsspezifische erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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>▪ 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>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> <li>▪ Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik/Körperliche Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Somatische Komorbidität: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> </ul>

- Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen:
  - Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7\\_1\\_2016\\_09\\_28\\_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Jährliche körperliche Untersuchung durch internistisch tätigen Arzt bei Schizophrenie:
  - Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
- Physical exam:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Klinisches Labor, EKG, Aufklärung, ggf. Plasmaspiegel:
  - Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.
- Physical exam, Annual assessment of weight/BMI, glycemic control, lipids:
  - Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2009/RAND\\_WR682.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf) (abgerufen am: 15.08.2017).
- Any A1C test, Any LDL-C test:
  - Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. *American Journal of Managed Care* 17(2): 144-150. URL: [https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC\\_11feb\\_Leung\\_144to150.pdf](https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose (Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score):
  - Tucker, W ([kein Datum]): When Less Is More: Reducing the Incidence of Antipsychotic Poly-Pharmacy. Cambridge, US-MA: IHI [Institute for Healthcare Improvement]. URL: <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhenLessIsMoreReducingtheIncidenceofAntipsychoticPolyPharmacy.aspx> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia, Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia:
  - NCQA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance. <http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of->

[health-care-quality/2016-table-of-contents/schizophrenia](#), abgerufen am 21.09.2017

- Health review and treatment checks among patients with psychoses, People with serious mental illness (SMI) who have received the complete list of physical checks:
  - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: [https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF\\_Guidance\\_2009\\_10\\_mh24032009.pdf](https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017)
- The percentage of patients aged 18 and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of total cholesterol: hdl ratio in the preceding 12 months, The percentage of patients aged 18 years and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months, The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses aged 25-84 (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) who have had a CVD risk assessment performed in the preceding 12 months (using an assessment tool agreed with NHS England):
  - NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf> (abgerufen am: 22.09.2017).
- 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:
  - AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [*Measure Summary*]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Annual assessment of weight/ BMI, glycemetic control, and lipids:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- 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 month:
- The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 month:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Government [u. a.]. URL: <a href="http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf">http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 70 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler (mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen und eine der angegebenen Grundpauschalen)<sup>18</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glukose <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32025, 32057, 32880, 32881: Glukose</li> <li>▫ GOP 01812, 01777: Gestationsdiabetes</li> <li>▫ GOP 32094: HbA1c</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Leberwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32058: Bilirubin Gesamt</li> <li>▫ GOP 32068: Alkalische Phosphatase</li> <li>▫ GOP 32069: GOT</li> <li>▫ GOP 32070: GPT</li> <li>▫ GOP 32071: Gamma GT</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Blutbild <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32120: Kleines Blutbild</li> <li>▫ GOP 32122: Vollständiger Blutstatus)</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Nierenwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32065: Harnstoff</li> <li>▫ GOP 32066: Kreatinin, Jaffé-Methode</li> <li>▫ GOP 32124: Endogene Kreatininclearance</li> <li>▫ GOP 32067: Kreatinin, enzymatisch</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Fette <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32060: Cholesterin gesamt</li> <li>▫ GOP 32061: HDL-Cholesterin</li> </ul> </li> </ul>

<sup>18</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017a)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32062: LDL-Cholesterin</li> <li>▫ GOP 32063: Triglyceride</li> <li>▫ GOP 32882: Cholesterin</li> </ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 03000: Versichertenpauschale</li> <li>▫ GOP 03040: Versichertenpauschale</li> </ul> </li> </ul> <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internistische Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 13211: Grundpauschale &lt; 60 Jahre</li> <li>▫ GOP 13212: Grundpauschale &gt;= 60 Jahre</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58).</p> <hr/> <p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden.</p>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator nicht auf Patientinnen und Patienten mit einer Pharmakotherapie mit Antipsychotika einzuschränken, sondern alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) zu erfassen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, die Bezeichnung des Indikators von „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren/Somatische Untersuchung“ zu „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ zu ändern.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, zusätzlich die hausärztliche Grund- oder Konsilarpauschale miteinzubeziehen, um körperliche Untersuchungen und ggf. die EKG-Untersuchung, sofern über Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar, zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Dieser Indikator und damit die Erfassung von Laborabrechnungen werden als ein Surrogat für die somatische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten gesehen.</li> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich für ein mindestens jährliches Intervall solcher Untersuchungen aus.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf <math>\geq 70\%</math> festzulegen.</li> </ul>

	<b>Vorbericht</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) nach ICD-10-GM ohne Einschränkung auf eine parallel bestehende Pharmakotherapie.</li><li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde in „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ geändert.</li><li>▪ Für diesen Indikator wird ein jährliches Intervall vorgegeben.</li><li>▪ Bei der Zählerberechnung des Indikators wurden die hausärztliche und internistische Grundpauschale sowie die EKG-Untersuchung ergänzt.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 70\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<b>nach Stellungnahmeverfahren</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li><li>▪ Korrektur der Darstellung der Datenfelder zur Indikatorberechnung.</li><li>▪ Ausschluss von Psychiatrischen Institutsambulanzen für diesen Indikator.</li></ul>

## **5.12 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“**

Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ fokussiert inhaltlich auf die Durchführung der restriktiven Maßnahme. In der Literatur zeigt sich, dass vor allem die Art der Ausführung und nicht primär die Häufigkeit der restriktiven Maßnahmen von hoher Relevanz für die Qualität in diesem Kontext ist. Zudem ergibt sich die Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen zu einem erheblichen Teil auch aus Faktoren, die nicht durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, wie unterschiedliche Patientenpopulationen je nach Standort oder auch polizeiliches bzw. behördliches Handeln (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

Der Qualitätsaspekt adressiert also explizit den Umgang des jeweils behandelnden Leistungserbringers mit Patientinnen und Patienten, bei denen restriktive Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts notwendig sind.

### **5.12.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.12.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Restriktive Maßnahmen“**

##### **Qualitätsmerkmal „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ (Indikator-ID: 41a / AQUA Abschlussbericht)**

Bei diesem Qualitätsmerkmal handelt es sich um einen im AQUA-Abschlussbericht vormals bestehenden Qualitätsindikator (AQUA 2016), der im Zuge eines Rating-Prozesses während des 1. Treffens des Expertengremiums (siehe Kapitel 4) als geeignetes Qualitätsmerkmal für diese Weiterentwicklung gesehen wurde.

##### **Qualitätsmerkmal „Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen“**

In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollte das Personal ausgebildet sein, gemäß der Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015b, NCCMH 2014 [2017]). Ebenso wichtig wie die qualitativ hochwertige Durchführung einer restriktiven Maßnahme ist das Wissen über Deeskalationsmaßnahmen, um eine solche bestmöglich verhindern zu können. Hierbei sollte das Personal ein Verständnis für die Entwicklung von Gewalt und Aggression erlernen sowie dazu befähigt werden, Frühzeichen der Erregung zu erkennen. Ebenfalls Teil dieser Schulungen sollten Techniken zur Ablenkung, Entspannung und Beruhigung der Patientinnen und Patienten sein wie auch der richtige Umgang mit Provokationen sowie Methoden, um Freiräume zu erkennen und sinnvoll im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen (NCCMH 2015b). Eine schnelle Beruhigungsmedikation sollte nach Nutzung aller möglichen deeskalierenden Maßnahmen und ausschließlich durch erfahrenes Personal verabreicht werden (NCCMH 2011 [2016]-b).

**Qualitätsmerkmal „Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung“**

Der Patientin oder dem Patienten sollten die Gründe für die Durchführung einer restriktiven Maßnahme erklärt werden. Dies sollte wiederholt geschehen, auch wenn die Patientin oder der Patient eine Aufklärung im Behandlungsverlauf zunächst ablehnt oder diese nicht versteht. Des Weiteren sollte die Patientin oder der Patient gefragt werden, ob sie/er einen Einbezug von Angehörigen oder betreuenden Personen wünscht (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-b).

**Qualitätsmerkmal „Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation“**

Die Verabreichung einer schnellen Beruhigungsmedikation sollte täglich von einer Oberärztin oder einem Oberarzt kontrolliert und, wenn nötig, angepasst werden (NCCMH 2015a).

**Qualitätsmerkmal „Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung“**

Bei der ärztlichen Entscheidung für eine schnelle Beruhigungsmedikation sollten die Präferenzen der Patientinnen und Patienten, eine vorliegende Behandlungsvereinbarung sowie mögliche gesundheitliche Probleme berücksichtigt werden. Hierzu sollte, wenn möglich, auf bestehende Behandlungsvereinbarungen zurückgegriffen werden. Diese sollten deshalb mit jeder Patientin und jedem Patienten zeitnah nach Diagnose erstellt werden und mögliche restriktive Maßnahmen sowie betreuungsspezifische Entscheidungen thematisieren (NCCMH 2015a).

**Qualitätsmerkmal „Erstellen einer Behandlungsvereinbarung“**

Die Patientinnen und Patienten sollten die Möglichkeit erhalten, sofern sie das möchten, zusammen mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen. Dies gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychotischen Erkrankung, bei denen bereits im Krankheitsverlauf restriktive Maßnahmen notwendig waren (NCCMH 2011 [2016]-b).

**5.12.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)****5.12.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Betreuung während Zwangsmaßnahmen (AQUA-Indikator-ID: 41a)“ sahen die Expertinnen und Experten deutlichen Verbesserungsbedarf. Hingewiesen wurde insbesondere auf die unterschiedlichen Regelungen diesbezüglich auf Länderebene. Durch eine solche Anforderung im Rahmen der Qualitätssicherung könnte dennoch für alle Patientinnen und Patienten ein gleiches Qualitätsniveau erreicht werden. Betont wurde auch, dass explizit auf die 1:1-Betreuung abgestellt werden soll. Zudem wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass diese Betreuung unbedingt von Fachpersonal und nicht beispielsweise von unqualifizierten Sitzwachen durchgeführt werden soll.

Auch aus oben genannten Gründen wurde von den meisten Expertinnen und Experten ein Verbesserungsbedarf bezüglich des Qualitätsmerkmals „Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen“ gesehen. Gefordert wurde dabei die Qualifizierung aller Berufsgruppen auf Station. Als mögliche Konkretisierungen werden Deeskalationstraining,

Aggressionsmanagement oder Prävention und Durchführung von restriktiven Maßnahmen genannt. Es wurde darauf hingewiesen, dass bei der Operationalisierung eine zu kleinteilige und aufwändige Erhebung vermieden werden sollte (z. B. Dokumentation der Qualifizierung jedes Beteiligten an jeder einzelnen restriktiven Maßnahme).

Mit Blick auf das Qualitätsmerkmal „Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung“ wurde der Verbesserungsbedarf eher hinsichtlich der wiederholten Erklärung der Gründe und vor allem der Durchführung einer Nachbesprechung mit den Patientinnen und Patienten gesehen. Dies wird durch die Patientenbefragung adressiert.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation“ wurde kein Verbesserungsbedarf gesehen, da diese flächendeckend engmaschig kontrolliert wird. Zudem kann das Qualitätsmerkmal inhaltlich unter das Merkmal zum Monitoring der Pharmakotherapie subsumiert werden.

Auch für das Merkmal „Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung“ wurde von den Expertinnen und Experten kein Verbesserungsbedarf gesehen. Ergänzt wurde, dass das Merkmal eher inhaltlich zum Merkmal zur Erstellung einer Behandlungsvereinbarung gehört. Zudem wurde ausgeführt, dass es seitens der Patientinnen und Patienten im Notfall häufig ein Akzeptanzproblem bis zum Widerruf der Behandlungsvereinbarung gibt und dass diese für die Behandlerinnen und Behandler auch jederzeit unmittelbar zugänglich sein müsste, was problematisch ist.

Für das Qualitätsmerkmal „Erstellen einer Behandlungsvereinbarung“ wurde von den meisten Expertinnen und Experten kein Verbesserungsbedarf gesehen. Es wurde darauf hingewiesen, dass der praktische Wert einer Behandlungsvereinbarung oft eher gering ist, da Patientinnen und Patienten in der akuten Phase häufig negierten, eine solche unterschrieben zu haben. Der ideale Wert einer Behandlungsvereinbarung ist größer. Auch sei die Akzeptanz von Behandlungsvereinbarungen seitens der Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich, Studien würden zeigen, dass nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten ein Interesse an einer Behandlungsvereinbarung hat.

Eine Behandlungsvereinbarung sollte idealerweise mit Patientinnen und Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen in einer längeren Besprechung getroffen werden, genau diese Patientengruppe profitiert auch von dieser Maßnahme; sie ist aber nicht für alle Patientinnen und Patienten notwendig. Zudem ist das Merkmal kaum zielführend operationalisierbar.

#### **5.12.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche**

##### **Qualitätsmerkmal „Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen“**

Die qualifizierte Durchführung deeskalierender Maßnahmen ist ein zentraler Teil im Kontext der restriktiven Maßnahmen. Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese Teil der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017) und auch im Abschlussbericht von AQUA (2016) mit einem Qualitätsindikator adressiert wurden. Dennoch zeigen sich in der Literatur Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach zeigen Steinert et al. (2014) im Rahmen eines narrativen Reviews Hinweise auf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen Berufsgruppen, die an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligt sind, angenommen würde und die regelmäßige Teilnahme aller nicht immer sichergestellt sein würde (Steinert et al. 2014). In zwei weiteren Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich dafür empfinden, restriktive Maßnahmen zu vermeiden (Heumann et al. 2015, Mielau et al. 2016).

**Qualitätsmerkmal „Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Erstellen einer Behandlungsvereinbarung“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**5.12.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen**

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über die Durchführung von restriktiven Maßnahmen gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

#### **5.12.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts**

Auch im AQUA-Bericht wird im Zusammenhang mit dem Qualitätspotenzial „Restriktive Maßnahmen“ auf das Erfordernis einer kontinuierlichen bzw. mindestens engmaschigen Betreuung während einer Zwangsmaßnahme hingewiesen. Hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs verweist der AQUA-Bericht auf eine Befragung von psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland im Jahr 2012 (88 von 447 angefragten Kliniken beteiligten sich), aus der sich ergab, dass 92 % der Kliniken und Abteilungen Fixierungen mit kontinuierlicher Überwachung durchführten, aber 26,1 % der Fixierungen ohne kontinuierliche Überwachung stattfanden. Isolierung mit kontinuierlicher Überwachung erfolgte in 35,2 % der Einrichtungen, in 15,9 % der Einrichtungen jedoch ohne kontinuierliche Überwachung (AQUA 2016).

Das vom AQUA-Institut vorgeschlagene Indikatorenset sah neben weiteren Indikatoren (zur Häufigkeit und Dauer) zu restriktiven Maßnahmen auch einen Indikator zur 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen vor, der auf Fallebene erfasst werden sollte (AQUA 2016).

#### **5.12.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

##### **5.12.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums**

###### **QI-Entwurf „1:1-Betreuung während Zwangsmaßnahmen“**

Das Expertengremium verwies bei diesem Indikator vor allem auf den sehr hohen Dokumentationsaufwand, sofern dieser Indikator auf Fallebene erhoben wird und die Stunden einer durchgeführten Zwangsmaßnahme für jede Patientin und jeden Patienten dokumentiert werden müssen. Es gibt Patientinnen und Patienten, die lange stationäre Aufenthalte haben, in denen immer wieder restriktive Maßnahmen eingesetzt werden müssen, und da bei diesen generell bereits eine ausführliche Dokumentation notwendig ist, käme es zu einem großen Mehraufwand. Aus diesem Grund unterstützte das Gremium den Vorschlag, diesen Indikator auf Einrichtungsebene zu erheben. Die Expertinnen und Experten verwiesen ergänzend auf gegebenenfalls zukünftige Entwicklungen, die es ggf. ermöglichen, Zwangsmaßnahmen mittels eines OPS-Kodes abzubilden, sodass der Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfassbar werden könnte. Aktuell gibt es zwar einen OPS-Kode zur 1:1-Betreuung, der jedoch nicht exklusiv für psychiatrische Zwangsmaßnahmen genutzt wird, sodass eine Verwendung zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich ist. Außerdem verwies das Gremium darauf, dass bis zur Einführung des Verfahrens im Regelbetrieb sich möglicherweise die Vorgaben zur Unterbringung auf Länderebene ändern. Sofern dies der Fall ist, sollte es im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung berücksichtigt werden. Generell betonte das Gremium in diesem Zusammenhang noch die Relevanz des anderen Indikators des Qualitätsaspekts „Restriktive Maßnahmen“, der deutlich macht, dass Zwangsmaßnahmen die letzte Option sind und die Anwendung deeskalierender Techniken immer vorher und in vollem Umfang erfolgen sollte.

### QI-Entwurf „Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen“

Auch bei diesem Indikator betonte das Gremium die Relevanz einer solchen Qualifizierung auch für deeskalierende Maßnahmen. Befürwortet wurde auch hier die angedachte Erhebung auf Einrichtungsebene. Eine Erhebung auf Fallebene wurde als nicht praktikabel angesehen. Das Gremium verwies darauf, dass es unter Umständen unterschiedliche Organisationsformen in der Personalqualifizierung hinsichtlich dessen gibt, ob und wie Schulungen zu deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen an getrennten Tagen stattfinden. Dies ist unter dem Kontext zu berücksichtigen, dass Psychologinnen und Psychologen teilweise nicht in restriktive Maßnahmen einbezogen werden und hier entsprechend auch keine Schulung zur Durchführung benötigen.

#### 5.12.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

##### Qualitätsindikator „1:1- Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

Das Expertengremium verwies noch einmal auf die hohe Relevanz dieses Indikators, da eine Patientin oder ein Patient, bei der/dem Zwangsmaßnahmen notwendig sind, „Intensivpatientin/Intensivpatient der Psychiatrie“ ist und dementsprechend eine 1:1-Betreuung notwendig ist. Außerdem könnte der Indikator ein Anreiz darstellen, Zwangsmaßnahmen, wenn möglich, zu vermeiden und diese so kurz wie nötig anzuwenden. Dem vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 % stimmte das Expertengremium zu.

##### Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“

Im Rahmen dieses Expertengremiums wurde noch einmal darüber diskutiert, ob alle der in der Indikatorenbeschreibung (siehe Tabelle 18) genannten Personengruppen an restriktiven Maßnahmen beteiligt sind und dementsprechend die vollumfängliche Schulung benötigen. Dies sollte im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung berücksichtigt werden. Der vorgeschlagene Referenzbereich von  $\geq 90\%$  wurde auch vom Gremium konsentiert, da so Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Elternzeit oder solche, die gekündigt haben, angemessen berücksichtigt sind.

#### 5.12.4 Beschreibungen der Qualitätsindikatoren

Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

Bezeichnung	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) während indizierter Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst.



<b>Zähler</b>	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM während indizierter Zwangsmaßnahmen und Vorliegen einer jährlichen Auswertung ihrer Umsetzung
<b>Grundgesamtheit</b>	alle stationären Leistungserbringer
<b>Ausschlusskriterien</b>	keine
<b>Rationale</b>	Die Anwendung von restriktiven Maßnahmen sollte nur dann stattfinden, wenn eine akute Situation der Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt und präventive Maßnahmen, vor allem deeskalierende, im Vorfeld nicht erfolgreich waren (NCCMH 2015b). Sind Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Zwangsmedikation oder Fixierung unvermeidlich, so sollten diese strukturelle, personelle, ethische und organisatorische Standards erfüllen (NCCMH 2015b). Hierzu gehört auch, dass bei Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung der betreffenden Patienten oder des betreffenden Patienten erfolgen sollte (NCCMH 2015b, AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Einhaltung einer an Qualitätsstandards gebundenen Arbeitsanweisung für alle Krankenhäuser, in denen eine restriktive Maßnahme durchgeführt wird, von Relevanz, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten während einer restriktiven Maßnahme zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Die Bedeutung einer solchen kontinuierlichen Betreuung zeigt sich auch darin, dass bereits im Abschlussbericht vom AQUA-Institut ein Indikator zur Betreuung während Zwangsmaßnahmen vorgeschlagen wurde (AQUA 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Während der Durchführung von indizierten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikation) soll der Patient mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung immer eine 1:1-Betreuung erhalten, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme zu überwachen. Um dies gewährleisten zu können, sollte in jedem Krankenhaus hierzu eine spezifische Arbeitsanweisung vorliegen. Diese verpflichtende Arbeitsanweisung dient der Sicherstellung der notwendigen Personalanforderung zur Gewährleistung einer 1:1 Betreuung.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer Leistungserbringer

<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen<sup>19</sup></b></p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015b). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.</p> <p><b>Definition Zwangsmaßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixierung <ul style="list-style-type: none"> <li>„Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012).</li> </ul> </li> <li>▪ Zwangsmedikation <ul style="list-style-type: none"> <li>Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015b).</li> </ul> </li> </ul>				
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>				
<b>Indikatorberechnung</b>					
<b>Referenzbereich</b>	Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).				
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt				
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen				
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.				
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>					
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="552 1749 1203 1845">Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?</td> <td data-bbox="1203 1749 1390 1845">0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td data-bbox="552 1845 1203 1935">Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?</td> <td data-bbox="1203 1845 1390 1935">0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja
Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja				
Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja				

<sup>19</sup> Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein.

	In wie viel Prozent der im Erfassungsjahr durchgeführten restriktiven Maßnahmen wurde eine 1:1-Betreuung durchgeführt?	____%
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, in der Bezeichnung des Indikators sowie in der gesamten Beschreibung des Indikators von „unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen“ zu sprechen.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt beschließt, die Empfehlung zu geben, den Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen.</li> <li>▪ Aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands empfiehlt das Gremium, die kumulierte Anzahl an unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu erfassen.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Mindestanforderung der Arbeitsanweisung zu ergänzen, dass es sich um Fachpersonal bei der 1:1-Betreuung handeln muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen sei.</li> <li>▪ Außerdem rät das Gremium dazu, den Indikator in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ anstatt „1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen“ umzubenennen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, sich bei der Definition einer Zwangsmaßnahme am bestehenden PsychKG des Landes Berlin zu orientieren.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“.</li> <li>▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst.</li> <li>▪ Der Indikator erfasst nach grundlegender Überarbeitung das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Statistik zur Umsetzung dieser gemessen.</li> <li>▪ In den Kriterien der Arbeitsanweisung wurde ergänzt, dass bei Zwangsmaßnahmen Fachpersonal anwesend sein muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen ist.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wurde ein Datenfeld zur Erfassung der prozentualen Angabe von Fällen, in denen eine 1:1-Betreuung stattfindet, ergänzt, um das Ergebnis der geforderten Auswertung mit zu erfassen.</li> <li>▪ In der Bezeichnung des Indikators sowie im Qualitätsziel wurde das Vorliegen einer Arbeitsanweisung ergänzt.</li> <li>▪ Bei der Definition von Zwangsmaßnahmen wurde die Isolation entfernt.</li> <li>▪ Es gibt keine Ausschlusskriterien für diesen Indikator.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).</li> </ul>
--	---

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“

Bezeichnung	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und die innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	keine
<b>Rationale</b>	Restriktive Maßnahmen sollten im stationären Bereich soweit möglich vermieden werden und wenn sie stattfinden müssen, so sollte dies unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards geschehen. Einer dieser Standards ist die Ausbildung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen. In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollten Krankenhäuser ihr Personal darin ausbilden, gemäß den Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015b, NCCMH 2014 [2017]). Ebenso wichtig wie die qualitativ hochwertige Durchführung einer restriktiven Maßnahme ist das Wissen über Deeskalationsmaßnahmen, um eine solche bestmöglich verhindern zu können. Hierbei sollte das Personal befähigt werden, ein Verständnis für die Entwicklung von Gewalt und Aggression zu erlernen sowie Frühzeichen der Erregung zu erkennen. Ebenfalls Teil dieser Schulungen sollten Techniken zur Ablenkung, Entspannung und Beruhigung der Patientinnen und Patienten sein wie auch der richtige Umgang mit Provokationen und Methoden, um Freiräume zu erkennen und sinnvoll im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen (NCCMH 2015b). Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese ebenfalls Teil des Indikatoren-Sets der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017). Dennoch zeigen sich in der Literatur Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach gibt es Hinweise darauf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen angenommen würden und die Sicherstellung

	einer regelmäßigen Teilnahme aller nicht immer erfolge (Steinert et al. 2014 [V]). In zwei Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich für die Vermeidung von restriktiven Maßnahmen empfinden (Heumann et al. 2015 [V], Mielau et al. 2016 [V]).
<b>Qualitätsziel</b>	Alle ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Stationen sollten regelmäßig an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilnehmen, um die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowie die negativen Auswirkungen durchzuführender Zwangsmaßnahmen zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</b></p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015b).</p> <p><b>Definition Personal</b></p> <p>Hierunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a)</li> <li>▪ Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c)</li> <li>▪ weiteres nicht ärztliches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für nicht ärztliche und nicht</li> </ul>

	psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b)	
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Deeskalationstraining – stationär: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>■ Deeskalationstraining: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000): Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> 9(1): 11-18. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2000.00156.x</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
	<b>3. Treffen des Expertengremiums:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Das Expertengremium rät dazu, diesen Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen. Eine Erfassung auf Fallebene wird als zu aufwändig in diesem Kontext angesehen.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Gremium rät dazu, hierfür im Rahmen eines Ausfüllhinweises zu definieren, welche Art der Schulung hierunter verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium als einen angemessenen Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung einmal jährlich.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, statt der Begriffe „Training und Auffrischung“ das Wort „Fortbildung“ zu verwenden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Definition von Personal den Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu verwenden.</li> <li>▪ Weiterhin soll im Ausfüllhinweis ergänzt werden, wie die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter definiert ist und gezählt wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet die Festlegung auf einen Referenzbereich von <math>\geq 90\%</math>.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis wurde definiert, welche Art der Schulung zum Zwecke der Durchführung deeskalierender und restriktiver Maßnahmen verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte.</li> <li>▪ Als Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung wird einmal jährlich festgelegt.</li> <li>▪ Die Begriffe „Training und Auffrischung“ wurden durch das Wort „Fortbildung“ ersetzt.</li> <li>▪ In der Definition von Personal wurde der Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Kategorie „nicht ärztliches Personal“ verwendet.</li> <li>▪ Eine Definition, was die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist und wie dies gezählt wird, sollte im Rahmen der Machbarkeitsprüfung entwickelt und berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 90\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den Anmerkungen wurde eine Präzisierung vorgenommen, dass es sich bei der Schulung des Personals um einen mindestens mehrstündigen Kurs oder Lehrgang handeln muss.</li> </ul>
--	---

### **5.13 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

Dieser Aspekt beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings. Aktuell fehlt in Deutschland eine Koordination der Leistungserbringer über die Sektorengrenzen hinweg. Allerdings gibt es Ansätze, insbesondere die schwer erkrankten Patientinnen und Patienten umfassender zu betreuen, beispielsweise mit Case-Management-Ansätzen oder der nachgehenden gemeindepsychiatrischen Behandlung, die durch aufsuchende Betreuung eines multiprofessionellen Behandlungsteams (Assertive Community Treatment, ACT) erfolgt. Solche Versorgungsansätze gibt es in Deutschland in Form von IV-Modellen. Deren Ergebnisse sind durchweg positiv. Durch gemeindebasierte psychosoziale Interventionen lässt sich eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsergebnisse bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung erreichen. Zu einer umfassenden Betreuung und Behandlung gehören auch Angebote von Psycho- und Soziotherapie, welche die Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung noch in unzureichendem Maß erhalten. Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente wie z. B. der ambulanten Psychotherapie oder spezifischer Behandlungsoptionen sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. nicht allein zu verantworten haben. Zusätzlich wird im Zuge der multiprofessionellen komplexen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung regelmäßig der Regelungsbereich des SGB V überschritten. Aus diesen Gründen wäre es nicht sachgerecht, die Verantwortung für diesen Qualitätsaspekt einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben. Da die Betrachtung dieser Qualitätsmerkmale aber hochrelevant ist, sollen diese zunächst als Systemqualität (auf Bundesebene) abgebildet werden (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

#### **5.13.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

##### **5.13.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

###### **Qualitätsmerkmal „Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung“**

Ein Case Management wird nicht ohne Einschränkung für die Routineversorgung aller psychisch erkrankten Menschen empfohlen (DGPPN und Falkai 2013). Es kommt vornehmlich für solche Patientinnen und Patienten infrage, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Therapien oder Behandlungsangebote nicht wahrzunehmen würden (NCCMH 2014 [2017]).

###### **Qualitätsmerkmal „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung“**

Im Sinne einer bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung sollten vor allem schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung erhalten (DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015b). Mittels dieses Behandlungsansatzes soll eine umfassende psychiatrische und psychosoziale Versorgung erreicht werden, die die



Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung darin unterstützt, ein unabhängiges Leben innerhalb ihres Lebensumfelds zu führen (DGPPN und Falkai 2013). Die Form einer aufsuchenden und wohnortsnahen Behandlung sollte vornehmlich bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen Abbrüche drohen, insbesondere wohnungslosen Patientinnen und Patienten, genutzt werden (DGPPN und Falkai 2013). Es soll so die Behandlungskontinuität gesichert und eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden (DGPPN und Falkai 2013).

#### **Qualitätsmerkmal „Angebot von qualifiziertem Peer Support für Patienten“**

Im Rahmen von Peer Support sollten die Patientinnen und Patienten Informationen zur Psychose und Schizophrenie, der Effektivität von Medikamenten, der Identifizierung und dem Umgang mit ihren Symptomen und Stress, dem Zugang zu Gesundheits- oder Unterstützungsleistungen, den Versorgungsmöglichkeiten bei einer akuten Krise, dem Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerks, der Vermeidung von Rückfällen und dem Festlegen eigener Therapieziele erhalten. Das Ziel eines Peer Supports bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist die Verbesserung ihrer Lebensqualität (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „Erhalt von Life-Style-Interventionen“**

Insbesondere Patientinnen und Patienten, die im Rahmen ihrer Schizophrenieerkrankung Psychopharmaka erhalten, sollten bezüglich ihres Essverhaltens und der Essenzubereitung sowie ihrer körperlichen Aktivität geschult werden und verschiedene Möglichkeiten, dies zu verbessern, aufgezeigt bekommen (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „Erhalt von Kunsttherapie“**

Die Kunsttherapie eignet sich insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Negativsymptomatik (NCCMH 2014 [2017]). Sie kann sowohl im stationären Setting als auch ambulant und in jeder Erkrankungsphase der Patientinnen und Patienten angewandt werden (NCCMH 2014 [2017]). Empfohlen wird die Kunsttherapie im Rahmen eines Gruppensettings, welches von zertifizierten Kunsttherapeutinnen und -therapeuten mit Erfahrung in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung geleitet werden sollte (NCCMH 2014 [2017]). Das Ziel der Kunsttherapie ist es, dass die Patientin oder der Patient lernt, sich und ihre/seine Gefühle auszudrücken und zu akzeptieren und neue Wege zu finden, sich mit anderen auszutauschen (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie“**

Psychotherapie in Form von Verhaltenstherapie sollte allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie- oder Psychoseerkrankung unabhängig von der Erkrankungsphase angeboten werden und neben der Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Die Organisationsform kann sowohl eine Einzel- als auch eine Gruppentherapie sein (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012) und sollte mindestens 16 Sitzungen umfassen (NCCMH 2014 [2017]). Auch vom AQUA-Institut wurde hierfür ein Indikator im Rahmen des Abschlussberichts vorgeschlagen, der das „Angebot von ambulanter Psychotherapie“ erfassen sollte (AQUA 2016).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)“**

Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und den Patientinnen und Patienten bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu unterstützen (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015a).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt von Ergotherapie“**

Ergotherapie sollte ein Teil des Gesamtbehandlungsplans von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sein, wobei das Angebot sich an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten orientieren sollte (DGPPN und Falkai 2013).

**5.13.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)****5.13.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Für das Merkmal „Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung“, das im Sinne einer zentralen Koordination der Behandlung verstanden wird, wurde durch die Expertinnen und Experten ein erheblicher Verbesserungsbedarf gesehen, da dies bisher ausschließlich in Modellprojekten, jedoch nicht in der Regelversorgung zur Anwendung kommt. Selbiges gilt für das Qualitätsmerkmal „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung“.

Hinsichtlich des Merkmals „Angebot von qualifiziertem Peer Support für Patienten“ sahen die Expertinnen und Experten zwar einen Verbesserungsbedarf und verwiesen auf gute Erfahrungen in Modellprojekten, konstatierten aber zugleich, dass hier die Verantwortung für das Vorhandensein von Peers, die ausreichend qualifiziert sind und beispielsweise durch Supervision begleitet werden, nicht einem Leistungserbringer zugewiesen werden kann, auch weil regelhafte Finanzierungsmöglichkeiten gegenwärtig noch fehlen.

Für das Qualitätsmerkmal „Erhalt von Life-Style-Interventionen“ wurde von den Expertinnen und Experten zwar ein gewisser Verbesserungsbedarf gesehen, eine Verantwortungszuweisung zu hier eingeschlossenen Leistungserbringern aber abgelehnt, da diese Art von Interventionen in vielfältigster Art und Weise durch unterschiedliche Versorger in verschiedenen Settings erbracht wird.

Für den Erhalt von Kunst- sowie Ergotherapie wurde von den Expertinnen und Experten keinerlei Verbesserungsbedarf beschrieben.

Jedoch betonten sie den erheblichen Verbesserungsbedarf bezüglich der ambulanten Versorgung mit Psychotherapie sowie Soziotherapie entsprechend den Richtlinien und sprachen sich ausdrücklich für eine Betrachtung auf Systemebene aus. Diese Qualitätsmerkmale zielen auf die Abbildung der systemisch bedingten Unterversorgung mit ambulanter Richtlinien-Soziotherapie bzw. ambulanter Richtlinien-Psychotherapie für die in das Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, um so Qualitätsverbesserungen zu initiieren.

### 5.13.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### **Qualitätsmerkmal „Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung“**

In einer qualitativen dänischen Untersuchung zeigen sich Hinweise, dass sowohl die befragten Patientinnen und Patienten als auch die Leistungserbringer eine Case-Managerin oder einen Case-Manager mit Erfahrung in der Psychiatrie als unterstützend und notwendig erachten (Blanner Kristiansen et al. 2015). In einer ebenfalls dänischen Untersuchung zeigen sich jedoch keine Hinweise, dass eine Koordinatorin oder ein Koordinator der Behandlung das 10-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und Übergewicht vermindert. Dies gilt ebenfalls für die kardiovaskuläre Fitness, die körperliche Aktivität, das Gewicht, die Ernährung und das Rauchverhalten (Speyer et al. 2016). In einer Projektevaluation aus der Schweiz zeigen sich bei Hengartner et al. (2016) ebenfalls keine Hinweise, dass eine Case Managerin oder ein Case Manager zu einer Reduktion von Wiedereinweisungen führt, bei leichten Verbesserungen der allgemeinen und sozialen Funktionsfähigkeit. In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der vorhandenen Dokumentation keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden, da kein Case Management für die betrachteten Patientinnen und Patienten vorhanden war (Kösters et al. 2016).

#### **Qualitätsmerkmal „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung“**

Es gibt in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern verschiedene größtenteils Modellprojekte, die den Ansatz einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen, ambulanten Versorgung verfolgen und deren Ergebnisse anhand unterschiedlicher Outcomes evaluiert wurden. In verschiedenen Projekten zeigen sich Hinweise darauf, dass durch unterschiedliche Ansätze, die die beschriebene Zielrichtung dieser Versorgungsform verfolgen, beispielsweise die stationäre Wiederaufnahmerate gesenkt (Müller et al. 2016a, Mayer-Amberg et al. 2016) oder eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Lambert et al. 2015) erreicht werden kann. Ebenfalls zeigen sich Hinweise auf Verbesserungen im Rahmen von Projekten mit teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen, ambulanten Versorgungsansätzen bezogen auf die psychotische Symptomatik, den klinischen Schweregrad, die Alltagsfunktion, die Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit (Karow et al. 2012), das Funktionsniveau, das Engagement der Patientinnen und Patienten für die Behandlung (Müller et al. 2016a) sowie die Medikamentenadhärenz (Schöttle et al. 2014).

#### **Qualitätsmerkmal „Angebot von qualifiziertem Peer Support für Patienten“**

Als Ergebnis eines Expertenkonsens zeigen Fleischhacker et al. (2014) den nach Meinung der Expertinnen und Experten zunehmend höheren Einfluss von Peer Support bei der Behandlung von Schizophrenie auf. Aus diesem Grund sollte nach Einschätzung der Expertengruppe dieser allen Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung zugänglich und Teil der Behandlung sein (Fleischhacker et al. 2014).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt von Life-Style-Interventionen“**

Der Erhalt von Life-Style-Interventionen für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung wurde in einigen Studien untersucht. Insgesamt zeigen sich Hinweise darauf, dass körperliche Aktivität bei diesen Patientinnen und Patienten einen positiven Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten und die Symptomlast haben kann (Falkai et al. 2017, Krogh et al. 2014, Firth et al. 2017, Malchow et al. 2016, Hjorth et al. 2014, Rimes et al. 2015). Nicht eindeutig ist jedoch nach Rimes et al. (2015), welche Trainingsart, -dauer und -intensität am wirkungsvollsten ist. Bezüglich der Ernährungsberatung zeigen sich im systematischen Review (AMSTAR 7/11, siehe Anhang A.4) von Fink et al. (2015) keine eindeutigen Ergebnisse.

**Qualitätsmerkmal „Erhalt von Kunsttherapie“**

Montag et al. (2014) konnten in ihrer einfach verblindeten, parallel Gruppen, randomisierten kontrollierten Pilotstudie Hinweise aufzeigen, dass Patientinnen und Patienten mit einer akuten Schizophrenie, die im stationären Setting eine psychodynamische Kunsttherapie zusätzlich zur umfassenden Regelversorgung erhielten, eine Verbesserung der Positiv-Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten. Dies zeigte sich auch nach sechswöchigen Intervention im 12-wöchigen Follow-up für die Negativ-Symptomatik sowie in Bereichen der emotionalen Wahrnehmung (Montag et al. 2014).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie“**

Im Rahmen einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29.- in Anspruch genommen wurden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten knapp 1 % mit der Hauptdiagnose Schizophrenie ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011). Im Rahmen eines systematischen Reviews (AMSTAR 7/11, siehe Anhang A.4) zeigt sich ein signifikanter Einfluss von Verhaltenstherapie auf die Gewichtsentwicklung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung unter Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika. Diese Patientinnen und Patienten konnten ihr Gewicht besser halten oder nahmen weniger zu als die Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe (Fink et al. 2015).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)“**

Im Rahmen eines Berichts zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin/Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).

**Qualitätsmerkmal „Erhalt von Ergotherapie“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

### 5.13.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Eigene Berechnungen anhand von Sozialdaten zeigen, dass im Jahr 2014 nur 0,14 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie erhielten. Eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie erhielten 9,03 % (fast ausschließlich als Einzeltherapie: 8,96 %). Eine Verhaltenstherapie, wie in Leitlinien empfohlen, erhielten nur 5,09 % der betrachteten Patientinnen und Patienten.

### 5.13.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Auch im AQUA-Bericht wird im Zusammenhang mit ergänzenden Therapien im Rahmen des Qualitätspotenzials „Koordination, Kommunikation und Kontinuität“ darauf hingewiesen, dass es sich dabei zunächst um Strukturmerkmale handelt, da entsprechende Angebote regional vorhanden sein müssen. Insofern sind Einschätzungen zu Unter- und Fehlversorgungen abhängig von den regionalen Angeboten. So beschreibt das AQUA-Institut Hinweise auf regionale Unterschiede im Angebot von Soziotherapie. Die Anzahl der zugelassenen Soziotherapeutinnen und -therapeuten in den einzelnen Bundesländern und die der genehmigten Soziotherapien schwanken erheblich. Hinsichtlich der Verordnung von Ergotherapie können keine konkreten Aussagen gemacht werden, da sich entsprechende Veröffentlichungen auf alle Patientinnen und Patienten und nicht explizit auf Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung beziehen. Das AQUA-Institut konstatiert, dass sich aufgrund der uneinheitlich vorliegenden Daten und der regionalen Unterschiede in der Praxis der Verordnung und Leistungserbringung von ergänzenden Therapien nur schwer konkrete Qualitätsdefizite identifizieren lassen, betont aber, dass der Einbezug von ergänzenden Therapien bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ein Qualitätspotenzial darstellt (AQUA 2016).

Für das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ beschreibt das AQUA-Institut konkret ein Qualitätsdefizit. So verweist der Bericht auf ein Gutachten zu Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung im Auftrag der KBV, in dem Hinweise zu finden sind, dass der Zugang zu Psychotherapie für Menschen mit schweren und schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen in Deutschland defizitär sein könnte. Auch die vom AQUA-Institut befragten Expertinnen und Experten wiesen mehrheitlich auf einen eingeschränkten Zugang zu ambulanter Psychotherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung als ein relevantes Defizit in der ambulanten Versorgung hin. Eigene Analysen des AQUA-Instituts anhand von Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigten, dass nur ca. 5,1 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erhalten haben (AQUA 2016).

Im Zusammenhang mit regionalen Versorgungsstrukturen führt der AQUA-Bericht aus, dass in fast allen vom AQUA-Institut geführten Expertengesprächen auf die weitestgehend fehlende aufsuchende Versorgung und die regionalen Unterschiede in den Versorgungsangeboten hingewiesen wurde. Diese regional unterschiedlichen Strukturen tragen zu einer unterschiedlich guten Qualität der Versorgung bei. Diese Problematik betrifft insbesondere die ergänzenden Therapien wie z. B. ambulante psychiatrische Pflege, Arbeitsrehabilitationsmöglichkeiten und

Soziotherapie sowie die aufsuchende multiprofessionelle Versorgung, aber auch Krisendienste und präventiv arbeitende Dienste, die nicht flächendeckend vorhanden sind (AQUA 2016).

### **5.13.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

#### **5.13.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums**

##### **QI-Entwurf „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung“**

Das Expertengremium diskutierte verschiedene Schwierigkeiten bei der Definition dessen, was unter dieser Behandlungsform subsumiert werden sollte. Hierbei nannten die Expertinnen und Experten die zeitliche Befristung von Home Treatment und die aktuell nicht honorierten koordinativen Leistungen im Rahmen von IV-Modellen. Aufgrund der Heterogenität dieser Angebote insgesamt gibt es regional stark abweichende Angebote, die sich auch hinsichtlich der Vergütung unterscheiden können. Außerdem riet das Gremium dazu, für diesen Indikator zu ergänzen, dass diese Form der Versorgung vor allem für schwer betroffene Patientinnen und Patienten indiziert ist.

##### **QI-Entwurf „Erhalt von Life-Style-Interventionen“**

Das Expertengremium rät davon ab, den QI-Entwurf „Erhalt von Life-Style-Interventionen“ weitergehend zu operationalisieren, da es solche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention nur zu einem sehr kleinen Teil im Rahmen des Regelleistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Viele der Möglichkeiten solcher Interventionen finden z. B. auch an Volkshochschulen statt. Das Erlernen und Umsetzen der körperlichen Versorgung und der regelmäßigen Nahrungsaufnahme sollte im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege stattfinden. Das Expertengremium riet dazu, die Thematik von Life-Style-Interventionen in der Patientenbefragung zu adressieren.

Der QI-Entwurf „Erhalt von Life-Style-Interventionen“ wird aus diesen Gründen nicht weiter operationalisiert.

##### **QI-Entwurf „Erhalt von psychosozialer Therapie (Soziotherapie)“**

Das Expertengremium verwies bei der Besprechung dieses QI-Entwurfs auf die ambulante psychiatrische Pflege, deren Aufnahme in das Indikatorenset empfohlen wird. Diese Versorgungsform stellt eine essenzielle Säule der ambulanten Versorgung dar und sollte daher für zukünftige Weiterentwicklungen dieses Verfahrens berücksichtigt werden.

##### **QI-Entwurf „Erhalt von ambulanter Psychotherapie“**

Das Expertengremium empfahl, diesen QI-Entwurf gemäß der leitliniengerechten Therapie für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka, zu operationalisieren. Ebenfalls rieten die Expertinnen und Experten dazu, die Abrechnungsziffern zur Krisenbehandlung mitaufzunehmen, wogegen probatorische Sitzungen nicht erfasst werden sollten. Letztere bilden nicht die Psychotherapie gemäß Richtlinie, wie sie in diesem Indikator gefordert wird, ab und würden zu einem verzerrten Bild der Versorgung führen.

### 5.13.3.2 Zusammenfassung des 4. Treffens des Expertengremiums

#### **Qualitätsindikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“**

Das Expertengremium diskutierte erneut die ambulante psychiatrische Pflege und deren Abbildung in einem eigenen Indikator. Das IQTIG verwies in diesem Zusammenhang noch einmal darauf, dass es aktuell keine Leitlinienempfehlung aus den für dieses Verfahren berücksichtigten Leitlinien gibt und daher die Ableitung eines solchen Indikators nicht dem methodisch stringenten Vorgehen dieses Verfahrens entsprechen würde.

Grundsätzlich ist es nicht zulässig, Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege (APP) zeitgleich zu verordnen. Jedoch gilt insbesondere hinsichtlich soziotherapeutischer Maßnahmen § 4 Abs. 8 Soziotherapie-Richtlinie:

*Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen.*

Die Leistungen können also nicht trennscharf unterschieden werden. Für ein QS-Verfahren im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung erweist es sich hier zudem als problematisch, dass die die Soziotherapie betreffenden Maßnahmen im Behandlungsplan der APP für die Qualitätssicherung nicht identifizierbar und so nicht für eine Operationalisierung verfügbar sind. Die APP stellt also kein Äquivalent zur Soziotherapie im Sinne dieses Indikators dar.

Nach Veröffentlichung der neuen deutschen S3-Leitlinie sollte das QS-Verfahren im Rahmen der Weiterentwicklung hinsichtlich des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ ggf. daraufhin geprüft werden, ob ein Qualitätsindikator für die ambulante psychiatrische Pflege abgeleitet werden kann. Das Expertengremium unterstützte dieses Vorgehen.

#### **Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“**

Das Expertengremium konsentiert diesen Indikator und hatte keine weiteren Anmerkungen.

#### **Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“**

Das Expertengremium konsentiert diesen Indikator und hatte keine weiteren Anmerkungen.

### 5.13.4 Beschreibungen der Qualitätsindikatoren

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Im Sinne einer bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung sollten, vor allem schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten (DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015b). Mittels dieses Behandlungsansatzes soll eine umfassende psychiatrische und psychosoziale Versorgung erreicht werden, die die Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung darin unterstützt, ein unabhängiges Leben innerhalb ihres Lebensumfelds zu führen (DGPPN und Falkai 2013). Es gibt in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern verschiedene größtenteils Modellprojekte, die den Ansatz einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgung verfolgen und deren Ergebnisse anhand unterschiedlicher Outcomes evaluiert wurden. In diesen verschiedenen Projekten zeigen sich Hinweise darauf, dass durch unterschiedliche Ansätze, die die beschriebene Zielrichtung dieser Versorgungsform verfolgen, beispielsweise die stationäre Wiederaufnahmerate gesenkt (Müller et al. 2016a [III], Mayer-Amberg et al. 2016) oder eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Lambert et al. 2015 [V]) erreicht werden kann. Ebenfalls zeigen sich Hinweise auf Verbesserungen im Rahmen von Projekten mit teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgungsansätzen bezogen auf die psychotische Symptomatik, den klinischen Schweregrad, die Alltagsfunktion, die Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit (Karow et al. 2012 [V]), das Funktionsniveau, auf das Engagement der Patientinnen und Patienten für die Behandlung (Müller et al. 2016a [III]) sowie die Medikamentenadhärenz (Schöttle et al. 2014 [IV]).



<b>Qualitätsziel</b>	Bei vorliegender Indikation sollten möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten, um eine bedarfsorientierte, flexible Behandlung zu gewährleisten, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und das Leben in der sozialen Umgebung zu unterstützen.
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Datenquelle</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter psychiatrischer Versorgung in allen Phasen der Erkrankung der Patientinnen und Patienten</li> <li>▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</li> </ul> </li> <li>▪ Organisationsanforderungen im Rahmen dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste</li> <li>▫ multiprofessioneller Ansatz</li> <li>▫ gemeindenahen Komplexangebote (räumliche Zuständigkeit sollte sich nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten richten)</li> <li>▫ spezialisierte (mobile) Behandlungsteams</li> <li>▫ aufsuchende Versorgung bei notwendiger Intensivbetreuung</li> <li>▫ kurzzeitige Versorgung im Rahmen von Krisen oder über einen längeren Zeitraum</li> </ul> </li> <li>▪ Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ psychosoziale Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen und die klinische Behandlung sowie die Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe (sofern notwendig)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Erfassung des Versorgungsbedarfs</li> <li>▫ Überwachung und Verschreibung von Medikamenten</li> <li>▫ Sicherstellung der verschiedenen Formen psychosozialer Interventionen, einschließlich systemischer Interventionen, und der somatischen Versorgung</li> <li>▪ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten</li> <li>▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind</li> <li>▫ erkrankte Personen</li> </ul> </li> </ul> <p>(DGPPN und Falkai 2013)</p>
<p><b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemeindepsychiatrischer Verbund, Case Management: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>▪ Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Community follow up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.</li> </ul> </li> <li>▪ Community follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> <li>▪ Community follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> <li>▪ Post-discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011): Benchmarking Adult Mental Health Organizations. <i>Australasian Psychiatry</i> 19(3): 215-220. DOI: 10.3109/10398562.2011.580748.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Post discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <a href="http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16">http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Vorhandensein eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region in der IV-Versorgung Schizophrenie, Case Management bei Schizophrenie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Community (treatment service) follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x</li> </ul> </li> <li>■ Assertive community treatment, Case management services: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> <li>■ Multiprofessionality of services, Integrated Care Models: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.</li> </ul> </li> <li>■ Community psychiatric network: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.</li> </ul> </li> <li>■ Continuity of Visits after Mental Health-Related Hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?</td> <td style="width: 30%;">0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja	Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja
Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja				
Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja				
Entwicklungsprotokoll					
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die inhaltliche Ausgestaltung einer Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung und regt eine genaue Festlegung derer für diesen Indikator an.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium, im Qualitätsziel deutlich zu machen, dass eine solche Versorgungsform nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist und hiervon vor allem schwerkranke Patientinnen und Patienten profitieren.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, in den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators die Sicherstellung der somatischen Versorgung zu ergänzen, die Familienintervention durch systemische Intervention zu ersetzen und als Zielgruppe die ersterkrankten Personen zu ergänzen.</li> <li>▪ Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt.</li> <li>▪ In diesem Kontext diskutiert das Expertengremium auch noch einmal die Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege in Abgrenzung zur Sozialtherapie und diesem Indikator und empfiehlt einen eigenen Indikator zu dieser Maßnahme.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde in Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege erstellt und entsprechend in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators berücksichtigt.</li> <li>▪ Dass eine Indikation für eine solche Versorgungsform notwendig ist, wurde im Qualitätsziel ergänzt und auch im Datenfeld zu diesem Indikator erfragt.</li> <li>▪ In den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators wurde die Sicherstellung der somatischen Versorgung ergänzt, die Familienintervention durch systemische Intervention ersetzt und als Zielgruppe die Ersterkrankten ergänzt.</li> <li>▪ Des Weiteren wurde ergänzt, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>				

	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Beschreibung und im Zähler wurde „bei vorliegender Indikation“ ergänzt.</li> <li>▪ Die Reihenfolge der beiden Datenfelder wurde getauscht und die daraus resultierenden sprachlichen Anpassungen vorgenommen.</li> <li>▪ Bei diesem Indikator werden Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ausgeschlossen, da für diese spezifische Behandlungsangebote vorliegen. Die in diesem Indikator adressierten Patientinnen und Patienten sind vor allem solche, bei denen eine schwere Form der Schizophrenie vorliegt</li> </ul>
--	--

Tabelle 20: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Soziotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie <sup>20</sup> in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Rationale	Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015a). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin/Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).

<sup>20</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015

<b>Qualitätsziel</b>	Soziotherapie sollte für möglichst viele davon profitierende Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
<b>Adressat der Rückmeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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. 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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Soziotherapie</b></p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p> <p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training sozialer Fähigkeiten, Spezielle Soziotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Jansen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. Psychiatrie 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person, Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting, Evidence-Based Practice: Social Skills Training: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler<sup>21</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GOP 30810: Erstverordnung Soziotherapie</li> <li>▪ GOP 30811: Folgeverordnung Soziotherapie</li> <li>▪ GOP 30800: Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer</li> </ul> <p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)</p> <p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert diesen Qualitätsindikator, zusammen mit dem Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ hinsichtlich der Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege. Es regt an, für das Themenfeld der ambulanten psychiatrischen Pflege einen eigenen Qualitätsindikator zu entwickeln.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>

<sup>21</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017a)

	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Expertengremium konsentiert diesen Indikator.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eine Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde in Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege erstellt und entsprechend in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators berücksichtigt (vgl. Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“).</li> <li>Die Bezeichnung des Indikators wurde umbenannt in „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“.</li> <li>Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der Indikator wurde umbenannt in „Soziotherapie (Systemindikator)“.</li> <li>Die Beschreibung des Indikators wurde geändert in: „Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.“</li> <li>Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.</li> <li>Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt.</li> <li>Das Qualitätsziel wurde durch den Zusatz „davon profitierende“ präzisiert.</li> </ul>

Tabelle 21: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie <sup>22</sup> erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine ambulante Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie erhalten haben

<sup>22</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie); in der Fassung vom 19. Februar 2009



<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 ).
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase und über einen längeren Zeitraum stattfinden (NCCMH 2014 [2017]), wobei die Intervalle der Sitzungen und die Organisationsform angepasst an den Patientinnen und Patienten und an mögliche Nebendiagnosen oder akute Vorfälle erfolgen sollte (NCCMH 2012 [2016], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Trotz der Relevanz dieser Thematik, die in den Leitlinien und auch darin, dass AQUA (2016) für diese Thematik ebenfalls einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, deutlich wird, zeigen sich Probleme bei der regelhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. In einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.–F29.- in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der ersten Diagnose Schizophrenie eine ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).
<b>Qualitätsziel</b>	Ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie sollte für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein.
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
<b>Adressat der Rückmeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <hr/> <p><b>Definition Ambulante Psychotherapie</b></p> <p>Unter ambulanter Psychotherapie sind hier psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zu verstehen (Richtlinien-Psychotherapie).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Anbieten von Psychotherapie – ambulant: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>▪ Psychological treatments:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risiko-faktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler<sup>23</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GOP 35152: Psychotherapeutische Akutbehandlung</li> <li>▪ GOP 35401: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35402: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35405: Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35411: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35412: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35415: Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35421: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35422: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35425: Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>▪ GOP 35503: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35504: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35505: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35506: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35507: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35508: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35509: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN</li> <li>▪ GOP 35513: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35514: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35515: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35516: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35517: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35518: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35519: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN</li> <li>▪ GOP 35523: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35524: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN</li> </ul>

<sup>23</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017a)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GOP 35525: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35526: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35527: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35528: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35529: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN</li> <li>▪ GOP 35533: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35534: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35535: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35536: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35537: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35538: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35539: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN</li> <li>▪ GOP 35543: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35544: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35545: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35546: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35547: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35548: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35549: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN</li> <li>▪ GOP 35553: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35554: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35555: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35556: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35557: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN</li> <li>▪ GOP 35558: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN</li> <li>▪ GOP 35559: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN</li> </ul>
	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)</p>
	<p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden</li> </ul>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät davon ab, den Indikator wie zunächst im Entwurf vorgesehen nur für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und begleitender Therapie mit Psychopharmaka zu erfassen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, die Krisenbehandlungen mit in den Zähler des Indikators aufzunehmen, die probatorischen Sitzungen hingegen herauszunehmen.</li> <li>▪ Im Qualitätsziel sollte vermerkt werden, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Leistung dieses Indikators erhalten sollten.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium weist darauf hin, dass in den aufgeführten GOP aktuell Abrechnungsnummern zur Kurzzeittherapie fehlen.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator gilt für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ohne Einschränkung auf solche mit einer zusätzlichen Pharmakotherapie.</li> <li>▪ Die GOP für Krisenbehandlungen wurden in den Zähler des Indikators aufgenommen, die probatorischen Sitzungen entfernt.</li> <li>▪ Im Qualitätsziel wurde vermerkt, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Leistung dieses Indikators erhalten sollten.</li> <li>▪ Die GOP wurden im Zähler, auch im Nachgang des vierten Expertengremiums, angepasst ebenso wie die Patientengruppe in der Grundgesamtheit.</li> <li>▪ Der Indikator wurde umbenannt in „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt.</li> <li>▪ Im Zähler wurde die Liste mit den GOPs vervollständigt.</li> <li>▪ Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.</li> <li>▪ Im Qualitätsziel wurde das Patientenkollektiv auf „möglichst viele“ konkretisiert, da eine Psychotherapie zwar gemäß Leitlinien alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie erhalten sollten, dieser Indikator jedoch auf der Psychotherapie gemäß Richtlinie, die nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist, beruht.</li> </ul>

## **5.14 Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“**

Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sind häufig in mehreren Lebenssituationen, was ihre psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen angeht, eingeschränkt. An dem relevanten, erst mittel- bis langfristig beurteilbaren Behandlungsergebnis des psychosozialen Funktionsniveaus sind mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt. Aus diesem Grund kann das Ergebnis der Veränderung auch nicht einem einzelnen Leistungserbringer zugewiesen werden. Dennoch ist es für die Patientinnen und Patienten und für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von großer Bedeutung, sich ein Bild über den Grad einer Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus zu machen (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.14.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.14.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Psychosoziales Funktionsniveau“**

##### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus“**

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die psychotherapeutische Interventionen erhalten, sollten routinemäßig und systematisch Ergebnisparameter in den relevanten Bereichen erhoben werden. Hierunter fällt auch die Patientenzufriedenheit und, wenn vorhanden, die Betreuerzufriedenheit (NCCMH 2014 [2017]). Um einen Therapiebedarf abzuleiten, ist die Kenntnis von Copingstrategien, soziale Rahmenbedingungen, das psychosoziale und berufliche Funktionsniveau, die Lebenssituation und ggf. die Medikation der Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Hieraus kann unter anderem der Bedarf für psychosoziale oder sozialpsychiatrische Unterstützung abgeleitet werden (NCCMH 2012 [2016]), da diese je nach individuellem Bedarf der Patientinnen und Patienten verordnet werden sollten (NCCMH 2014 [2017]).

### **5.14.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.14.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Der Verbesserungsbedarf wurde von den Expertinnen und Experten als groß eingeschätzt, da eine routinemäßige Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus derzeit weder ambulant noch stationär regelhaft und standardisiert durchgeführt wird. Das Qualitätsmerkmal wurde im Expertengremium in engem Zusammenhang mit dem Qualitätsaspekt „Symptomlast“ diskutiert.

### 5.14.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche

#### Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus“

Das psychosoziale Funktionsniveau von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und insbesondere dessen Messung wird in vielen Studien thematisiert. Ein Messinstrument wird häufig verwendet, um das Ziel-Outcome der Untersuchung zu erfassen. Dies ist beispielsweise bei einer Untersuchung zu einem Modellprojekt zur integrierten Versorgung der Fall. Schöttle et al. (2014) nutzen zur Erfassung des Funktionsniveaus den Global Assessment of Functioning (GAF). Bei Brown et al. (2014) wird zur Erfassung der sozialen Funktionsfähigkeit von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Social Functioning Scale (SFS) verwendet. Ebenfalls in einer der recherchierten Studien verwendet wird die Personal and Social Performance Scale (PSP; Laloyaux et al. 2014). Diese wird auch als Ergebnis eines europäischen Experten-Panel-Prozesses für die Nutzung in der täglichen Praxis empfohlen. Diese Expertinnen und Experten empfehlen generell, das psychosoziale Funktionsniveau in einem größeren Maße als bisher in die tägliche psychiatrische Arbeit zu integrieren (Juckel et al. 2014). Die Relevanz der Erfassung von Ergebniswerten zum psychosozialen Funktionsniveau der Patientinnen und Patienten zeigt sich beispielsweise darin, dass auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) vorschlägt, die Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten mittels des GAF im stationären Bereich zu messen. Kösters et al. (2016) haben in einer Anwendungsstudie im stationären Setting die Messung eines vom AOK-Bundesverband entwickelten Indikators zum psychosozialen Funktionsniveau erprobt. Der Indikator sollte eine Verbesserung des GAF-Werts von unter 40 auf über 50 innerhalb von 6 Monaten erfassen. Hier lagen jedoch keine Ergebnisse zu GAF-Werten nach 6 Monaten in den genutzten Daten vor.

### 5.14.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über das psychosoziale Funktionsniveau oder dessen Erfassung gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

### 5.14.2.4 Berücksichtigung des AQUA-Abschlussberichts

Im AQUA-Bericht wird das psychosoziale Funktionsniveau im Zusammenhang mit patientenrelevanten Endpunkten thematisiert. Es wird ein möglichst hohes psychosoziales Funktionsniveau, die Verbesserung der Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben im Rahmen der individuellen Möglichkeiten sowie eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung als ein zentrales Versorgungsziel beschrieben (AQUA 2016).

### **5.14.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)**

#### **5.14.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums**

##### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus“**

Im Rahmen des 3. Treffens des Expertengremiums berichteten die Expertinnen und Experten zu diesem QI-Entwurf insbesondere über ihre Erfahrungen mit verschiedenen Messinstrumenten in der täglichen Praxis. Es wurde beispielsweise die Verwendung im Rahmen bestehender Projekte zur integrierten Versorgung beschrieben. Hierbei wird derzeit vor allem der GAF verwendet, aber auch der Clinical Global Impression Scale (CGI) und perspektivisch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) dienen der Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der ambulanten Versorgung. In einer PIA wird ebenfalls der GAF verwendet, der wertvolle Ergebnisse für die Behandlungsplanung ermöglicht und auch als ein zumutbarer Aufwand für den Leistungserbringer eingeschätzt wird. Das Expertengremium riet unabhängig von einem bestimmten Messinstrument dazu, dass der Ergebniswert nicht nur als ein Score ausgegeben wird, sondern auch Einzeldimensionen abbildet und auswertet.

#### **5.14.3.2 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren**

Im Nachgang der Aufbereitung möglicher Messinstrumente und der damit einhergehenden Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren wird dieser QI-Entwurf mit dem zur Erfassung der Symptomlast zusammengelegt. Die weitere Operationalisierung ist unter Abschnitt 5.15 beschrieben.



## **5.15 Qualitätsaspekt „Symptomlast“**

In der akuten und post-akuten Phase ist die Reduktion der Symptome wie Wahnvorstellungen, Agitiertheit oder Aggression von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung das oberste Behandlungsziel. In den nachfolgenden Krankheitsphasen wird vornehmlich der Abbau kognitiver und sozialer Defizite behandelt. So sollen Patientinnen und Patienten auch mit einer bestehenden Restsymptomatik eine selbstbestimmte Lebensführung erreichen können. Um eine Veränderung der Symptomlast feststellen zu können, müssten die Symptome standardisiert erfasst werden (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

### **5.15.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritte 1 bis 3)**

#### **5.15.1.1 Darstellung der Evidenzbasis für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Symptomlast“**

##### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)“**

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung sollte die Erfassung der Tagesaktivitäten, inklusive der Arbeitsfähigkeit, im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans regelmäßig erfolgen (NCCMH 2014 [2017]).

##### **Qualitätsmerkmal „Angebot einer ‚Cognitive Remediation Therapy‘ (Kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen“**

Ein kognitives Training bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen soll das Funktionsniveau im Alltag verbessern (Dixon et al. 2010) und neben der Verbesserung der Kognition an sich auch eine bessere Umsetzung dieser in praktische Alltagsfertigkeiten ermöglichen (Brown 2012). Die kognitive Therapie konzentriert sich insgesamt auf vor allem auf Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Argumentationsdefizite von Patientinnen und Patienten (Dixon et al. 2010) und kann für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und kognitiven Störungen erwogen werden (SIGN 2013).

##### **Qualitätsmerkmal „Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten“**

Ein Training der sozialen Fertigkeiten von Patientinnen und Patienten sollte erfolgen, sofern soziale Beeinträchtigungen vorliegen. Hierbei ist es das Ziel, soziale Kompetenzen zu verbessern (Brown 2012, DGPPN und Falkai 2013).

### **5.15.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale (Filterschritt 4)**

#### **5.15.2.1 Zusammenfassung des 2. Treffens des Expertengremiums**

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)“ wurde von den Expertinnen und Experten Verbesserungsbedarf gesehen, da ambulant keine regelmäßige standardisierte Erhebung erfolgt. Es wurde

darauf hingewiesen, dass gerade Tagesaktivitäten Teil der Therapiezielformulierung des Behandlungsplans sein sollen. Thematisiert wurde auch, inwieweit alle beteiligten Behandlerinnen und Behandler über die Tagesaktivitäten der Patientinnen und Patienten informiert sind und ob dieses Wissen ausreichend in die Behandlungsplanung Eingang findet. Zudem wurde eine stärkere Systematisierung der Erfassung und Wissensweitergabe für notwendig erachtet. Die Expertinnen und Experten wiesen auch darauf hin, dass psychosoziale Aspekte anders als in der psychiatrischen Pflege in ärztlichen Behandlungssituationen noch nicht ausreichend im Fokus stehen.

Im Rahmen der Diskussion zu diesem Qualitätsmerkmal wurde auch bereits erstmals der Einsatz eines Messinstruments besprochen. Genannt wurden der ICF, der CGI und der PANSS. Es wurde betont, dass die Erfassung der Tagesaktivität lediglich ein Mosaiksteinchen sei und die Erfassung ggf. umfangreicher sein sollte.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Angebot einer ‚Cognitive Remediation Therapy‘ (Kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen“ besteht nach Ansicht der Expertinnen und Experten eindeutiger Verbesserungsbedarf. Die Expertinnen und Experten empfahlen, dies auch nicht auf Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen einzugrenzen. Es wurde darauf hingewiesen, dass vor dieser Therapie jedoch eine Diagnostik zum Vorliegen einer kognitiven Störung durchgeführt werden müsste, was derzeit noch nicht regelhaft und ausreichend erfolgt. Generell würden kognitive Einschränkungen deutlich unterschätzt, da die systematische diagnostische Testung fehlt. Es wurde von den Expertinnen und Experten nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine umfangreiche neuropsychologische Testung mit extremen Aufwand verbunden ist.

Auch für das Qualitätsmerkmal „Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten“ wurde von den Expertinnen und Experten ein Verbesserungsbedarf festgestellt. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Großteil der Kliniken keine Skalen verwendet, was im Widerspruch zur Bedeutsamkeit der diagnostischen Testung steht. Beispielhaft für Messinstrumente wurden der GAF, der PANSS und der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) genannt.

Zusammenfassend konstatierten die Expertinnen und Experten, dass eine Erfassung der Symptomatik und Symptomlast notwendig ist, um eine Veränderung/Reduktion der Symptomlast zu erreichen. Diese sollte in Form von Therapiezielen in einem Behandlungsplan festgehalten werden, wobei zu beachten ist, dass man Therapieziele auch messen können muss, um den Grad der Zielerreichung festzustellen. Notwendig für die Erfassung der Symptomatik und Symptomlast ist nach Meinung der Expertinnen und Experten ein Instrument, das die Psychopathologie erfasst.

#### **5.15.2.2 Ergebnisse zum Verbesserungsbedarf aus der fokussierten Literaturrecherche**

##### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**Qualitätsmerkmal „Angebot einer ‚Cognitive Remediation Therapy‘ (Kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen“**

Kognitive Defizite und deren Erfassung sind in einigen der recherchierten Untersuchungen ein Thema. Juckel et al. (2014) beschreiben als Ergebnis eines Panel-Prozesses europäischer Expertinnen und Experten ein Rahmenkonzept, welches Psychiaterinnen und Psychiatern helfen kann, die Effektivität ihrer Therapie zu erfassen. Hierbei wird ein Schwerpunkt auch auf die kognitiven Fähigkeiten und deren Erhebung gelegt, da diese nach Einschätzung der Expertinnen und Experten in der Praxis oftmals übersehen werden. Als Grund hierfür beschreibt das Expertenpanel unter anderem, dass die Instrumente, die zur Erhebung zur Verfügung stehen, nur unzureichend die Effektivität eines kognitiven Trainings abbilden würden. Die Unklarheit über ein geeignetes Messinstrument wird auch von Keefe et al. (2016) als Ergebnis eines Expertenpanels bestätigt, genauso wie die Einschätzung, dass es sich nichtsdestotrotz um ein relevantes Problem in dieser Patientengruppe handele. Bei Drusch et al. (2014) zeigen sich beispielsweise in einer deutschen Untersuchung zwar Hinweise, dass durch ein Training die affektive Kognition verbessert werden kann. Dies scheint jedoch nicht für die allgemeine Funktionsfähigkeit der untersuchten Patientinnen und Patienten zu gelten (Drusch et al. 2014).

**Qualitätsmerkmal „Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten“**

Für dieses Qualitätsmerkmal konnte aus der orientierenden Literaturrecherche kein Verbesserungsbedarf/-potenzial abgeleitet werden.

**5.15.2.3 Ergebnisse aus Sozialdatenanalysen**

Anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecke vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse können keine Aussagen über die Symptomlast oder deren Erfassung gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

**5.15.2.4 Berücksichtigung des AQUA Abschlussberichts**

Im AQUA-Bericht finden sich keine Ausführungen zu den hier besprochenen Qualitätsmerkmalen.

**5.15.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)****5.15.3.1 Zusammenfassung des 3. Treffens des Expertengremiums****QI-Entwurf „Erfassung der kognitiven Fähigkeiten“**

Das Expertengremium riet aus verschiedenen Gründen davon ab, den QI-Entwurf „Erfassung der kognitiven Fähigkeiten“ weiter zu operationalisieren. Für einen Qualitätsindikator wäre die Festlegung auf ein Messinstrument Voraussetzung. Dies ist jedoch aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht möglich, da es zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten zum jetzigen Zeitpunkt kein standardisiertes Messvorgehen gibt. Eine ausführliche Erfassung ist nicht mittels eines Instruments allein möglich und entsprechend mit hohem Zeitaufwand verbunden. Die Vorgabe

eines Messinstruments zur Erhebung dieses Indikators ist aus diesem Grund nicht machbar. Ergänzend kommt hinzu, dass solche Messungen vor allem von Neuropsychologinnen und -psychologen durchgeführt werden, die es nicht flächendeckend in ausreichender Zahl gibt. Eine Abrechnung einer solchen kognitiven Messung ist entsprechend auch nur für diese Gruppe von Leistungserbringern möglich, sodass der QI-Entwurf an dieser Stelle nicht weiter operationalisierbar wäre. Des Weiteren wies das Gremium darauf hin, dass die Messung der kognitiven Fähigkeiten zwar aktuell, insbesondere in der Langzeittherapie dieser Patientinnen und Patienten, nicht ausreichend oft durchgeführt und für die Therapie berücksichtigt wird, aber nicht alle Patientinnen und Patienten eine solche im Verlauf ihrer Erkrankung benötigen und regelhaft erhalten sollten.

Der QI-Entwurf „Erfassung der kognitiven Fähigkeiten“ wird aus diesen Gründen nicht weiter operationalisiert.

#### **QI-Entwürfe „Messung der Symptombelastung mit standardisierten Instrumenten – stationär“ und „Messung der Symptombelastung mit standardisierten Instrumenten – ambulant“**

Das Expertengremium diskutierte bei diesem QI-Entwurf neben dem geeigneten Messinstrument insbesondere die Auswahl möglicher Messzeitpunkte für die Erfassung. Bei der Besprechung eines Messzeitpunkts für die stationäre Erfassung sprach sich das Gremium aufgrund eines zu hohen Aufwands, und da eine Prä-post-Erhebung nicht Ziel dieses Indikators sein soll, gegen die Messung bei Beginn und Entlassung aus dem stationären Bereich aus. So ist bei stationärer Aufnahme die Symptomlast erwartungsgemäß regelmäßig deutlich schlechter als bei Entlassung, anders als im ambulanten Bereich. Hier hängt das Ergebnis der Patientinnen und Patienten in höherem Maße vom Zeitpunkt der Messung und dem Erkrankungsverlauf der Patientinnen und Patienten ab. Die Erfassung eines Zeitpunkts während des stationären Aufenthalts und dann im Rahmen der ambulanten Behandlung ermöglicht einen Rückschluss auf die Bedarfe der Patientinnen und Patienten. In diesem Zusammenhang sprach das Expertengremium auch über die Möglichkeit einer anlassfreien Erhebung.

Bezüglich des Messinstruments sollte berücksichtigt werden, ob dieses die Symptomlast der Patientinnen und Patienten differenziert oder ob es die globale Krankheitsschwere erfassen soll. Insgesamt sollten neben dem geeigneten Messinstrument auch die Messzeitpunkte unter Berücksichtigung von Vor- und Nachteilen gewählt werden.

#### **5.15.3.2 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren**

Die QI-Entwürfe zur Messung der Symptomlast mit standardisierten Messinstrumenten wurden im Nachgang der Aufbereitung möglicher Messinstrumente und der damit einhergehenden Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren umfassend überarbeitet und mit dem QI-Entwurf zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ zusammengelegt. Grund dafür ist, dass sich im Ergebnis herausstellte, dass für die Datenerhebung dieser Indikatoren das Messinstrument Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) infrage kommt. Mittels diesem kann sowohl die Symptomlast als auch das psychosoziale Funktionsniveau im Sinne einer Statuserhe-

bung erfasst werden. Das bedeutet konkret, dass diese beiden Qualitätsaspekte durch vier Qualitätsindikatoren abgebildet werden und sich der Erfassungsaufwand auf das einmalige Dokumentieren der Datenfelder beschränkt. Mit dieser fallbezogenen QS-Dokumentation können dann alle vier Indikatoren berechnet werden, die auf Ebene der Systemqualität ausgewertet werden. Die Darstellung dieses Prozesses ist im Kapitel 8 und im Kapitel 9 zu finden.

#### 5.15.4 Beschreibungen der Qualitätsindikatoren

Tabelle 22: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“

Bezeichnung	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
Zähler	alle Fälle, bei denen bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr der HoNOS zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erfasst wurde und dies dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
Rationale	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstrument HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen sowie Daten für den Systemindikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“ zu liefern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer

<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010b) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 80 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>



	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere; Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten wurden andiskutiert.</li> <li>▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.</li> <li>▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können.</li> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von <math>\geq 80\%</math> zu.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> <li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in</li> </ul>	

	<p>einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 80\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Auf Anregung der stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikatoren geprüft und ergänzt.</li> <li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li> </ul>

Tabelle 23: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden, die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der HoNOS zur Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erhoben und dies dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die oben genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.

<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen und Daten für den Systemqualitätsindikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“ zu erheben.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health in Großbritannien zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010b) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptombelastung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 70 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?	0 = nein 1 = ja
	1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	<p>4 Kognitive Probleme</p>	<p>0 = kein Problem                  1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf                  2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden                  3 = eher schweres Problem                  4 = schweres bis sehr schweres Problem                  9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	<p>5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung</p>	<p>0 = kein Problem                  1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf                  2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden                  3 = eher schweres Problem                  4 = schweres bis sehr schweres Problem                  9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	<p>6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen</p>	<p>0 = kein Problem                  1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf                  2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden                  3 = eher schweres Problem                  4 = schweres bis sehr schweres Problem                  9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	<p>7 Gedrückte Stimmung</p>	<p>0 = kein Problem                  1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf                  2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden                  3 = eher schweres Problem                  4 = schweres bis sehr schweres Problem                  9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	<p>8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme</p>	<p>0 = kein Problem                  1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf                  2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden                  3 = eher schweres Problem                  4 = schweres bis sehr schweres Problem                  9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	<p>8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an</p>	<p>A = phobisch                  B = Angst                  C = Zwangsgedanken/-handlungen                  D = psychische Belastung / Anspannung                  E = dissoziativ                  F = somatoform                  G = essen                  H = Schlaf                  I = sexuell                  J = andere (spezifizieren)</p>

	9 Probleme mit Beziehungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ

**Entwicklungsprotokoll****3. Treffen des Expertengremiums**

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.</li> <li>▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es weist merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können.</li> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von <math>\geq 70\%</math> zu.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> <li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li> <li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 70\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Im Zuge der durch die Stellungnahmen angeregten Überarbeitung dieses Indikators wurde der Erhebungszeitpunkt für den HoNOS losgelöst von der QS-Auslösung. Die Erhebung erfolgt unabhängig von der Krankheitsphase und dem kalendarischen Zeitpunkt innerhalb des Erfassungsjahres und kann im Erfassungsjahr auch vor einer QS-Auslösung liegen. Sollte eine QS-Auslösung erst nach dem 4. Quartal erfolgen, so kann die Statuserhebung beim nächsten Patientenkontakt bis zum 28. Februar des Folgejahres durchgeführt und dokumentiert werden.</li> </ul>

Tabelle 24: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme.
<b>Zähler</b>	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM im Erfassungsjahr
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der Statuserhebung zu den Ergebnissen je Item des HoNOS über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes, unten bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation



<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer	
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010b) durchgeführt.</p>	
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>■ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ

	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	2 Absichtliche Selbstverletzung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	4 Kognitive Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.</li> <li>▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie dessen Vor- und Nachteile.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.</li> <li>▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben den HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> <li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li> <li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li> </ul>

	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Stuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.</li> <li>▪ Auf Anregung der Stellungnehmenden wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikator geprüft und ergänzt.</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li> </ul>
--	---

Tabelle 25: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres in mindestens 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden.
<b>Zähler</b>	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jede Patientin und jeden Patienten, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der

	<p>Stuserhebung zu den Ergebnissen je Item über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010b) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptombelastung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung o-der Behinderung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (Spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>



	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

### Entwicklungsprotokoll

#### 3. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.
- Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.
- Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.

#### 4. Treffen des Expertengremiums

- Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären

	<p>Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zur psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> <li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li> <li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Statuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> </ul>

## **5.16 Tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren**

Nachfolgend ist eine Übersicht der im Prozess entwickelten Qualitätsindikatoren dargestellt. In Tabelle 26 sortiert nach Sektor, Erfassungsinstrument, Ebene der Auswertung und Dimension der Qualität.

Tabelle 26: Qualitätsindikatoren nach Sektor, Erfassungsinstrument, Ebene der Auswertung und Dimension der Qualität

Qualitätsindikator	Sektor	Erfassungsinstrument	Ebene der Auswertung	Dimension der Qualität
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	ambulant	Sozialdaten	Auswertung auf Systemebene	Prozessqualität
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität

Qualitätsindikator	Sektor	Erfassungsinstrument	Ebene der Auswertung	Dimension der Qualität
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene Auswertung	Strukturqualität
Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	ambulant	Sozialdaten	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	stationär	stationäre QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene Auswertung	Strukturqualität
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	stationär	stationäre QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene Auswertung	Strukturqualität
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Soziotherapie (Systemindikator)	ambulant	Sozialdaten	Auswertung auf Systemebene	Prozessqualität
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	ambulant	Sozialdaten	Auswertung auf Systemebene	Prozessqualität
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität

Qualitätsindikator	Sektor	Erfassungsinstrument	Ebene der Auswertung	Dimension der Qualität
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	fallbezogene Auswertung	Prozessqualität
Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	stationär/teilstationär	stationäre/teilstationäre QS-Dokumentation	Auswertung auf Systemebene	Ergebnisqualität
Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	ambulant	ambulante QS-Dokumentation (ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz)	Auswertung auf Systemebene	Ergebnisqualität

Tabelle 27: Übersicht der Berücksichtigung der AQUA-Indikatoren

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators	Einordnung im Rahmen der Neuentwicklung durch das IQTIG
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	<p>Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 3 (Kriterien in den Methodischen Grundlagen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verantwortungszuweisung: Unklar</li> <li>▪ Beeinflussbarkeit: Unklar</li> </ul> <p>Zusätzlich keine Evidenz in den Empfehlungen der einbezogenen Leitlinien für die konkrete Angabe über einen fixen Zeitraum in dem der Termin erfolgen sollte</p>

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators	Einordnung im Rahmen der Neuentwicklung durch das IQTIG
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 3 (Kriterien in den Methodischen Grundlagen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messbarkeit: Nicht gegeben</li> <li>▪ Verantwortungszuweisung: Unklar, sowohl stationäre als auch ambulante Leistungserbringer</li> <li>▪ Datenquelle: Nicht vorhanden</li> </ul>
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 3 (Kriterien in den Methodischen Grundlagen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messbarkeit: Schwierig/Aufwändig</li> <li>▪ Beeinflussbarkeit: Nur eingeschränkt</li> </ul>
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 3 (Kriterien in den Methodischen Grundlagen) Abbildung des Q-Aspekts: Nicht gegeben
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	Ausschluss des QI-Entwurfs nach 3. Expertengremium <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoher Dokumentationsaufwand, sowie doppelte Dokumentation von Zwangsmaßnahmen (siehe auch Abschnitt 5.12.3.1)</li> </ul>
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merkmal adressiert inhaltlich den nicht selektierten Q-Aspekt Diagnostik</li> </ul>
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Empfehlungen der extrahierten Leitlinien adressieren den Umgang und die Prävention von restriktiven Maßnahmen als Zielsetzung und nicht die Erfassung des mengenmäßigen Auftretens</li> </ul>
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Merkmal wurde in Filterschritt 1 als ergänzende Information dem späteren Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ (Q-Aspekt Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen) zu sortiert</li> </ul>
70_a	Einbezug von Angehörigen	Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieses Merkmal ist thematisch bei der Entwicklung der Patientenbefragung zu verorten und wird dort im Rahmen der Entwicklung berücksichtigt</li> </ul>

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators	Einordnung im Rahmen der Neuentwicklung durch das IQTIG
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subsummierung zum Q-Merkmal „Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie“ im Rahmen von Filterschritt 3 (Kriterien in den Methodischen Grundlagen)</li> </ul>
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	<p>Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieses Merkmal ist thematisch bei der Entwicklung der Patientenbefragung zu verorten und wird dort im Rahmen der Entwicklung berücksichtigt</li> </ul>
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	<p>Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieses Merkmal ist thematisch bei der Entwicklung der Patientenbefragung zu verorten und wird dort im Rahmen der Entwicklung berücksichtigt</li> </ul>
104	Gesprächsangebote für Angehörige	<p>Ausschluss des Q-Merkmals in Filterschritt 1 (Extraktion und Synthese der Leitlinienempfehlungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merkmal adressiert inhaltlich den nicht selektierten Q-Aspekt Angebot zur Unterstützung von Angehörigen</li> </ul>



## 6 Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse

### 6.1 Anzahl der insgesamt ausgelösten Fälle und der durch die Auslösung einbezogenen Leistungserbringer

Anhand der für das QS-Verfahren *Schizophrenie* vorliegenden Sozialdaten von einer kooperierenden Krankenkasse kann die Anzahl der ausgelösten Fälle, die in der Qualitätssicherung dokumentationspflichtig sind, für die verschiedenen Sektoren geschätzt werden (siehe Tabelle 28). Mit zunehmender Präzision der Einschlusskriterien sinkt dabei die Anzahl der ausgelösten Fälle. So werden bei alleiniger Anwendung des Einschlusskriteriums des Vorliegens einer Diagnose F20.- bis F29 in mindestens zwei Quartale jährlich bundesweit ca. 550.000 Fälle in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelöst. Durch die Präzisierung der eingeschlossenen Grundgesamtheit im Nachgang des 3. Treffens des Expertengremiums auf Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, die in mindestens zwei Quartalen durch Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Fachgruppenschlüssel 51) oder Psychiatrie und Psychotherapie (Fachgruppenschlüssel 58) behandelt wurden, beträgt die im Bundesgebiet jährliche Anzahl ausgelöster Fälle ca. 165.000. Für psychiatrische Institutsambulanzen werden ungefähr 65.000 Fälle ausgelöst, im stationären Bereich etwa 53.000 Fälle. Da die Einschlusskriterien im Entwicklungsverlauf geändert wurden, weichen diese Angaben deshalb von vorherigen Berichten ab. Die spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien sind auch der Grund, warum keine Angaben zu Fallzahlen oder Anzahl der Leistungserbringer aus externen Quellen genutzt werden können. Weiterhin kann eine Patientin oder ein Patient sowohl innerhalb von einzelnen Sektoren als auch zwischen den Sektoren bei verschiedenen Leistungserbringern mehrfach dokumentationspflichtig werden.

Tabelle 28: Anzahl an Patientinnen und Patienten im EJ 2014

	Anzahl ausgelöster Fälle		
	vertragsärztliche Versorgung **	Psychiatrische Institutsambulanzen **	stationäre Versorgung
<b>Patientinnen und Patienten mit Diagnose F20.- bis F29</b>	547.360	71.519	158.634
<b>Patientinnen und Patienten mit Diagnose F20.-/F25.-</b>	351.407	65.364	52.847
<b>davon bei FG 51/58*</b>	172.648	-	-

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD

\*nur für vertragsärztliche Versorgung; \*\* unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Auf Basis der vorliegenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann ebenfalls näherungsweise geschätzt werden, wie viele Leistungserbringer je Sektor mindestens einbezogen sein werden und wie viele dokumentationspflichtige Fälle je Leistungserbringer zu erwarten sind (siehe Tabelle 29). Für die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte der

Facharztgruppen Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (FG 51) oder Psychiatrie und Psychotherapie (FG 58) sind auf Ebene der Betriebsstätte etwa 2.800 Leistungserbringer betroffen. Für Krankenhäuser und Psychiatrische Institutsambulanzen liegt dieser Wert bei ca. 400. Alle drei genannten Werte zur Anzahl der einzubeziehenden Leistungserbringer liegen geringfügig unterhalb der tatsächlich zu erwartenden Anzahl. Dies ist dadurch zu erklären, dass nur Leistungserbringer in der Analyse berücksichtigt werden können, bei denen mindestens eine Versicherte oder ein Versicherter der kooperierenden Krankenkasse behandelt wurde, die dem IQTIG die Sozialdaten bereitgestellt hat. Leistungserbringer, die ausschließlich Patientinnen und Patienten anderer Krankenkassen behandelt haben, können nicht erfasst werden. Da es sich bei der kooperierenden Krankenkasse um eine der größeren Kassen handelt, sollte dieser Schätzfehler verhältnismäßig klein sein.

Die mittlere Anzahl an dokumentationspflichtigen Fällen ist in Tabelle 29 hinterlegt. Die Anzahl an Fällen reicht von ca. 62 bei den Vertragsärztinnen und -ärzten über 133 bei den Krankenhäusern und bis zu 168 bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Tabelle 29: Anzahl an Patientinnen und Patienten je Leistungserbringer im EJ 2014

Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer	mittlere Fallzahl je Leistungserbringer	25. Perzentil	Median	75. Perzentil
FG 51/58*	2.787	62	20	43	82
PIA*	388	168	49	113	199
Krankenhäuser	396	133	24	81	160

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD  
\*unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Unter der Annahme, dass die Prävalenz der Schizophrenie in allen Bundesländern gleich ist, können die zu erwartenden ausgelösten Fallzahlen grob bestimmt werden. Dazu wurde die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung je Sektor mit dem Bevölkerungsanteil eines Bundeslands an der Gesamtpopulation Deutschlands multipliziert. Die Spanne der ausgelösten Fälle reicht für den vertragsärztlichen Bereich von ca. 1.400 Fällen in Bremen bis zu ca. 37.500 Fällen in Nordrhein-Westfalen. Für den stationären Bereich und die PIA ergeben sich Fallzahlen zwischen ca. 500 und 14.000.

## 6.2 Ergebnisse der mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erhebenden Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse zur Grundgesamtheit, zum Zähler und zur Rate der vier Qualitätsindikatoren, die anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden können, sind in Tabelle 30 dargestellt.

Die Grundgesamtheiten und Merkmalsausprägungen aller Indikatoren können demnach über die spezifischen Angaben bei ICD-Codes, EBM-Ziffern oder ATC-Codes bzw. Pharmazentralnummern abgebildet werden. Die bestehende Operationalisierung erlaubt weiterhin die Bestimmung von Indikatorergebnissen. Zu den Ergebnissen gehört:

- die Anzahl der einbezogenen Leistungserbringer
- die Verteilung der Fälle und Ergebnisse über alle Leistungserbringer
- bei Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich: die Anzahl von auffälligen Leistungserbringern

Tabelle 30: Ergebnisse der Sozialdatenindikatoren auf Bundesebene im EJ 2014

Qualitätsindikator	Grund- gesamtheit	Zähler	Rate
Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	29.723	17.287	58,2 %
Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	172.648	65.064	37,7 %
Soziotherapie (Systemindikator)	165.846	1.334	0,8 %
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	165.846	17.085	10,3 %

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD

#### **Qualitätsindikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“**

Für den Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ liegt das Ergebnis auf Bundesebene im Erfassungsjahr 2014 bei 58,1 %. Da bei diesem Indikator kein eindeutiger Bezug zu einem Leistungserbringer hergestellt werden kann, entfallen die Angabe der Anzahl einbezogener Leistungserbringer und die Darstellung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene.

#### **Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“**

Etwas mehr als ein Drittel (37,7 %) aller im vertragsärztlichen System versorgten Patientinnen und Patienten erhält im Erfassungsjahr 2014 die jährliche somatische Kontrolluntersuchung. Der Referenzbereich von  $\geq 70$  % wird nach jetziger Definition des Indikators von 2.443 Praxen von insgesamt 2.787 einbezogenen Praxen (88 %) nicht erreicht (Abbildung 2).

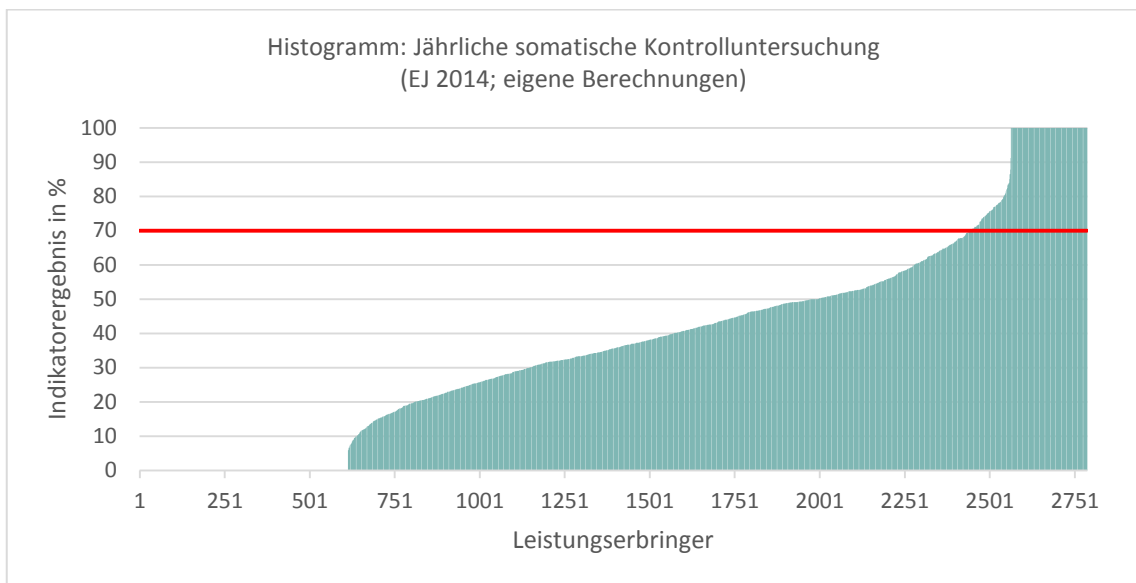


Abbildung 2: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“; Erfassungsjahr 2014

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD

#### Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“

Für den Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“ liegt das bundesweite Ergebnis bei 0,8 %. Dementsprechend liegt das Indikatorergebnis für einen Großteil der 2.775 Leistungserbringer bei 0 % (Abbildung 3).

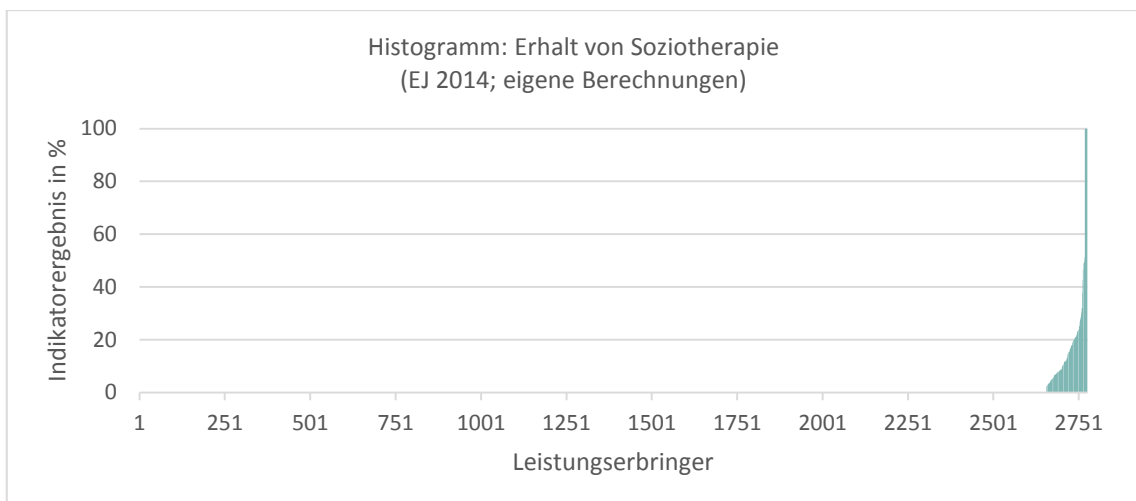


Abbildung 3: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD

#### Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Ambulante Psychotherapie erhalten im Erfassungsjahr 2014 10,3 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in vertragsärztlicher Versorgung. Auch hier zeigt sich,

dass es zwischen den Leistungserbringern Unterschiede bezüglich des Versorgungsgrads gibt. Bei mehr als der Hälfte der 2.775 Leistungserbringer erhalten die behandelten Patientinnen und Patienten keine Psychotherapie (Abbildung 4).

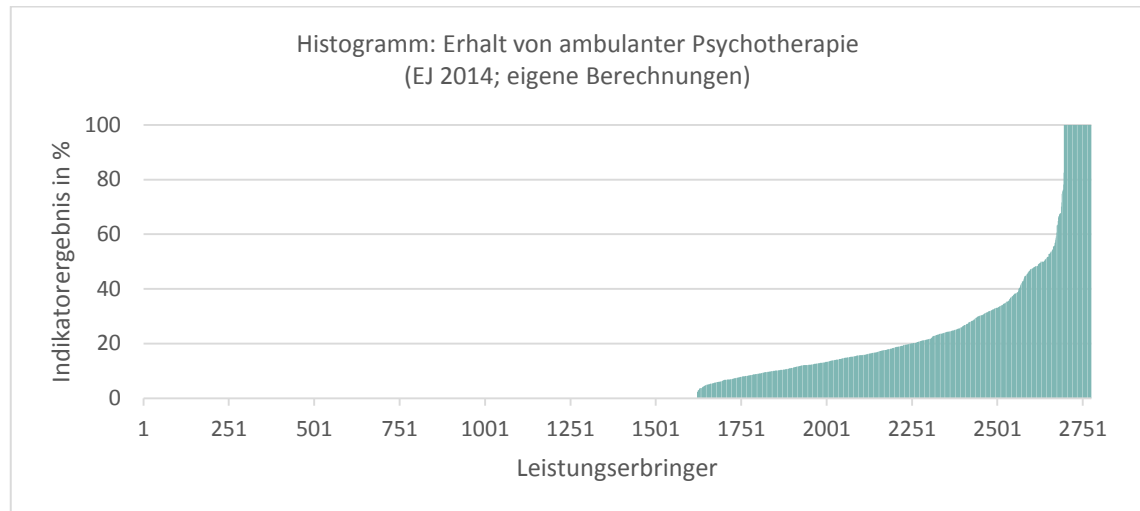


Abbildung 4: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014

Quelle: eigene Analysen anhand Daten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD

### 6.3 Einschränkungen des vorliegenden Sozialdatenpools

Beim Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ ist die zeitliche Abfolge der Ereignisse zu beachten. Bei inzidenten Schizophrenieerkrankungen im Erfassungsjahr sind somatische Untersuchungen vor dem Erkrankungseintritt unter Umständen nicht indikatorrelevant. Außerdem könnte eine Angleichung eines Follow-up-Zeitraums sinnvoll sein, um unterschiedlich lange Zeitfenster für die Leistungserbringung zu gewährleisten. Hier bedarf es daher ggf. einer Präzisierung der Rechenregel.

Weiterhin kann beim Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ anhand der vorliegenden Sozialdaten nur bestimmt werden, ob die angestrebte somatische Versorgung im System vorgenommen wurde. Jedoch kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der hauptbehandelnden Ärztin oder dem hauptbehandelnden Arzt diese Untersuchungsergebnisse bekannt waren. Die Fachärztin / der Facharzt für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie wird in dieser Konstellation nicht auffällig, obwohl sie/er nicht über die somatische Kontrolluntersuchung und deren Ergebnisse informiert ist. Dieses Problem kann allerdings allein mit Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht aufgelöst werden.

## **7 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren**

Die Durchführung der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren ergab 255 Indikatoren, die als Ergebnis im Abschlussbericht von AQUA (2016) dargestellt sind. Mittels der auf AQUA (2016) aufbauenden, aktualisierten Recherche des IQTIG konnten 406 Indikatoren gefunden werden. Im Rahmen der Handsuche des IQTIG weitere 158. Die Recherche erbrachte so insgesamt 819 Indikatoren, die hinsichtlich ihrer thematischen Zuordnung zu den Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren dieses Verfahrens geprüft wurden. Indikatoren ohne Bezug zu den Qualitätsaspekten dieses Verfahrens wurden ausgeschlossen, sodass 380 Indikatoren weiter hinsichtlich ihres Bezugs zu Qualitätsmerkmalen dieses Verfahrens geprüft wurden. So konnten 289 Indikatoren hinsichtlich ihres thematischen Bezugs zu den finalen Qualitätsindikatoren dieses Verfahrens geprüft werden und letztendlich 154 aller recherchierten bestehenden Qualitätsindikatoren eingeschlossen werden. Die Verteilung zu den einzelnen Qualitätsindikatoren dieses Verfahrens ist ebenso wie der beschriebene Ablauf in Abbildung 5 und Tabelle 31 dargestellt.

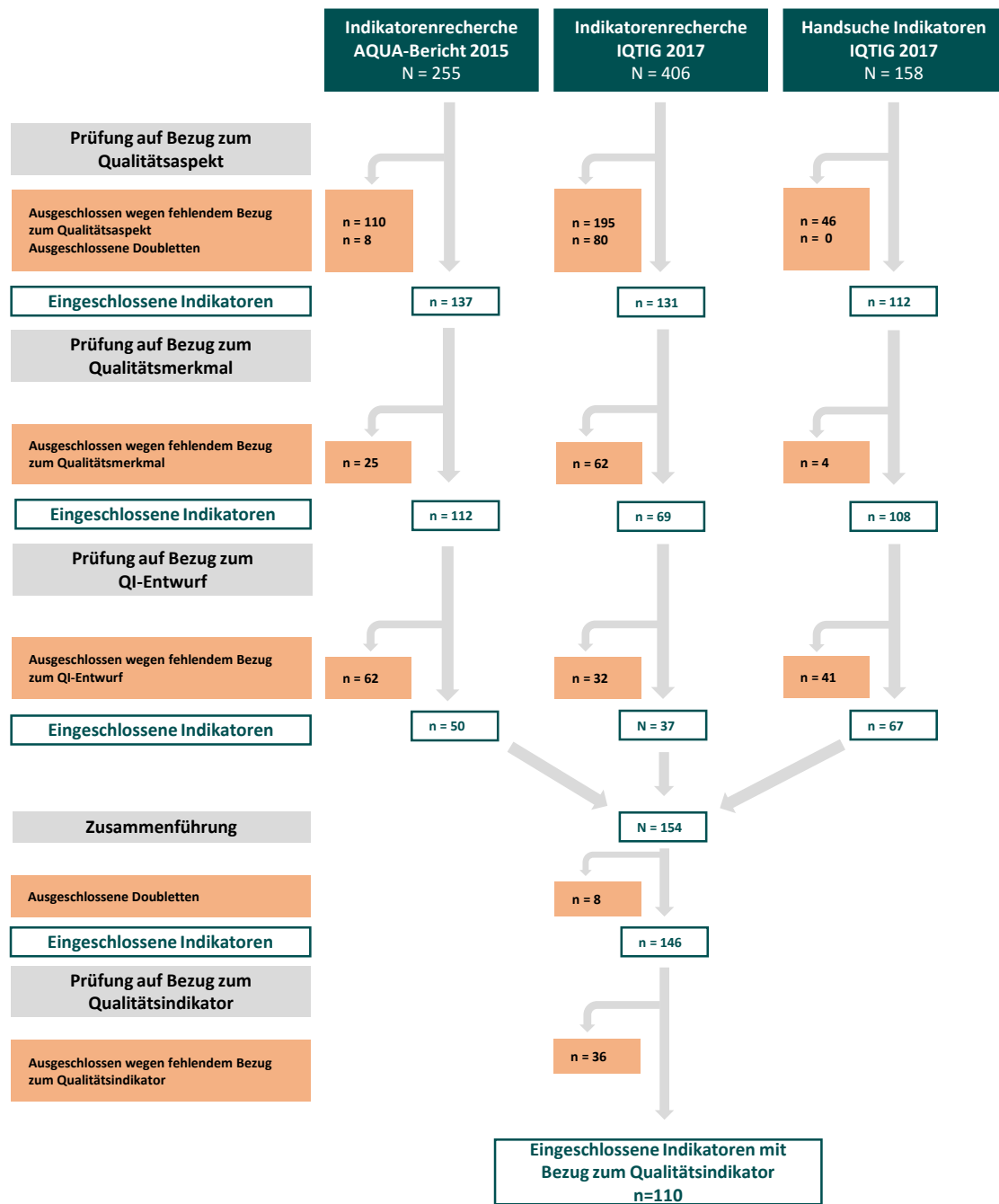


Abbildung 5: Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren

Tabelle 31: Anzahl der den Qualitätsindikatoren zugeordneten recherchierten vorhandenen Indikatoren

Qualitätsindikator	Anzahl recherchierter vorhandener Indikatoren <sup>24</sup>
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung	n = 8
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	n = 8
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant	n = 6
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	n = 23
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation	n = 13
Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	n = 4
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	n = 5
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	n = 2
Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	n = 3
Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	n = 22
Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	n = 1
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	n = 3
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	n = 17
Soziotherapie (Systemindikator)	n = 5
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	n = 6
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	n = 3
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	n = 3

<sup>24</sup> Zuordnungen von identischen recherchierten Indikatoren zu mehreren unterschiedlichen Qualitätsindikatoren sind möglich.



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Anzahl recherchierter vorhandener Indikatoren<sup>24</sup></b>
Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	n = 3
Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	n = 3

## 8 Systemqualität

Im Rahmen der Beauftragung für dieses Verfahren durch den G-BA soll geprüft werden, inwieweit Indikatoren entwickelt werden können, die über einen Bezug auf einzelne Einrichtungen hinausgehen und für eine Qualitätssicherung und -förderung auf Systemebene nutzbar sind.

Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung (F20.- oder F25.-) haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl medizinische, psychologische und andere therapeutische Bereiche als auch Leistungen aus dem sozialen Bereich und über das SGB V hinaus betrifft. Die Behandlung dieses Patientenkollektivs findet aufgrund der Schwere der Erkrankung und der langen Behandlungsverläufe regelmäßig sektorenübergreifend unter Beteiligung mehrerer verschiedener Leistungserbringer statt.

Dies bildet sich auch im Qualitätsmodell, welches im Zwischenbericht umfassend dargestellt ist, ab. So wurden im Rahmen dieser Entwicklung entsprechend auch Qualitätsaspekte generiert, bei denen grundsätzlich mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt sind. Hierbei handelt es sich um die Veränderung der Symptomlast, die Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus, den Aspekt der Teilhabe, sowie das Angebot und die Nutzung von Versorgungsstrukturen. Insbesondere für die beiden Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ lässt sich die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuweisen. Bei anderen Qualitätsaspekten wie „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ wiederum sind die strukturellen Gegebenheiten vor Ort wesentlich für eine mögliche Verordnung oder Nutzung bestimmter Angebote weniger das therapeutische Verhalten der einzelnen Ärztin / des einzelnen Arztes. Aus diesem Grund ist es für diese Qualitätsaspekte nicht sachgerecht, die Verantwortung einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.

Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie oder der Soziotherapie, sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. allein zu verantworten haben oder beeinflussen können. Eine eindeutige Zuschreibung der Verantwortung im Hinblick auf die Ergebnisqualität und zum Teil auch hinsichtlich der Prozessqualität der Behandlung ist in diesem Kontext nicht möglich. Weiterhin können im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur solche Leistungserbringer adressiert werden, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Ein Teil der ambulanten Versorgung, die innerhalb und außerhalb des SGB V erfolgt (z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und betreutes Wohnen nach SGB IX oder Arbeitsrehabilitation nach SGB XII; siehe auch AQUA 2016), kann vom QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht erfasst bzw. adressiert werden. Außerdem werden in diesem Verfahren aus Gründen der Verantwortungszuweisung der Leistungen, die bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung erbracht werden, ambulant nur die Facharztgruppen 51 (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie) sowie 58 (Psychiatrie und Psychotherapie) einbezogen bzw. adressiert. Hausärztin-

nen und Hausärzte werden auftragsgemäß nicht im Verfahren berücksichtigt. Jedoch tragen sowohl die Leistungserbringer, die außerhalb des SGB V tätig sind, als auch die Hausärztinnen und Hausärzte gerade bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung auch langfristig zum Ergebnis der Versorgung bei. Die durch dieses QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer können häufig nur eine Brückenfunktion zu anderen Leistungserbringern übernehmen.

Ein phasenhafter und patientenindividueller Verlauf der Erkrankung führt unter Umständen zu unterschiedlichen und sich verändernden Behandlungszielen. Entsprechend sind die Behandlungsergebnisse unterschiedlich und lassen keine Bewertung der jeweiligen individuellen Behandlungsergebnisse zu. Da schizophrene Erkrankungen chronisch verlaufen, kann entsprechend auch kein Behandlungsende definiert werden. Gerade der breitere Behandlungsansatz der modernen Psychiatrie erfordert eine der Krankheitsphase angepasste, im Kern aber dauerhaft angelegte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Allerdings ist derzeit eine belastbare Eingrenzung auf bestimmte Krankheitsphasen nicht möglich.

Ein weiteres Problem der Erfassung von Ergebnisqualität ist die derzeit fehlende Möglichkeit einer adäquaten Risikoadjustierung. Konkret bedeutet dies, dass unter den derzeitigen Voraussetzungen zwar sowohl patientenrelevante Outcomes, Angebote und Nutzungen von ambulanten Behandlungsoptionen als auch bestimmte Prozesse erfasst und rückgemeldet werden, aber im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht leistungserbringerbezogen bewertbar und folglich keinem einzelnen Leistungserbringer verantwortlich zuschreibbar sind. Zudem weisen moderne Behandlungsansätze immer mehr in Richtung integrierter (und damit multiprofessioneller) Versorgungskonzepte, die letztlich auch integrierte Verantwortlichkeiten erfordern würden.

All diese Überlegungen lenken den Blick von der Ebene der einzelnen Leistungserbringer auf die Systemebene. Wenn aber insbesondere auch die Ergebnisqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung (F20.- oder F25.-) durch Qualitätsindikatoren abgebildet werden soll, müssen andere Zuordnungsmöglichkeiten als in der bestehenden Qualitätssicherung gefunden werden. Aus den oben dargestellten Gründen schlägt das IQTIG vor, sowohl Aspekte der Ergebnisqualität bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen als auch einzelne Aspekte der Prozessqualität, die aufgrund besonderer Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem (z. B. strukturelle Unterversorgung) nicht in die Verantwortung eines individuellen Leistungserbringers gestellt werden können, als Systemindikatoren zu erheben. Sie sollen zwar fallbezogen erfasst, aber nur auf Systemebene (Landesebene, Bundesebene) bewertet werden. Durch die Erhebung solcher Systemindikatoren erscheint eine angemessene Einbeziehung des patientenrelevanten Outcomes für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in diesem beauftragten QS-Verfahren nach § 136ff SGB V angemessen möglich und hilfreich. Auf der Leistungserbringerebene soll nur eine Rückmeldung der Auswertung, die keine Bewertung enthält, erfolgen.

Ein weiterer Vorteil der Erfassung von Ergebnisqualität auf Systemebene ist der, dass hierfür wegen der hohen Aggregationsebene (Grundgesamtheit auf Bundesebene) keine Risikoadjustierung erforderlich ist. Für eine solche gibt es derzeit keine evidenzbasierten, überzeugenden Konzepte in Bezug auf die Outcomes von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dies ist sowohl in der Literaturlaufarbeitung als auch in den Gesprächen im Expertengremium deutlich geworden.

Durch die Darstellung der Systemqualität sollen einerseits qualitätsbezogene Verbesserungsbedarfe in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung erkannt werden. Andererseits können die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft und damit ein wichtiger Beitrag zur begleitenden Evaluation des QS-Verfahrens geleistet werden. Damit wiederum kann zusätzlich eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, auch im Sinne der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, sichergestellt werden.

Die für dieses QS-Verfahren vorgeschlagenen Systemindikatoren umfassen dabei sowohl mittelfristige patientenbezogene Outcomes in einer Querschnittserhebung des Patientenstatus in Bezug auf das psychosoziale Funktionsniveau und die Symptomlast als auch Ergebnisse zum Angebot und zur Nutzung bestimmter ambulanter Behandlungsoptionen, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfassbar sind.

In dem vom IQTIG vorgeschlagenen Set handelt es sich konkret um folgende Qualitätsindikatoren, die zur Auswertung auf Systemebene vorgeschlagen werden:

- Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
- Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)
- Soziotherapie (Systemindikator)
- Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
- Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)
- Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
- (Einschränkung der Teilhabe)

Die Erfassung des Status der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus kann durch regelmäßige Erhebungen (insbesondere) mittels standardisierter Messinstrumente in der Behandlungssituation im Gespräch der jeweiligen Psychiaterin / des jeweiligen Psychiaters mit ihren/seinen Patientinnen und Patienten erfolgen. Durch das damit verbundene unmittelbare Feedback in der Behandlungssituation soll eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer gefördert werden. Insofern sieht das IQTIG in einer regelmäßigen systembezogenen Outcome-Erhebung für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Verbesserungsimpulse sowohl für das Versorgungssystem als Ganzes als auch für die einzelnen Leistungserbringer. Im Zuge der weiteren Entwicklungen wird zu prüfen sein, inwieweit die Erhebung bestimmter Outcomes –

insbesondere hinsichtlich der Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „Symptomlast“ – ggf. auf Subpopulationen eingeschränkt werden kann und sollte. Sollte es beispielsweise durch die Ausdifferenzierung des ICD-10-Katalogs möglich werden, Krankheitsphasen abzubilden, wären das Konzept der Systemqualität bzw. die entsprechenden Qualitätsindikatoren dementsprechend weiterzuentwickeln.

Die Erhebung des Erhalts bestimmter Therapien (ambulante Psychotherapie, Erhaltungstherapie und Soziotherapie) kann aktuell über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden und so eine regional unterschiedliche Versorgung abbildbar machen.

Die Erhebung eines Status aller Patientinnen und Patienten (Querschnitt) als Systemergebnis (bezogen auf die Symptomlast, das psychosoziale Funktionsniveau und prospektiv der Teilhabe) erfolgt mittels strukturierter Erfassungsinstrumente bzw. mittels fallbezogener QS-Dokumentation (hinsichtlich des Status der Teilhabe) durch den Leistungserbringer. Hierbei empfiehlt das IQTIG auch nach intensivem Austausch im Expertengremium, stationär den Status der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme zu erfassen.

Die Auswertung der Systemindikatoren erfolgt auf Landes- bzw. Bundesebene. Diese deskriptiven Ergebnisse sollen von Expertinnen und Experten in Fachgremien auf Landes- und Bundesebene qualitativ bewertet und hinsichtlich eines möglichen Handlungsbedarfs kommentiert werden. Diese Kommentierungen sollen dann über das IQTIG dem G-BA übermittelt werden, der auch hierüber beraten sollte. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse der Systemindikatoren sollten auch die Kommentierungen durch die Expertengremien veröffentlicht werden, um eine breitere Diskussion der Verantwortungsträger im Gesundheitssystem (auch jenseits von SGB V) zu fördern, die dann Verbesserungsinitiativen auf Systemebene (Struktur- oder Fördermaßnahmen, Kooperationsinitiative, Normvorgaben etc.) anstoßen können und damit Verbesserungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ermöglichen.

Bei den Systemindikatoren handelt es sich um Indikatoren ohne Referenzbereich, die nicht einem Leistungserbringervergleich dienen – es gibt keine leistungserbringerbezogene Auswertung. Die Systemqualitätsindikatoren fokussieren vielmehr auf patientenrelevante Outcomes für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten. Die Verantwortung dafür ist jedoch infolge der Vielzahl der beteiligten Leistungserbringer und der starken Heterogenität der erhobenen Patientendaten innerhalb kleiner psychiatrischer Patientenkollektive einzelner Leistungserbringer, welche aktuell nicht angemessen risikoadjustierbar erscheinen, nicht dem einzelnen Leistungserbringer zuschreibbar. Die erfassten Patientendaten dieser Indikatoren stammen zum Erhebungszeitpunkt aus unterschiedlichen Krankheitsstadien der Patientinnen und Patienten. Es existieren individuell starke Ausprägungen der psychiatrischen Symptome sowie ein unterschiedliches Ansprechen auf die Therapie. Aktuell liegen keine wissenschaftlichen Studien vor, die ein adäquates Risikoadjustierungsmodell für diese Patientinnen und Patienten entwickelt haben. Auf Systemebene (Bundes-/Landesebene) entfallen diese Einschränkungen jedoch, da zum einen sehr große Patientenkollektive betrachtet werden, sodass es keiner Risikoadjustie-

ung bedarf. Zum anderen muss die Qualität der Versorgung nicht anhand von Referenzbereichen auf Leistungserbringerebene bewertet werden, die Verantwortung wird also auch nicht dem einzelnen Leistungserbringer zugeschrieben. Aus den Ergebnissen der Systemindikatoren können dann sowohl Versorgungsbedarfe (anhand der Jahresdaten) als auch Verbesserungspotenziale (mittels eines Jahresvergleichs) abgeleitet werden. Aus diesem Grund wird für diese Indikatoren der Strukturierte Dialog (qualitätsfördernde Maßnahmen nach der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Qesü-RL) ersetzt durch die Bewertung der Ergebnisse durch Expertengremien, deren entsprechende Kommentierungen dem G-BA übermittelt werden. Zusätzlich erfolgt gemäß des Transparenzgebots ein Feedback an die Leistungserbringer im Rückmeldebericht hinsichtlich des eigenen Patientenkollektivs in Form einer nicht risikoadjustierten Kennzahl ohne eine Bewertung des einzelnen Leistungserbringers. Die Einschätzung dieser Kennzahl ist allein dem Leistungserbringer überlassen. Die Übermittlung der Landes- und Bundesdaten soll darüber hinaus auch eine Diskussion um Versorgungsbedarfe und Verbesserungspotenziale in regionalen Gruppen von Leistungserbringern (Qualitätszirkel, Gesundheitskonferenzen) unterstützen. Zudem können die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieses Vorgehen mittels einer Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus der Patientinnen und Patienten und der Erfassung bestimmter Versorgungsleistungen auf Systemebene einen ersten Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen unter Einbezug von patientenrelevanten Outcomes trotz komplexer Versorgungssituation ermöglicht. Infolge dessen können bestehende Bedarfe und Verbesserungspotenziale erkannt und die jeweiligen Auswertungsergebnisse genutzt werden, um Anforderungen an Entscheider zu betroffene Strukturen und Konzepten zu kommunizieren und zu begründen.

Durch die Einbindung einer standardisierten Erhebung des Status der Patientinnen und Patienten in der Behandlungssituation entsteht ein individuelles, unmittelbares Feedback, was die Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer deutlich fördern kann. Die eingesetzten Instrumente eignen sich auch zur individuellen Follow-up-Beurteilung der eigenen Patientinnen und Patienten durch die Behandlerinnen und Behandler selbst.

Die Verwendung derselben standardisierten Messinstrumente durch alle adressierten Leistungserbringer kann zusätzlich die (inter)professionelle Kommunikation über bestimmte patientenrelevante Outcomes unterstützen und erleichtern.

Im Ergebnis werden durch die regelhafte Erfassung patientenrelevanter Outcomes und bestimmter Versorgungsleistungen, die von strukturellen Angeboten abhängig sind, Verbesserungsimpulse sowohl für das Versorgungssystem als Ganzes als auch für die einzelnen Leistungserbringer erwartet und mithin ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität hinsichtlich der durch dieses Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten gesehen.

## 9 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten in der gesetzlichen Qualitätssicherung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung

### 9.1 Vorüberlegungen zur Nutzung von Messinstrumenten

Im Rahmen der Beauftragung zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sollte auch geprüft werden, ob zur Darstellung der Ergebnisqualität hinsichtlich der Symptomlast sowie des psychosozialen Funktionsniveaus Messinstrumente genutzt werden könnten. Im Verlauf der Entwicklung zeigte sich zudem, dass die Qualitätsaspekte „Symptomlast“ sowie „Psychosoziales Funktionsniveau“ durch Qualitätsindikatoren adressiert werden sollten, deren Operationalisierung die systematische und standardisierte Erfassung von Informationen erfordert, um den entsprechenden Status abzubilden. Die Verwendung eines psychologischen Messinstruments eignet sich deutlich besser als eine individuelle deskriptive Befundung zur Adressierung von Ergebnisqualität bei diesem Patientenkollektiv.

In der psychiatrischen Versorgung hat sich bereits eine Standardisierung in großen Teilen der psychiatrischen Diagnostik und des therapeutischen Vorgehens etabliert. Hinsichtlich der Psychopathologie werden v. a. der psychische Befund nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMPD-System) sowie die gängigen psychometrischen Skalen wie beispielsweise der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) oder der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) für die Schizophrenie (Juckel et al. 2015) angewandt.

Auch im Rahmen von Studien werden entsprechende psychometrische Instrumente in vielfältiger Weise eingesetzt, beispielsweise bei der standardisierten Diagnostik, zur Einschätzung der Schwere der Erkrankung, zum Zwecke der Vergleichbarkeit zwischen Gruppen und/oder Interventionen sowie zur Verlaufsbetrachtung. Diese praktikable und zuverlässige Erfassung von Therapieergebnissen mittels standardisierter Messinstrumente dient zudem der Evaluation von Versorgungsmodellen (Von Tiedemann et al. 2011), ist aber auch teilweise bereits ein Bestandteil der Qualitätssicherung (Andreas et al. 2010a). So wird der HoNOS beispielsweise in weiten Teilen Englands (Abou-Setta et al. 2012, RC PSYCH [kein Datum]) bei verschiedenen hohen Implementierungsgraden in den einzelnen NHS Trusts und in der Qualitätssicherung der Schweiz (ANQ 2011) regelhaft verwendet. Ebenso wird der HoNOS in Australien (Pirkis et al. 2005) und in Neuseeland (Coop 2006) in weiten Teilen des Landes zur Outcome-Messung von psychisch erkrankten Menschen verwendet.

Unter dem Gesichtspunkt der Förderung der Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten bietet die Einführung eines validen psychometrischen Instruments auch die Möglichkeit, standardisiert eine individuelle Betrachtung einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum vorzunehmen und die Therapieplanung so individuell auszurichten. Zudem sind

Messergebnisse standardisierter Tests im kollegialen Dialog der Behandlerinnen und Behandler leichter und eindeutiger kommunizierbar.

### **Allgemeine Anforderungen an ein standardisiertes Messinstrument**

Standardisierte Messinstrumente zur Erfassung des Outcomes von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des erforderlichen Aufwandes (Art und Dauer der Durchführung), ihrer Komplexität (Anzahl von Domänen und Items und deren Interpretation bzw. Auswertung), der Adressaten (Selbst-/Fremdbeurteilung bzw. beides zusammen), des Zwecks (allgemeine Einschätzung oder beispielsweise nur einzelne Facetten des psychosozialen Funktionsniveaus) sowie ihrer Anwendungsmöglichkeiten (nationale Vorgaben, sprachliche Grenzen, Einsatz teilweise nur im Zusammenhang mit Studien).

In jedem Fall müssen standardisierte Messinstrumente bestimmte psychometrische Eigenschaften aufweisen, wobei die Validität, die Objektivität und die Reliabilität als die wichtigsten zu nennen sind (vgl. auch „Methodische Grundlagen“, IQTIG 2017). Die Validität sagt etwas darüber aus, ob der Test tatsächlich misst, was er messen soll. Dabei werden folgende Arten von Validität unterschieden: Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität, Konstruktvalidität und Augenscheinvalidität. Die Objektivität sagt etwas über die Unabhängigkeit des Tests von den Untersuchungsumständen oder den untersuchenden Personen aus. Es werden Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. Die Auswertungsobjektivität wiederum ist quantifizierbar durch den Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten. Die Reliabilität, die mittels unterschiedlicher Methoden geschätzt werden kann, sagt etwas über die Zuverlässigkeit von Messungen aus. Diese Gütekriterien sind – ebenso wie eine ausreichende Sensitivität für das Erfassen von Graden der Veränderung – der Beurteilung eines standardisierten Messinstruments zugrunde zu legen (Slade et al. 1999, Delaffon et al. 2012).

### **Anforderungen an ein standardisiertes Messinstrument zur Nutzung innerhalb der deutschen gesetzlichen Qualitätssicherung**

Für den Einsatz eines standardisierten Messinstruments innerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung müssen neben den beschriebenen allgemeinen Anforderungen weitere Kriterien (siehe Abschnitt 4.8.2) berücksichtigt werden. So muss für ein in Betracht kommendes Instrument zwingend eine Validierung der deutschen Fassung vorliegen. Zudem muss der Umfang des Messinstruments (Anzahl der Items, Dauer der Durchführung, Verfügbarkeit der Informationen, ggf. Schulung der Raterinnen und Rater) für die Anwendung im klinischen Alltag angemessen sein. In Australien, wo psychometrische Instrumente bereits seit Längerem flächendeckend eingesetzt werden, wurden die Messinstrumente anhand von ähnlich definierten Kriterien und solchen, die für die psychiatrische Versorgung in Australien und Neuseeland relevant sind, geprüft und ausgewählt (Pirkis et al. 2005, Burgess et al. 2006).

Voraussetzung für eine Verwendung in einem Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung ist zudem die Möglichkeit der lizenzfreien Verwendung des Instruments. Der Grad der Bekanntheit



bzw. der bereits vorliegenden Implementierung in der deutschen psychiatrischen Versorgung ist – sofern dies ermittelbar ist – ein ebenfalls zu berücksichtigendes Kriterium.

### **Messinstrumente zur Fremdbeurteilung oder Selbstbeurteilung**

Grundsätzlich können im Rahmen der Ergebnismessung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Instrumente zur Fremd- und Selbstbeurteilung angewendet werden. Bestimmte Informationen zur Ergebnisqualität, wie beispielsweise die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten, können nur mittels Selbstbeurteilung erfasst werden. Fremdbeurteilungsinstrumente hingegen können auch Informationen über den Erkrankungsgrad der Patientinnen und Patienten liefern, wenn diese selbst aufgrund einer zu großen Beeinträchtigung durch die Symptomatik oder aufgrund einer eingeschränkten Kognition hierzu nicht in der Lage sind (Andreas 2005, Hunter et al. 2009, Andreas 2010). Trotz zunehmender Akzeptanz von Patient-Reported Outcome Measures bestehen gerade bei Patientinnen und Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, gewisse Einschränkungen angesichts der häufig reduzierten Krankheitseinsicht (Hunter et al. 2009). Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ist eine vollständige Erhebung des Patientenstatus nur anhand der QS-Dokumentation durch die behandelnden Leistungserbringer gewährleistet. Zudem ist es aufgrund des im Rahmen dieses Auftrags adressierten Patientenkollektivs sinnvoll, die Fremdbeurteilung zugrunde zu legen. Die Fremdbeurteilung durch die Behandlerinnen und Behandler basiert stets auf einem eingehenden ärztlichen Gespräch mit den Patientinnen und Patienten.

## **9.2 Ergebnisse der Recherche nach Messinstrumenten**

### **Ergebnisse der Literaturrecherche**

In der orientierenden Recherche der umfangreichen Handsuche konnten in den ausgewählten Dokumenten 57 Messinstrumente identifiziert werden.

In den Studien der fokussierten Literaturrecherche zu den einzelnen Qualitätsaspekten wurde der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) zur Erfassung der positiven und negativen Symptome am häufigsten verwendet, auch der Global Assessment of Functioning (GAF) und der BPRS wurden oft beschrieben, ebenso der Clinical Global Impression Scale (CGI). Etwas seltener kam der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) sowie die Personal and Social Performance Scale (PSP) zur Messung der persönlichen und sozialen Leistungsfähigkeit zur Anwendung (siehe Tabelle 32).

In der Tabelle im Anhang A.7 finden sich die Messinstrumente unter Berücksichtigung der Kriterien für Messinstrumente innerhalb der Qualitätssicherung aufgeführt, die am häufigsten in den vorliegenden Studien und Indikatoren verwendet werden.

Tabelle 32: Auswahl der häufigsten recherchierten Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus

Instrument	Art	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	generisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung der Symptomschwere</li> <li>▪ 18 Items</li> <li>▪ Dauer: 20–30 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Übersetzung (Weyer et al. 2015)</li> <li>▪ Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen</li> </ul>	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, aber: lizenzpflichtig
CGI (Clinical Global Impression Scale)	generisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung der Symptomschwere (CGI-S)</li> <li>▪ 3 Items</li> <li>▪ Dauer: 1 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Übersetzung (Weyer et al. 2015)</li> <li>▪ Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen</li> </ul>	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, insbesondere eingesetzt zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychopharmaka
GAF (Global Assessment of Functioning)	generisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beurteilung des allgemeinen und psychosozialen Funktionsniveaus</li> <li>▪ 1 Item</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Übersetzung (Saß et al. 2003)</li> <li>▪ Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden</li> </ul>	nein	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, Teil der Basisdokumentation (BADO)
HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)	generisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhalten, impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit</li> <li>▪ 12 Items</li> <li>▪ Dauer: 5–10 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Übersetzung (Andreas et al. 2007)</li> <li>▪ Validierung der deutschen Fassung (Andreas et al. 2010b)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nein</li> <li>▪ Rücksprache mit Autorinnen und Autoren erfolgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verpflichtend für die QS in der Schweiz</li> <li>▪ Basisdokumentation in England und Australien</li> <li>▪ Teil der „balanced score-card“ in Neuseeland</li> </ul>
PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)	diagnosespezifisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung der Symptomschwere</li> <li>▪ 30 Items</li> <li>▪ Dauer: 40–50 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Originalquelle für die deutsche Übersetzung nicht identifizierbar</li> <li>▪ Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ MHS</li> </ul>	sehr häufig verwendet in Studien, aber: lizenzpflichtig

Instrument	Art	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
PSP (Personal and Social Performance Scale)	diagnose-spezifisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung des psychosozialen Funktionsniveaus</li> <li>▪ 4 Items</li> <li>▪ Dauer: ca. 10 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Übersetzung (Schaub und Juckel 2011)</li> <li>▪ Validierung (Schaub und Juckel 2011)</li> </ul>	ja	verwendet in Studien, aber: lizenzpflichtig

Die konkrete Recherche nach deutschsprachigen Messinstrumenten getrennt nach den beiden Qualitätsaspekten zur Symptomlast und/oder des psychosozialen Funktionsniveaus ergab nach dem Abstract-Screening für Symptomlast keinen und für psychosoziales Funktionsniveau zwei geeignete Artikel, die ein validiertes deutschsprachiges Messinstrument, den PSP, zum Inhalt hatten.

Die Ergebnisse der aktualisierten Recherche nach Qualitätsaspekt-spezifischen Indikatoren wurden zudem daraufhin durchgesehen, ob bereits Indikatoren zur Darstellung von Ergebnisqualität mittels eines standardisierten Messinstruments operationalisiert worden waren. Hierbei wurde deutlich, dass bereits nationale, sowie internationale Qualitätsindikatoren bestehen, die die Symptomlast oder das psychosoziale Funktionsniveau mittels eines standardisierten Messinstruments erfassen. Es wurden 11 Qualitätsindikatoren identifiziert, die die Symptomlast anhand eines standardisierten Messinstruments messen und 21 Qualitätsindikatoren, die die psychosoziale Funktion messen. Eine Übersicht über die in der Recherche erfassten verwendeten Messinstrumente in Qualitätsindikatoren findet sich im Anhang A.7 und stellt ein Zwischenergebnis im Filterprozess der Gesamtrecherche nach Qualitätsindikatoren für den Qualitätsindikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)“ dar.

### **9.3 Ergebnis der kriteriengestützten Auswahl der Messinstrumente**

Das Vorgehen zur Auswahl eines für die Zwecke des QS-Verfahrens *Schizophrenie* geeigneten Messinstruments ist in Abschnitt 4.8 des vorliegenden Berichts beschrieben. Durch den mehrstufigen Selektionsprozess, in dem die im Abschnitt 4.8.2 genannten Kriterien angewendet wurden, reduzierte sich die Anzahl auf zunächst 6 Messinstrumente (Tabelle 32). Beispielsweise wurde das Ein-Item-Instrument Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) nicht berücksichtigt, da es das psychosoziale Funktionsniveau nicht umfassend, sondern nur anhand von einigen Teilaspekten bewertet. Für diese Instrumente, die geeignet sind, die Symptomschwere und/oder das psychosoziale Funktionsniveau bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zu erheben, liegen deutsche Fassungen vor. Allerdings müssen weitere Kriterien erfüllt sein, um für eine Anwendung in einem QS-Verfahren in Betracht zu kommen. Dazu gehört, dass der Aufwand für den Einsatz in der realen Versorgung in Deutschland vertretbar sein muss und dass das einzusetzende Instrument bekannt und idealerweise bereits teilweise etabliert ist. Das Kriterium der Lizenzfreiheit stellte eine große Hürde dar und reduzierte die kleine Auswahl auf die beiden Instrumente GAF und HoNOS. Die beiden in der engeren Auswahl stehenden Instrumente werden nachfolgend kurz beschrieben.

#### **GAF (Global Assessment of Functioning)**

Der GAF ist ein generisches Erfassungsinstrument zur Beurteilung des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus. Es umfasst das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau in einem einzigen Item zum aktuellen Zeitpunkt. Die Einstufung erfolgt in 10er-Schritten und wird zwischen 1 und 100 % angegeben. Der GAF ist geeignet für die Prä-post-Messung oder für die Stuserhebung. Der GAF wurde von der American Psychiatric Association (APA) zur Erfassung der Achse V im Rahmen der DSM-IV zur „Gesamtbeurteilung auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit“ entwickelt (Saß et al. 2003). Inzwischen

ist der GAF nicht mehr Bestandteil des DSM-IV, da eine Trennung nach Symptomen, Suizidalität und Aspekten von Behinderung damit nicht möglich ist (Falkai und Wittchen 2015: 23).

### HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Der HoNOS ist ein im psychiatrischen Bereich generisches, d. h. nicht diagnosespezifisches Instrument zur Erfassung der Symptomschwere sowie des psychosozialen Funktionsniveaus. Der HoNOS wurde 1993 in England vom Department of Health zur Messung der Gesundheit und des sozialen Funktionsniveaus bei schwer psychisch erkrankten Menschen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 7 bzw. 14 Tage zugrunde gelegt.

Der HoNOS ist Bestandteil des Minimum Data Set for Mental Health in Großbritannien ebenso wie in Australien und Neuseeland. Die Schweiz (ANQ 2012) setzt den HoNOS regelhaft für nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie ein.

Die deutsche Übersetzung (HoNOS-D) und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften der deutschen Fassung wurden von Andreas et al. (2010b) und Andreas et al. (2007) vorgenommen. Die beiden zur Auswahl stehenden Messinstrumente – GAF und HoNOS-D – sind in der folgenden Tabelle 33 hinsichtlich der zu prüfenden Eigenschaften für die Nutzung in der gesetzlichen Qualitätssicherung einander gegenübergestellt.

Tabelle 33: Erfüllung der QS-Kriterien

Kriterien	GAF	HoNOS-D
<b>deutsche Fassung (psychometrisch evaluiert oder validiert und reliabel)</b>	gegeben	gegeben
<b>Praktikabilität (akzeptables Maß an missings und Aufwand)</b>	gegeben Dauer: 1 Min.	gegeben Dauer: 5–10 Min.
<b>Lizenzfreiheit bzw. Zustimmung der Autorinnen und Autoren</b>	liegt vor	liegt vor
<b>Etablierungsgrad: zumindest teilweise in der deutschen Versorgung (z. B. als Teil der Basisdokumentation)</b>	gegeben (in IV-Modellen, Arztnetzen, Kliniken)	gegeben (in IV-Modellen)
<b>Etablierung in Indikatoren zur Messung von Outcomes in der Psychiatrie</b>	gegeben (z. B. in Norwegen)	gegeben (z. B. in Australien, Neuseeland, Schweiz, Kanada, Italien, Dänemark)
<b>sensitiv für Veränderungsmessung</b>	fraglich gegeben	gegeben

Kriterien	GAF	HoNOS-D
<b>Einsetzbarkeit im stationären Setting</b>	gegeben	gegeben
<b>Einsetzbarkeit im ambulanten Setting</b>	gegeben (KBV 2017b)	gegeben (Egger et al. 2015)
<b>Abbildbarkeit des Qualitätsaspekts Messung der Symptomlast</b>	nicht gegeben	gegeben
<b>Abbildbarkeit des Qualitätsaspekts des psychosozialen Funktionsniveaus</b>	gegeben, aber keine differenzierte Abbildung des Schweregrades möglich	gegeben
<b>Verwendbarkeit auf der Fallebene</b>	sensitiv für Veränderungsmessung	sensitiv für Veränderungsmessung
<b>Verwendbarkeit auf der Systemebene</b>	zusammengefasste Aussage in einem Gesamtwert ohne differenzierte Betrachtung von relevanten Teilaspekten	zusammengefasste Aussage zu Items = relevante Problemfelder bei psychisch schwer erkrankten Menschen

Sowohl der GAF als auch der HoNOS erfüllen eine Reihe von Kriterien gleichermaßen. Jedoch ist der HoNOS dem GAF insbesondere in der Hinsicht überlegen, dass er nicht nur in anderen Gesundheitssystemen zur Outcome-Messung etabliert ist, sondern Werte für die Indikatoren beider Qualitätsaspekte („Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“) liefert, sodass nur einmal jährlich eine Messung und die entsprechende Dokumentation erfolgen müsste. Der GAF bildet nur den Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ ab, sodass für die Symptomlast ein zusätzliches Instrument implementiert werden müsste, um diesen wesentlichen Qualitätsaspekt mit einem Ergebnisindikator zu adressieren. Beide Instrumente sind generisch. Dennoch werden sie zur Erfassung des Schweregrads der Erkrankung für unterschiedliche Diagnosen eingesetzt. Der HoNOS-D wird in Studien am häufigsten bei Patientinnen und Patienten mit einer F1- und F2-Diagnose eingesetzt, sodass es für diese Diagnosegruppen gute Belege für eine differenzierte Erfassung des Schweregrads der Erkrankung gibt (Andreas 2005, Müller et al. 2016b).

## 9.4 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

### Allgemeine Informationen zum HoNOS-D

Das britische Gesundheitsministerium formulierte 1993 auf nationaler Ebene Gesundheitsziele, zu denen auch die signifikante Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Funktionsfähigkeit von psychisch erkrankten Menschen zählte (Wing et al. 1998). In diesem Kontext wurde der HoNOS entwickelt, um in Großbritannien ebendies bei vorwiegend schwer psychisch erkrankten Menschen in der klinischen Versorgung auf individueller Ebene zu erfassen und die Ergebnisse auf nationaler Ebene im Sinne einer Zielerreichung zu verwenden (Wing et al. 1998). Leitend für

die Entwicklung des Messinstruments war, dass in möglichst wenigen Minuten die häufigen klinischen Probleme und das soziale Funktionieren bei gleichzeitig ausreichender Veränderungssensitivität erfasst werden können, um es aufwandsarm in der klinischen Routine einsetzen zu können (Pirkis et al. 2005).

Der HoNOS besteht aus 12 Items, die vier Subskalen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – zugeordnet werden (Andreas 2005, dort auch Fragebogen und Glossar zum HoNOS):

1. Item: Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
2. Item: Absichtliche Selbstverletzung
3. Item: Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum
4. Item: Kognitive Probleme
5. Item: Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
6. Item: Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen
7. Item: Gedrückte Stimmung
8. Item: Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
9. Item: Probleme mit Beziehungen
10. Item: Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
11. Item: Probleme durch die Wohnbedingungen
12. Item: Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

Die Bewertung erfolgt je Item auf einer 5-stufigen Likert-Skala:

0 = kein Problem

1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf

2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden

3 = eher schweres Problem

4 = schweres bis sehr schweres Problem

### **Schulungen zur Nutzung des HoNOS-D**

Um eine größtmögliche Reliabilität der Fremdbewertung anhand des HoNOS-D zu erzielen, wird grundsätzlich empfohlen, Schulungen und Refresher-Trainings der behandelnden Ärztinnen und Ärzte durchzuführen (Andreas et al. 2010a, Delaffon et al. 2012, Bebbington et al. 1999, Hunter et al. 2009). Diese Trainings sind beispielsweise bisher in Form von 3-stündigen Präsenzschulungen in Deutschland und Australien durchgeführt worden. Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung wären auch andere Formate denkbar, beispielsweise videobasierte Trainings, um die Bewertung entsprechend den Ausfüllhinweisen / des Glossars zu erlernen. Die vorangehende Erläuterung der Items, welche im Wesentlichen (Item 1–8) der angewandten psychopathologischen Befundung entsprechen und auch mit der AMDP-Skala korrelieren (Theodoridou et al. 2011), könnte schriftlich oder auch als Podcasts angeboten werden. Für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wäre ein Schulungskonzept noch zu erstellen und sollte als E-Learning-Modul konzipiert werden. Der Schulungsaufwand sollte als Initialschulung wenige Stunden, die auch in kürzere Einheiten aufteilbar sein sollten, nicht überschreiten. Sofern die Schulungen online

angeboten werden würden, wären die Schulungen zu jeder Zeit individuell durchführbar und sollten somit ohne komplexe Terminplanungen wie bei Vor-Ort-Schulungen möglich sein.

### **Psychometrische Eigenschaften des HoNOS-D**

Die Darstellung der psychometrischen Eigenschaften des HoNOS-D im vorliegenden Bericht basiert auf einer Auswahl an recherchierten Studien mit dem Schwerpunkt auf Untersuchungen zum deutschsprachigen HoNOS, da im Rahmen der Entwicklung dieses QS-Verfahrens eine systematische Aufarbeitung des Messinstruments (systematische Recherche sowie Bewertung der einzelnen Studien) nicht möglich war.

#### **Validität**

In mehreren Studien konnten „signifikant mittlere Zusammenhänge zu anderen fremdeingeschätzten Instrumenten“ (Andreas 2010: 18) der englischsprachigen Version des HoNOS aufgezeigt werden. Die Validität des HoNOS-D erscheint in der internationalen Literatur gut belegt (Pirkis et al. 2005, Andreas et al. 2010b, Theodoridou et al. 2011, Egger et al. 2015, Browne et al. 2000, Brooks 2000). Die deutsche Validierungsstudie wurde unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung durchgeführt, der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose lag bei 5,4 % (Andreas 2005).

#### **Reliabilität**

Zur Messung der Interrater-Reliabilität des HoNOS-D liegen mehrere Untersuchungen vor. Mehrheitlich wird eine zufriedenstellende Interrater-Übereinstimmung aufgezeigt, wobei es mehrere Items gibt, die über verschiedene Untersuchungen hinweg schlechte bis keine Übereinstimmungen aufweisen (Andreas et al. 2007, Brooks 2000, Pirkis et al. 2005, Trauer et al. 1999). Ein Review zur Bewertung von Fremdbeurteilungsinstrumenten attestiert dem HoNOS bei der inneren Konsistenz moderate bis hohe Werte (Cronbach's alpha 0,59 bis 0,76) und bei der Interrater-Reliabilität ebenfalls gute bis moderate Werte, wobei die Items 9, 11 und 12 aber weniger gut abschneiden (Burgess et al. 2006).

Bei Andreas et al. (2007) zeigen sich Hinweise auf eine vorhandene, wenngleich moderate Test-Retest-Korrelation des HoNOS-D. Bei der Test-Retest-Reliabilität werden sowohl gute bis moderate als auch gute bis sehr gute Reliabilitätsscores angegeben (Burgess et al. 2006). Bei einzelnen Items zeigen sich geringe bis keine Korrelationen (Delaffon et al. 2012).

Die Sensitivität des HoNOS für Veränderungen ist mehrfach, vor allem im stationären Setting, im deutschsprachigen Raum und in internationalen Studien untersucht und belegt worden (Brooks 2000, Theodoridou et al. 2011, Egger et al. 2015, Andreas et al. 2010b, Wing et al. 1998, Lovaglio und Monzani 2011). Auch Pirkis et al. (2005) betrachten die Sensitivität für Veränderung und die Praktikabilität als „adäquat“.



## 9.5 Verwendung des HoNOS-D zur Abbildung der Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ (siehe Indikatorenset) wird das Messinstrument HoNOS-D zugrunde gelegt. Die Erhebung soll sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor stattfinden. Formal wurden die Indikatoren in einen Prozessindikator (stationär/ambulant) auf Leistungserbringerebene und einen Ergebnisindikator auf Systemebene gesplittet, sodass in der Auswertung unterschieden werden kann, zwischen dem Grad der Implementierung der Messung und dem eigentlichen Status der Patientinnen und Patienten, um Aussagen über die populationsbezogene Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau treffen zu können. Da der HoNOS-D mit der Erhebung seiner 12 Items beide Qualitätsaspekte abdeckt, können durch eine Messung und Dokumentation alle 4 Indikatoren auf einmal abgedeckt werden.

### Prozessindikator auf Leistungserbringerebene

Eine Einzelergebnisbetrachtung ist für den einzelnen Leistungserbringer auf der individuellen Fallebene im zeitlichen Verlauf (hier mindestens einmal jährlich im ambulanten Setting) sinnvoll. So kann der aktuelle Status der individuellen Anpassung von Therapiezielen und der Behandlungsplanung dienen. Darum soll auch auf Fallebene geprüft werden, ob eine umfangreiche systematische Stuserhebung der Patientinnen und Patienten erfolgt ist. Dies wird der einzelnen Ärztin oder dem einzelnen Arzt bzw. der einzelnen Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen zurückgespiegelt. Anhand dieses Indikators können möglicherweise vorhandene Implementierungshürden identifiziert werden.

Bei der ambulanten QS-Auslösung für die Erhebung des Status anhand des Messinstruments wird kein definierter Erhebungszeitpunkt innerhalb des Erfassungsjahres vorgegeben. Für spätere Prüfungen der Varianzeinflüsse und der internen Konsistenz wird jedoch auch das Durchführungsdatum in der Qualitätssicherung mitdokumentiert. Sollte nach QS-Auslösung innerhalb des Erfassungsjahres bis zum 28. Februar des Folgejahres kein Patientenkontakt mehr zustande gekommen sein, bei dem die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau anhand des HoNOS hätten erhoben werden können, so ist dies in der Dokumentation entsprechend anzugeben.

Da einem Leistungserbringer die Verantwortung für das Ergebnis der Stuserhebung aufgrund der vielen Einflussfaktoren und der häufig von verschiedenen Professionen durchgeführten Behandlungen nicht individuell zuzuschreiben ist, kann der HoNOS-Indikator auf Fallebene nur ein Prozessindikator sein, der misst, wie weit die Implementierung dieser strukturierten Erhebung vollzogen ist. Eine Verlaufsbeurteilung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus ist nur patientenbezogen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt über die Zeit sinnvoll möglich. Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt kann den Zeitpunkt der Stuserhebung und auch die Frequenz über eine jährliche Erhebung hinaus selber wählen und die jeweiligen Ergebnisse in die individuelle Behandlungsplanung einbeziehen (im Sinne einer Qualitätsförderung).

### **Ergebnisindikator auf Systemebene**

Zusätzlich sollen die Informationen der Stuserhebung mittels des HoNOS-D genutzt werden, indem die Ergebnisse auf Einzelitemebene gepoolt, statistisch beschrieben und als Systemqualität auf Länderebene dargestellt werden (siehe Kapitel 8). Beim HoNOS-Systemindikator handelt es sich um eine Querschnittserhebung aller in das Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten als Surrogat für die System(ergebnis)qualität; der Status beschreibt den durchschnittlichen Gesundheitszustand aller eingeschlossenen Patientinnen und Patienten und gilt hier als indirektes Maß der Ergebnisqualität der Versorgung insbesondere im Jahresvergleich. Der Indikator stellt keine Überprüfung des individuellen Behandlungsverlaufs dar.

Eine kurzfristige Zweipunktmessung im stationären Kontext entzieht sich einer Bewertung durch die gesetzliche Qualitätssicherung. Eine individuelle Überprüfung des Behandlungsverlaufs im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ist nicht sinnvoll, da Patientinnen und Patienten ggf. nicht so lange in stationärer Behandlung sind, bis die medikamentöse Behandlung voll wirksam ist. Somit können keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität gezogen werden. Zudem fehlt es derzeit an ausgereiften Risikoadjustierungsmodellen, die aber zwingend geboten sind für einen Vergleich der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene. Das IQTIG hat diese Qualitätsindikatoren daher als Systemindikatoren konzipiert, für die keine Risikoadjustierung erforderlich ist (es werden das gesamte Bundeskollektiv oder große Länderkollektive betrachtet, es werden keine Auffälligkeit anhand von Referenzbereichen festgestellt).

### **Messzeitpunkte**

Da es sich bei der Schizophrenie um eine chronische Erkrankung mit individuellem heterogenen und phasenhaften Verlauf handelt, ist es nicht möglich, einen einzelnen Zeitpunkt für eine Stuserhebung festzulegen. Auch die Auslösung der QS-Dokumentation erfolgt zu völlig unterschiedlichen Zeitpunkten im individuellen Krankheitsverlauf. Dies unterscheidet die gesetzliche Qualitätssicherung von Therapiestudien, die weniger auf kleine homogene Patientengruppen als auf das Gesamtkollektiv aller versorgten Patientinnen und Patienten fokussiert. Insbesondere in der ambulanten Versorgung ist derzeit nicht bestimmbar, in welcher Krankheitsphase sich die jeweilige Patientin oder der jeweilige Patient befindet. Da die fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich erst nach Abrechnung in mindestens zwei Quartalen innerhalb eines Erfassungsjahres ausgelöst wird, ist der HoNOS-D für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung frühestens nach dem zweiten Quartal dokumentationspflichtig. Die Erhebungen werden kalendarisch betrachtet in die zweite Jahreshälfte fallen und zufällig verteilt zu verschiedenen Zeitpunkten bezogen auf die verschiedenen Krankheitsphasen erfolgen. Im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wird zurzeit diskutiert, eine ICD-Klassifikation der Krankheitsphase analog zum ICD-10-WHO in Deutschland einzuführen, wie sie auch im ICD-11-GM vorgesehen ist. Damit könnte eine quartalsweise Zuordnung zu bestimmten Krankheitsphasen möglich werden, die dann in der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens und insbesondere der Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau genutzt werden kann. Hierfür ist jedoch eine allgemein handhabbare, wissenschaftliche Abgrenzung der Krankheitsphasen bzw. der ihrer Residuen notwendig, die erst noch durch die Fachgesellschaften geleistet werden sollte.

### Aussagen anhand des HoNOS-D

Messungen anhand des HoNOS-D visualisieren Belastungen und Funktionalitäten in unterschiedlichen Bereichen, die in der Versorgungsplanung auf Systemebene, aber auch in der individuellen Therapieplanung durch den Leistungserbringer (Feedback schon zum Zeitpunkt der individuellen Messung durch den Leistungserbringer) Berücksichtigung finden sollten. Stuserhebungen über die Zeit können Veränderungen leichter fassbar machen und die Anpassung der Therapieziele in der klinischen Behandlung ggf. unterstützen. Zu beachten ist, dass sich hinter gleichbleibenden Gesamtscores Veränderungen in verschiedenen Bereichen verbergen können, d. h., relevante klinische Veränderungen in einem Bereich können durch Kompensationen in anderen Bereichen kaschiert werden (Delaffon et al. 2012: 175). In der klinischen Routine ist dies zu berücksichtigen, denn Veränderungen in einem Bereich, beispielsweise Depression, erfordern andere therapeutische Maßnahmen als Veränderungen beispielsweise im Bereich Kognition oder Wohnsituation. Die meisten Autorinnen und Autoren raten daher auch aus methodischen bzw. psychometrischen Gründen von der Verwendung des Gesamtscores sowie der Betrachtung der Subskalen ab und empfehlen die Betrachtung auf Einzelitemebene (Andreas et al. 2007, Lovaglio und Monzani 2011). Das IQTIG schließt sich dieser Einschätzung im Konsens mit dem Expertengremium an.

### Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Im Zusammenhang mit der Einführung eines standardisierten Messinstruments in der gesetzlichen Qualitätssicherung ist zunächst auf den erforderlichen Implementierungsaufwand hinzuweisen. So wird in der Literatur eine Schulung zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität empfohlen (Andreas et al. 2010a), wie sie beispielsweise in Australien, wo bereits mehr als 12.000 Ärztinnen und Ärzte ein Training zur Outcome-Messung erhalten haben, durchgeführt wird (Australian Government, Department of Health 2013).

Darüber hinaus entsteht einmal jährlich bei jedem Leistungserbringer, der im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert wird, der entsprechende Mess- und Dokumentationsaufwand (siehe Tabelle 34). Dieser wird in der Bürokratiekostenbewertung des G-BA ausgewiesen und im Rahmen der QS-Vergütung berücksichtigt werden.

Tabelle 34: Geschätzter Zeitaufwand für die Bearbeitung des HoNOS je Leistungserbringer pro Jahr

Leistungs- erbringer	Anzahl Leistungs- erbringer	mittlere Fallzahl je Leistungs- erbringer	Zeitaufwand pro Jahr bei durchschnittlicher Bearbeitungszeit von 5 Min.	Zeitaufwand pro Jahr bei durchschnittlicher Bearbeitungszeit von 10 Min.
FG 51/58	2.775	60	5 Std.	10 Std.
PIA	388	167	ca. 14 Std.	knapp 28 Std.
Krankenhäusern	396	132	11 Std.	22 Std.

Mit der Einführung einer regelhaften standardisierten Messung soll eine Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten erreicht werden. Eine Recherche nach Untersuchungen, die z. B. in einer randomisierten kontrollierten Studie einen direkten kausalen Zusammenhang für eine Verbesserung der Behandlungs- oder Systemqualität – beispielsweise gemessen an der Lebensqualität oder an der Zahl flankierender Maßnahmen in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen – darstellen, konnte im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur grob orientierend erfolgen und brachte kein Ergebnis. Dennoch gibt es Hinweise, beispielsweise aus Kliniken, die konzerninterne Vergleiche anhand von Outcome-Messungen durchführen, die eine Verbesserung der Behandlungsqualität beschreiben. Es wird die Aufgabe der Begleitevaluation sein, einen solchen Nachweis aufzuzeigen. Allerdings sind ohne die Reflexion der Behandlungsergebnisse keine Verbesserungen möglich. Für die Systemebene bedeutet das, dass ohne eine solche Reflexion der Behandlungsergebnisse auch kein Handlungsbedarf auf Systemebene identifiziert und keine entsprechende Aktivität ausgelöst werden kann.

Psychometrische Instrumente werden bereits standardmäßig in der deutschen Versorgung eingesetzt, um Bedarfe für besonders schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zu ermitteln. Dies geschieht z. B. regelmäßig vor Aufnahme von Patientinnen und Patienten in Modelle der Integrierten Versorgung (z. B. Hamburger Modell Lambert et al. 2010), aber auch in Arztnetzen (PIBB [kein Datum]) oder Kliniken (Belling und Bender 2016). Auch werden Messinstrumente routinemäßig und regelmäßig eingesetzt, um Behandlungsergebnisse zu evaluieren, den Erkrankungsverlauf zu dokumentieren sowie Behandlungsentscheidungen zu treffen und teilweise um klinikinterne Vergleiche im Sinne eines Benchmarking durchzuführen. Zudem werden Messinstrumente schon in der Regelversorgung eingesetzt, um beispielsweise zu prüfen, ob eine Indikation für eine Therapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung besteht. Diese Messinstrumente werden jedoch nirgends zu einer vergleichenden Leistungserbringerbewertung eingesetzt, da keine geeigneten Risikoadjustierungsmodelle vorliegen.

Messinstrumente werden auch international zur routinemäßigen Erfassung von Outcomes bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eingesetzt, um die gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten abzubilden und zu erfassen, ob nationale Gesundheitsziele (Systemebene) in der psychiatrischen Versorgung erreicht werden (z. B. in Großbritannien, Australien (Pirkis et al. 2005), Neuseeland (Coop 2006)).

Die Schweiz verwendet standardisierte Messinstrumente bereits seit 2012 in Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen ihrer gesetzlichen Qualitätssicherung (ANQ 2017).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass der Ansatz, standardisierte Messinstrumente zur Abbildung von System- und Ergebnisqualität in der psychiatrischen Versorgung einzusetzen und sie bei der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren zu implementieren, national und international verfolgt wird. Insbesondere der HoNOS wird in den erwähnten Ländern systematisch zur Qualitätssicherung eingesetzt.

## 9.6 Diskussion des Expertengremiums

Die Frage, ob und welches Messinstrument im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland empfohlen werden kann, wurde intensiv von den Mitgliedern des Expertengremiums im Rahmen des 4. Treffens vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Kenntnisse diskutiert. Es besteht Konsens darüber, dass die Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels eines standardisierten Messinstruments erfolgen soll. Ein weiteres Ergebnis der Diskussion ist, dass der damit für die Leistungserbringer verbundene Aufwand – inklusive einer Schulung zur korrekten Anwendung – allen Expertinnen und Experten gerechtfertigt erscheint. Gleichzeitig sprachen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, dass der entstehende Aufwand für eine Schulung der Ärztinnen und Ärzte und die Verwendung des Messinstruments selbst in der praktischen Tätigkeit gut an die Leistungserbringer kommuniziert werden muss, um Implementierungshürden möglichst gering zu halten. Ebenfalls sollte nach Einschätzung der Expertinnen und Experten ein Zeitraum für die sanktionsfreie Implementierung eingeplant werden, da einzelne klinikinterne oder ambulante Qualitätsprojekte zeigten, dass dies notwendig ist. Zudem empfehlen die Expertinnen und Experten im Hinblick auf eine flächendeckende Implementierung eine angemessene Vergütung sowohl für den Aufwand der Messung selbst als auch für den Schulungsaufwand.

Die Kriterien der konkreten Anforderungen an ein Messinstrument in der gesetzlichen Qualitätssicherung waren für die Expertinnen und Experten nachvollziehbar.

Die Expertinnen und Experten tauschten auch ihre konkreten Erfahrungen hinsichtlich des Einsatzes von einzelnen Messinstrumenten aus. Eine klinische Erfahrung war, dass die Beurteilungen eines Messinstruments berufsgruppenspezifisch unterschiedlich ausfielen, obwohl die Trainings gemeinsam stattgefunden hatten und die Einschätzungen der Ausprägungen untereinander ausgetauscht worden waren. Ebenso wurde von der Erfahrung im Zusammenhang mit einer in Deutschland durchgeführten Studie berichtet, dass die untersuchenden Personen sich bei ihrer Einschätzung von ihren Messergebnissen bei der Eingangsuntersuchung nicht freimachen konnten. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Erfahrungen der Expertinnen und Experten herrschte Einigkeit darüber, dass eine Schulung Voraussetzung dafür sei, dass die Ergebnismessung anhand eines Instruments für die klinische Therapieplanung valide eingesetzt werde. Es wurde auch über die psychometrischen Eigenschaften des HoNOS und des GAF diskutiert. Die Intrarater-Reliabilität beim GAF und die Interrater-Reliabilität beim HoNOS wurden ebenso diskutiert wie die Validität des Gesamtscores des HoNOS. Kritisch wurde die unspezifische Erfassung von Symptomen (Positiv-/Negativsymptomatik) im HoNOS angemerkt, was aber mehr auf den GAF zutrefte. Einige Expertinnen und Experten vertraten auch die Auffassung, dass in einem QS-Verfahren, das ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Schizophrenieerkrankungen adressiere, ein Messinstrument zugrunde gelegt werden sollte, das die erkrankungsspezifischen Symptome differenzierter abbilde. Andere Expertinnen und Experten teilten diese Kritik nicht, verwiesen im Gegenteil darauf, dass ein generisches Instrument auch einrichtungsintern bei anderen psychiatrischen Patientinnen und Patienten eingesetzt werden könne und dadurch möglicherweise eine qualitätsfördernde Komponente entwickeln könne, die über Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung hinausgehe.

Des Weiteren haben die Expertinnen und Experten auf die Gefahren von möglichen Fehlinterpretationen bei der Betrachtung von Messergebnissen hingewiesen. Die Interpretation der Systemergebnisse und der daraus abzuleitende Handlungsbedarf sollten daher immer von Expertengremien begleitet werden. Auch wurden Bedenken geäußert, dass die durch ein Messinstrument erhobenen Daten für andere Zwecke als die der gesetzlichen Qualitätssicherung genutzt werden könnten, für die die Instrumente zum einen methodisch nicht entwickelt worden seien und die zum anderen nicht auf die Verbesserung der Versorgung zielten.

Der Ansatz, den von den Ärztinnen und Ärzten erhobenen umfänglichen Patientenstatus zu einem Systemergebnis zusammenzufassen, wurde sehr begrüßt. Eine Betrachtung von Ergebnissen auf Fallebene sei nur für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aussagefähig und erfordere dann keine Risikoadjustierung. Eine auf Einzelitemebene aggregierte Betrachtung mit regionalem Bezug könnte sehr wohl wertvolle Informationen liefern – zum Beispiel darüber, welche Versorgungsbedarfe im System bestehen und welche Auswirkungen in der Folge die breite Einführung therapeutischer Maßnahmen und Versorgungsformen auf den Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit von schwer psychisch erkrankten Menschen haben könnten.

Das Kriterium der Lizenzfreiheit hat die Diskussion um die Vor- und Nachteile bestimmter Messinstrumente deutlich eingeschränkt, da so lediglich zwei Instrumente zur Auswahl standen. Diese Einschränkung wurde von den Expertinnen und Experten bedauert.

Die Expertinnen und Experten sprachen sich trotz gewisser Bedenken hinsichtlich des Aufwands sowie der nicht ganz einheitlichen Auffassung zu den psychometrischen Eigenschaften dafür aus, dass es sowohl aus der empirisch-klinischen Erfahrung als auch aus dem Qualitätsbestreben innerhalb der psychiatrischen Profession heraus angemessen erscheint, eine Standardisierung bei der Behandlung und Bewertung der Behandlung durch die Einführung von verpflichtend anzuwendenden Messinstrumenten zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus im Rahmen der Qualitätssicherung vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass allen Expertinnen und Experten die Verwendung eines standardisierten Messinstruments zur Abbildung der beiden wesentlichen Qualitätsaspekte sinnvoll erscheint, sprachen sich die Expertinnen und Experten unter den gegebenen Bedingungen mit großer Mehrheit dafür aus, den HoNOS-D im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zu empfehlen. Darüber hinaus empfahlen die Expertinnen und Experten unbedingt eine begleitende Evaluation während der Implementierung durchzuführen.

## **9.7 Fazit**

Ausgehend von den Qualitätsaspekten zur Symptomlast und dem psychosozialen Funktionsniveau als wesentliche Systemergebnisse der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung wurde gemäß der Beauftragung dieses QS-Verfahrens nach Möglichkeiten zur Abbildung dieser beiden Qualitätsaspekte gesucht. Indikatoren, die diese Aspekte im Rahmen eines QS-Verfahrens für Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen und chronisch verlaufenden Erkrankung abbilden, lassen sich nur operationalisieren, wenn die Ausprägung der Symptome sowie die Funktionalität standardisiert erfasst werden – dies ist derzeit nur mittels standardisierter Messinstrumente möglich.

Vor dem Hintergrund, dass die Empfehlung zur Verwendung eines standardisierten Messinstruments eine Neuerung in der gesetzlichen Qualitätssicherung darstellt, wurde der Beratung durch das Expertengremium und dessen Einschätzung, was die grundsätzlichen Anforderungen sowie den Nutzen und den Aufwand des Einsatzes in der Routineversorgung angeht, besondere Bedeutung beigemessen. In der ausführlichen Beratung hierzu ging es auch darum, Hinweise für eine Qualitätsverbesserung in der Versorgungsrealität sichtbar zu machen. Die Ergebnisse dieser Beratungen unterstützen insgesamt die Empfehlung zur Einführung des HoNOS-D in der gesetzlichen Qualitätssicherung.

Eine Bewertung der psychometrischen Eigenschaften wie Validität und Reliabilität sind im Rahmen dieser Entwicklung nicht abschließend möglich, allerdings konnte ein cursorischer Überblick über die Ergebnisse und Diskussion aus der Literatur dargestellt werden.

Das Messinstrument HoNOS stellt die derzeit beste Möglichkeit dar, möglichst viele patientenrelevante Aspekte der Versorgung – mit der Fokussierung auf das psychosoziale Funktionsniveau und die Symptomlast (so wie auch durch den G-BA beauftragt) – zu erfassen und gleichzeitig den Aufwand für die adressierten Leistungserbringer möglichst gering zu halten. Insgesamt betrachtet scheint der HoNOS hinreichend valide und bei entsprechendem Training reliable Bewertungen zu ermöglichen. Die Herausforderung bei der Interrater-Reliabilität besteht darin, dass die Ärztinnen und Ärzte bzw. Raterinnen und Rater die im Glossar definierten Schweregrade für ihre Beurteilung zugrunde legen sollen und dabei nicht auf ihre subjektive Bewertung zurückgreifen. Aus diesem Grund empfiehlt das IQTIG die Durchführung von Schulungen in der Implementierungsphase. Bei der Sensitivität für Veränderungen, die für longitudinale Betrachtungen wesentlich ist, werden dem HoNOS überwiegend gute und zuverlässige Eigenschaften zugesprochen.

Eine Messung der Ergebnisqualität auf Systemebene wird in Ländern mit einem staatlichen Gesundheitssystem mit dem Ziel der Verbesserung der Situation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bereits durchgeführt (Wing et al. 1998, Pirkis et al. 2005, Trauer et al. 1999). In unterschiedlicher Ausprägung und mit verschiedener Zielsetzung werden anhand von Messinstrumenten wie dem HoNOS Versorgungsleistungen und -angebote sowie Versorgungsmodelle evaluiert (Delaffon et al. 2012). Die regelmäßige Erfassung von Behandlungsergebnissen und deren systematische Betrachtung ermöglicht klinischen Teams in Einrichtungen oder Versorgungseinheiten zu überprüfen, ob die Bedarfe der Patientinnen und Patienten entsprechend adressiert werden und ob Interventionen angepasst werden sollten (Hunter et al. 2009). Anhand des HoNOS ist also eine routinemäßige Statuserhebung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zur Unterstützung der Therapieplanung in allen Bereichen der Versorgung möglich, wobei die Stärke des HoNOS in der individuellen Messung im zeitlichen Verlauf liegt (Andreas et al. 2007).

In der Gesamtschau empfiehlt das IQTIG den Einsatz des HoNOS-D zur Erhebung der Qualitätsindikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau.

## 10 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressiert die Einbindung und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft. Jedes Individuum soll dabei entsprechend seiner persönlichen und durch die trotz psychischer Erkrankung gegebenen Möglichkeiten die Teilbereiche des gesellschaftlichen Lebens so ausgestalten können, dass eine möglichst hohe Lebensqualität erreicht wird. Diese Möglichkeiten sind bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig eingeschränkt und in jedem Fall gefährdet. Diese Beeinträchtigung ist in akuten Krankheitsphasen besonders hoch, wirkt aber auch in Remissionsphasen fort (Leung et al. 2008). Die Erhaltung und Steigerung der Teilhabe ist deshalb ein zentrales Ziel der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten. Dabei stehen vor allem komplexe Alltagsbereiche wie soziale Beziehungen, Arbeit und Wohnen im Vordergrund.

Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral für den Lebensunterhalt, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und die eigene Position (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012).

Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sich diese an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht im Anhang E.1). Die Adhärenz zur antipsychotischen Medikation ist bei schizophren erkrankten, obdachlosen Patientinnen und Patienten deutlich vermindert, was zu vermehrten Rückfällen, Krankenhauseinweisungen und Suiziden führt (Novick et al. 2010).

Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressiert im vorliegenden Bericht sowohl eine möglichst geringe Beeinträchtigung dieser als Ergebnis der Versorgung als auch im Sinne der Prozessqualität die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe. Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>25</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe

---

<sup>25</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein.



und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen<sup>26</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, kommt der Teilhabe im QS-Verfahren *Schizophrenie* ein großer Stellenwert zu.

Neben einer möglichen Erfassung der Prozessqualität im Sinne eines Arzt-Patienten-Gesprächs über angemessene, örtlich verfügbare Unterstützungen zur Verbesserung der Teilhabe ist es erforderlich – ähnlich wie bei den Qualitätsaspekten zur Symptomlast und dem psychosozialen Funktionsniveau –, regelhaft den tatsächlichen Status der Einschränkung der Teilhabe im Rahmen eines Ergebnisindikators zu erfassen. Da dieser in besonderer Weise abhängig vom Zusammenwirken verschiedener Akteure, von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher sowie von vorhandenen Strukturen ist, sollte der erhobene Status der Teilhabe aller Patientinnen und Patienten als ein wesentliches Kennzeichen der Systemqualität (Systemergebnis) abgebildet und möglichst im Zusammenhang mit den anderen der System(ergebnis)indikatoren zu den Qualitätsaspekten der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus diskutiert werden.

Im Zwischenbericht erfolgte eine erste vorläufige Zuordnung der Qualitätsaspekte zu möglichen Datenquellen bzw. Erfassungsinstrumenten. An dieser Stelle wurde der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ zunächst ausschließlich der Patientenbefragung zugewiesen, vorbehaltlich einer im Zuge der Entwicklungen zu vertiefenden Prüfung der Zuordnung auf Qualitätsmerkmalsebene und entsprechender Operationalisierungsentwürfe (siehe Zwischenbericht im Anhang E.1).

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten zeigte sich, dass der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ zum einen durch die Erfassung sowohl über eine Patientenbefragung als auch über die Leistungserbringer umfassender und differenzierter abgebildet werden kann. Zum anderen werden auch Patientengruppen erfasst, die durch eine postalische Befragung nicht erreichbar sind, deren Angaben aber für diesen Qualitätsaspekt besonders relevant sind. So ist es beispielsweise bedeutsam, die Teilhabe über die Wohnsituation auch bei Patientinnen und Patienten zu erfassen, die keinen festen Wohnsitz haben und folglich nicht postalisch befragt werden können. Wenn die Förderung der Teilhabe ein in Leitlinien formuliertes Behandlungsziel darstellt, dann ist es erforderlich, dass alle Leistungserbringer den diesbezüglichen Status im Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten erheben. Eine Erfassung über den Leistungserbringer stellte dann keinen wesentlichen zusätzlichen Aufwand dar, hätte aber den Vorteil der vollständigeren Erfassung auch der vulnerablen Patientengruppen.

Das IQTIG empfiehlt daher den Teilhabestatus im Sinne der subjektiv durch die Patientin oder den Patienten wahrgenommenen Einschränkung der Teilhabe als System(ergebnis)qualität fallbezogen beim ambulanten Leistungserbringer zu erfassen. Aufgrund des vom Leistungserbringer im Gespräch mit der Patientin / dem Patienten erhobenen Status bestünde auch hier die Möglichkeit, auf konkrete individuelle Hilfebedarfe mit psychosozialen Interventionen unmittelbar in der Behandlungsplanung bzw. hinsichtlich Unterstützungsangeboten zu reagieren, ohne

---

<sup>26</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG).

auf die jährliche Auswertung warten zu müssen. Dies wäre ein weiterer unmittelbarer Vorteil für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten.

Das Thema der Teilhabe wurde auch im Rahmen des Expertengremiums am 8. September 2017 diskutiert. Die Expertinnen und Experten hielten eine Erfassung vor allem auch der vulnerablen Patientengruppen sowie mindestens die Erfassung der Teilhabedimensionen Wohnen, Arbeit und soziale Integration für absolut notwendig. Es wurde zudem hervorgehoben, dass dabei unbedingt die subjektiv von der Patientin / dem Patienten wahrgenommene Einschränkung der Teilhabedimensionen erfasst werden muss.

Anhand der in Kapitel 4 beschriebenen Methodik lassen sich für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ folgende Merkmale ableiten, die geeignet wären, um die Dimensionen der Teilhabe mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation auf Systemebene zu erfassen. Diese sollen hier bereits kurz angerissen werden:

▪ **Arbeiten/Ausbildung/Beschäftigung:**

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben, an schulischer und beruflicher Ausbildung teilnehmen oder einer anderen strukturierten Beschäftigung nachgehen. Daraus ergibt sich im Rahmen der Versorgung die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten in Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt, während arbeitsplatzvorbereitender Maßnahmen und im Arbeitsleben zu fördern und zu unterstützen (supported employment/education; DGPPN und Falkai 2013, Brown 2012, NCCMH 2014 [2017]).

▪ **Wohnen:**

Ein Wohnumfeld, das die patientenindividuellen Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt, ist ein stabilisierender Faktor, der es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, am sozialen Leben teilzunehmen. Daher sollte die Wohnsituation entsprechend angepasst und die Entscheidung über die Form des Wohnens mit allen beteiligten Leistungserbringern, den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen gemeinsam erfolgen (NCCMH 2011 [2016]-b, DGPPN und Falkai 2013).

▪ **Tagesaktivitäten, soziale Netzwerke, Beziehungen:**

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Diese unterstützt den Genesungsprozess, wodurch auch Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden. Dadurch wird die gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Aufgrunddessen sollen Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten u. ä. routinemäßig erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]).

▪ **Teilhabe als Bestandteil des Behandlungsplans:**

Grundsätzlich soll die Teilhabe in ihren unterschiedlichen Dimensionen, aber insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe an Erwerbsleben und Beschäftigung, regelhaft Teil des Gesamtbehandlungsplans sein (NCCMH 2011 [2016]-b).

Der Teilhabestatus stellt ein integrales Versorgungsergebnis der Bemühungen vieler – auch nicht medizinischer – Beteiligter dar und kann nicht in die überwiegende Verantwortung einer ärztlich-medizinischen Einrichtung gestellt werden. Es erscheint daher sinnvoll diesen Aspekt als System(ergebnis)indikator zu entwickeln. Aufgrund dieser im Laufe des Entwicklungsprozesses gewonnenen Erkenntnisse und nach sorgfältiger Abwägung der Argumente bezogen auf die Messung und Darstellung von Systemqualität wird der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ nun auch zusätzlich dem Erfassungsinstrument fallbezogene QS-Dokumentation zugeordnet, um den Qualitätsaspekt angemessen durch einen System(ergebnis)indikator adressieren zu können.

Ziel der nachträglichen Entwicklung ist es also, die Möglichkeiten der Operationalisierung der zu diesem Aspekt gehörenden Qualitätsmerkmale auszuschöpfen, um dieses hochrelevante Outcome möglichst angemessen adressieren zu können und so das Indikatorenset weiter zu optimieren. Hierfür ist eine enge Abstimmung mit der Entwicklung der Patientenbefragung geplant.

Das IQTIG wird daher vor Beginn der Machbarkeitsprüfung einen entsprechenden Qualitätsindikator „Teilhabe“ als System(ergebnis)indikator entsprechend der in Kapitel 4 beschriebenen Methodik und unter Einbezug des Expertengremiums nachentwickeln und das Indikatorenset diesbezüglich ergänzen.

Der Abschlussbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wird dem G-BA am 22. Dezember 2017 übermittelt. Daran werden sich u. a. intensive Beratungen in der AG Qesü zur konkreten Ausgestaltung der dann ggf. zu beauftragenden Machbarkeitsprüfung anschließen. Nach der Beauftragung erfolgen die Vorbereitung der im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung durchzuführenden Besuche von Leistungserbringern und die Rekrutierung dieser. Das IQTIG wird diese Zeitspanne für die Nachentwicklung des Indikators nutzen und einen entsprechenden Nachbericht zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ bis zum 31. Mai 2018 vorlegen.

# 11 Reflexion des Indikatorensets

## 11.1 Reflexion des Indikatorensets hinsichtlich der Beauftragung

Zentraler Inhalt der Beauftragung ist, das im Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 14. Dezember 2015 vorgeschlagene Indikatorenset hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Adressierung der unterschiedlichen Qualitätsaspekte zu aktualisieren und zu erweitern. Konkret sollte die Überarbeitung des Indikatorensets auf eine stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität einschließlich patientenrelevanter Endpunkte, einer stärkeren Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (z. B. Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationäre Einrichtungen) und der Sektorenübergänge, aber auch hinsichtlich der Anzahl der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen sowie zur Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zielen. Zudem sollen bisher nicht abgebildete Aspekte wie Suizidalität, somatische Komorbiditäten, Psychotherapie, Psychoedukation, multiprofessionelle und aufsuchende Behandlungsangebote sowie Aspekte der Ergebnisqualität aufgegriffen werden.

Wie die tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren in Abschnitt 5.16 zeigt, konnten Indikatoren für die genannten, bisher nicht abgebildeten Aspekte entwickelt werden. Die vorgeschlagenen Indikatoren adressieren Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationäre Einrichtungen gleichermaßen.

Die Pharmakotherapie wird nunmehr stationär durch einen Indikator, ambulant durch zwei Indikatoren abgebildet. Bezüglich der restriktiven Maßnahmen finden sich im Indikatorenset zwei Indikatoren, die auf die Qualität der Durchführung dieser Maßnahmen abstellen.

Mit den im Bericht ausführlich dargestellten Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast mittels des Messinstruments HoNOS konnte erstmals ein Schritt Richtung Erfassung von Outcomes im Sinne von System(ergebnis)qualität gemacht werden.

Die Methodik der Qualitätsindikatorenentwicklung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beinhaltet eine umfassende Berücksichtigung von Evidenz über den gesamten Entwicklungsprozess. Die Ableitung der Merkmale erfolgte ausschließlich auf Basis aggregierter Evidenz, sodass diese immer die Grundlage für die im späteren Set befindlichen Indikatoren waren. Während der Entwicklung vom Qualitätsmerkmal zum QI-Entwurf wurden unterschiedliche Methoden angewandt, um zu gewährleisten, dass die aus aggregierter Evidenz abgeleiteten Merkmale auch im deutschen Versorgungsbereich einen Verbesserungsbedarf aufweisen. Hierbei wurde neben dem Expertengremium auch auf Sozialdaten einer Krankenkasse und sowie eine fokussierte Recherche zurückgegriffen. So wurde das Expertengremium als ein wichtiger Teil im gesamten Prozess der Indikatorenentwicklung berücksichtigt, aber von anderen Wissensressourcen ergänzt, um Ungleichgewichte zu vermeiden (siehe Kapitel 4).

Hinzuweisen ist darauf, dass eine abschließende aussagekräftigere Gesamtschau des Indikatorensets erst bei Vorliegen der Indikatoren des Erfassungsinstruments der Patientenbefragung erfolgen kann. Diese befinden sich derzeit noch in Entwicklung und werden am 15. Dezember 2018 vorliegen. Der Abschlussbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung wird eine Gesamtübersicht aller Qualitätsindikatoren enthalten.

## 11.2 Gesamteinschätzung des Expertengremiums

Im Rahmen des 4. Treffens des Expertengremiums am 8. September 2017 erfolgte durch die Expertinnen und Experten ebenfalls eine Einschätzung zur Gesamtbeurteilung des vorliegenden Indikatorensets hinsichtlich der in den „Methodischen Grundlagen“ festgeschriebenen Kriterien. Diese sind:

- Liegen Überschneidungen zwischen den Indikatoren vor? (Mehrfachbewertungen der gleichen Strukturen/Prozesse/Ergebnisse sind zu vermeiden.)
- Entspricht die Zahl der Indikatoren der Bedeutung des Qualitätsaspekts im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten und deren Zahl an Indikatoren?
- Kann das Indikatorenset als ein ausgewogenes Bündel angesehen werden, dessen Ziele/Anreize miteinander im Gleichklang stehen oder gibt es hierin Widersprüche?
- Handelt es sich um ein in der Erhebung datensparsames, im Aufwand für die Leistungserbringer angemessenes und auf die wichtigsten Verbesserungsbedarfe fokussiertes Indikatorenset?

Das Expertengremium schätzt das Set als insgesamt ausgewogen ein. Hierbei betonen die Expertinnen und Experten vor allem, dass alle Versorgungsbereiche angemessen adressiert sind. Ebenfalls wurde auch das am AQUA-Abschlussbericht (AQUA 2016) kritisierte Ungleichgewicht hinsichtlich der Abbildung restriktiver Maßnahmen aus Sicht der Expertinnen und Experten im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten mit diesem Indikatorenset korrigiert. Des Weiteren wird mit diesem Set erstmals die Ergebnisqualität adressiert. Ebenfalls beurteilen die Expertinnen und Experten es als positiv, dass das Set sektorenübergreifend ist, wobei dies perspektivisch noch stärker berücksichtigt werden könnte. Bei der Gesamtbetrachtung bewerten es die Expertinnen und Experten als gelungen, dass die Ableitung der Indikatoren aus aggregierter Evidenz sehr stringent war und so insgesamt ein Set entstanden ist, welches einen roten Faden über die Sektoren hinweg hat und damit für den Gesamtbehandlungsverlauf dieser chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten stehen kann. Dennoch konnte insgesamt im Vergleich zum vorliegenden Bericht von AQUA (2016) eine deutliche Reduktion der Anzahl von Indikatoren erreicht werden, ohne dass zentrale Inhalte verloren gingen. Hierbei würdigen die Expertinnen und Experten auch, dass mittels der vorgeschlagenen Indikatoren Defizite der Versorgung adressiert werden und auch Vorgaben für die Krankenhäuser, wie beispielsweise bei dem Indikator zur 1:1-Betreuung, vorgeschlagen werden. Für eine umfassende Beurteilung der in den „Methodischen Grundlagen“ geforderten Kriterien empfiehlt das Expertengremium, auch zukünftig zu berücksichtigen, dass hierfür auch vonseiten der Expertinnen und Experten ausreichend Zeit während des Treffens eingeplant werden muss.

Zusammenfassend kommen die Expertinnen und Experten zu dem Schluss, dass ein Set geschaffen wurde, das umfassend ist, Strukturschwächen überwinden kann und im Bereich der Rahmenvorgaben der Qualitätssicherung die für diese Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsaspekte, unter Vermeidung von hohem bürokratischem Aufwand, angemessen adressiert. Zudem sind sie der Ansicht, dass durch das Indikatorenset ein modernes Bild der Psychiatrie im Sinne der Versorgung der Patientinnen und Patienten abgebildet ist.

### 11.3 Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses

Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis wird vom IQTIG als angemessen eingeschätzt. Zunächst konnte das ursprünglich vom AQUA-Institut empfohlene Set mit 27 Indikatoren auf hier beschriebene 19 Indikatoren reduziert werden. Diese entfallen nahezu hälftig auf den stationären und den ambulanten Bereich, sodass beide Sektoren adäquat adressiert werden.

Von den 9 zu erhebenden Indikatoren für den stationären und teilstationären Sektor werden zwar alle Indikatoren mittels QS-Dokumentation erfasst, 3 der 9 Indikatoren werden jedoch nur einmal jährlich als einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Die beiden Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und zur Symptomlast sind formal auf einen Prozess- und einen Ergebnisindikator gesplittet, werden aber mittels einer Erhebung (Messung mit dem HoNOS-D) erfasst. So sind stationär fallbezogen insgesamt 5 Einzeldokumentationen erforderlich.

Der ambulante Bereich, in dem ein Großteil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung versorgt wird, wird mit 10 Indikatoren adressiert. Von diesen Indikatoren können 4 mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Auch für den ambulanten Bereich gilt analog, dass die beiden Indikatoren zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus und zur Symptomlast mittels einer einzigen Erhebung (Messung mit dem HoNOS-D) erfasst werden. Faktisch sind also auch ambulant insgesamt 5 Einzeldokumentationen erforderlich.

Zu betonen ist zudem, dass durch die Empfehlung eines Instrumentes zur Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus zwei Qualitätsaspekte, die patientenrelevante Outcomes betreffen, mit nur einer Erfassung sowohl hinsichtlich des Prozesses als auch des Ergebnisses zusammen adressiert werden können. Dies stellt im Vergleich zur sonst erforderlichen Operationalisierung zusätzlicher Indikatoren mit einem weiteren Messinstrument eine erhebliche Reduzierung des Aufwands dar. Der Aufwand und Nutzen des Messinstruments HoNOS-D ist in Kapitel 9 dargelegt.

Insgesamt stand bei der Entwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* das Bestreben im Vordergrund, den QS-bezogenen Dokumentationsaufwand gering zu halten und – soweit wie möglich – auf Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückzugreifen. Derzeit enthalten die Sozialdaten bei den Krankenkassen durch pauschalierende Entgelte und bedingt durch die derzeitige unspezifische Kodierung nach ICD-10-GM wenig Informationen, die für die Qualitätssicherung nutzbar sind.

## 12 Datenquellen und Erfassungsinstrumente

### 12.1 Begriffsdefinition

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V sowie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) und der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) werden dem Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) Daten aus unterschiedlichen Quellen zur Erfüllung seiner Aufgaben übermittelt. Gegenwärtig stehen als Datenquellen die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Routinedaten in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung zur Verfügung. Die in den Datenquellen verfügbaren Informationen enthalten sensible patientenidentifizierende Informationen und unterliegen damit höchsten Anforderungen an Datensparsamkeit, Datenschutz und Datensicherheit.

Der Zugriff auf die in den Datenquellen verfügbaren Informationen wird über sogenannte Erfassungsinstrumente realisiert. In einem Erfassungsinstrument werden Regelungen und Vorgaben zur Selektion, Transformation und Übermittlung von Informationen aus den Datenquellen getroffen, um die Anforderungen der Datensparsamkeit, des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten. Erfassungsinstrumente, die aktuell im Regelbetrieb der Qualitätssicherung genutzt werden, sind beispielsweise die QS-Basisspezifikation zur Erhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer oder die Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen, die der Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen dient. Die Spezifikationen definieren Filterkriterien zur korrekten Identifikation und Selektion des durch ein QS-Verfahren adressierten Patientenkollektivs auf Basis von Diagnosekodes, Operations- und Prozedurenschlüssel (QS-Filter) und regeln die Transformation der selektierten Informationen, bevor diese an das IQTIG weitergeleitet werden (z. B. Umwandlung des Geburtsdatums eines Patienten vor dem Export in das Alter). Außerdem definieren sie, wie die Daten bei der Übermittlung vom Leistungserbringer über die Datenannahmestellen auf Landesebene, ggf. die Vertrauensstelle an das IQTIG pseudonymisiert und verschlüsselt werden müssen. Grundlegende Vorgaben hierzu werden in den entsprechenden Richtlinien des G-BA gemacht und innerhalb der Erfassungsinstrumente detailliert.

### 12.2 Sozialdaten bei den Krankenkassen

#### Rechtliche Grundlagen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gemäß § 284 SGB V befugt, versichertenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten zu erheben und zu speichern („Sozialdaten bei den Krankenkassen“). Bei diesen Daten handelt es sich zum einen um Abrechnungsdaten der Leistungserbringer, die je nach Leistungsart und -sektor (ambulant oder stationär) Informationen zur Versicherten / zum Versicherten, dem Leistungserbringer sowie der Behandlung in unterschiedlichem Umfang enthalten. Zum anderen umfassen diese Daten Versichertenstammdaten, die zur Verwaltung des Versichertenverhältnisses und für den Beitragseinzug genutzt werden.

Nach § 299 Ab. 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, einen zweckgebundenen Ausschnitt aus den von ihnen nach § 284 SGB V erhobenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung gemäß §§ 136 ff. SGB V zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung sind ausschließlich Datenbestände bei den Krankenkassen nutzbar, die unter den Regelungskontext des SGB V fallen. Eine detaillierte Darstellung des entsprechenden Abrechnungskontextes sowie der Verfügbarkeit der Daten findet sich in Tabelle 35.

### Verfügbare Informationen

Die Datenbestände der Krankenkassen, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung unter dem Begriff „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ geführt werden, bestehen aus Informationen die in unterschiedlichen Abrechnungskontexten erhoben werden und verschiedenen gesetzlichen Regelungen unterliegen. In Tabelle 35 sind alle Datenbestände dargestellt, die dem Regelungskontext des SGB V unterliegen und im Rahmen gesetzlicher QS-Verfahren grundsätzlich genutzt werden können. Die Datenflüsse vom Leistungserbringer zur Krankenkasse können je nach Abrechnungskontext zusätzliche Zwischenstationen vorsehen (z. B. die kassenärztlichen Vereinigungen bei Daten nach § 295 SGB V), wo Prüfungen der Daten vorgenommen werden. Es werden dem IQTIG ausschließlich geprüfte Datensätze durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Hieraus ergeben sich die unterschiedlichen Zeitangaben in Spalte 3 der Tabelle 35, ab wann die Daten an das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) exportiert und für QS-Verfahren genutzt werden können. Die Zeitangaben beziehen sich auf reguläre Datenflüsse und Abrechnungsläufe durch die beteiligten Institutionen. Durch Ereignisse wie z. B. MDK-Prüfungen oder Verhandlungen vor Sozialgerichten kann die Abrechnung von Datensätzen stark verzögert werden, sodass in diesen Fällen die entsprechenden Daten erst final bei den Krankenkassen zur Verfügung stehen, wenn ein Export und eine Nutzung im Rahmen der Qualitätssicherung zeitlich nicht mehr möglich sind.

Tabelle 35: Übersicht der Datenbestände bei den Krankenkassen (Beschreibung und Verfügbarkeit)

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Beschreibung	Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen
§ 301	stationäre Behandlung im Krankenhaus	maximal 3 Monate nach Entlassung
§ 117	Hochschulambulanz	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 118	Psychiatrische Institutsambulanz	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 295 (kollektiv)	Vertragsärztinnen und -ärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	ca. 8 Monate nach Quartalsende



Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Beschreibung	Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen
§ 295 1b (§ 140a)	Vertragsärztinnen und -ärzte mit Abrechnungsform „Integrierte Versorgungsformen“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§ 295 1b (§ 73b)	Vertragsärztinnen und -ärzte mit Abrechnungsform „Hausarztzentrierte Versorgung“	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 295 1b (§ 73c)	Vertragsärztinnen und -ärzte mit Abrechnungsform „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§ 300	Apotheken	ungeprüft ca. 2 Monate nach Abgabe, geprüft ca. 1 Jahr nach Abgabe
§ 284 (Stammdaten)	Versichertendaten nach § 284 SGB V	maximal 2 Monate

Die Datensätze werden von den Krankenkassen quartalsweise an die Bundesauswertungsstelle exportiert. Jede Datenlieferung beinhaltet alle Datensätze, die durch den QS-Filter für die entsprechenden QS-Verfahren und Betrachtungszeiträume selektiert wurden, d. h., es wird immer ein vollständiger Export aller verfügbaren Datensätze durchgeführt. Ein Abgleich bzw. Korrekturlieferungen auf Fallebene sind nicht vorgesehen. Von einer vollumfänglichen Übermittlung aller zu einem Fall relevanten Informationen kann somit frühestens mit der Lieferung der Sozialdaten im dritten Quartal nach Leistungserbringung ausgegangen werden. Die quartalsmäßigen Lieferzeiträume sind in Tabelle 36 dargestellt.

Tabelle 36: Quartalsmäßige Lieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Lieferquartal	Erstlieferung	Zeitraum für Prüfungen
1. Quartal	15. Januar – 31. Januar	1. Februar – 15. Februar
2. Quartal	1. April – 15. April	16. April – 30. April
3. Quartal	1. Juli – 15. Juli	16. Juli – 31. Juli
4. Quartal	1. Oktober – 15. Oktober	16. Oktober – 31. Oktober

### Vollständigkeit und Vollständigkeit

Die Überprüfung der Vollständigkeit durch den Abgleich der Anzahl der gelieferten Datensätze mit der Sollstatistik ist bei den Sozialdaten bei den Krankenkassen aufgrund einer fehlenden Referenzdatenquelle nicht möglich. Die Krankenkassen erstellen lediglich eine Aufstellung, aus

der hervorgeht, wie viele Datensätze an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wurden (Teil 1 § 16 Abs. 5 Qesü-RL). Diese Aufstellung ist je QS-Verfahren bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle zu übermitteln (Teil 2 Verfahren 1 und 2 § 16 Abs. 2 Qesü-RL).

Eine Prüfung der Vollständigkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist im Moment noch nicht möglich. In den QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)* und *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* werden die Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle genutzt und erste Erfahrungen im Regelbetrieb gesammelt. Auf Grundlage dieser Erfahrungen wird die Spezifikation zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen kontinuierlich weiterentwickelt. In diesem Rahmen werden unter anderem Lösungskonzepte zur vollumfänglichen Prüfung der Daten auf Vollständigkeit entwickelt.

### **Erfassungsinstrumente**

Das Erfassungsinstrument zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Spezifikation zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Spezifikation wird durch das IQTIG veröffentlicht. Sie besteht aus einer MS-Access-Datenbank, in der alle Vorgaben zur Selektion, Aufbereitung und Datenprüfung bei den Krankenkassen hinterlegt sind, sowie einer technischen Dokumentation. Die Spezifikation bildet die Grundlage für die Datenerhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und enthält die sozialdatenspezifischen Vorgaben für alle QS-Verfahren, in denen Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden sollen.

Das für das QS-Verfahren *Schizophrenie* relevante Patientenkollektiv sowie die aus den Sozialdaten zu exportierenden Datenfelder werden über den QS-Filter selektiert. Der QS-Filter arbeitet mit zwei aufeinander folgenden Selektionsstufen: Patientenfilter sowie Leistungs- und Medikationsfilter.

### **Patientenfilter**

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

#### **▪ Einschluss:**

Einschluss von Patientinnen und Patienten: Das QS-Verfahren zielt auf gesetzlich versicherte volljährige Patientinnen und Patienten (Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18) mit einer -Diagnose F20.- oder F25 nach ICD-10-GM ab. Somit werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patientinnen und Patienten selektiert, die im Betrachtungszeitraum entweder ambulant in mindestens zwei Quartalen (Datenbestände nach Abrechnungskontexten §§ 295, 295a, 118 SGB V) oder stationär als Hauptdiagnose bei Entlassung (Datenbestand nach Abrechnungskontext § 301 SGB V) eine F20.- oder F25-Diagnose nach ICD-10-GM hatten (siehe Anhang C.2).

Einschluss von Facharztgruppen: Es werden die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Die Facharztgruppen 53: Neurologie, 60: psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 47: Kinder-

und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 21 Jahren) wurden im Laufe der Entwicklung aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

■ **Ausschluss:**

Es werden alle Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die im Erfassungsjahr nicht mindestens 18 Jahre alt waren.

Das relevante Patientenkollektiv für das QS-Verfahren *Schizophrenie* kann über spezifische ICD-Kodes identifiziert werden (siehe Anhang C.2). Diese Einschlussdiagnosen gelten 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 die Hauptdiagnose handeln. In den PIAs werden nach derzeitigem Stand keine vergleichbaren zusätzlichen Angaben zu den Diagnosen verpflichtend dokumentiert, sodass ein spezifischer ICD-Kode aus der Liste Psych\_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen (Anhang C.2) ausreichend ist.

**Leistungs- und Medikationsfilter**

Für die Berechnung der Indikatoren sind verschiedene Leistungen bei einer Patientin oder einem Patienten, die in den jeweils definierten Betrachtungszeiträumen auftreten, relevant. Diese spezifischen Angaben sind im Leistungs- und Medikationsfilter definiert (siehe 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, Gebührenordnungspositionen (GOP) und Pharmazentralnummer (PZN) abgebildet werden, die von den Krankenkassen nach der Selektion mitübermittelt werden. Auch die PZN müssen regelmäßig zu Beginn eines Spezifikationsjahres aktualisiert werden. Aus diesem Grund sind sie aktuell im Anhang C.1 nur auf Wirkstoffebene angegeben.

**Dokumentationsaufwand und Datenfelder**

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen verursacht keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand beim Leistungserbringer. Alle im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhobenen Informationen werden unabhängig von der gesetzlichen Qualitätssicherung durch den Leistungserbringer dokumentiert und an die Krankenkassen übermittelt.

Die nach aktuellem Sachstand zur Verfügung stehenden und für das QS-Verfahren relevanten Datenfelder sind in Anhang D.1 dargestellt.

## 12.3 Fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

### Rechtliche Grundlagen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer stellt ein seit vielen Jahren etabliertes Instrument der gesetzlichen Qualitätssicherung dar und ist in § 299 Abs. 1 des SGB V geregelt. Die Erforderlichkeit der zu erhebenden Daten wird in den entsprechenden Richtlinien festgelegt.

### Verfügbare Informationen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer stellt die umfangreichste Datenquelle in der gesetzlichen Qualitätssicherung dar. Sie kann sowohl fallbezogen als auch einrichtungsbezogen erfolgen. Im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation können Informationen über fallbezogene Prozesse und Ergebnisse der erbrachten Leistungen beim Leistungserbringer erhoben werden. Bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation liegt der Fokus auf Informationen zu Strukturen, zum Prozessmanagement und zu aggregierten Prozessdaten der Einrichtung selbst. Die einrichtungsbezogenen Informationen haben keinen direkten Fall- oder Patientenbezug. Da eine Dokumentation direkt beim Leistungserbringer erfolgt, können nahezu alle Fragestellungen detailliert beantwortet und Informationen erhoben werden, die weit über den Informationsgehalt von z. B. Abrechnungsdatensätzen, wie sie im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden, hinausgehen.

Die Erhebung von QS-Daten beim Leistungserbringer verursacht jedoch einen relativ hohen Dokumentationsaufwand in den einzelnen Einrichtungen. Aus diesem Grund ist bei jedem Datum, was beim Leistungserbringer erhoben werden soll, zu prüfen, ob die Information automatisiert aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS), dem Arztinformationssystem (AIS) bzw. dem Praxisverwaltungssystem (PVS) in den Dokumentationsbogen übernommen werden oder im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann.

Die beim Leistungserbringer dokumentierten fallbezogenen QS-Datensätze werden gemäß den Vorgaben der jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen der Qesü-RL an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Da in diesem QS-Verfahren jedoch erst ab dem 2. Quartal, in dem die Patientin / der Patient beim ambulanten Leistungserbringer versorgt wurde, ausgelöst wird und der QS-Bogen offengehalten wird bis zum Ende des Erfassungsjahres (bis einschließlich 28. Februar des Folgejahres), wird von den quartalsweisen QS-Datenlieferungen abzuweichen sein, was in den themenspezifischen Bestimmungen ggf. zu berücksichtigen sein wird. Für die aktuell im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren *QS PCI* und *QS WI* wurden identische Datenlieferfristen festgelegt. Hierbei sind die fallbezogenen QS-Daten quartalsweise zum 15. Mai, 15. August und 15. November des Erfassungsjahres sowie zum 28. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweils zuständige Datenannahmestelle zu liefern. Jedoch besteht eine allgemeine Korrekturfrist für alle in den vorigen Quartalen gelieferten QS-Daten bis zum 28. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die QS-Daten müssen anschließend von den Datenannahmestellen, bei Datensätzen mit patientenidentifizierenden Daten über die Vertrauensstelle, bis

spätestens zum 23. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

### **Vollständigkeit und Vollständigkeit**

Die Prüfung auf Vollständigkeit erfolgt auf unterschiedliche Weise im stationären und vertragsärztlichen Bereich. Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer im stationären Bereich erlaubt, anders als bei den anderen Datenquellen, die Feststellung der Vollständigkeit und Vollständigkeit. Die Vollständigkeit wird mithilfe einer Referenzdatenquelle sichergestellt. Die QS-Dokumentation im stationären Bereich wird prozessbegleitend auf Basis von Diagnosekodes sowie Operations- und Prozedurenschlüssel durch den QS-Filter ausgelöst. Die Referenzdatenquelle stellen die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers dar. Nach Beendigung des Erfassungsjahres werden die gleichen Regeln, die zur Auslösung der prozessbegleitenden QS-Dokumentation genutzt wurden, herangezogen, um auf Grundlage der Abrechnungsdaten des Leistungserbringers die Anzahl der dokumentationspflichtigen Fälle zu ermitteln. Diese Aufstellung wird Sollstatistik genannt. Die Vollständigkeit lässt sich anschließend durch einen Vergleich der abgeschlossenen QS-Dokumentationsbögen mit den Angaben der erwarteten Dokumentationsbögen aus der Sollstatistik bestimmen. Die Bestimmung der Vollständigkeit im vertragsärztlichen Bereich erfolgt durch die Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Basis der quartalsweisen Abrechnung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Das zu dokumentierende Soll wird von den Datenannahmestellen an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Eine Bestimmung der Vollständigkeit für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist nicht möglich, da die selektivvertraglichen Leistungserbringer ihre Leistungen im Regelfall direkt gegenüber der Krankenkasse abrechnen. Es kommt erschwerend hinzu, dass in selektivvertraglichen Verträgen Abrechnungsnummern vereinbart werden, die nicht als Abrechnungsziffer im EBM-Katalog enthalten sind.

Die Vollständigkeit der beim Leistungserbringer dokumentierten Datensätze wird durch Vorgaben der Softwarespezifikation sichergestellt. Für jedes zu dokumentierende Datenfeld im Erfassungsbogen werden Regeln definiert. Beispielsweise kann festgelegt werden, ob ein Datenfeld obligatorisch zu dokumentieren ist, ob optional ist, welcher Datentyp in dem Feld erlaubt ist (z. B. Text, Ganzzahl, ja/nein), und ob das Feld von anderen Erfassungsfeldern abhängig ist. Während der Speicherung der Eingaben, vor dem Export der Datensätze beim Leistungserbringer sowie beim Empfang der Daten in der Bundesauswertungsstelle, können die dokumentierten Informationen mithilfe eines Datenprüfprogramms auf Vollständigkeit, formale Korrektheit und Plausibilität geprüft werden. Sollten bei der Prüfung Fehler auftreten, wird der entsprechende Datensatz als fehlerhaft gekennzeichnet und muss beim Leistungserbringer korrigiert und erneut an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

Jeder stationäre Leistungserbringer, der für mindestens einen Fall dokumentationspflichtig geworden ist, wird automatisch für die einrichtungsbezogenen Indikatoren dokumentationspflichtig.

### **Erfassungsinstrumente**

Das IQTIG veröffentlicht jährlich die QS-Basispezifikation sowie eine Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Diese Spezifikationen werden in Form von MS-Access-Datenbanken, Komponenten wie beispielsweise einem Datenprüfprogramm, Verschlüsselungsprogrammen oder Pseudonymisierungsprogrammen sowie ergänzenden Dokumenten wie z. B. Anwenderinformationen, Ausfüllhinweisen und der technischen Dokumentation zur Verfügung gestellt. Die Spezifikation enthält alle Informationen, die zur Umsetzung der Vorgaben des IQTIG in einem Softwareprodukt notwendig sind. Das sind z. B. die Erfassungsfelddefinitionen, zulässige Wertebereiche, Plausibilitätsregeln und Datenlieferfristen.

### **Dokumentationsaufwand**

Der Dokumentationsaufwand für den Leistungserbringer ist relativ hoch.

### **Datenfelder stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation**

Eine Dokumentationspflicht für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht, wenn die Patientin / der Patient gesetzlich versichert und volljährig ist (Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18) und eine Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM als Hauptdiagnose vorliegt. Die Ein- und Ausschlusskriterien für dokumentationspflichtige Fälle im stationären Bereich sind in den Anhängen C.2 und C.3 definiert.

Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 37 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 6 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Davon entfallen 14 Datenfelder auf das Messinstrument HoNOS. Insgesamt 12 der 37 Datenfelder sind administrative Datenfelder.

Der Dokumentationsbogen für die teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 37 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 6 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Insgesamt 12 der 37 Datenfelder sind administrative Datenfelder.

In Tabelle 37 und Tabelle 38 wird die Anzahl der Einzelfragen pro Indikator für den stationären und teilstationären fallbezogenen Fragebogen aufgeführt sowie die Summe der Einzelfragen ausgewiesen.

Tabelle 37: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl Einzelfragen
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung	6
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	1
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	2
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	2
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator) (beide Indikatoren können mit einer Messung erfasst werden, einmaliger Dokumentationsaufwand)	14
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	12
<b>Summe der Fragen</b>	<b>37</b>
<b>Summe der Fragen (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>25</b>

Tabelle 38: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene teilstationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl Einzelfragen
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung	6
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	1
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	2

Indikator	Anzahl Einzelfragen
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	2
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator) (beide Indikatoren können mit einer Messung erfasst werden, einmaliger Dokumentationsaufwand)	14
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	12
<b>Summe der Fragen</b>	<b>37</b>
<b>Summe der Fragen (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>25</b>

#### Datenfelder stationäre/teilstationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Eine Dokumentationspflicht für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht, wenn mindestens ein dokumentationspflichtiger Fall der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation (gesetzlich versicherte, volljährige Patientin oder gesetzlich versicherter, volljähriger Patient (Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18) mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM als Hauptdiagnose) vorliegt. Die Ein- und Ausschlusskriterien für dokumentationspflichtige Einrichtungen (siehe Anhänge C.2 und C.3) sind daher entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien der dokumentationspflichtigen Fälle definiert.

Der Dokumentationsbogen für die jährliche stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht aus 10 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 3 Qualitätsindikatoren genutzt werden.

Der Dokumentationsbogen für die jährliche teilstationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht aus 6 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von einem Qualitätsindikator genutzt werden.

Die Dokumentationsbögen beider einrichtungsbezogenen Verfahren weisen jeweils 4 administrative Datenfelder auf.

In Tabelle 39 und Tabelle 40 wird die Anzahl der Einzelfragen pro Indikator für stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen aufgeführt sowie die Summe der Einzelfragen des Fragebogens ausgewiesen.



Tabelle 39: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für stationäre einrichtungsbezogene QS Dokumentation

Indikator	Anzahl Einzelfragen
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	2
Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	2
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	2
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	4
<b>Summe der Fragen</b>	<b>10</b>
<b>Summe der Fragen (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>6</b>

Tabelle 40: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für teilstationäre einrichtungsbezogene QS Dokumentation

Indikator	Anzahl Einzelfragen
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	2
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	4
<b>Summe der Fragen</b>	<b>2</b>
<b>Summe der Fragen (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>6</b>

### Datenfelder ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

Eine Dokumentationspflicht für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation besteht, wenn die Patientin / der Patient gesetzlich versichert und volljährig ist (Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18), eine gesicherte Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM vorliegt und die Patientin / der Patient in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres in ambulanter Behandlung bei der FG 51 oder FG 58 ist. Die Ein- und Ausschlusskriterien für dokumentationspflichtige Fälle im ambulanten Bereich sind in den Anhängen C.2 und C.3 definiert.

Außerdem werden die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt.

Der Dokumentationsbogen für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 34 Datenfeldern (Fragen), die zur Berechnung von 6 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Davon

entfallen 14 Datenfelder auf das Messinstrument HoNOS. Insgesamt 13 der 34 Datenfelder sind administrative Datenfelder.

In Tabelle 41 wird die Anzahl der Einzelfragen pro Indikator für den ambulanten fallbezogenen Fragebogen aufgeführt sowie die Summe der Einzelfragen ausgewiesen.

*Tabelle 41: Anzahl der Fragen im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation*

<b>Indikator</b>	<b>Anzahl Einzelfragen</b>
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant	2
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation	2
Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	1
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	2
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant und Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator) (beide Indikatoren können mit einer Messung erfasst werden, einmaliger Dokumentationsaufwand)	14
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	13
<b>Summe der Fragen</b>	<b>34</b>
<b>Summe der Fragen (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>21</b>

## 13 Datenflüsse

Die Datenflüsse der sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind in Anlage 1 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 IQTIG dargelegt, auf welche Weise die unterschiedlichen Dokumentationen erfolgen und inwieweit die bestehenden Datenflüsse für ihre Übermittlung im QS-Verfahren *Schizophrenie* genutzt werden können.

### 13.1 Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

Im Rahmen der bereits eingeführten bzw. der voraussichtlich in näherer Zukunft einzuführenden Verfahren nach QSKH-RL und Qesü-RL werden bereits jetzt fallbezogene QS-Dokumentationen durch Krankenhäuser vorgenommen und exportiert. Das QS-Verfahren *Schizophrenie* weist keine Besonderheiten hinsichtlich der stationären fallbezogenen Dokumentation auf, sodass die Integration in bestehende Datenflüsse empfohlen wird, auch wenn davon auszugehen ist, dass es Krankenhäuser geben wird, die bislang nicht im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung dokumentationspflichtig waren.

### 13.2 Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Im Rahmen der Einführung des QS-Verfahrens *QS WI* im Erfassungsjahr 2017 wurde die Möglichkeit der Auslösung und Dokumentation einer einmal jährlich stattfindenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in die QS-Basispezifikation integriert. Sie befindet sich aktuell im Regelbetrieb. Das vorliegende QS-Verfahren weist auch keine Besonderheiten bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf, sodass empfohlen wird, diese auf Basis der bereits etablierten Grundlagen umzusetzen.

### 13.3 Ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

Grundsätzlich soll an dieser Stelle noch einmal auf die Besonderheit der für dieses Verfahren entwickelten Qualitätsindikatoren eingegangen werden. Sie bilden chronische Krankheitsverläufe ab und werden deshalb im ambulanten Bereich über das gesamte Erfassungsjahr betrachtet. Aus diesem Grund wird es für den ambulanten Bereich abweichend von den bisherigen Regelungen der Qesü-RL eine einmalige QS-Dokumentation über das gesamte Erfassungsjahr geben. Daraus folgt schließlich, dass es hierfür auch keine Quartalsberichte für die Leistungserbringer geben wird.

Die QS-Auslösung erfolgt anhand der Abrechnungsdaten. Im vertragsärztlichen Bereich könnte dies in den AIS, den PVS oder mittels eigenständiger QS-Software, die Schnittstellen zu den AIS bzw. PVS hat, direkt beim Leistungserbringer durchgeführt werden. Eine QS-Dokumentation wäre durch diese Softwareprodukte theoretisch auch realisierbar. Die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation wird im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bereits für das QS-Verfahren *QS PCI* seit dem Erfassungsjahr 2016 im Regelbetrieb durchgeführt. Eine Besonderheit

bei *QS PCI* ist der nahezu flächendeckende Einsatz der Software QuIK-Register<sup>27</sup> bei den niedergelassenen Kardiologinnen und Kardiologen, die im Rahmen der Einführung des QS-Verfahrens um die notwendigen Funktionalitäten zur QS-Dokumentation ergänzt werden konnte. Im QS-Verfahren *Schizophrenie* kann jedoch nicht in vergleichbarer Weise auf bestehende Infrastrukturen zurückgegriffen werden, da hier nicht davon ausgegangen werden kann, dass einheitliche Softwareprodukte in den Praxen genutzt werden bzw. die existierenden Softwareprodukte um die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen ergänzt werden können.

Die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle und die Durchführung der QS-Dokumentation stellen in diesem QS-Verfahren deshalb eine besondere Herausforderung dar und sollten nach Möglichkeit unabhängig von spezifischen Softwareprodukten konzipiert werden. Die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle könnte beispielsweise angelehnt an die Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei Vertragsärztinnen und -ärzten im QS-Verfahren *QS WI* realisiert werden. Bei dieser Möglichkeit wird anhand der quartalsweisen Abrechnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Auslösung durch die KV vorgenommen und die Ärztin oder der Arzt wird von der KV über die Dokumentationspflicht informiert. Die Durchführung der anschließenden QS-Dokumentation durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt könnte dann z. B. über eine entsprechende Dokumentationssoftware oder über eine Webportallösung realisiert werden. Der Datenschutz ist zu gewährleisten. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen in einem QS-Verfahren umgesetzt werden soll, liegt beim G-BA und sollte unter Berücksichtigung finanzieller und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

Die automatische QS-Auslösung selektivvertraglicher Leistungserbringer ist in diesem Datenflussmodell nicht möglich, da diese ihre Leistungen wie in Abschnitt 12.3 ausführlich skizziert nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Selektivvertragliche QS-Fälle müssen dann vom Leistungserbringer selber einzeln identifiziert (ausgelöst) werden und können anschließend dokumentiert werden. Im Falle der Verfügbarkeit einer Softwarelösung beim Leistungserbringer wäre ggf. eine Auslösung der selektivvertraglich abgerechneten Fälle möglich. Eine Annahme der QS-Dokumentation von selektivvertraglich erbrachten Leistungen wird in jedem Falle durch die Datenannahmestelle für selektivvertragliche Leistungen (DAS-SV) ermöglicht. Der Leistungserbringer muss sich hierfür vorab bei der DAS-SV registrieren und kann anschließend die QS-Dokumentation der DAS-SV übermitteln.

### 13.4 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Sozialdaten bei den Krankenkassen wurde in die Qesü-RL ein weiterer Datenfluss integriert. Dieser entspricht in seinen Grundzügen dem Datenfluss der von den Leistungserbringern übermittelten Daten. Die Einbindung einer Vertrauensstelle, deren Aufgabe es ist, die patientenidentifizierenden Daten (PID) zu pseudonymisieren, ist nur in Verfahren notwendig, welche PID bzw. die daraus erzeugten Pseudonyme zur Zusammenführung von Datensätzen benötigen.

---

<sup>27</sup> Die Software QuIK-Register© wurde nach IQTIG-internen Auswertungen der administrativen Daten *QS PCI* im Erfassungsjahr 2016 von 75 % der Leistungserbringer zur Dokumentation von 81 % der QS-pflichtigen Fälle genutzt.

Bei Verfahren ohne PID erfolgt die Übermittlung der QS-Daten direkt von der Datenannahmestelle für die Krankenkassen (DAS-KK) zur Bundesauswertungsstelle.

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 direkt an die Bundesauswertungsstelle weiter. Da keine PID gemäß § 14 Abs. 2 Qesü-RL im vorliegenden Verfahren genutzt werden, müssen die Daten nicht von der DAS-KK erst an die Vertrauensstelle übermittelt werden.

## 14 Schritte bis zum Regelbetrieb

### Empfehlung einer Machbarkeitsprüfung

Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2017) empfiehlt das IQTIG eine Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern aller adressierten Sektoren die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren. Die Beauftragung ist in ihren Inhalten nach dem Stellungnahmeverfahren und dem Abschlussbericht sowie den Beratungen im G-BA noch zu konkretisieren. Eine Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten ist Voraussetzung für die Implementierungsreife des vorgeschlagenen QS-Verfahrens. Die zentralen Elemente und Abläufe einer Machbarkeitsprüfung sind ausführlich in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben.

Das Ziel einer Machbarkeitsprüfung ist es, Erkenntnisse zur Praktikabilität eines QS-Verfahrens zu erhalten. Soweit möglich, sollen Erkenntnisse auf technischer Ebene beispielsweise anhand der teilweisen Erprobung von Datenflüssen sowie auf praktischer Ebene anhand des Ausfüllens der QS-Dokumentation gewonnen werden. Durch die Befragung der beteiligten Leistungserbringer werden zusätzliche Einschätzungen eingeholt bezüglich des Vorliegens von bestimmten QS-relevanten Informationen, des Aufwands zur Beschaffung oder Dokumentation ebendieser, der Verständlichkeit der Ausfüllhinweise und dem Schulungsbedarf der Leistungserbringer. Zur Prüfung der Praktikabilität insgesamt gehört auch, die zeitliche Inanspruchnahme des Personals durch die QS-Dokumentation zu erfassen. Im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung wird zudem u. a. festzustellen sein, ob die Qualitätsindikatoren messen, was sie messen sollen. Aus den Erkenntnissen der Machbarkeitsprüfung können entsprechende Modifikationen der Qualitätsindikatoren in Form von Änderungen der Datenfelder, der Ausfüllhinweise bis hin zu Änderungen bei der Berechnung eines Indikators resultieren. Sollte sich herausstellen, dass ein Qualitätsindikator nicht praktikabel ist und sich dieser trotz Modifikationen nicht operationalisieren lässt, so kann dieser Indikator aus dem Indikatorenset herausgenommen werden.

Konkret wird im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* die Operationalisierung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren geprüft. Insbesondere dem Qualitätsindikator „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ muss hinsichtlich einer angemessenen Konkretisierung als fallbezogener Indikator auf Leistungserbringerebene empirisch nachgegangen werden. Ebenfalls ist für die Qualitätsindikatoren „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ sowohl ambulant als auch stationär/teilstationär zu erfassen, wie die genaue Ausgestaltung der Dokumentation im Rahmen der Patientenakte erfolgt und anhand dessen den Ausfüllhinweis zu präzisieren.

Darüber hinaus wird in dieser Machbarkeitsprüfung auch die Praktikabilität des Messinstruments HoNOS zu erproben sein. Auch hier werden Operationalisierungen wie die Vollständigkeit der Items in den Erhebungsbögen des HoNOS oder eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen für die Erhebung anhand des HoNOS bei Aufnahme im Krankenhaus geprüft werden. Zudem

werden der Aufwand und die Einschätzung der teilnehmenden Leistungserbringer zu dem standardisierten Messinstrument HoNOS eingeholt und betrachtet werden. Auch werden erste Hinweise zu ermitteln sein, ob die angedachten Referenzbereiche für die prozessbezogene Auswertung der ambulanten und stationären Qualitätsindikatoren, die den HoNOS nutzen, angemessen sind.

Mit der Entwicklung und Aktualisierung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wird erstmals die psychiatrische Versorgung durch ein Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung adressiert. In diesem Versorgungsbereich liegen bisher kaum Erfahrungen hinsichtlich der Auslösung, der QS-Dokumentation, Datenflüssen usw. vor. Die QS-Auslösung – ambulant wie stationär – kann ohne existierende Software nicht getestet, sondern lediglich theoretisch durchdacht werden. Eine QS-Auslösung der selektivvertraglichen Fälle ist ohne Kenntnis der Abrechnungsziffern auch im Regelbetrieb nicht möglich (siehe auch Kapitel 13). Bei der Etablierung eines neuen QS-Verfahrens können im ambulanten Bereich besondere Herausforderungen entstehen – wie vorangegangene QS-Verfahren gezeigt haben. Diese sollen nach Möglichkeit bereits im Rahmen der Machbarkeitsprüfung adressiert werden.

### **Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Vor der Erstellung der themenspezifischen Bestimmungen bzw. vor Implementierung in den Regelbetrieb sollte geprüft werden, inwieweit mögliche Veränderungen in Abrechnungs- oder Diagnosecodes eine Anpassung in sozialdatenbasierten Indikatoren erforderlich machen. Ebenso wäre eine Abfrage der aktuellen PZN für die in den Indikatoren vorgeschlagenen Arzneimittelgruppen vorzunehmen.

### **Themenspezifische Bestimmungen**

Die Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen erfolgt nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung durch den G-BA.

### **Spezifikationserstellung**

Nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung und Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen erfolgt die Erstellung der Spezifikation der Datenerfassungen der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen (IQTIG 2017). Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Fristen zur Veröffentlichung dieser Vorgaben.

### **Weitergehende Hinweise**

Im QS-Verfahren *Schizophrenie* werden wesentliche Neuerungen für die gesetzliche Qualitätssicherung vorgeschlagen wie die erstmalige Empfehlung zur Einführung eines standardisierten Messinstruments. Es wird voraussichtlich Zeit benötigt werden, um die Chancen und Implikationen einer Einführung eines Messinstruments zu diskutieren, bevor im G-BA eine Entscheidung hierüber getroffen werden kann. Dies sollte unter Einbeziehung aller Aspekte, Bedenken und Kritiken geschehen, aber auch im Hinblick auf die Möglichkeiten, wesentliche Einrichtungen und Leistungsträger für die Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten auch außerhalb des SGB V mit in Verbesserungsbemühungen einzubeziehen sowie im Hinblick auf die Notwendigkeit, hierfür auch die benötigten Mittel bereitzustellen. Neben den grundsätzlichen

Überlegungen wird auch über das konkrete Messinstrument HoNOS-D zu beraten sein. Der Beratungszeitraum sollte entsprechend gewählt werden und eine Machbarkeitsprüfung sollte sich erst nach Klärung der beschriebenen Themen anschließen.

Im Rahmen dieser umfassenden Aktualisierung, insbesondere der zahlreichen neu entwickelten Indikatoren, war es noch nicht möglich, ein umfängliches Auswertungskonzept zu erarbeiten. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wird das Auswertungskonzept konkretisiert werden.

Nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung und im Zusammenhang mit der Erstellung der themenspezifischen Bestimmung müssten die verschiedenen Möglichkeiten der QS-Auslösung sowie der QS-Dokumentation im ambulanten Bereich beraten, geprüft und entsprechend in die Wege geleitet werden (siehe auch Abschnitt 13.3).

### **Risikoadjustierung**

Da es sich bei den Qualitätsindikatoren auf Leistungserbringerebene um Prozessindikatoren handelt, ist eine Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren des entwickelten Indikatorensets – auch nach Konsultation des Expertengremiums – entbehrlich. Für die Ergebnisindikatoren auf Systemebene, die die Systemqualität in aggregierter Form reflektieren, ist ebenfalls keine Risikoadjustierung erforderlich (Kapitel 8). Das IQTIG erachtet daher zum aktuellen Stand die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells nicht für notwendig.

### **Zeitlicher Ablauf**

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und der Würdigung der eingegangenen Stellungnahmen wird das IQTIG zum 31. Dezember 2017 dem G-BA den Abschlussbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vorlegen. Vor einer Beauftragung der Machbarkeitsprüfung erscheint es als sinnvoll, die empfohlenen neuen Elemente für die gesetzliche Qualitätssicherung grundlegend zu beraten. In Abhängigkeit der Beratungsergebnisse könnte dann die Beauftragung für eine Machbarkeitsprüfung erfolgen. Ab dem Zeitpunkt der Beauftragung wird für die Machbarkeitsprüfung eine Zeit von mindestens 12 Monaten benötigt werden. Die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung werden unter Umständen weitere Anpassungen in einzelnen Datenfeldern, hinsichtlich der Formulierungen, bei der Erstellung der Rechenregeln, Aktualisierung von ATC-Listen, EBM- und ICD-10-GM-Kodierungen usw. nach sich ziehen. Darüberhinaus wird das Indikatorenset sowie das QS-Verfahren durch die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung vervollständigt. Im Anschluss daran kann frühestens eine Beauftragung zur Spezifikation der Datenerfassung der fallbezogenen bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen, während die Erstellung der entsprechenden Richtlinie durch den G-BA schon parallel zur Machbarkeitsprüfung begonnen werden könnte.

Basierend auf den Beratungsergebnissen nach Abgabe des Abschlussberichts sowie der Ausgestaltung der Beauftragung zur Machbarkeitsprüfung könnte dann der zeitliche Ablauf bis zum Regelbetrieb konkretisiert werden. Nach derzeitiger Einschätzung könnte ein Regelbetrieb frühestens im Jahr 2021 beginnen.



## Literatur

- Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER\\_63\\_Antipsychotics%20in%20Adults\\_08-20-121.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf) (abgerufen am: 27.07.2016).
- AGREE Next Steps Consortium (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- Andreas, S (2005): Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen – Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg. URL: [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss\\_06\\_11\\_2005\\_Endversion\\_final\\_Sylke\\_Andreas.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss_06_11_2005_Endversion_final_Sylke_Andreas.pdf) (abgerufen am: 12.09.2017).
- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007): A Psychometric Evaluation of the German Version of the ‘Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D’: On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-125. DOI: 10.1159/000098492.
- Andreas, S; Harries-Hedder, K; Schwenk, W; Hausberg, M; Koch, U; Schulz, H (2010a): Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders? *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(1): 32-40. DOI: 10.1016/j.jsat.2010.03.011.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010b): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- Andreas, S (2010): Zusammenfassung von Studien „Zur Fremdeinschätzung des Schweregrades psychischer Erkrankungen: Die Deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“. Stand: Mai 2010. URL: <http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/dateien/Zusammenfassung%20von%20Studien.pdf> (abgerufen am: 12.09.2017).
- ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken] (2011): Nationaler Qualitätsvertrag. Version 3.1. [Stand:] 09.03.2011. Bern, CH: ANQ. URL: [http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20110309\\_ANQ\\_nationaler\\_Q-Vertrag\\_def\\_Unterschrift\\_dt\\_01.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20110309_ANQ_nationaler_Q-Vertrag_def_Unterschrift_dt_01.pdf) (abgerufen am: 26.09.2017).

- ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]; Hrsg. (2012): Nationale Qualitätsmessungen in der stationären Psychiatrie. Health of the Nation Outcome Scales HoNOS. Informationen zum Messinstrument „HoNOS“ Standardform für Erwachsene in deutscher, französischer und italienischer Sprache. Version 2. [Stand:] 11.06.2012. Bern, CH: ANQ. URL: [http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/120611\\_Info-Instrument\\_HoNOS\\_DT\\_v2.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/120611_Info-Instrument_HoNOS_DT_v2.pdf) (abgerufen am: 26.09.2017).
- ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]; Hrsg. (2017): Psychiatrie: Messergebnisse. Aktualisiert am: 05.05.2017. Bern, CH: ANQ. URL: <http://www.anq.ch/psychiatrie/messergebnisse/> (abgerufen am: 26.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Australian Government, Department of Health; Hrsg. (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 23: Mental health outcomes for people who receive treatment from state and territory services and the private hospital system. Last Updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-5~mental-pubs-n-report13-3-5-ind23> (abgerufen am: 04.10.2017).
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- 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. *Psychiatrische Praxis* 41(8): 439-444. DOI: 10.1055/s-0033-1349589.
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Aufl. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.

- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W; et al. (2016): Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S62-S70. DOI: 10.1093/schbul/sbw008.
- Bebbington, P; Brugha, T; Hill, T; Marsden, L; Window, S (1999): Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *British Journal of Psychiatry* 174(5): 389-394. DOI: 10.1192/bjp.174.5.389.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. *f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus* 1: 48-52.
- Blanner Kristiansen, C; Juel, A; Vinther Hansen, M; Hansen, AM; Kilian, R; Hjorth, P (2015): Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 132(6): 470-478. DOI: 10.1111/acps.12520.
- Boy, O; Chop, I; Bouzinou, F; Braun, J-P; Dochow, C; Eberlein-Gonska, M; et al. (2016): Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 32). Berlin: BÄK [Bundesärztekammer]. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (abgerufen am: 28.11.2017).
- BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2014): BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: BPtK. URL: [http://www.bptk.de/uploads/media/20140626\\_BPtK-Studie\\_zur\\_stationaeren\\_Versorgung\\_psychisch\\_kranker\\_Menschen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20140626_BPtK-Studie_zur_stationaeren_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen.pdf) (abgerufen am: 25.07.2016).
- Brooks, R (2000): The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(3): 504-511. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2000.00755.x.
- Brouwers, M; Browman, G; Burgers, J; Burnand, B; Coulombe, M; Fervers, B; et al. (2009): Guideline Adaptation: A Resource Toolkit. Version 2.0. ADAPTE Collaboration. URL: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view> [→ Download PDF] (abgerufen am: 04.07.2017).
- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.

- Brown, EC; Tas, C; Can, H; Esen-Danaci, A; Brüne, M (2014): A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 55(1): 25-32. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.10.001.
- Browne, S; Doran, M; McGauran, S (2000): Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): use in an Irish psychiatric outpatient population. *Irish Journal of Psychological Medicine* 17(1): 17-19. DOI: 10.1017/S0790966700003980.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- Burgess, P; Harris, M; Coombs, T; Pirkis, J (2006): A review of clinician-rated instruments that could be used to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services. [Stand:] June 2016. Parramatta, AU: AMHOCN [Australian Mental Health Outcomes and Classification Network]. URL: [https://www.amhocn.org/sites/default/files/publication\\_files/amhocn\\_review\\_of\\_functioning\\_measures.pdf](https://www.amhocn.org/sites/default/files/publication_files/amhocn_review_of_functioning_measures.pdf) (abgerufen am: 29.11.2017).
- BVA [Bundesversicherungsamt] ([kein Datum]): Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt [Entwurf]. Bonn: BVA. URL: [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ\\_2010/Erlaeuterung.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2010/Erlaeuterung.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa: CADTH. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503\\_AAP\\_rec-report\\_e.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf) (abgerufen am: 29.08.2016).
- Carrà, G; Johnson, S; Crocamo, C; Angermeyer, MC; Brugha, T; Azorin, J-M; et al. (2016): Psychosocial functioning, quality of life and clinical correlates of comorbid alcohol and drug dependence syndromes in people with schizophrenia across Europe. *Psychiatry Research* 239: 301-307. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.038.
- Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Australian Health Review* 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.

- Delaffon, V; Anwar, Z; Noushad, F; Ahmed, AS; Brugha, TS (2012): Use of Health of the Nation Outcome Scales in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 18(3): 173-179. DOI: 10.1192/apt.bp.110.008029.
- DESTATIS [Statistisches Bundesamt] (2017): Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand (Stichtag: 31.12.2014, Geschlecht) [Tabelle]. Wiesbaden: DESTATIS. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [Thematische Recherche → Auswahl: Tabellen: 12411-0006 Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand; Stichtag: 31.12.2014; NAT: Geschlecht] (abgerufen am: 27.11.2017).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. [Stand:] 25.10.2005. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien\\_rehazugang\\_lta.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien_rehazugang_lta.pdf) (abgerufen am: 13.12.2017).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- Drusch, K; Stroth, S; Kamp, D; Frommann, N; Wölwer, W (2014): Effects of Training of Affect Recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 159(2-3): 485-490. DOI: 10.1016/j.schres.2014.09.003.
- Egger, ST; Weniger, G; Prinz, S; Vetter, S; Müller, M (2015): Health of the Nation Outcome Scales in a psychiatric inpatient setting: assessing clinical change. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21(2): 236-241. DOI: 10.1111/jep.12296.
- Falkai, P; Wittchen, H-U; Hrsg. (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Göttingen [u. a.]: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2599-0.
- Falkai, P; Malchow, B; Schmitt, A (2017): Aerobic exercise and its effects on cognition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 30(3): 171-175. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000326.
- Fink, A; Cieslak, S; Rosenbach, F (2015): Nichtpharmakologische Interventionen zur Prävention von Gewichtszunahme bei schizophrenen Patienten unter antipsychotischer Medikation. Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. *Psychiatrische Praxis* 42(7): 359-369. DOI: 10.1055/s-0035-1552670.
- Firth, J; Stubbs, B; Rosenbaum, S; Vancampfort, D; Malchow, B; Schuch, F; et al. (2017): Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin* 43(3): 546-556. DOI: 10.1093/schbul/sbw115.

- Fitch, K; Bernstein, SJ; Aguilar, MD; Burnand, B; LaCalle, JR; Lázaro, P; et al. (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, US-CA: RAND. ISBN: 0-8330-2918-5. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2011/MR1269.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf) (abgerufen am: 27.09.2017).
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Flodgren, G; Eccles, MP; Shepperd, S; Scott, A; Parmelli, E; Beyer, FR (2011): An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-a): Ärztlicher Dienst [Definition]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [ → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhauspersonal → Definition: Ärztlicher Dienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-b): Nichtärztliches Personal [Definition]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [ → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhauspersonal → Definition: Nichtärztliches Personal] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-c): Pflegedienst [Definition]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [ → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhauspersonal → Definition: Pflegedienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; 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 Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): 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 Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.

- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.
- Hengartner, MP; Passalacqua, S; Heim, G; Andreae, A; Rössler, W; von Wyl, A (2016): The Post-Discharge Network Coordination Programme: A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of an Intervention Aimed at Reducing Rehospitalizations and Improving Mental Health. *Frontiers in Psychiatry* 7(27). DOI: 10.3389/fpsy.2016.00027.
- Heumann, K; Bock, T; Lincoln, TM (2015): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieeerfahrner zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033.
- Higgins, JPT; Altman, DG; Sterne, JAC (2011): Possible approach for summary assessments of the risk of bias for each important outcome (across domains) within and across studies. Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a. In: Higgins, JPT; Green, S; Hrsg.: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. Updated March 2011. Lodon [u. a.]: Cochrane Collaboration. URL: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> [→ Suche: Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a] (abgerufen am: 07.09.2017).
- Hjorth, P; Davidsen, AS; Kilian, R; Skrubbeltrang, C (2014): A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 130(4): 279-289. DOI: 10.1111/acps.12245.
- Holland, J (2007): A role for morbidity and mortality conferences in psychiatry. *Australasian Psychiatry* 15(4): 338-342. DOI: 10.1080/10398560701351803.
- Hunter, R; Cameron, R; Norrie, J (2009): Using Patient-Reported Outcomes in Schizophrenia: The Scottish Schizophrenia Outcomes Study. *Psychiatric Services* 60(2): 240-245. DOI: 10.1176/ps.2009.60.2.240.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objjs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeVersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objjs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Juckel, G; de Bartolomeis, A; Gorwood, P; Mosolov, S; Pani, L; Rossi, A; et al. (2014): Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease & Treatment* 10: 1867-1878. DOI: 10.2147/NDT.S61672.

- Juckel, G; Stahl, K; Norra, C (2015): EDV-gestützter Behandlungspfad für Schizophrenie. Pfadentwicklung und erste Erfahrungen. *Nervenarzt* 86(1): 51-59. DOI: 10.1007/s00115-013-3818-4.
- Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. Bern [u. a.]: SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie]; SGKJPP [Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie]; SGAP [Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie]. URL: <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [→ Download PDF: “Behandlungsempfehlungen Schizophrenie”] (abgerufen am: 05.07.2016).
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2017a): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017. [Stand:] 04.10.2017. Berlin: KBV. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_Stand\\_3\\_Quartal\\_2017.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_3_Quartal_2017.pdf) (abgerufen am: 19.12.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2017b): Soziotherapie. Hinweise zur Verordnung. Stand: Januar 2017. Berlin: KBV. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Soziotherapie.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Soziotherapie.pdf) (abgerufen am: 29.09.2017).
- Keefe, RS; Haig, GM; Marder, SR; Harvey, PD; Dunayevich, E; Medalia, A; et al. (2016): Report on ISCTM Consensus Meeting on Clinical Assessment of Response to Treatment of Cognitive Impairment in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 42(1): 19-33. DOI: 10.1093/schbul/sbv111.
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Krogh, J; Speyer, H; Nørgaard, HCB; Moltke, A; Nordentoft, M (2014): Can exercise increase fitness and reduce weight in patients with schizophrenia and depression? *Frontiers in Psychiatry* 5: 89. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00089.
- Laloyaux, J; Van der Linden, M; Levaux, M-N; Mourad, H; Pirri, A; Bertrand, H; et al. (2014): Multitasking capacities in persons diagnosed with schizophrenia: A preliminary examination of their neurocognitive underpinnings and ability to predict real world functioning. *Psychiatry Research* 217(3): 163-170. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.03.026.



- Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Leung, WW; Bowie, CR; Harvey, PD (2008): Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 14(3): 479-488. DOI: 10.1017/s1355617708080600.
- Lieb, M; Palm, U; Meyer, S; Sarubin, N; Mokhtari-Nejad, R; Riedel, M; et al. (2014): Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche an einem Universitätsklinikum. *Psychiatrische Praxis* 41(4): 195-199. DOI: 10.1055/s-0033-1343267.
- Lovaglio, PG; Monzani, E (2011): Validation aspects of the health of the nation outcome scales. *International Journal of Mental Health Systems* 5: 20. DOI: 10.1186/1752-4458-5-20.
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Malchow, B; Schmitt, A; Falkai, P (2016): Aerobic exercise for people with schizophrenic psychosis. In: Lam, LCW; Riba, M: *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. New York: Cambridge University Press, 66-78. ISBN: 978-1-107-09709-4.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsy.2015.00184.
- Mielau, J; Altunbay, J; Heinz, A; Reuter, B; Bempohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, Epub 11.07.2016. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.

- MOH [Ministry of Health, Singapore]; Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf) (abgerufen am: 01.09.2016).
- Montag, C; Haase, L; Seidel, D; Bayerl, M; Gallinat, J; Herrmann, U; et al. (2014): A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLoS ONE* 9(11): e112348. DOI: 10.1371/journal.pone.0112348.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016a): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Müller, M; Vandeleur, C; Weniger, G; Prinz, S; Vetter, S; Egger, ST (2016b): The performance of the Health of the Nation Outcome Scales as measures of clinical severity. *Psychiatry Research* 239: 20-27. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.060.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Full Guideline]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [Full Guideline]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015a): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated edition. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015b): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989> (abgerufen am: 10.03.2017).
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Novick, D; Haro, JM; Suarez, D; Perez, V; Dittmann, RW; Haddad, PM (2010): Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 176(2-3): 109-113. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.
- PIBB [Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg] ([kein Datum]): PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg. Berlin: PIBB. URL: <https://www.pi-bb.de/> (abgerufen am: 04.10.2017).
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15: 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- Pirkis, J; Burgess, P; Kirk, P; Dodson, S; Coombs, T (2005): Review of standardised measures used in the National Outcomes and Casemix Collection (NOCC). Version 1.2. [Stand:] Mai 2005. Parramatta, AU: AMHOCN [Australian Mental Health Outcomes and Classification Network]. URL: [http://www.amhocn.org/sites/default/files/publication\\_files/review\\_of\\_nocc\\_measures\\_version\\_1.2.pdf](http://www.amhocn.org/sites/default/files/publication_files/review_of_nocc_measures_version_1.2.pdf) (abgerufen am: 20.09.2017).
- Prien, P; Schaefer, C; Schorr, S; Vader, I; Nothacker, M (2017): AWMF-Registernummer nvl-006. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz [*Leitlinienreport*]. 2. Auflage. Berlin: BÄK [Bundesärztekammer] [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000391.

- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]; Hrsg. ([kein Datum]): What is HoNOS? London: RC PSYCH. URL: <http://www.rcpsych.ac.uk/traininpsychiatry/conferencetraining/resources/honos/whatishonos.aspx> (abgerufen am: 26.09.2017).
- Rimes, RR; de Souza Moura, AM; Lamego, MK; de Sá Filho, AS; Manochio, J; Paes, F; et al. (2015): Effects of exercise on physical and mental health, and cognitive and brain functions in schizophrenia: Clinical and experimental evidence. *CNS and Neurological Disorders – Drug Targets* 14(10): 1244-1254.
- Röcker, S; Bachmann, S (2015): Suizidalität bei psychischen Erkrankungen – Prävention und Behandlung. *Therapeutische Umschau* 72(10): 611-617. DOI: 10.1024/0040-5930/a000727.
- Ryan, R; Santesso, N; Lowe, D; Hill, S; Grimshaw, J; Prictor, M; et al. (2014): Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD007768. DOI: 10.1002/14651858.CD007768.pub3.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Saß, H; Wittchen, H-U; Zaudig, M; Houben, I (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen [u. a.]: Hogrefe. ISBN: 978-3-80171-660-8.
- Schaub, A; Hippus, H; Möller, H-J; Falkai, P (2016): Psychoeducational and Cognitive Behavioral Treatment Programs: Implementation and Evaluation From 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S81-S89. DOI: 10.1093/schbul/sbw057.
- Schaub, D; Juckel, G (2011): PSP-Skala – Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie. *Nervenarzt* 82(9): 1178-1184. DOI: 10.1007/s00115-010-3204-4.
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelman, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.

- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- Sharif, MO; Janjua Sharif, FN; Ali, H; Ahmed, F (2013): Systematic Reviews Explained: AMSTAR – How to Tell the Good From the Bad and the Ugly. *Oral Health and Dental Management* 12(1): 9-16. URL: <https://www.omicsonline.com/open-access/systematic-reviews-explained-amstarhow-to-tell-the-good-from-the-bad-and-the-ugly-2247-2452-12-491.pdf> (abgerufen am: 06.07.2017).
- Shea, BJ; Grimshaw, JM; Wells, GA; Boerts, M; Andersson, N; Hamel, C; et al. (2007): Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC: Medical Research Methodology* 7: 10. DOI: 10.1186/1471-2288-7-10.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Slade, M; Thornicroft, G; Glover, G (1999): The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34(5): 243-249. DOI: 10.1007/s001270050139.
- Speyer, H; Nørgaard, HCB; Birk, M; Karlsen, M; Storch Jakobsen, A; Pedersen, K; et al. (2016): The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry* 15(2): 155-65. DOI: 10.1002/wps.20318.
- Steinert, T; Noorthoorn, EO; Mulder, CL (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* 2: 141. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00141.
- Sturm, D; Arends, S; Henke, T; Reichmann, C; Janssen, B; Görtz, P (2015): Assessmentgesteuertes Home Treatment für Patienten mit schweren psychotischen Störungen. *Psychiatrische Praxis* 43(6): 333-338. DOI: 10.1055/s-0034-1387633.
- Theodoridou, A; Jaeger, M; Ketteler, D; Kawohl, W; Lauber, C; Hoff, P; et al. (2011): The Concurrent Validity and Sensitivity of Change of the German Version of the Health of the Nation Outcome Scales in a Psychiatric Inpatient Setting. *Psychopathology* 44(6): 391-397. DOI: 10.1159/000325172.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.

- Trauer, T; Callaly, T; Hantz, P; Little, J; Shields, R; Smith, J (1999): Health of the Nation Outcome Scales. Results of the Victorian field trial. *British Journal of Psychiatry* 174(5): 380-388. DOI: 10.1192/bjp.174.5.380
- Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.
- Weyer, G; Koeppen, D; Eich, F-X (2015): Internationale Skalen für Psychiatrie. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen [u. a.]: CIPS [Collegium Internationale Psychiatriae Salarum]. ISBN: 978-3-80172-512-9.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2017): Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017. Berlin: WIdO. URL: [http://www.wido.de/amtl\\_atc-code.html](http://www.wido.de/amtl_atc-code.html) [→ Download: Amtlicher ATC-Index mit DDD Angaben für das Jahr 2017 (zip-Datei)] (abgerufen am: 19.12.2017).
- Wing, JK; Beevor, AS; Curtis, RH; Park, SB; Hadden, S; Burns, A (1998): Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 172(1): 11-18. DOI: 10.1192/bjp.172.1.11.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Zhao, S; Sampson, S; Xia, J; Jayaram, MB (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD010823. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Abschlussbericht

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Vertraulichkeitshinweis:**

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

22. Dezember 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	7
A.1 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten.....	8
A.2 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium.....	19
A.3 Dokumentation der fokussierten Recherchen.....	34
A.4 AMSTAR-, EPOC-, COCHRANE-Kriterien.....	43
A.5 Ergebnisse der Indikatorenrecherche.....	45
A.6 Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten.....	58
A.7 Messinstrumente.....	61
B Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums.....	64
C.1 Patientenfilter, Leistungs- und Medikationsfilter sowie Schlüsselnummern für Facharztgruppen.....	72
C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM.....	75
C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM.....	76
C.4 Medikamentenlisten der Antiepileptika, Psycholeptika, Anxiolytika und Antidepressiva .	78
C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM.....	92
D.1 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	95
D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation.....	100
D.3 HoNOS-Fragebogen.....	101
D.4 Glossar für die Beurteilung HoNOS-Fragebogens.....	102
D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation.....	114
D.6 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation.....	135
D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.....	158
D.8 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, stationär.....	164
D.9 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, ambulant.....	166
Literatur.....	168
E.1 Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens <i>Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.</i>	
Zwischenbericht.....	170

E.2 Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells..... 312

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale nach der Extraktion und Synthese der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard und Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2) .....	8
Tabelle 2: Qualitätsmerkmale nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3) .....	11
Tabelle 3: QI-Entwürfe nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4).....	13
Tabelle 4: QI-Entwürfe nach der Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5) .....	14
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren nach Setbewertung durch das Expertengremium .....	15
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren nach Stellungnahmeverfahren .....	17
Tabelle 7: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	20
Tabelle 8: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	22
Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention .....	24
Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	25
Tabelle 11: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	26
Tabelle 12: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ .....	27
Tabelle 13: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	28
Tabelle 14: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	28
Tabelle 15: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	30
Tabelle 16: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	31
Tabelle 17: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“ .....	32
Tabelle 18: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	33
Tabelle 19: Exemplarische Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für den Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	34
Tabelle 20: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ .....	36
Tabelle 21: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	36

Tabelle 22: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	37
Tabelle 23: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	37
Tabelle 24: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ ...	38
Tabelle 25: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	38
Tabelle 26: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	38
Tabelle 27: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	39
Tabelle 28: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Symptomlast“ .....	40
Tabelle 29: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	40
Tabelle 30: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	41
Tabelle 31: AMSTAR-Kriterien.....	43
Tabelle 32: Kategorisierung der AMSTAR-Kriterien (in Anlehnung an Sharif et al. 2013, Ryan et al. 2014, Flodgren et al. 2011) .....	43
Tabelle 33: EPOC-Bewertung der RCTs .....	43
Tabelle 34: Kategorien zur Beurteilung des Risikos von Verzerrung (Bias) (in Anlehnung an Higgins et al. 2011).....	44
Tabelle 35: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	45
Tabelle 36: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ ....	46
Tabelle 37: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	46
Tabelle 38: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	50
Tabelle 39: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Umgang mit und Prävention von Suizidalität“ .....	50
Tabelle 40: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“. 51	
Tabelle 41: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	51
Tabelle 42: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	54
Tabelle 43: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	54
Tabelle 44: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	57
Tabelle 45: Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten.....	58
Tabelle 46: Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus .....	61
Tabelle 47: Teilnehmerliste Expertengremium.....	64
Tabelle 48: Fragen zur Offenlegung Interessenskonflikten (Expertengremium).....	69
Tabelle 49: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums .....	70

Tabelle 50: Patientenfilter .....	72
Tabelle 51: Leistungs- und Medikationsfilter.....	73
Tabelle 52: Schlüsselnummern für Facharztgruppen .....	74
Tabelle 53: Psych_ICD-10-GM Einschussdiagnosen.....	75
Tabelle 54: Psych_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen.....	76
Tabelle 55: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika).....	78
Tabelle 56: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika).....	80
Tabelle 57: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika).....	82
Tabelle 58: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva).....	87
Tabelle 59: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie .....	92
Tabelle 60: Datenfelder der Spezifikation.....	95
Tabelle 61: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär.....	114
Tabelle 62: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant.....	135
Tabelle 63: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär.....	158

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums .....	71
--	----

## A.1 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale nach der Extraktion und Synthese der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard und Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Indikator-ID: 08c) AQUA	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer	Erwäge stationäre Einweisung bei folgenden Behandlungssituationen	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans
	Aktualisierung des Behandlungsplans	Vermeidung stationärer Aufenthalte	Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	Anbieten von Home Treatment
	zeitnahe Fortführung von psychologischen Behandlungen (Anschlusstermin wie bei FA)			
<b>Entlassungsmanagement</b>	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator ID: 01e) AQUA	Terminvereinbarung vor Entlassung	Informationsaustausch zwischen Versorgern unterschiedlicher Settings	Entlassungsplanung mit dem Patienten
	rechtzeitige Mitteilung des Entlassungstermins			
<b>Restriktive Maßnahmen</b>	Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	Gewährleistung der Sicherheit des Patienten während der restriktiven Maßnahme	Nutzung minimal notwendiger Gewalt (das mildeste Mittel)
	Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	Erstellen einer Behandlungsvereinbarung

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
<b>Symptomlast</b>	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	
<b>Psychosoziales Funktionsniveau</b>	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Angebot von qualifiziertem Peer Support	Erhalt von Lifestyle-Interventionen
	Erhalt von Kunsttherapie	Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	Erhalt von Ergotherapie
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Vermeiden von antipsychotischer Hochdosistherapie bei Therapieresistenz (Bei Nicht-Ansprechen)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie bei Therapieresistenz (Bei Nicht-Ansprechen)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Indikator-ID: 20b) AQUA	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a) AQUA
	Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	Reduzierung von antipsychotischer Pharmakotherapie erfolgt mittels gemonitortem Ausschleichen (frühe post akute Phase)	Weiterführung des Monitorings nach Reduzierung der antipsychotischen Medikation (frühe post akute Phase)	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission
	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	Bei Beendigung der Clozapin-Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	Vermeide eine rasche Aufsättigung mit Neuroleptika in der akuten Phase (‘rapid neuroleptization’)	Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen)
	Vermeide Unterbrechungen der antipsychotischen Erhaltungsmedikation	Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Erst-erkrankten		

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt		
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	Implementierung eines Krisenplans	Thematisieren selbstschädigenden und/oder suizidalen Verhaltens mit dem Patienten nach Erfassung	Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten
<b>Komorbidität Sucht</b>	Explizites Thematisieren von Substanzmissbrauch mit dem Patienten	Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
	Berücksichtigung der Auswirkungen der Nikotinreduktion auf bestimmte Medikamente (z.B. Clozapin, Olanzapin)			
<b>Somatische Versorgung</b>	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Indikator-ID: 31_a) AQUA	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer
<b>Psychoedukation</b>	Erhalt von strukturierter Psychoedukation	Angebot wiederholter Psychoedukation		



Tabelle 2: Qualitätsmerkmale nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	Anbieten von Home Treatment
<b>Entlassungsmanagement</b>	Terminvereinbarung vor Entlassung			
<b>Restriktive Maßnahmen</b>	Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation
	Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	Erstellen einer Behandlungsvereinbarung		
<b>Symptomlast</b>	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	
<b>Psychosoziales Funktionsniveau</b>	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Angebot von qualifiziertem Peer Support	Erhalt von Lifestyle-Interventionen
	Erhalt von Kunsttherapie	Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	Erhalt von Ergotherapie
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a) AQUA	Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
	Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustands des Patienten (besonders in der ersten Woche)	Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen)	Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Erst-erkrankten	
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt		
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdenden Verhalten	Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten		
<b>Komorbidität Sucht</b>	Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	
<b>Somatische Versorgung</b>	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	
<b>Psychoedukation</b>	Erhalt von strukturierter Psychoedukation	Angebot wiederholter Psychoedukation		

Tabelle 3: QI-Entwürfe nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4)

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer			
<b>Entlassungsmanagement</b>	Terminvereinbarung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vor Entlassung			
<b>Restriktive Maßnahmen</b>	1:1-Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen		
<b>Symptomlast</b>	Messung der Symptombelastung mit standardisierten Messinstrumenten	Messung der kognitiven Fähigkeiten		
<b>Psychosoziales Funktionsniveau</b>	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Erhalt von Lifestyle-Interventionen	Erhalt von ambulanter Psychotherapie	Erhalt psychosozialer Therapie (Soziotherapie)
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen sowie unerwünschter Wirkungen der Pharmakotherapie		
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt			

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Regelmäßiges Erfassen der Suizidalität			
<b>Komorbidität Sucht</b>	Routinemäßiges Erfassen der psychischen Komorbiditäten Sucht			
<b>Somatische Versorgung</b>	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren/Somatische Untersuchung			
<b>Psychoedukation</b>	Erhalt von strukturierter Psychoedukation			

Tabelle 4: QI-Entwürfe nach der Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer			
<b>Entlassungsmanagement</b>	Terminvereinbarung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vor Entlassung			
<b>Restriktive Maßnahmen<sup>1</sup></b>				
<b>Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau<sup>2</sup></b>	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – stationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – ambulant	Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau mit dem HoNOS – stationär	Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau mit dem HoNOS – ambulant

<sup>1</sup> Diese Indikatorenentwürfe wurden im Nachgang des 3. Expertentreffens neu operationalisiert (siehe Tabelle 5).

<sup>2</sup> Die Indikatorenentwürfe dieser beiden Qualitätsaspekte wurden zu 4 QI-Entwürfen zusammengeführt, um diese Qualitätsaspekte abzubilden.

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Erhalt von Lifestyle-Interventionen	Erhalt von ambulanter Psychotherapie	Erhalt von psychosozialer Therapie (Soziotherapie)
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Psychopharmakotherapie		
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt			
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Durchführung von Fallbesprechungen (Suizidkonferenz) nach Suizid eines Patienten – stationär			
<b>Komorbidität Sucht</b>	Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom			
<b>Somatische Versorgung</b>	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
<b>Psychoedukation</b>	Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation			

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren nach Selbstevaluation durch das Expertengremium

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>				
<b>Entlassungsmanagement</b>	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
<b>Restriktive Maßnahmen</b>	1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen		
<b>Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau</b>	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär (Systemindikator)	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Ambulantes Monitoring und Dokumentation	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt			
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			
<b>Komorbidität Sucht</b>	Erfassung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom – ambulant			
<b>Somatische Versorgung</b>	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
<b>Psychoedukation</b>	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant		

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren nach Stellungnahmeverfahren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
<b>Kontinuität, Koordination und Kooperation</b>				
<b>Entlassungsmanagement</b>	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			
<b>Restriktive Maßnahmen</b>	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1- Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen		
<b>Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau</b>	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
<b>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</b>	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	Soziotherapie (Systemindikator)	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	
<b>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I</b>	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Ambulantes Monitoring und Dokumentation	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	
<b>Psychotherapie (stationär/PIA)</b>	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt			
<b>Suizidalität – Umgang und Prävention</b>	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
<b>Komorbidität Sucht</b>	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom			
<b>Somatische Versorgung</b>	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
<b>Psychoedukation</b>	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant		



## **A.2 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium**

Die Erfassung der Expertenmeinung erfolgte orientiert an den in den „Methodischen Grundlagen“ formulierten Vorgaben in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Die am Gremium beteiligten Expertinnen und Experten gaben während der 3. Gremiumssitzung am 13. Juni 2017 ihre Einschätzung zum möglichen Verbesserungsbedarf und zur Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer für jedes Qualitätsmerkmal auf einer 9-stufigen Skala ab, wobei Eignung ab einem Punktwert von 7 und höher angenommen wird. Konsens der Gruppe hinsichtlich der Bewertung wird dann angenommen, wenn mehr als 75 % der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten (IQTIG 2017).

Tabelle 7: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8,5	8,36
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8,5	8,29
Angebot von qualifiziertem Peer Support	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,21
Erhalt von Lifestyle-Interventionen	14	0/(0 %)	3(21 %)	11(79 %)	-	7,5	7,29
Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	14	1/(7 %)	0/(0 %)	13/93 %)	-	9	8,07
Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	14	1/(7 %)	0/(0 %)	13/(93 %)	-	9	8
Erhalt von Ergotherapie	14	3/(21 %)	5/(35 %)	6/(43 %)	-	4	4,21
Erhalt von Kunsttherapie	14	1/(7 %)	3/(21 %)	10/(72 %)	-	7	6,79
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	14	6/(43 %)	1/(7 %)	7/(50 %)	-	6,5	4,79
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	14	7/(50 %)	1/(7 %)	6/(43 %)	-	4,5	4,64

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Angebot von qualifiziertem Peer Support	14	7/(50 %)	0/(0 %)	7/(50 %)	-	5	4,57
Erhalt von Lifestyle-Interventionen	14	6/(43 %)	2/(14 %)	6/(43 %)	-	5,5	4,71
Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	14	6/(43 %)	2/(14 %)	6/(43 %)	-	5,5	4,86
Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	14	7/(50 %)	0/(0 %)	7/(50 %)	-	5	5
Erhalt von Ergotherapie	14	6/(43 %)	1/(7 %)	7/(50 %)	-	6	6
Erhalt von Kunsttherapie	14	3/(22 %)	1/(7 %)	10/(71 %)	-	7,5	6,29

Tabelle 8: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,21
Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8
Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,79
Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	9	8,43
Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	14	8/(57 %)	2/(14 %)	4/(29 %)	-	3	3,64
Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)	14	7/(50 %)	1/(7 %)	6/(43 %)	-	4	4,79
Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten	14	3/(33 %)	0/(0 %)	6/(67 %)	5	9	6,44

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	14	14/(100 %)	0/(0 %)	0/(0 %)	-	9	8,5
Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	14	2/(14 %)	3/(22 %)	9/(64 %)	-	8	6,79
Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,36
Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	9	8,5
Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	14	3/(22 %)	0/(0 %)	11/(78 %)	-	7	6,29
Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)	14	4/(29 %)	1/(7 %)	9/(64 %)	-	7,5	6,07
Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten	14	2/(25 %)	0/(0 %)	6/(75 %)	6	8,5	6,75

Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	7,86
Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten	14	7/(50 %)	3/(21 %)	4/(29 %)	-	3,5	3,79
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	8	7,5
Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten	14	4/(29 %)	4/(29 %)	6/(42 %)	-	5	5,14

Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/100 %	-	7,5	7,64
Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	14	5/(36 %)	6/(43 %)	3/(21 %)	-	4	3,86
Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,71
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8
Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	14	3/(22 %)	1/(7 %)	10/(71 %)	-	7	6,21
Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	14	2/(14 %)	1/(7 %)	11/(79 %)	-	7	6,71

Tabelle 11: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,86
Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,71
Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,57
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7,5	7,43
Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(78 %)	-	7	7,14
Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7	7,29



Tabelle 12: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	9	8,5
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	14	7/(50 %)	3/(22 %)	4/(28 %)	-	6,5	5,86
Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	14	2/(14 %)	2/(14 %)	10/(72 %)	-	7	6,71
Anbieten von Home Treatment	14	1/(7 %)	1/(7 %)	12/(86 %)	-	9	7,71
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer	14	0/(0 %)	3/(22 %)	11/(78 %)	-	7,5	7,5
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	7,5	7,29
Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	14	3/(21 %)	2/(14 %)	9/(65 %)	-	7	6,71
Anbieten von Home Treatment	14	5/(36 %)	4/(28 %)	5/(36 %)	-	5	4,86

Tabelle 13: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Terminvereinbarung vor Entlassung	14	0/(0 %)	4/(28 %)	10/(72 %)	-	7	7,04
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Terminvereinbarung vor Entlassung	14	2/(14 %)	1/(7 %)	11/(79 %)	-	7	7

Tabelle 14: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	9	8,07
Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,57
Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	7,5	6,93
Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	14	5/(36 %)	5/(36 %)	4/(28 %)	-	4	4,71

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	14	4/(29 %)	6/(42 %)	4/(29 %)	-	5	4,79
Erstellen einer Behandlungsvereinbarung	14	1/(7 %)	4/(29 %)	9/(64 %)	-	7,5	6,79
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	9	8,57
Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	14	1/(7 %)	1/(7 %)	12/(86 %)	-	9	8,07
Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,86
Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,43
Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	14	4/(29 %)	4/(29 %)	6/(42 %)	-	5,5	5,21
Erstellen einer Behandlungsvereinbarung	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,64

Tabelle 15: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Erhalt von strukturierter Psychoedukation	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,79
Angebot wiederholter Psychoedukation	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7	7,43
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Erhalt von strukturierter Psychoedukation	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,07
Angebot wiederholter Psychoedukation	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	7,5	7,64

Tabelle 16: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	8	7,14
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	9	8,29
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	9	7,29
Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	9	8,5

Tabelle 17: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	7,71
Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	14	0(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	7,93
Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,29
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,07
Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	8,14
Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,21

Tabelle 18: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
<b>Verbesserungsbedarf</b>							
Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,07
<b>Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer</b>							
Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	8	7,14

## A.3 Dokumentation der fokussierten Recherchen

Tabelle 19: Exemplarische Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für den Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

#	Searches
<b>Block I Schizophrenie</b>	
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/ or schizoaffective.mp.
4	Mental Health.ti.
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	5 not 6
<b>Block II Qualitätsaspekt „Psychoedukation“</b>	
8	exp Patient Education as Topic/
9	psychoeducat*.mp.
10	8 or 9
11	7 and 10
12	limit 11 to yr="2014 -Current"
13	limit 12 to (english or german)
14	limit 13 to (clinical conference or comment or congresses or letter)
15	13 not 14
<b>Block III Publikationen deutschsprachiger Länder</b>	
16	exp Germany/
17	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in. or (german or deutsch*).ot,ti,ab.
18	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clusthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg



#	Searches
	or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendet-telsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnab-ruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or wein-garten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bay-ern).ot,ti,ab,in.
19	16 or 17 or 18
20	15 and 19
21	exp Austria/ or (wien or vienna or graz or bregenz or polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or ka-ernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oester-reich*).ot,ti,ab,in.
22	exp Switzerland/ or (zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or grau-bunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwal-den or frauenfeld or schweiz* or swiss or switzerland).ot,ti,ab,in.
23	19 or 21 or 22
24	15 and 23
25	remove duplicates from 24
26	("Organi?ation for Economic Cooperation and Development" or "Organi?ation for Economic Co-operation and Development").ti,ab,in.
27	"world health organi?ation".ti,ab,in.
28	oecd.ti,ab,in.
29	who.in.
30	26 or 27 or 28 or 29
31	(countries or nations or states or international).ti,ab.
32	30 and 31
33	15 and 32

#	Searches
34	25 or 33

Die spezifischen Rechercheblöcke für die einzelnen Qualitätsaspekte (Block II) sind nachfolgend für die Datenbank MEDLINE aufgeführt.

Tabelle 20: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

#	Searches
8	Delivery of Health Care, Integrated/
9	Models, Organizational/
10	Interinstitutional Relations/
11	exp Interprofessional Relations/
12	exp *Rehabilitation/
13	Community Mental Health Services/
14	Mental Health Services/
15	exp Patient Care/
16	exp Patient Care Management/
17	Intersectoral Collaboration/
18	((transfer* or transition*) adj2 (care or hospital* or inpatient*)).mp.
19	((communicat* or coordinat* or continuity or continuum or consisten* or continuous-ness or cooperation or co-operation or collabora*) adj3 (care or treatment* or therap*)).mp.
20	((treatment or therapy) adj2 plan*).mp.
21	(caregiver adj3 (involvement or participation)).mp.
22	or/8-21

Tabelle 21: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

#	Searches
8	exp Continuity of Patient Care/
9	(discharg* adj3 (manag* or hospital* or inpatient* or patient*)).mp.
10	((transfer* or transition*) adj2 (care or hospital* or inpatient*)).mp.
11	((communicat* or coordinat*) adj3 (care or treatment* or therap*)).mp.
12	or/8-11

Tabelle 22: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

#	Searches
8	Drug Therapy/
9	Drug Therapy, Combination/
10	Drug Synergism/
11	Antipsychotic Agents/
12	(drug* or pharmaco* or antipsychot*).mp.
13	or/8-12
14	(monitor* or observ* or supervis* or control*).mp.
15	13 and 14
16	Drug Monitoring/
17	Inappropriate Prescribing/ or (inappropriate adj3 prescri*).ti,ab.
18	exp Drug Administration Schedule/ or (drug* adj3 schedul*).ti,ab.
19	exp Drug Prescriptions/ or (drug* adj3 prescri*).ti,ab.
20	Withholding Treatment/ or ((withhold* or withdraw*) adj3 (drug* or treatment* or regime* or schedule*)).ti,ab.
21	((taper* or reduc*) adj3 (medication* or drug* or dosage* or dose*)).ti,ab.
22	or/15-21

Tabelle 23: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

#	Searches
8	exp Psychotherapy/
9	((group or individual* or psychosocial) adj3 therap*).mp.
10	psychotherap*.ti,ab.
11	8 or 9 or 10

Tabelle 24: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

#	Searches
8	exp Suicide/
9	suicid*.mp.
10	self-destruction.mp.
11	8 or 9 or 10

Tabelle 25: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

#	Searches
8	exp Substance-Related Disorders/
9	Behavior, Addictive/
10	Substance Abuse Treatment Centers/
11	Substance Abuse Detection/
12	exp Psychoses, Substance-Induced/
13	exp Adaptation, Psychological/
14	((substance or drug?) adj3 (misuse* or abus* or disorder? or addict* or depend* or habituat* or dehabituat* or wean*)).mp.
15	((coping or cope or adheren*) adj3 (addict* or depend* or habituat*)).mp.
16	or/8-15

Tabelle 26: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

#	Searches
8	exp chronic disease/
9	exp cardiovascular diseases/
10	diabetes mellitus, Type 2/ or diabet*.mp.
11	((cardiovas* or heart* or coronar*) adj3 disease).mp.
12	((somatic* or chronic*) adj3 disease).mp.
13	exp metabolic diseases/ or metabolic*.mp.
14	(obes* or weigh*).mp.
15	exp overweight/
16	exp hypertension/

#	Searches
17	or/8-16
18	(measur* or scal* or test* or assess* or check* or examin*).mp.
19	exp health promotion/ or (health promot* or prevent*).mp.
20	exp primary prevention/
21	secondary prevention/
22	exp "weights and measures"/
23	exp monitoring, physiologic/
24	Guideline Adherence/
25	Schizophrenia/pc [Prevention & Control]
26	psychosis/pc [prevention & control]
27	or/18-26
28	17 and 27

Tabelle 27: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

#	Searches
8	exp "Commitment of Mentally Ill"/
9	exp Immobilization/
10	exp Persuasive Communication/
11	exp Coercion/
12	exp Behavior Control/
13	exp bed rest/
14	or/8-13
15	(involuntar* adj2 (treatment* or admission* or commitment* or isolat* or immo- bili*).mp.
16	coerci*.mp.
17	restrain*.mp.
18	compulsion.mp.
19	seclu*.mp.
20	constrain*.mp.

#	Searches
21	or/15-20
22	14 or 22

Tabelle 28: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Symptomlast“

#	Searches
8	exp "pain measurement"/
9	"symptom assessment"/
10	exp "weights and measures"/
11	exp "surveys and questionnaires"/
12	10 or 11
13	social skills/
14	quality of life/
15	exp cognitive therapy/
16	cognitive remediation/
17	exp cognition disorders/
18	exp cognition/
19	recreation therapy/
20	(social skill* or cognit* or quality of life).ti,ab.
21	or/13-20
22	12 and 21
23	((social skill* or cognit* or quality of life) adj3 (measur* or scal* or test* or assess* or question* or checklist*)).mp.
24	8 or 9 or 22 or 23

Tabelle 29: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“

#	Searches
8	Needs Assessment/ or (assess* adj3 (demand* or require* or need*)).mp.
9	((Training* or education*) adj2 program*).mp.
10	Activities of Daily Living/
11	Social Skills/ or (social adj2 skill?).mp.

#	Searches
12	Occupational therapy/ or Recreation Therapy/ or Community Integration/ or exp Social support/
13	((social* or communit* or occupation*) adj2 (support* or therap* or integrat*)).mp.
14	((Skill* adj3 health management*) or (health* adj3 education*)).mp. or Health education/
15	Return to work/ or Rehabilitation, Vocational/ or Employment, supported/ or individual placement*.mp. or return to work*.mp. or ((employ* or occupation* or vocation*) adj3 support*).mp. or IPS.mp.
16	(skill* adj3 employ*).mp.
17	*Sports/ or exp exercise/ or (physical adj3 Activit*).mp. or Sport*.mp. or exercis*.mp.
18	Life Style/ or exp Healthy Lifestyle/ or Health Promotion/ or lifestyle*.mp. or health promotion*.mp.
19	(Monitor* adj3 (care* or therap*)).mp. or exp Monitoring, Physiologic/
20	or/8-19

Tabelle 30: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

#	Searches
8	exp Psychotherapy/ or psychotherap*.ti,ab.
9	Ambulatory Care/ or (ambulatory or outpatient? or out-patient?).ti,ab.
10	8 and 9
11	Case Management/ or case management.ti,ab.
12	exp Social Support/ or ((peer or social*) adj2 support*).ti,ab.
13	Self Care/ or (self adj2 (care or management)).ti,ab.
14	Exp Nutrition Therapy/ or nutrition therap*.ti,ab.
15	exp Exercise Therapy/ or exp Exercise Movement Techniques/ or Sports/
16	((exercise adj2 therapy) or (physical adj2 activit*) or sport?).ti,ab.
17	14 or 15 or 16
18	Art Therapy/ or (art adj2 therapy).ti,ab.
19	exp Patient Compliance/ or (patient? adj2 (adherence or complian*)).ti,ab.
20	((adheren* or complian*) adj2 therap*).ti,ab.
21	Recreation Therapy/ or Social Skills/ or (social adj2 skill?).ti,ab.
22	exp Cognitive Therapy/ or (CBT or (behavio?ral adj2 therap*)).ti,ab.

#	Searches
23	(Antipsychotic Agents/ or Drug Therapy/) and exp Psychotherapy/
24	((antipsychotic* or pharmacotherap*) adj3 psychotherap*).ti,ab.
25	23 or 24
26	sociotherap*.mp.
27	Guideline Adherence/ or (guideline? adj2 adheren*).ti,ab.
28	Occupational Therapy/ or (occupational therap* or ergotherap*).mp.
29	Crisis Intervention/ or crisis plan*.mp.
30	exp Sociological Factors/ or sociolog* factor?.ti,ab.
31	(continuity or continuum or continuousness or consisten*).ti,ab. and (Ambulatory Care/ or (ambulatory or outpatient or out-patient).ti,ab.)
32	Patient Care Team/
33	31 or 32
34	Community Mental Health Services/
35	((assertive adj3 (community treatment or outreach)) or AOT).ti,ab.
36	34 or 35
37	Patient Readmission/ or readmission*.ti,ab.
38	exp Institutionalization/ or institutional* .ti,ab.
39	37 and 38
40	((continuity or continuum or continuousness or consisten*) adj3 care).ti,ab.
41	(hospital* adj3 ambulatory).mp.
42	exp Community Health Services/
43	41 or 42
44	10 or 11 or 12 or 13 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 33 or 36 or 39 or 40 or 43



## A.4 AMSTAR-, EPOC-, COCHRANE-Kriterien

Tabelle 31: AMSTAR-Kriterien

Referenz	AMSTAR Kriterium											Total ,yes‘
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Xia et al. (2011)	Y	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Na	9
Zhao et al. (2015)	Y	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Na	9
Mitchell et al. (2012)	Na	?	Y	Na	Na	Y	Na	Na	Y	Y	Na	4
Fink et al. (2015)	Na	Y	Y	Na	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Na	7

Y = Yes; N = No; ? = Can't answer; Na =Not applicable

Tabelle 32: Kategorisierung der AMSTAR-Kriterien (in Anlehnung an Sharif et al. 2013, Ryan et al. 2014, Flodgren et al. 2011)

Anzahl der erfüllten AMSTAR-Kriterien	Qualitätsaussage
8 bis 11 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	hohe Qualität
4 bis 7 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	mittlere/moderate Qualität
0 bis 3 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	geringe Qualität

Tabelle 33: EPOC-Bewertung der RCTs

EPOC-Kriterien	Bäumli et al. (2016)	Müller et al. (2016)
Was the allocation sequence adequately generated?	low	high
Was the allocation adequately concealed?	low	high
Were baseline outcome measurements similar?	high	unclear
Were baseline characteristics similar?	high	unclear
Were incomplete outcome data adequately addressed?	high	unclear
Was knowledge of the allocated interventions adequately prevented during the study?	high	low
Was the study adequately protected against contamination?	high	unclear

EPOC-Kriterien	Bäumli et al. (2016)	Müller et al. (2016)
Was the study free from selective outcome reporting?	high	high
Was the study free from other risks of bias?	high	high

low = low risk; high = high risk; unclear = unclear risk

Tabelle 34: Kategorien zur Beurteilung des Risikos von Verzerrung (Bias) (in Anlehnung an Higgins et al. 2011)

Risk of bias	Interpretation	Within a study	Across studies
Low risk of bias	Plausible bias unlikely to seriously alter the results	Low risk of bias for all key domains	Most information is from studies at low risk of bias.
Unclear risk of bias	Plausible bias that raises some doubt about the results	Unclear risk of bias for one or more key domains	Most information is from studies at low or unclear risk of bias.
High risk of bias	Plausible bias that seriously weakens confidence in the results	High risk of bias for one or more key domains	The proportion of information from studies at high risk of bias is sufficient to affect the interpretation of results.

## A.5 Ergebnisse der Indikatorenrecherche

Tabelle 35: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Indikator	Quelle
Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Ambulante Terminvergabe	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.
Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Continuity of visits after mental health-related hospitalisation	Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.
Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation	Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.

Tabelle 36: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Indikator	Quelle
Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.
Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Psychoedukation	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y.
Einzel-/Gruppenpsychoedukation	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127
Percentage of consumers receiving psychoeducation during an inpatient admission	Plever, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010): The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australasian Psychiatry</i> 18(2): 106-114. DOI: 10.3109/10398560903176933.
Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis	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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
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.	Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National Quality Measurement Using Clinical Indicators: The Danish National Indicator Project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.
Psychoeducation, family and patients	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.

Tabelle 37: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Indikator	Quelle
Nebenwirkungsmonitoring bei Patienten unter Dauermedikation	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der

Indikator	Quelle
	DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [ <i>Abschlussbericht</i> ]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).
Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [ <i>Präsentation</i> ]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Sicherstellung geeigneter Verlaufskontrollen	4QD – Qualitätskliniken.de (2013): Anlagen zum Klinikmanual Psychiatrie. Version: 1.2. [Stand:] 17.07.2013. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).
AMTS* - Monitoring der Arzneimittelnebenwirkungen	4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
AMTS* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion	4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).

Indikator	Quelle
AMTS* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten	4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienklärung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Medication - Monitoring Patient Response	Joint Commission ([kein Datum]): Medication – Monitoring Patient Response. Oakbrook Terrace, US-IL: Joint Commission. URL: <a href="https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlD=1095&amp;ProgramId=46">https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlD=1095&amp;ProgramId=46</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Metabolic side effects for consumers commencing antipsychotic medications	Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <a href="http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16">http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11	BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: <a href="https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf">https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems.	AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <a href="https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems">https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months	NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Indikator	Quelle
Kontrolluntersuchungen	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).
Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD)	NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Monitoring of medication side effects	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Assessment of tardive dyskinesia	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Management of intolerable side effects	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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Dosierung und Dauer der antipsychotischen Erhaltungstherapie	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Antipsychotika nach Entlassung	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.

Tabelle 38: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Indikator	Quelle
Kognitiv-behaviorale Psychotherapie	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y.
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.	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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Psychotherapie/kognitiv-behaviorale Psychotherapie	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.
Psychotherapeutische Behandlung	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Psychoedukation	Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y.

Tabelle 39: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Umgang mit und Prävention von Suizidalität“

Indikator	Quelle
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Monitoring critical incidents	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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.



Tabelle 40: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Korbidität Sucht“

Indikator	Quelle
Assessment of recent substance use— type, quantity, and frequency	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
Assessment of substance use disorder, trauma, and patient strengths completed	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
Substanzkonsum	Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.

Tabelle 41: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Indikator	Quelle
Q1 7 Diagnostik/Körperliche Untersuchung	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
B2 Somatische Komorbidität	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [ <i>Präsentation</i> ]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Jährliche körperliche Untersuchung durch internistisch tätigen Arzt bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Somatische Komorbidität bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Physical exam	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
D.7 Klinisches Labor, EKG, Aufklärung, ggf. Plasmaspiegel	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.

Indikator	Quelle
Medical assessment (History)	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).
Any A1C test	Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. <i>American Journal of Managed Care</i> 17(2): 144-150. URL: <a href="https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf">https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Any LDL-C test	Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. <i>American Journal of Managed Care</i> 17(2): 144-150. URL: <a href="https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf">https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose (Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score)	Tucker, W ([kein Datum]): When Less Is More: Reducing the Incidence of Antipsychotic Poly-Pharmacy. Cambridge, US-MA: IHI [Institute for Healthcare Improvement]. URL: <a href="http://www.ih.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhenLessIsMoreReducingtheIncidenceofAntipsychoticPolyPharmacy.aspx">http://www.ih.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhenLessIsMoreReducingtheIncidenceofAntipsychoticPolyPharmacy.aspx</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia	NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia	NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Health review and treatment checks among patients with psychoses	BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: <a href="https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf">https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)
People with serious mental illness (SMI) who have received the complete list of physical checks	BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: <a href="https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf">https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)

Indikator	Quelle
The percentage of patients aged 18 and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of total cholesterol: hdl ratio in the preceding 12 months	NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
The percentage of patients aged 18 years and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months	NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses aged 25-84 (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) who have had a CVD risk assessment performed in the preceding 12 months (using an assessment tool agreed with NHS England)	NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
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.	AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <a href="https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems">https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Annual assessment of weight/ BMI, glyce-mic control, and lipids	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
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	Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Government [u. a.]. URL: <a href="http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf">http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months	Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Government [u. a.]. URL: <a href="http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf">http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).

Tabelle 42: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Indikator	Quelle
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).
Deeskalationstraining	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).
Deeskalationstraining - stationär	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year	Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000): Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> 9(1): 11-18. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2000.00156.x

Tabelle 43: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Indikator	Quelle
Gemeindepsychiatrischer Verbund	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Community follow up after hospitalization.	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. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.
Community follow-up after hospitalization	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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Post-discharge community care	Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011): Benchmarking Adult Mental Health Organizations. <i>Australasian Psychiatry</i> 19(3): 215-220. DOI: 10.3109/10398562.2011.580748.

Indikator	Quelle
Post discharge community care	Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <a href="http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16">http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16</a> (abgerufen am: 22.09.2017).
Vorhandensein eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region in der IV-Versorgung Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Case Management	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Community (treatment service) follow-up after hospitalization	Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x
Assertive community treatment	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Case management services	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Multiprofessionality of services	Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
Case Management bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Assertive community treatment	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Integrated Care Models	Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
Community psychiatric network	Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.

Indikator	Quelle
Continuity of Visits after Mental Health-Related Hospitalisation	Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.
Training sozialer Fähigkeiten	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.
Spezielle Soziotherapie	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.
Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017)
Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017)
Evidence-Based Practice: Social Skills Training	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017)
Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [ <i>Präsentation</i> ]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Anbieten von Psychotherapie – ambulant	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [ <i>Abschlussbericht</i> ]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).
Psychotherapeutische Behandlung bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Indikator	Quelle
Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [ <i>Working Paper</i> ]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).
Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
Psychological treatments	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570

Tabelle 44: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Indikator	Quelle
Change in HoNOS scores	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.
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)	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Symptombelastung	Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).

## A.6 Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten

Tabelle 45: Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten

Indikator	Quelle
<b>recherchierte Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“</b>	
Symptombelastung	Bührlen, B; McKernan, S; Laxdal, K; Beutler, H; Haug, A; Hösly, P; et al. (2015): Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“). Erhebungszeitraum (Austritte): 1. Januar – 31. Dezember 2014. Version 1.1. [Stand:] 01.12.2015. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2014_DE_v1_1.pdf">http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2014_DE_v1_1.pdf</a> (abgerufen am: 26.09.2017).
Standardisierte Erfassung der Psychopathologie mit psychometrischen Skalen	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).
Standardisierte Erfassung der Psychopathologie	Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Hasan, A., Jänner, M., Janssen, B., Zielsek, J. (2015). Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> , 86(11), 1393-1399. DOI:10.1007/s00115-015-4357-y
Psychopathologie-monitoring (z. B. PANSS)	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.
Krankheitsschwere: CGI	Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. <i>Psychopharmakotherapie</i> 18(6): 257-262.
Psychopathologie: PANSS	Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L., Schimmelmann, B. G. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI:10.4088/JCP.09m05113yel.
Krankheitsschwere: CGI-S	Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L., Schimmelmann, B. G. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI:10.4088/JCP.09m05113yel.
Psychopathologie: CGI, SCL-90	Roick, C; Heinrich, S; Deister, A; Zeichner, D; Birker, T; Heider, D; et al. (2008): Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. <i>Psychiatrische Praxis</i> 35(6): 279-285. DOI: 10.1055/s-2008-1067432.
Psychiatric Severity Indicator	Cromwell, J; Gage, B; Drozd, E; Maier, J; Osber, D; Evensen, C; et al. (2005): Psychiatric Inpatient Routine Cost Analysis [Final Report]. [Stand:] February 2005. Waltham, US-MA: RTI International. RTI Project Number 08514.002. URL: <a href="https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-">https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-</a>



Indikator	Quelle
	<a href="#">and-Reports/Reports/downloads/cromwell_2005_3.pdf</a> (abgerufen am: 26.09.2017).
Störungsspezifische Messinstrumente ICD 10 F2. (PANSS-8)	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
Schizophrenia: proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients examined for psychopathology by a medical specialist.	Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National Quality Measurement Using Clinical Indicators: The Danish National Indicator Project. Journal of Surgical Oncology 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.
<b>recherchierte Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“</b>	
The social functioning of 100 % of the patients with schizo-phrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS)	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. Implementation Science 7(1). DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Global functional status	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 Intervention in Psychiatry 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.
Change in consumers' clinical outcomes Indicator 23	Australian Government, Department of Health; Hrsg. (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 23: Mental health outcomes for people who receive treatment from state and territory services and the private hospital system. Page last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <a href="http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-5~mental-pubs-n-report13-3-5-ind23">http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-5~mental-pubs-n-report13-3-5-ind23</a> (abgerufen am: 26.09.2017).
prä/post Messung GAF	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
prä/post Messung CGI	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
prä/post Messung BPI	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
Increase in mean Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	Chong, S-A; Mythily; Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008): Performance measures for mental healthcare in Singapore [Commentary]. AAMS – Annals, Academy of Medicine, Singapore 37(9): 791-796. URL: <a href="http://www.annals.edu.sg/pdf/37VolNo9Sep2008/V37N9p791.pdf">http://www.annals.edu.sg/pdf/37VolNo9Sep2008/V37N9p791.pdf</a> (abgerufen am: 26.09.2017).
Change in HoNOS scores – inpatient	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Australian Health Review 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.
Change in HoNOS scores – community	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Australian Health Review 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174
Kognitive Test Psychologie	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. Psychiatrie 12(2): 118-127.

Indikator	Quelle
Self-care assessment	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Psychosocial evaluation	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Independent living skills assessment	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Psychosoziales Funktionsniveau	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Funktionsniveau: GAF	Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
Funktionsniveau: GAF	Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. <i>Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. Psychopharmakotherapie</i> 18(6): 257-262.
Percentage of patients with schizophrenia whose functioning improves or is maintained over a 1-year period	Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; et al. (2004): Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>American Journal of Psychiatry</i> 161(1): 146-153. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.1.146.
Social functioning, as measured by the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS), improved by 2 points for 100 % of patients with schizophrenia	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1). DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Soziales Funktionsniveau (GAF)	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Patients receive Mental Status Exam (MSE) including assessment of: - Appearance (Personal hygiene/appropriate dress [Schiz]) - General Behavior (Schiz, Bipolar, MDD, SUD & PTSD)	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).
Schizophrenia: proportion of patients with a Global Assessment of Function (GAF) score of 30 or less at discharge receiving social support measures in their home.	Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National Quality Measurement Using Clinical Indicators: The Danish National Indicator Project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.

## A.7 Messinstrumente

### Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Veränderung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus

Es wurde orientierend nach Erhebungsinstrumenten recherchiert. Die Auswahl der betrachteten Instrumente ergab sich aus der Analyse der anhand der fokussierten Literaturrecherche dedektierten und eingeschlossenen Studien. Die Instrumente, die nur teilweise die für die Qualitätsaspekte erforderlichen Symptome erheben wie Depression oder Kognition bei Schizophreniepatienten, wurden nicht berücksichtigt ebenso wenig wie Instrumente, die auf der Selbstbeurteilung der Patienten basieren oder solche, die im wesentlichen leitfadengestützte Interviews sind.

Tabelle 46: Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale	generisch Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung der Symptomschwere:</li> <li>▪ Depression/Ängstlichkeit, Aktivitätsgrad/Aktivierung (activation), Behinderung (retardation), Psychose</li> <li>▪ 18 Items</li> <li>▪ Dauer: 20 bis 30 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Fassung (Weyer et al. 2015)</li> <li>▪ Validierung der deutschen Fassung konnte nicht ermittelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen</li> </ul>	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, aber: lizenzpflichtig
CGI Clinical Global Impression Scale	generisch Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychosoziales Funktionsniveau/ Messung der Symptomlast Skala für den klinischen Gesamteindruck</li> <li>▪ CGI-S: Symptomschwere</li> <li>▪ CGI-C/I: Symptomveränderung/-verbesserung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Fassung (Weyer et al. 2015)</li> <li>▪ Validierung für deutsche Fassung konnte nicht ermittelt werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen</li> </ul>	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, insbesondere eingesetzt zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychopharmaka

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch Qualitätsaspekt	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CGI-E: Wirksamkeit der Pharmakotherapie</li> <li>▪ Dauer: 1 Minute</li> </ul>			
GAF Global Assessment of Functioning	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beurteilung des allgemeinen und psychosozialen Funktionsniveaus</li> <li>▪ 1 Item</li> <li>▪ Dauer: 1 Minute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutsche Fassung liegt vor (Saß et al. 2003)</li> <li>▪ Validierung für deutsche Fassung konnte nicht ermittelt werden.</li> </ul>	nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ häufig verwendetes Messinstrument in Studien</li> <li>▪ Teil der Basisdokumentation (BADO)</li> </ul>
HoNOS Health of the Nation Outcome Scales	generisch Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhalten, Selbstverletzung, Drogen, Kognition, physische und psychische Symptome, Stimmung, Verhalten, Beziehung, Aktivitäten, Wohnen, Arbeit</li> <li>▪ 12 Items</li> <li>▪ Dauer: 5 bis 10 Minuten</li> </ul>	deutsche Fassung und Validierungsstudie der deutschen Fassung liegen vor (Andreas et al. 2007, Andreas et al. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ lizenzfrei</li> <li>▪ Rücksprache mit Autorinnen und Autoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verpflichtend für die Qualitätssicherung in der Schweiz</li> <li>▪ Basisdokumentation in England und Australien (Minimum Data Set)</li> <li>▪ Teil der „balanced scorecard“ in Neuseeland</li> </ul>
M.I.N.I. Mini-International Neuropsychiatric Interview	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhebung der Fähigkeitsbeeinträchtigung bei psychischen Erkrankungen</li> <li>▪ 11/13 Items</li> <li>▪ Dauer: 15 Minuten</li> </ul>	konnte nicht ermittelt werden	ja	kurzes strukturiertes diagnostisches psychiatrisches Interview, Fokus auf Teilhabe und damit nicht Teil des Qualitätsaspekts
ICF-Checklist International Classification of Functioning, Disability and Health	generisch Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	demografische Daten, Körperfunktionen (mental, sensorisch, somatisch), Fähigkeitsbeeinträchtigungen (i. S. der Partizipation), Einflüsse durch die Umgebung (sozial, beruflich)	konnte nicht ermittelt werden	Rücksprache mit der WHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ein generisches Instrument zur Erhebung des Gesundheitsstatus und der Fähigkeitsbeeinträchtigung, der Aktivitäten und Teilhabe</li> <li>▪ zu ausführlich, sehr umfangreich</li> </ul>

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch Qualitätsaspekt	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
MMSE Mini-Mental State Examination	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11 Items</li> <li>▪ Dauer: 10 bis 15 Minuten</li> </ul>	Originalquelle für die deutsche Übersetzung nicht identifizierbar, Validierungsstudie konnte nicht ermittelt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja</li> <li>▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag Göttingen</li> </ul>	
ILSS Independent Living Skills Survey	generisch für schwer und anhaltend psychisch erkrankte Personen Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 103 Items</li> <li>▪ Dauer: 20 bis 30 Minuten</li> </ul>	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selten zitiert</li> <li>▪ lizenzpflichtig</li> </ul>
PANSS Positive and Negative Syndrome Scale	diagnosespezifisch für Schizophrenie Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluation der Anwesenheit, des Fehlens und der Schwere positiver, negative und psychopathologischer Symptome</li> <li>▪ 30 Items</li> <li>▪ Dauer: 40 bis 50 Minuten</li> </ul>	Originalquelle für die deutsche Übersetzung nicht identifizierbar Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden	ja	sehr häufig verwendetes Messinstrument in Studien, aber: lizenzpflichtig
PSP Personal and Social Performance Scale	diagnosepezifisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziales Funktionsniveau</li> <li>▪ 4 Items</li> <li>▪ Dauer: 5 bis 10 Minuten</li> </ul>	deutsche Fassung und Validierungsstudie der deutschen Fassung liegen vor (Schaub und Juckel 2011)	ja	im deutschen Sprachraum gebräuchlich, aber: lizenzpflichtig
SFS Social Functioning Scale (nicht Schedule)	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Dimensionen zur sozialen Funktionsfähigkeit</li> <li>▪ 79 Items</li> <li>▪ Dauer: unklar</li> </ul>	konnte nicht ermittelt werden	konnte nicht ermittelt werden	sehr umfangreich

## B Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium Schizophrenie liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen – Pflege – Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler, Pflegefachpersonal), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Tabelle 47: Teilnehmerliste Expertengremium

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
<b>Fachärztliche Expertise</b>		
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ von 1991 bis 2016 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</li> <li>▪ bis 9/2016 Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung – Das Forschungsinstitut des LVR-Klinikverbundes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fach- und Universitätsklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich</li> <li>▪ seit 1993 im Referat Qualitätssicherung der DGPPN, Erstellung von Leitlinien</li> <li>▪ Forschungsschwerpunkte: Therapie und Verlauf schizophrener Störungen, Klinische Psychopharmakologie, Klinische Psychophysiologie, Experimentelle Psychopathologie, Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Stigmaforschung</li> </ul>
Dr. med. Iris Hauth	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatz Psychotherapie</li> <li>▪ Fachärztin für psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie</li> <li>▪ Gesundheitsmanagement/EFQM-Qualitätsmanagement</li> <li>▪ seit 2008 Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin des St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee</li> <li>▪ 2014 bis 2016 Präsidentin der DGPPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Grundversorgung, regionale Organisation von psychiatrischer Versorgung</li> <li>▪ Mitwirkung an der S3-Leitlinie NVL – unipolare Depression</li> </ul>

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatz Verhaltenstherapeut</li> <li>▪ seit 2006 Ärztlicher Direktor und Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktisch (Grundversorgung)</li> <li>▪ (wissenschaftlich medizinisch-biologisch)</li> </ul>
Dr. med. Karolina Leopold	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ seit 2004 ambulant, teilstationär, stationär tätig</li> <li>▪ seit 2014 Leiterin der PIA und des Frühinterventions- und Therapiezentrum (FrITZ) für psychotische Erkrankungen Klinikum Am Urban, Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedergelassen: Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung PIA und FrITZ, praktische Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssettings</li> <li>▪ Mitarbeit an der Erstellung und Aktualisierung der S3- Leitlinie für bipolare Störungen</li> </ul>
Alicia Navarro-Ureña	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ seit 1993 niedergelassen, Versorgung insbesondere schizophrener, depressiver und psychosomatisch erkrankter Patienten, regelmäßige Gruppen- und Gesprächstherapie (Psychoedukation, psychosoziales Training, Kommunikationstraining)</li> <li>▪ 2013 Gründung eines fachspezifischen Ärztenetzes zur Verbesserung komplex erkrankter Patienten (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin/BB) und der Psychiatrie Initiative Berlin-BB (Home-Treatment mit interner Qualitätssicherung)</li> <li>▪ Leitung Qualitätszirkel, Mitgründung der Deutschen Gesellschaft für Psychosen/Psychotherapie (Charité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedergelassen: vertragsärztliche Versorgung</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung, Gestaltung von Versorgung (Qualitätszirkel/Fortbildungen/Ärztenez etc.)</li> </ul>

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. med. Bettina Wilms	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ 1997 bis 2002 ärztliche Leitung der Tagesklinik der Uniklinik Leipzig</li> <li>▪ 2004 bis 2016 Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Südharz-Klinikum Nordhausen</li> <li>▪ seit 2016 Chefärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Querfurth</li> <li>▪ 2009 Mitinitiatorin des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Grundversorgung, Akutklinik</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung</li> <li>▪ Kenntnisse im Bereich Integrierte Versorgung</li> </ul>
<b>Psychologische Expertise</b>		
Frau PD Dr. Pitschel-Walz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologin, Promotion und Habilitation zu Schizophrenie, seit 1982 wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin</li> <li>▪ seit 2008 Leitung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Universitätsklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich, insbesondere zu Schizophrenie und Psychoedukation</li> <li>▪ Mitarbeit am Aktualisierungsprozess der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“</li> </ul>
Herr Kristof Hückstädt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologe, wissenschaftlicher Mitarbeit der Hochschulambulanz an der Technischen Universität Braunschweig</li> <li>▪ seit 2004 psychotherapeutisch tätig (als Stationspsychologe, 2,5 Jahre ambulant psychotherapeutisch an Hochschulambulanz)</li> <li>▪ seit 2012 leitender Psychologe Psychiatriezentrum Königslutter, Schwerpunkt Schizophrenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie seit 2004</li> <li>▪ 2009 bis 2011 ambulant tätig</li> </ul>



Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
PD Dr. phil. Dipl. psych. Bernd Puschner	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologe</li> <li>▪ seit 2003 Senior Researcher, Leiter der Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm</li> <li>▪ Habilitation „Prozess-Ergebnis-Forschung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Universität Ulm</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (u.a. Beurteilung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mittels Outcome-Fragebögen; Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen, Empowerment, Implementierung von klinischen Entscheidungen in die Routineversorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen; Ergebnismessung in der Psychiatrie mit Routinedaten; Ost-West-Vergleich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis)</li> </ul>
<b>Pflegerische Expertise</b>		
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenschwester (für Psychiatrie und Psychotherapie), Pflegewissenschaftlerin (BScN), Pflegedienstleitung</li> <li>▪ seit 2001 Verbundleitung des Psychiatrieverbund Nordwestpfalz</li> <li>▪ seit 2013 Stiftungsprofessur für „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär/ambulant</li> <li>▪ urbane/ländliche Region im Verbund (Raum Kaiserslautern/Nordpfalz)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Mitarbeit an Leitlinien, Evaluation von einem Projekt zur integrierten Versorgung)</li> </ul>
Dipl.-Pflegerwirt Uwe Genge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Psychiatrie (seit 1992 Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)</li> <li>▪ Fort- und Weiterbildung im Masterstudiengang in Advanced Nursing Practice</li> <li>▪ seit 2002 Stabstelle für Pflegeforschung und -wissenschaft, Leitung der Fachweiterbildung für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik (Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm)</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Praktiker mit langjähriger Erfahrung in der Psychiatrie</li> <li>▪ Arbeitsgruppe Psychiatrie des DBfK</li> </ul>
Frau Kristina Milewski	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 Jahre Krankenpflegerin bzw. Fachkrankenschwester, Pflegewissenschaften</li> <li>▪ seit 2014 Pflegedirektorin</li> <li>▪ Praktikerin mit Versorgungs- und Organisationserfahrung in ländlichen Gebieten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ ländliche Region (Großschweidnitz, Sachsen)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Erfahrung in verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant/stationär)</li> </ul>

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
<b>Wissenschaftliche Expertise</b>		
Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrich Frick	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diplompsychologe (4 Jahre praktische Tätigkeit, Forschungsleitung „Public Mental Health“, Schweiz)</li> <li>▪ Leitung des Forschungszentrums HSD Hochschule Döpfer, Köln (Fachbereich: Angewandte Psychologie), externer Experte für das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Mitglied der Kommission „Risikowahrnehmung und Risikoforschung“ des Bundesinstituts für Risikobewertung, Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hochschule</li> <li>▪ internationale Tätigkeit (insbesondere Schweiz und Österreich, Europa, Kanada)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Public (Mental) Health, Biometrie, Psychologie, Risikoforschung, Suchtprävention, Lehre )</li> </ul>
<b>Patientenvertreter</b>		
Christian Zechert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diplom-Soziologe, Diplom-Sozialarbeiter</li> <li>▪ 1987 bis 2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Ev. Krankenhauses Bielefeld/von Bodelschwingsche Stiftungen, Interimstätigkeit 2006 bis 2008 als Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V</li> <li>▪ seit 2014 Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Basisdokumentation und Qualitätssicherung</li> <li>▪ Redakteur der Zeitschriften „Soziale Psychiatrie“ und „Psychosoziale Umschau“</li> <li>▪ Langjähriger Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Bielefeld und Hannover</li> <li>▪ große Vertrautheit mit Behandlungs- und Betreuungssituation auf individueller wie auch struktureller Ebene</li> </ul>
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediziner und Soziologe</li> <li>▪ 1978 bis 2008 Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen, Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg</li> <li>▪ 1990 bis 2012 Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seit 2010 Patientenvertreter im G-BA, nominiert von der Deutschen AG Selbsthilfegruppen e. V.</li> </ul>

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenskonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende Tabelle zusammen.

Tabelle 48: Fragen zur Offenlegung Interessenskonflikten (Expertengremium)

Fragesthema	Fragentext
<b>Frage 1: Anstellungsverhältnisse</b>	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
<b>Frage 2: Beratungsverhältnisse</b>	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
<b>Frage 3: Honorare</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreter Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
<b>Frage 4: Drittmittel</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
<b>Frage 5: Sonstige Unterstützung</b>	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 Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
<b>Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile</b>	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenskonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet.

*Tabelle 49: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums*

<b>Expertin/Experte</b>	<b>Frage 1</b>	<b>Frage 2</b>	<b>Frage 3</b>	<b>Frage 4</b>	<b>Frage 5</b>	<b>Frage 6</b>
Prof. Brigitte Anderl-Doliwa	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. rer.biol. hum. Ulrich Frick	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Uwe Genge	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Iris Hauth	ja	ja	nein	nein	ja	nein
Kristof Hückstädt	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Claas-Hinrichs Lammers	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Karolina Leopold	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Kristina Milewski	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Alicia Navarro Ureña	nein	nein	nein	nein	nein	ja
PD Dr. rer. biol. hum. Gabriele Pitschel-Walz	ja	ja	ja	nein	nein	nein
PD Dr. Bernd Puschner	ja	ja	ja	ja	ja	nein
Prof. Dr. Dr. Heiko Waller	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Bettina Wilms	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Christian Zechert	ja	nein	ja	nein	ja	nein

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden nach folgendem Algorithmus ausgewählt:

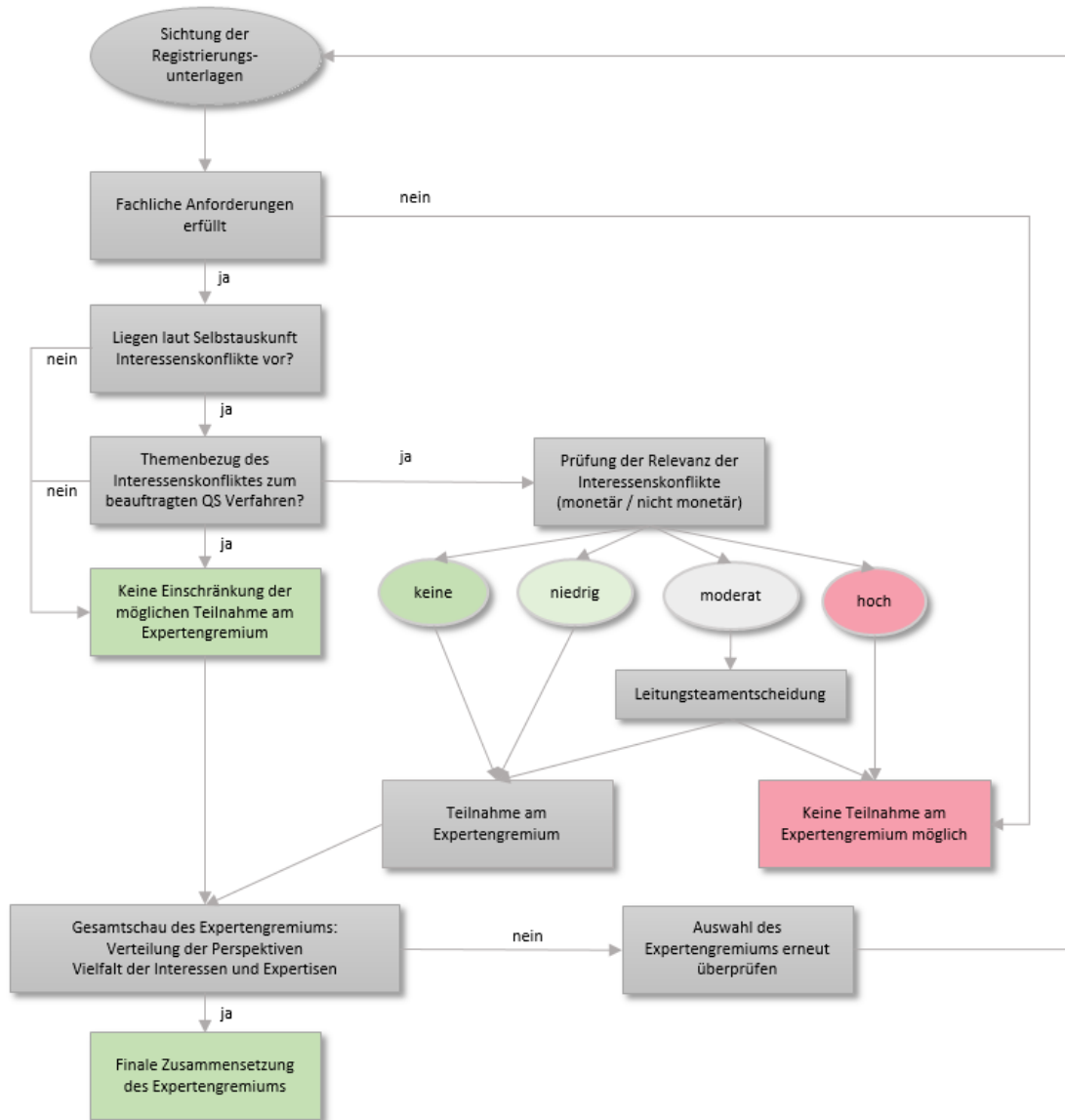


Abbildung 1: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums

## C.1 Patientenfilter, Leistungs- und Medikationsfilter sowie Schlüsselnummern für Facharztgruppen

Tabelle 50: Patientenfilter

Daten	Regel
Daten nach § 301 SGB V	Alter $\geq$ 18 Jahre UND mindestens eine Hauptdiagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen UND Entlassungsdatum im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter $\geq$ 18 Jahre UND mindestens in zwei Quartalen eine Diagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen bei FG 51 oder FG 58 UND Diagnosesicherheit = „G“ UND Behandlungsquartal im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 118, 117 SGB V	Alter $\geq$ 18 Jahre UND mindestens in zwei Quartalen eine Diagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen UND Behandlungsdatum im Erfassungsjahr

Tabelle 51: Leistungs- und Medikationsfilter

Daten	Regel
Daten nach § 301 SGB V	Aufnahme- und Entlassungsdatum UND Hauptdiagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschussdiagnosen
Daten nach § 300 SGB V	Medikamente aus Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika), Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika) und Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika) UND Verordnungsdatum im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Behandlungsdatum UND GOP aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie ODER Diagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschussdiagnosen UND Diagnosesicherheit = „G“
Daten nach §118 SGB V	Behandlungsdatum aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie ODER Diagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschussdiagnosen

Tabelle 52: Schlüsselnummern für Facharztgruppen

Schlüsselnummer	Facharztgruppe
01	Allgemeinmedizin (Hausarzt)
02	Arzt/praktischer Arzt (Hausarzt)
03	Innere Medizin (Hausarzt)
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
58	Psychiatrie und Psychotherapie

Die Schlüsselnummern 01, 02 und 03 werden nur für die technische Ermittlung der Terminvereinbarung betrachtet.



## C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 53: Psych\_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen

ICD-10-GM	Diagnose
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
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet

## C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 54: Psych\_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen

ICD-10-GM	Diagnose
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
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

ICD-10-GM	Diagnose
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

## C.4 Medikamentenlisten der Antiepileptika, Psycholeptika, Anxiolytika und Antidepressiva

Tabelle 55: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N03AA01	Methylphenobarbital
N03AA02	Phenobarbital
N03AA03	Primidon
N03AA04	Barbexaclon
N03AA05	Cathin-Phenobarbital
N03AA30	Metharbital
N03AB01	Ethotoin
N03AB02	Phenytoin
N03AB03	Amino(diphenylhydantoin) valeriansäure
N03AB04	Mephenytoin
N03AB05	Fosphenytoin
N03AB52	Phenytoin,
N03AB54	Mephenytoin, Kombinationen
N03AC01	Paramethadion
N03AC02	Trimethadion
N03AC03	Ethadion
N03AD01	Ethosuximid
N03AD02	Phensuximid
N03AD03	Mesuximid
N03AD51	Ethosuximid, Kombinationen
N03AE01	Clonazepam
N03AE02	Midazolam
N03AF01	Carbamazepin
N03AF02	Oxcarbazepin
N03AF03	Rufinamid
N03AF04	Eslicarbazepin

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N03AG01	Valproinsäure
N03AG02	Valpromid
N03AG03	Aminobuttersäure
N03AG04	Vigabatrin
N03AG05	Progabid
N03AG06	Tiagabin
N03AX03	Sultiam
N03AX07	Phenacemid
N03AX09	Lamotrigin
N03AX10	Felbamat
N03AX11	Topiramat
N03AX12	Gabapentin
N03AX13	Pheneturid
N03AX14	Levetiracetam
N03AX15	Zonisamid
N03AX16	Pregabalin
N03AX17	Stiripentol
N03AX18	Lacosamid
N03AX19	Carisbamat
N03AX21	Retigabin
N03AX22	Perampanel
N03AX23	Brivaracetam
N03AX30	Beclamid
N03AX31	Kaliumbromid

Die Medikamente der folgenden Tabelle werden sowohl zur Erfassung des ambulanten wie stationären Indikators zum Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, als auch zur Erfassung des Systemindikators zur kontinuierlichen antipsychotischen Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt verwendet.

Tabelle 56: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AA01	Chlorpromazin
N05AA02	Levomepromazin
N05AA03	Promazin
N05AA04	Acepromazin
N05AA05	Triflupromazin
N05AA06	Cyamemazin
N05AA07	Chlorproethazin
N05AB01	Dixyrazin
N05AB02	Fluphenazin
N05AB03	Perphenazin
N05AB04	Prochlorperazin
N05AB05	Thiopropazat
N05AB06	Trifluoperazin
N05AB07	Acetophenazin
N05AB08	Thiopropoperazin
N05AB09	Butaperazin
N05AB10	Perazin
N05AB13	Metofenazat
N05AC01	Periciazin
N05AC02	Thioridazin
N05AC03	Mesoridazin
N05AC04	Pipotiazin
N05AD01	Haloperidol
N05AD02	Trifluoperidol
N05AD03	Melperon
N05AD04	Moperon

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N05AD05	Pipamperon
N05AD06	Bromperidol
N05AD07	Benperidol
N05AD08	Droperidol
N05AD09	Fluanison
N05AE01	Oxypertin
N05AE02	Molindon
N05AE03	Sertindol
N05AE04	Ziprasidon
N05AE05	Lurasidon
N05AF01	Flupentixol
N05AF02	Clopentixol
N05AF03	Chlorprothixen
N05AF04	Tiotixen
N05AF05	Zuclopenthixol
N05AG01	Fluspirilen
N05AG02	Pimozid
N05AG03	Penfluridol
N05AH01	Loxapin
N05AH02	Clozapin
N05AH03	Olanzapin
N05AH04	Quetiapin
N05AH05	Asenapin
N05AH06	Clotiapin
N05AL01	Sulpirid
N05AL02	Sultoprid
N05AL03	Tiaprid
N05AL04	Remoxiprid
N05AL05	Amisulprid
N05AL06	Veraliprid

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AL07	Levosulpirid
N05AN01	Lithium
N05AX07	Prothipendyl
N05AX08	Risperidon
N05AX10	Mosapramin
N05AX11	Zotepin
N05AX12	Aripiprazol
N05AX13	Paliperidon
N05AX14	Iloperidon
N05AX15	Cariprazin
N05AX16	Brexpiprazol
N05AX25	Reserpin

Tabelle 57: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05BA01	Diazepam
N05BA02	Chlordiazepoxid
N05BA03	Medazepam
N05BA04	Oxazepam
N05BA05	Dikaliumclorazepat
N05BA06	Lorazepam
N05BA07	Adinazolam
N05BA08	Bromazepam
N05BA09	Clobazam
N05BA10	Ketazolam
N05BA11	Prazepam
N05BA12	Alprazolam
N05BA13	Halazepam
N05BA14	Pinazepam
N05BA15	Camazepam



<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N05BA16	Nordazepam
N05BA17	Fludiazepam
N05BA18	Ethylloflazepat
N05BA19	Etizolam
N05BA21	Clotiazepam
N05BA22	Cloxazolam
N05BA23	Tofisopam
N05BA24	Metaclazepam
N05BA26	Oxazolam
N05BA56	Lorazepam, Kombinationen
N05BB01	Hydroxyzin
N05BB02	Captodiam
N05BB51	Hydroxyzin, Kombinationen
N05BC01	Meprobamat
N05BC03	Emylcamat
N05BC04	Mebutamat
N05BC51	Meprobamat, Kombinationen
N05BD01	Benzoctamin
N05BE01	Buspiron
N05BP02	Kava-Kava-Wurzelstock
N05BX01	Mephenoxalon
N05BX02	Gedocarnil
N05BX03	Etifoxin
N05BX04	Fabomotizol
N05BX05	Kavain
N05CA01	Pentobarbital
N05CA02	Amobarbital
N05CA03	Butobarbital
N05CA04	Barbital
N05CA05	Aprobarbital

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N05CA06	Secobarbital
N05CA07	Talbutal
N05CA08	Vinylbital
N05CA09	Vinbarbital
N05CA10	Cyclobarbital
N05CA11	Heptabarbital
N05CA12	Reposal
N05CA15	Methohexital
N05CA16	Hexobarbital
N05CA19	Thiopental
N05CA20	Etallobarbital
N05CA21	Allobarbital
N05CA22	Proxibarbal
N05CA23	Crotylbarbital
N05CA24	Phenobarbital
N05CA25	Propallylonal
N05CA26	Bromallylmethylbutylbarbitursäure
N05CB01	Kombinationen von Barbituraten
N05CB02	Barbiturate in Kombination mit anderen Mitteln
N05CC01	Chloralhydrat
N05CC02	Chloralodol
N05CC03	Acetylglycinamidchloralhydrat
N05CC04	Dichloralphenazon
N05CC05	Paraldehyd
N05CD01	Flurazepam
N05CD02	Nitrazepam
N05CD03	Flunitrazepam
N05CD04	Estazolam
N05CD05	Triazolam
N05CD06	Lormetazepam

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N05CD07	Temazepam
N05CD08	Midazolam
N05CD09	Brotizolam
N05CD10	Quazepam
N05CD11	Loprazolam
N05CD12	Doxefazepam
N05CD13	Cinolazepam
N05CE01	Glutethimid
N05CE02	Methyprylon
N05CE03	Pyrrithydion
N05CF01	Zopiclon
N05CF02	Zolpidem
N05CF03	Zaleplon
N05CF04	Eszopiclon
N05CM01	Methaqualon
N05CM02	Clomethiazol
N05CM03	Bromisoval
N05CM04	Carbromal
N05CM05	Scopolamin
N05CM06	Propiomazin
N05CM07	Triclofos
N05CM08	Ethchlorvynol
N05CM10	Hexapropymate
N05CM11	Bromide
N05CM12	Apronal
N05CM13	Valnoctamid
N05CM15	Methylpentynol
N05CM16	Niaprazin
N05CM18	Dexmedetomidin
N05CM20	Diphenhydramin

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05CM21	Doxylamin
N05CM22	Promethazin
N05CM25	Magnesiumaspartathydrobromid
N05CM26	Magnesiumglutamathydrobromid
N05CP01	Baldrianwurzel**
N05CP02	Kava-Kava-Wurzelstock
N05CP03	Johanniskraut
N05CP04	Melissenkraut
N05CP05	Passionsblumenkraut
N05CP06	Baldrianöl
N05CP07	Hopfen
N05CP08	Lavendel
N05CP30	Kombinationen
N05CP50	Andere pflanzliche Hypnotika und Sedativa, Kombinationen
N05CP51	Baldrianwurzel, Kombinationen
N05CP52	Kava-Kava-Wurzelstock, Kombinationen
N05CX01	Meprobamat, Kombinationen
N05CX02	Methaqualon, Kombinationen
N05CX03	Methylpentynol, Kombinationen
N05CX04	Clomethiazol, Kombinationen
N05CX05	Emepronium, Kombinationen
N05CX06	Dipiperonylaminoethanol, Kombinationen
N05CX07	Diphenhydramin, Kombinationen
N05CX08	Carbromal, Kombinationen
N05CX09	Bromisoval, Kombinationen
N05CX11	Chloralhydrat, Kombinationen
N05CX13	Promethazin, Kombinationen
N05HH10	Verschiedene
N05HH20	Kombinationen
N05HH50	Kombinationen mit anderen Mitteln

Tabelle 58: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06AA01	Desipramin
N06AA02	Imipramin
N06AA03	Imipraminoxid
N06AA04	Clomipramin
N06AA05	Opipramol
N06AA06	Trimipramin
N06AA07	Lofepramin
N06AA08	Dibenzepin
N06AA09	Amitriptylin
N06AA10	Nortriptylin
N06AA11	Protriptylin
N06AA12	Doxepin
N06AA13	Iprindol
N06AA14	Melitracen
N06AA15	Butriptylin
N06AA16	Dosulepin
N06AA17	Amoxapin
N06AA18	Dimetacrin
N06AA19	Amineptin
N06AA20	Noxiptilin
N06AA21	Maprotilin
N06AA23	Quinupramin
N06AA25	Amitriptylinoxid
N06AB02	Zimeldin
N06AB03	Fluoxetin
N06AB04	Citalopram
N06AB05	Paroxetin
N06AB06	Sertralin
N06AB07	Alaproclat

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N06AB08	Fluvoxamin
N06AB09	Etoiperidon
N06AB10	Escitalopram
N06AF01	Isocarboxazid
N06AF02	Nialamid
N06AF03	Phenelzin
N06AF04	Tranlycypromin
N06AF05	Iproniazid
N06AF06	Iproclozid
N06AG02	Moclobemid
N06AG03	Toloxaton
N06AH01	Hypericum
N06AH10	Verschiedene
N06AP01	Johanniskraut
N06AP51	Johanniskraut, Kombinationen
N06AX01	Oxitriptan
N06AX02	Tryptophan
N06AX03	Mianserin
N06AX04	Nomifensin
N06AX05	Trazodon
N06AX06	Nefazodon
N06AX07	Minaprin
N06AX08	Bifemelan
N06AX09	Viloxazin
N06AX10	Oxaflozan
N06AX11	Mirtazapin
N06AX12	Bupropion
N06AX13	Medifoxamin
N06AX14	Tianeptin
N06AX15	Pivagabin

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N06AX16	Venlafaxin
N06AX17	Milnacipran
N06AX18	Reboxetin
N06AX19	Gepiron
N06AX21	Duloxetin
N06AX22	Agomelatin
N06AX23	Desvenlafaxin
N06AX24	Vilazodon
N06AX26	Vortioxetin
N06AX27	Pipofezin
N06BA01	Amfetamin
N06BA02	Dexamfetamin
N06BA03	Metamfetamin
N06BA04	Methylphenidat
N06BA05	Pemolin
N06BA06	Fencamfamin
N06BA07	Modafinil
N06BA08	Fenzolon
N06BA09	Atomoxetin
N06BA10	Fenetyllin
N06BA11	Dexmethylphenidat
N06BA12	Lisdexamfetamin
N06BA13	Armodafinil
N06BA14	Guanfacin
N06BA16	Amfetaminil
N06BA17	Mesocarb
N06BC01	Coffein
N06BC02	Propentofyllin
N06BX01	Meclofenoxat
N06BX02	Pyritinol

<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N06BX03	Piracetam
N06BX04	Deanol
N06BX05	Fipexid
N06BX06	Citicolin
N06BX07	Oxiracetam
N06BX08	Pirisudanol
N06BX09	Linopirdin
N06BX10	Nizofenon
N06BX11	Aniracetam
N06BX12	Acetylcarnitin
N06BX13	Idebenon
N06BX14	Prolintan
N06BX15	Pipradrol
N06BX16	Pramiracetam
N06BX17	Adrafinil
N06BX18	Vinpocetin
N06BX21	Mebicar
N06BX22	Phenibut
N06BX54	Deanol, Kombinationen
N06BX64	Prolintan, Kombinationen
N06CA01	Amitriptylin und Psycholeptika
N06CA02	Melitracen und Psycholeptika
N06CA03	Fluoxetin und Psycholeptika
N06CA04	Oxitriptan und Psycholeptika
N06CA05	Nomifensin und Psycholeptika
N06CA06	Nortriptylin und Psycholeptika
N06CA07	Tranlycypromin und Psycholeptika
N06CA10	Dosulepin und Psycholeptika
N06DA01	Tacrin
N06DA02	Donepezil



<b>ATC-Code</b>	<b>Wirkstoff(gruppe)</b>
N06DA03	Rivastigmin
N06DA04	Galantamin
N06DA05	Ipidacrin
N06DA52	Donepezil und Memantin
N06DA53	Donepezil, Memantin und Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt
N06DP01	Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt
N06DX01	Memantin
N06DX07	Dihydroergotoxin
N06DX08	Viquidil
N06DX09	Vincamin
N06DX10	Kälberblutextrakt, inkl. Kombinationen
N06DX11	Bencyclan
N06DX12	Cinnarizin
N06DX13	Nicergolin
N06DX14	Cyclandelat
N06DX15	Xantinolnicotinat
N06DX16	Pentifyllin
N06DX17	Nicotinylalkohol (Pyridylcarbinol)
N06DX18	Nimodipin
N06DX19	Dihydroergocristin
N06DX20	Organextrakte
N06DX30	Kombinationen
N06DX57	Dihydroergotoxin, Kombinationen
N06DX66	Pentifyllin, Kombinationen

## C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM

Tabelle 59: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie

GOP	Leistungsbeschreibung
<b>somatische GOP</b>	
01777	Gestationsdiabetes
01812	Gestationsdiabetes
03000	Versichertenpauschale
03040	Versichertenpauschale
13211	Grundpauschale < 60 Jahre
13212	Grundpauschale > 60 Jahre
32025	Glukose
32057	Glukose
32094	HbA1c
32022	Manifester Diabetes Mellitus
32058	Bilirubin gesamt
32068	Alkalische Phosphatase
32069	GOT
32070	GPT
32071	Gamma-GT
32120	kleines Blutbild
32122	vollständiger Blutstatus
32065	Harnstoff
32066	Kreatinin, Jaffé-Methode
32067	Kreatinin enzymatisch
32060	Cholesterin gesamt
32061	HDL-Cholesterin
32062	LDL-Cholesterin
32063	Triglyceride
32124	Endogene Kreatininclearance

<b>GOP</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b>
32880	Glucose
32881	Glucose
32882	Cholesterin
<b>soziotherapeutische GOP</b>	
30810	Erstverordnung Soziotherapie
30811	Folgeverordnung Soziotherapie
30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer
<b>psychotherapeutische GOP</b>	
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35401	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35402	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35405	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie
35411	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35412	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35415	Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35421	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35422	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35425	Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35503	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35504	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35505	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35506	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35507	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35508	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35509	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35513	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
35514	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35515	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35516	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35517	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN

<b>GOP</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b>
35518	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35519	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
35523	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35524	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35525	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35526	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35527	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35528	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35529	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35533	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
53534	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35535	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35536	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35537	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
35538	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35539	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
35543	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35544	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35545	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35546	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35547	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35548	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35549	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35553	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
35554	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35555	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35556	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35557	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
35558	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35559	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN

## D.1 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

In nachfolgender Tabelle sind die nach aktuellem Kenntnisstand des Projekts zur Verfügung stehenden und für das QS-Verfahren relevanten Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen aufgeführt.

Tabelle 60: Datenfelder der Spezifikation

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
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.Entlassungsan- zeige.FKT.IK des Absen- ders)@bundesland	Bundesland des Kranken- hauses	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- megrund@aufngrund	Aufnahmegrund	§ 301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- metag@aufndatum	Aufnahmedatum Kranken- haus	§ 301 SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	Entlassungsdatum Krankenhaus	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund	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
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

<b>Eingangskennung</b>	<b>Feldbezeichnung</b>	<b>Abrechnungskontext des Datenbestands</b>
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, koordiniert	§ 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-GM	§ 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
kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/	KV-Region der Praxis	§ 295a SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
2.3 Betriebsstättennummer) @kvregion		
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_GM	§ 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



<b>Eingangskennung</b>	<b>Feldbezeichnung</b>	<b>Abrechnungskontext des Datenbestands</b>
300.EFP.05 Kennzeichentyp @kennzeichentyp	Kennzeichentyp	§ 300 SGB V
300.EFP.03 Anzahl Einheiten @anzahl	Anzahl Einheiten	§ 300 SGB V

## D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

### Algorithmus als Formel

ALTER  $\geq$  18 UND (HDIAG IN Liste Psych\_ICD-10-GM Einschlusssdiagnosen) UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'

### Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag  $\geq$  18

und

eine Hauptdiagnose aus Liste Psych\_ICD-10-GM Einschlusssdiagnosen

und

das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versicherungskarte beginnt mit der Zeichenkette '10'

### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND  $\neq$  LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM  $\geq$  '01.01.2019' UND AUFNDATUM  $\leq$  '31.12.2019' UND ENTLDATUM  $\geq$  '01.01.2019' UND ENTLDATUM  $\leq$  '31.12.2019'

### 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

### D.3 HoNOS-Fragebogen

Die deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D)<sup>3</sup> (Andreas 2005: 244)

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils <b>schwerste</b> Problem, das während der <b>letzten 7 Tage</b> aufgetreten ist.	<b>Legende:</b> Tragen Sie für jedes Item 0 - 4 oder 9 in die Kästchen ein.	
	<b>0</b> kein Problem <b>2</b> leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden <b>4</b> schweres bis sehr schweres Problem	<b>1</b> klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf <b>3</b> eher schweres Problem <b>9</b> nicht bekannt / nicht anwendbar
1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
		Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an A Phobisch C Zwangsgedanken/-handlungen E Dissoziativ G Essen I Sexuell
2) Absichtliche Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	B Angst D Psychische Belastung / Anspannung F Somatoform H Schlaf J Andere (Spezifizieren)
3) Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	9) Probleme mit Beziehungen <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
4) Kognitive Probleme	<input type="checkbox"/>	10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	11) Probleme durch die Wohnbedingungen <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	12) Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
7) Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	

<sup>3</sup> Mit freundlicher Genehmigung von Frau Prof. Dr. Sylke Andreas.

## D.4 Glossar für die Beurteilung HoNOS-Fragebogens

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

### 1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

\* *Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.).*

\* *Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.
- 2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.
- 3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.
- 4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

## 2. Absichtliche Selbstverletzung

- \* *Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) **nicht** mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt.*
- \* *Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein.  
(Das Ausmaß des Drogen-/Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen-/Alkoholkonsums wie z. B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt)*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.
- 2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.
- 3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.
- 4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

### **3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum**

- \* *Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum **nicht** mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.*
- \* *Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.
- 2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.
- 3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.
- 4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

#### **4. Kognitive Probleme**

- \* *Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.*
- \* *Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums **nicht** mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen).
- 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt.
- 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung.
- 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseinstäubung oder Stupor.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

### **5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung**

- \* Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.*
- \* Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.*
- \* Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.*

- 0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).
- 2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.
- 3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.
- 4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen.



*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

## **6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen**

- \* *Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein.*
- \* *Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.*
- \* *Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.*

- 0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.
- 1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.
- 2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d. h. klinisch vorhanden, aber leicht.
- 3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d. h. eher schweres klinisches Problem.
- 4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

## **7. Gedrückte Stimmung**

- \* *Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*
- \* *Beziehen Sie Suizidgedanken oder -versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*
- \* *Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*

- 0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.
- 1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.
- 2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).
- 3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.
- 4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

### **8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme**

- \* *Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.*
- \* *Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/-handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).*

- 0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.
- 2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).
- 3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.
- 4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

### **9. Probleme mit Beziehungen**

*\* Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein.*

- 0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums.
- 1 Geringe nicht-klinische Probleme.
- 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.
- 3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.
- 4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen.

*Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar*

## **10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten**

- \* *Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).*
- \* *Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.*
- \* *Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11–12 eingeschätzt.*

- 0      Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.
- 1      Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).
- 2      Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).
- 3      Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.
- 4      Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

### 11. Probleme durch die Wohnbedingungen

- \* Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?
- \* Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.
- \* **Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.**

- 0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)
- 2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).
- 3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.
- 4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar).

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

## 12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

- \* Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?  
Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z. B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.
- \* Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.
- \* **Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.**

- 0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.
- 2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.
- 3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.
- 4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

## D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 61: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen
2	Art der Leistungserbringung	1 = stationär erbrachte Leistung 2 = teilstationär erbrachte Leistung	Eine stationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Eine teilstationäre Behandlung gem. § 115b SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die teilstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Art der Versicherung			
3	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>
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer		<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.  Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□  <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	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.  Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.  Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
7	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>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 Datenerlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Patient			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin/des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/>  1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	
11	Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	□□.□□.□□□□	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	Format: TT.MM.JJJJ	Die Implementierung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Derzeit besteht eine Vereinbarung in Bezug auf die Fallzusammenführung zwischen der DKG und dem GKV-SV (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik)
Fallbezogene Dokumentation			
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			
13	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin / Patient lehnt ab	Zulässige Möglichkeiten für das Datenfeld „Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?“ <ul style="list-style-type: none"> <li>Termin wurde vom stationären Leistungserbringer gemacht</li> <li>Termin wurde von z.B. Angehörigen oder Betreuern gemacht. Dies ist vom Leistungserbringer gezielt zu erfragen</li> </ul>
Wenn Feld 13=0			
14	Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin / Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
15	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	Format: TT.MM.JJJJ	
16	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin / Hausarzt	Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> oder <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>
17	Datum des ambulanten Termins	Format: TT.MM.JJJJ	
18	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationär (z. B. Tagesklinik) (Schlüssel 5)	(Schlüssel 5) □□	
Stationäre, strukturierte und manualbasierte Psychoedukation			
19	Hat die Patientin / der Patient während des stationären / teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro	0 = nein 1 = ja	Definition Psychoedukation Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?		<p>die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden.</p> <p>Ab einer Verweildauer von 7 Tagen sollte der Patient/die Patientin mindestens 1x/Woche eine psychoedukative Maßnahme als Einzel- oder Gruppentherapie erhalten. Dies ist in der Patientenakte zu dokumentieren.</p>
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation			
20	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanalgetika erhalten?	0 = nein 1 = ja	<p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>4</sup>:</b></p> <p>Antiepileptika (N03) Antiepileptika (N03A) Psycholeptika (N05) Antipsychotika (N05A)</p>

<sup>4</sup> Anatomisch-therapeutisch chemische Klassifikation mit Tagesdosen - Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Anxiolytika (N05B) Hypnotika und Sedativa (N05C) Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H) Psychoanaleptika (N06) Antidepressiva (N06A) Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) Antidementiva (N06D) Für den späteren Ausfüllhinweis ist die umfassende Liste der ATC Codes angegeben (vgl. Anhang C.4) <a href="http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf">http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf</a>
21	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja	Es empfiehlt sich eine Dokumentation in den Behandlungsunterlagen durch den Leistungserbringer
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt			
22	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja	<b>Definition Psychotherapie</b> „[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patienten oder Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Organisatorische Anforderung an die Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieeinheit sind mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Können im Block oder zeitlich aufgeteilt erfolgen</li> </ul> </li> </ul>
Wenn Feld 22=1			
23	Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere	
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – stationär/teilstationär und Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)			
24	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	Format: TT.MM.JJJJ	Das Erhebungsdatum kann vor der QS-Auslösung liegen, sofern das Datum noch innerhalb des QS-Erfassungsjahres liegt.
25	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.). Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein.



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.</p> <p>2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.</p> <p>3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.</p> <p>4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.</p>
26	Absichtliche Selbstverletzung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) nicht mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt)</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.</p> <p>2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.</p> <p>3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.</p> <p>4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p>
27	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.</p> <p>2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.</p> <p>3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.</p> <p>4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
28	Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.  Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt.  0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums. 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen). 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt. 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung. 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseins-trübung oder Stupor
29	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des</p> <p>Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.</p> <p>Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).</p> <p>2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.</p> <p>3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.</p> <p>4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen</p>
30	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein.</p> <p>Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.</p> <p>Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.</p> <p>2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.</p> <p>3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.</p> <p>4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.</p>
31	Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Suizidgedanken oder -versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.</p> <p>2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).</p> <p>3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.</p> <p>4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.</p>
32	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.</p> <p>Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/-handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).</p> <p>0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.</p> <p>2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).</p> <p>3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.</p> <p>4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 32= 1,2,3 oder 4			
33	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)	
34	Probleme mit Beziehungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein.  0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums. 1 Geringe nicht-klinische Probleme. 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.</p> <p>4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen</p>
35	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).</p> <p>Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.</p> <p>Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11-12 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).</p>



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).</p> <p>3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.</p> <p>4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten</p>
36	Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?</p> <p>Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.</p> <p>0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)</p> <p>2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).</p> <p>3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.</p> <p>4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar)</p>
37	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milleubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?</p> <p>Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z.B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.</p> <p>Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.</p> <p>0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p> <p>1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.</p> <p>2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.</p> <p>3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.  4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

## D.6 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 62: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	<p>Das Datenfeld "Status des Leistungserbringers" dient der Identifikation desjenigen, der den Eingriff durchführt.</p> <p>Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen (Ausnahme: werden Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen erbracht, ist durch den ermächtigten Arzt Schlüsselwert 2 zu wählen). Hierzu zählen insbesondere Angestellte des Krankenhauses und Honorarärzte. Hierbei ist unerheblich, in welchem Kontext die Leistung erbracht wird (z.B. §140 Verträge zur integrierten Versorgung, etc.).</p> <p>Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte erbrachte Leistungen), ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Hierbei ist unerheblich, ob die Leistung in der Praxis, im MVZ oder ermächtigt im Krankenhaus erbracht wird.</p> <p>Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 3 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
2	Art der Leistungserbringung	1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung in der PIA	
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte		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.  Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer		Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Daten-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>satz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/>  1 = ja	<p>Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□  <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Vertragsarzt			
7	Betriebsstättennummer ambulant	□□□□□□□□ BSNR (ambulant)	Die von der KV vergebene "Betriebsstätten-Nummer (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
8	Nebenbetriebsstättennummer	□□□□□□□□ NBSNR	Hier ist die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.
9	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.  Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patient			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Geschlecht	<input type="checkbox"/>  1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	
13	Behandlungsdatum	□□.□□.□□□□	
<b>Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant</b>			
14	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert: FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)  Definition Psychoedukation Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Psycho-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>edukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäuml und Pitschel-Walz 2008).</p> <p>Im ambulanten Bereich kann Psychoedukation auch im Rahmen der Arzt-Patienten-Kontakte erfolgen, in dem regelmäßig Themen der Psychoedukation manualbasiert auf eine strukturierte Weise eingebracht werden. Dies kann in kürzeren Einheiten geschehen und sollte in den Behandlungsunterlagen dokumentiert werden.</p>
Wenn Feld 14=1			
15	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	<p>0 = durch den behandelnden LE</p> <p>1 = durch einen anderen Therapeuten/Gruppenleiter</p> <p>2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr</p>	<p>Der Erhalt einer Psychoedukation liegt vor, wenn</p> <p>0 = durch den behandelnden Arzt/Ärztin manualbasierte strukturierte Elemente der Psychoedukation in die Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten integriert wurden, um eine Aktualität/Präsenz der Inhalte bei den Patienten zu gewährleisten. Dies muss mindestens zwei Mal im Jahr geschehen und ist in der Patientenakte zu dokumentieren.</p> <p>1 = eine Gruppen-/Einzelsitzung durch andere Therapeuten oder Gruppenleiter durchgeführt wird und dies in der Patientenakte dokumentiert ist. Diese können sein: psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, Pfleger, Ergo- oder Kunsttherapeuten</p> <p>3 = in dem Erfassungsjahr im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine Psychoedukation stattgefunden hat und dies in der Patientenakte dokumentiert ist.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: ambulantes Monitoring und Dokumentation			
16	<p>Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen</p> <p>N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>5</sup>:</b></p> <p>Antiepileptika (N03) Antiepileptika (N03A) Psycholeptika (N05) Antipsychotika (N05A) Anxiolytika (N05B) Hypnotika und Sedativa (N05C) Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H) Psychoanaleptika (N06) Antidepressiva (N06A) Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) Antidementiva (N06D) Für den späteren Ausfüllhinweis ist die umfassende Liste der ATC Codes angegeben (vgl. Anhang C.4)</p> <p><a href="http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf">http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf</a></p>
17	<p>Erfolgte mindestens quartalsweise im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Es empfiehlt sich eine entsprechende Dokumentation in den Behandlungsunterlagen durch den Leistungserbringer</p>

<sup>5</sup> Anatomisch-therapeutisch chemische Klassifikation mit Tagesdosen - Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?		
Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom			
18	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <p>FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</p> <p><b>Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch)</b> „Form der Substanzstörungen (ICD-10-GM); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p><b>Definition Abhängigkeitssyndrom</b> „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012)</p> <p>Kriterien: (diagn.) nach ICD-10-GM Auftreten von <math>\geq 3</math> der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Konsumwunsch (Craving)</li> <li>▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster</li> </ul>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entzugssyndrom</li> <li>▪ Toleranz</li> <li>▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum</li> <li>▪ Konsum trotz schädlicher Folgen</li> </ul> <p>(Margraf und Maier 2012)</p> <p>Ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom sollte indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres regelmäßig und strukturiert anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert werden</p>
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung			
19	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja	<p>Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <p>FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</p> <p>FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>oder</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</p> <p>Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</p> <p>Ziel dieser Versorgungsformen:</p> <p>Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter psychiatrischer Versorgung in allen Phasen der Erkrankung der Patientinnen und Patienten</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</p> <p>Organisationsanforderungen im Rahmen dieser Versorgungsformen:</p> <p>teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste multiprofessioneller Ansatz</p> <p>gemeindenahе Komplexangebote (räumliche Zuständigkeit sollte sich nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten richten)</p> <p>spezialisierte (mobile) Behandlungsteams</p> <p>aufsuchende Versorgung bei notwendiger Intensivbetreuung</p> <p>kurzzeitige Versorgung im Rahmen von Krisen oder über einen längeren Zeitraum</p> <p>Aufgaben:</p> <p>psychosoziale Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen und die klinische Behandlung sowie die Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe (sofern notwendig)</p> <p>Erfassung des Versorgungsbedarfs</p> <p>Überwachung und Verschreibung von Medikamenten</p> <p>Sicherstellung der verschiedenen Formen psychosozialer Interventionen, einschließlich systemischer Interventionen, und der somatischen Versorgung</p> <p>Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▪ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten</li> </ul>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind</li> <li>▪ ersterkrankte Personen</li> </ul> (DGPPN und Falkai 2013)
Wenn Feld 19=1			
20	Wenn ja, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja	
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant und Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)			
21	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 21=1			
22	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden	Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.). Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein. 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf. 2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit. 3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum. 4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.
23	Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) nicht mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt. Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt)  0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.</p> <p>2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.</p> <p>3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.</p> <p>4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p>
24	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.</p> <p>2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.</p> <p>3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.</p> <p>4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
25	Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.  Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt.  0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums. 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen). 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt. 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung. 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseins-trübung oder Stupor
26	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein. Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.  0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums. 1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.). 2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein. 3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems. 4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen
27	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem	Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein. Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein. Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.</p> <p>2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.</p> <p>3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.</p> <p>4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.</p>
28	Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Suizidgedanken oder -versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.</p> <p>2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).</p> <p>3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.</p> <p>4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.</p>
29	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.</p> <p>Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/ -handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).</p> <p>0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.</p> <p>2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).</p> <p>3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.</p> <p>4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 29= 1,2,3 oder 4			
30	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)	
31	Probleme mit Beziehungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein.  0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums. 1 Geringe nicht-klinische Probleme. 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.</p> <p>4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen</p>
32	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).</p> <p>Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.</p> <p>Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11-12 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).</p> <p>3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.</p> <p>4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten</p>
33	Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?</p> <p>Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.</p> <p>0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p>



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)</p> <p>2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).</p> <p>3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.</p> <p>4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar)</p>
34	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?</p> <p>Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z. B. Personalausstattung und</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.</p> <p>Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.</p> <p>0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p> <p>1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.</p> <p>2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.</p> <p>3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.  4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

## D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 63: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
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>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
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,</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>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>
3	entlassender Standort		<p>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.</p> <p>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 2019 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			
5	Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	<b>Definition Suizid</b>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	bei einer Patientin oder einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?		„Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012).
Wenn Feld 5=1			
6	Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p><b>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</b></p> <p>Fallbesprechung, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallbesprechung erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p> <p>Die Fallbesprechung muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorhinein dieser Fallbesprechung sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1- Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen			
7	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja	<p><b>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen<sup>6</sup></b></p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung freigegeben sein.</p> <p><b>Definition Zwangsmaßnahmen</b></p> <p>Fixierung</p> <p>„Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p>

<sup>6</sup> Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Zwangsmedikation Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).
Wenn Feld 7=1			
8	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja	
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen			
9	In wie viel Prozent der im Erfassungsjahr durchgeführten restriktiven Maßnahmen wurde eine 1:1 Betreuung durchgeführt?	_____ Mitarbeiter	
10	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	_____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<b>Definition Personal</b> Hierunter fallen: ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a) Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c) weiteres nicht ärztliches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für



Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
11	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	_____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<p>nicht ärztliche und nicht psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b)</p> <p><b>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</b></p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015).</p>

## D.8 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, stationär

<b>BASIS</b>		10 <b>Geschlecht</b>		Stationäre, strukturierte und man- ualbasierte Psychoedukation	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich 8 = unbestimmt		19 <b>Hat die Patientin / der Patient während des stationären / teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?</b>	
Basisdokumentation		11 <b>Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		12 <b>Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		Ansprechen auf die Arzneimittel-- therapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkun- gen: stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	
1 <b>Status des Leistungserbringers</b> 1 = Krankenhaus <input type="checkbox"/>	2 <b>Art der Leistungserbringung</b> 1 = stationär erbrachte Leistung <input type="checkbox"/> 2 = teilstationär erbrachte Leistung	Fallbezogene Dokumentation		20 <b>Hat die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika/ N05 Psycholeptika/ N06 Psychoanaleptika erhalten?</b>	
Art der Versicherung		13 <b>Hat die Patientin/der Patient bei Entlassung aus dem stationären/ teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?</b>		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab	
3 <b>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</b> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□		Terminvereinbarung für die ambu- lante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung		Wenn Feld 13 = 0	
Patientenidentifizierende Daten		14 <b>Angabe des Grundes für die Angabe „nein“</b>		21 <b>Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?</b>	
4 <b>eGK-Versichertennummer</b> □□□□□□□□□□□□□□□□	5 <b>Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</b> Ja=1 <input type="checkbox"/>	15 <b>Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme/teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		0 = kein Termin vereinbart <input type="checkbox"/> 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		16 <b>Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?</b>		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	
Krankenhaus		17 <b>Datum des ambulanten Termins</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		Systematische und evidenzbasier- te psychotherapeutische Behand- lung bei stationärem Aufenthalt	
6 <b>Institutionskennzeichen</b> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□□□□□□□□□	7 <b>Entlassender Standort</b> (zweistellig, ggf. mit führender Null) □□	18 <b>Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationär (z.B. Tagesklinik)</b> (Schlüssel 5)		22 <b>Hat die Patientin / der Patient während des stationären / teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?</b>	
Patient		1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/Hausarzt		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	
8 <b>Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten</b> □□□□□□□□□□□□□□□□	9 <b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□	23 <b>Art der Maßnahme</b>		Wenn Feld 22 = 1	
Krankenhaus		1 = kognitive Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 2 = andere			

Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär und Staturerhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	
24	<b>Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde</b> (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□
25	<b>Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
26	<b>Absichtliche Selbstverletzung</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
27	<b>Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
28	<b>Kognitive Probleme</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
29	<b>Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
30	<b>Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
31	<b>Gedrückte Stimmung</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
32	<b>Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar  Wenn Feld 32 = 1, 2, 3 oder 4
33	<b>Falls andere psychische / verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an</b>  A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)
34	<b>Probleme mit Beziehungen</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
35	<b>Probleme mit alltäglichen Aktivitäten</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
36	<b>Probleme durch die Wohnbedingungen</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
37	<b>Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag</b>  0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

## D.9 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, ambulant

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
Basisdokumentation	
1	<b>Status des Leistungserbringers</b> 1 = Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen
2	<b>Art der Leistungserbringung</b> 1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung <input type="checkbox"/> 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung in der PIA
Art der Versicherung	
3	<b>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</b> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> <input type="checkbox"/>
Patientenidentifizierende Daten	
4	<b>eGK-Versichertennummer</b> <input type="text"/>
5	<b>Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</b>
Leistungserbringeridentifizierende Daten	
6	<b>Institutionskennzeichen</b> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> <input type="text"/>
Vertragsarzt	
7	<b>Betriebsstättennummer ambulant</b> (BSNR; ambulant) <input type="text"/>
8	<b>Nebenbetriebsstättennummer</b> (NBSNR) <input type="text"/>
9	<b>Lebenslange Arztnummer</b> (LANR) <input type="text"/>
Patient	
10	<b>Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten</b> <input type="text"/>

11	<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>
12	<b>Geschlecht</b> 1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich 8 = unbestimmt
13	<b>Behandlungsdatum</b> (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>
Fallbezogene Dokumentation	
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant	
14	<b>Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
15	<b>Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?</b> 0 = durch den behandelnden LE <input type="checkbox"/> 1 = durch einen anderen Therapeuten/Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: ambulantes Monitoring und Dokumentation	
16	<b>Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
17	<b>Erfolgte mindestens quartalsweise eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka ?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja

Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	
18	<b>Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung	
19	<b>Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
Wenn Feld 19 = 1	
20	<b>Wenn ja, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?</b> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja

Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant und Staturerhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	
21	<b>Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?</b> 0 = nein 1 = ja <input style="float: right;" type="checkbox"/>
22	<b>Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
23	<b>Absichtliche Selbstverletzung</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
24	<b>Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
25	<b>Kognitive Probleme</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
26	<b>Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
27	<b>Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen</b> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
28	<b>Gedrückte Stimmung</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
29	<b>Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar Wenn Feld 29 = 1, 2, 3, oder 4
30	<b>Falls andere psychische / verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)
31	<b>Probleme mit Beziehungen</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
32	<b>Probleme mit alltäglichen Aktivitäten</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
33	<b>Probleme durch die Wohnbedingungen</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
34	<b>Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

## Literatur

- Andreas, S (2005): Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen – Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems [*Dissertation*]. Hamburg: Universität Hamburg. URL: [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss\\_06\\_11\\_2005\\_Endversion\\_final\\_Sylke\\_Andreas.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss_06_11_2005_Endversion_final_Sylke_Andreas.pdf) (abgerufen am: 12.09.2017).
- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007): A Psychometric Evaluation of the German Version of the ‘Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D’: On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-125. DOI: 10.1159/000098492.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Aufl. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W; et al. (2016): Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S62-S70. DOI: 10.1093/schbul/sbw008.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Fink, A; Cieslak, S; Rosenbach, F (2015): Nichtpharmakologische Interventionen zur Prävention von Gewichtszunahme bei schizophrenen Patienten unter antipsychotischer Medikation. Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. *Psychiatrische Praxis* 42(7): 359-369. DOI: 10.1055/s-0035-1552670.
- Flodgren, G; Eccles, MP; Shepperd, S; Scott, A; Parmelli, E; Beyer, FR (2011): An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
- Higgins, JPT; Altman, DG; Sterne, JAC (2011): Possible approach for summary assessments of the risk of bias for each important outcome (across domains) within and across studies. Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a. In: Higgins, JPT; Green, S; Hrsg.: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. Updated March 2011. Lodon [u. a.]: Cochrane Collaboration. URL: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> [→ Suche: Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a] (abgerufen am: 07.09.2017).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [Full Guideline]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Ryan, R; Santesso, N; Lowe, D; Hill, S; Grimshaw, J; Prictor, M; et al. (2014): Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD007768. DOI: 10.1002/14651858.CD007768.pub3.
- Saß, H; Wittchen, H-U; Zaudig, M; Houben, I (2003): Einführung zur deutschen Ausgabe: Zur Situation der operationalisierten Diagnostik in der deutschsprachigen Psychiatrie. In: Saß, H; Wittchen, H-U; Zaudig, M; Houben, I: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, IX-XXIV. ISBN: 978-3-80171-660-8.
- Schaub, D; Juckel, G (2011): PSP-Skala – Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie. *Nervenarzt* 82(9): 1178-1184. DOI: 10.1007/s00115-010-3204-4.
- Sharif, MO; Janjua Sharif, FN; Ali, H; Ahmed, F (2013): Systematic Reviews Explained: AMSTAR – How to Tell the Good From the Bad and the Ugly. *Oral Health and Dental Management* 12(1): 9-16. URL: <https://www.omicsonline.com/open-access/systematic-reviews-explained-amstarhow-to-tell-the-good-from-the-bad-and-the-ugly-2247-2452-12-491.pdf> (abgerufen am: 06.07.2017).
- Weyer, G; Koeppen, D; Eich, F-X (2015): Internationale Skalen für Psychiatrie. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen [u. a.]: CIPS [Collegium Internationale Psychiatriae Salarum]. ISBN: 978-3-80172-512-9.
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Zhao, S; Sampson, S; Xia, J; Jayaram, MB (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD010823. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Dezember 2016

---



# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Zwischenbericht

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

31. Dezember 2016

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<http://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung .....	8
1 Hintergrund .....	12
2 Auftrag und Zielsetzung .....	14
2.1 Beauftragung durch den G-BA .....	14
2.2 Ziel des QS-Verfahrens.....	14
3 Ablauf der Neuausrichtung .....	16
3.1 Geplantes Vorgehen.....	16
3.2 Ethikvotum und Datenschutzkonzept.....	18
4 Methodisches Vorgehen .....	20
4.1 Einführung in die Methodik .....	20
4.1.1 Themenerschließung.....	21
4.1.2 Identifikation von Qualitätsaspekten.....	22
4.1.3 Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell.....	22
4.2 Literaturrecherche und -analyse.....	23
4.2.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse .....	23
4.2.2 Recherchekonzept.....	23
4.2.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Studien und zur Themenextraktion.....	24
4.3 Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften.....	27
4.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften .	27
4.3.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Materials .....	27
4.3.3 Beschreibung der Teilnehmer der Fokusgruppen.....	30
4.4 Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten .....	33
4.4.1 Ziel der leitfadengestützten Interviews .....	33
4.4.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Interviews und Auswertung des Materials .....	33
4.4.3 Beschreibung der Interviewpartner .....	35

4.5	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	36
4.6	Einbeziehung externer Expertise .....	37
4.6.1	Grundsätze für die Einbeziehung von externer Expertise.....	37
4.6.2	Expertengremium.....	38
4.7	Methodisches Vorgehen zur Beurteilung der AQUA-Indikatoren .....	40
5	Entwicklungsergebnisse .....	42
5.1	Zentrale Elemente der Versorgungspraxis.....	42
5.2	Selektierte Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell .....	44
5.2.1	Qualitätsaspekte <i>Kontinuität, Koordination und Kooperation</i> und <i>Entlassungsmanagement</i> .....	45
	Qualitätsaspekt <i>Kontinuität, Koordination und Kooperation</i> .....	45
	Qualitätsaspekt <i>Entlassungsmanagement</i> .....	49
5.2.2	Qualitätsaspekte <i>Information und Aufklärung, Interaktion und</i> <i>Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung</i> <i>des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen</i> .....	51
	Qualitätsaspekt <i>Information und Aufklärung</i> .....	51
	Qualitätsaspekt <i>Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten</i> .....	53
	Qualitätsaspekt <i>Psychoedukation</i> .....	54
	Qualitätsaspekt <i>Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und</i> <i>Entscheidungen</i> .....	55
5.2.3	Qualitätsaspekte <i>Patientenbezogenes Medikationsmanagement,</i> <i>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang</i> <i>und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung</i> .....	57
	Qualitätsaspekt <i>Patientenbezogenes Medikationsmanagement</i> .....	57
	Qualitätsaspekt <i>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie</i> .....	59
	Qualitätsaspekt <i>Psychotherapie (stationär/PIA)</i> .....	61
	Qualitätsaspekt <i>Suizidalität – Umgang und Prävention</i> .....	61
	Qualitätsaspekt <i>Komorbidität Sucht</i> .....	62
	Qualitätsaspekt <i>Somatische Versorgung</i> .....	64
5.2.4	Qualitätsaspekt <i>Restriktive Maßnahmen</i> .....	64
5.2.5	Qualitätsaspekte <i>Veränderungen der Symptombelastung,</i> <i>Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe und</i> <i>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</i> .....	66
	Qualitätsaspekt <i>Veränderungen der Symptombelastung</i> .....	69

	Qualitätsaspekt <i>Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus</i> .....	69
	Qualitätsaspekt <i>Teilhabe</i> .....	70
	Qualitätsaspekt <i>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</i> .....	71
5.3	Nicht selektierte Qualitätsaspekte.....	72
	Qualitätsaspekt <i>Diagnostik</i> .....	72
	Qualitätsaspekt <i>Angebot zur Unterstützung von Angehörigen</i> .....	73
	Qualitätsaspekt <i>Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung</i> .....	74
5.4	Reflexion des Qualitätsmodells und Beurteilung des AQUA-Indikatorensets .....	75
6	Nächste Schritte in der Verfahrensentwicklung.....	81
6.1	Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	81
6.2	Entwicklung einer Patientenbefragung in Verbindung mit entsprechenden Qualitätsindikatoren .....	82
6.3	Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen .....	82
7	Anhang .....	84
7.1	Expertengremium Schizophrenie – Kurzporträts der Teilnehmerinnen und Teilnehmer .....	84
7.2	Ablauf Bewertung Interessenkonflikte .....	90
7.3	Überblick der eingeschlossenen Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie der eingeschlossenen Studien.....	91
7.4	Moderationsleitfäden/Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews .....	124
7.4.1	Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit Patienten .....	124
7.4.2	Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften .....	124
7.4.3	Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten.....	125
	Literatur.....	127

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitlicher Ablauf der Neuausrichtung .....	17
Tabelle 2: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards .....	25
Tabelle 3: Charakteristika der Patienten der Fokusgruppen .....	30
Tabelle 4: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen .....	32
Tabelle 5: Teilnehmer der leitfadengestützten Interviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting .....	33
Tabelle 6: Charakteristika der Interviewpartner .....	35
Tabelle 7: Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells .....	76
Tabelle 8: AQUA-Indikatoren, die als Qualitätsmerkmal in die die weitere Entwicklung einbezogen werden .....	79
Tabelle 9: Übersicht der vorläufigen Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen ...	82
Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards .....	91
Tabelle 11: Charakteristika der eingeschlossenen HTAs .....	98
Tabelle 12: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung .....	99
Tabelle 13: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung .....	107
Tabelle 14: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung .....	115
Tabelle 15: Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive .....	116

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema der Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen einer Konzeptstudie für ein neues QS-Verfahren .....	21
Abbildung 2: Bewertungsbogen .....	41
Abbildung 3: Ablauf Bewertung Interessenkonflikte .....	90

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Ab	Abstract
ACT	Assertive Community Treatment
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
MW	Mittelwert
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
QI	Qualitätsindikator
RAM	RAND/UCLA-Appropriateness-Method
SD	Standardabweichung
Ti	Titel
VT	Volltext

# Zusammenfassung

## Hintergrund und Auftrag

Am 16. Juni 2016 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als Institut nach § 137a SGB V damit, das QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* auf der Grundlage der Ergebnisse des Abschlussberichts vom AQUA-Institut (Institution nach § 137a SGB V bis Dezember 2015) vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern.

Ziel des gesamten QS-Verfahrens ist es, eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu fördern und die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unterstützen. Dabei sind die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten zu berücksichtigen. In der Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Ergebnisqualität sind die Besonderheiten eines mittelfristigen Behandlungsergebnisses aufzugreifen. Ergebnisqualität sollte sowohl die Symptomveränderung als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus und ggf. der Teilhabe einbeziehen. Da der Patient und die Stärkung seiner Kompetenzen und Autonomie sowie die Stabilisierung seiner lebenswirklichen Integration als übergeordnete Behandlungsziele anzusehen sind, wird die Patientenperspektive mittels einer Patientenbefragung einbezogen.

In diesem Zwischenbericht wird das verfahrensspezifische Qualitätsmodell und dessen methodische Entwicklung vorgestellt, aber auch das zu überarbeitende Indikatorenset aus dem AQUA-Abschlussberichts hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Ergebnisqualität, der Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und der entsprechenden Schnittstellen sowie der Adressierung von restriktiven Maßnahmen bewertet. Anhand des Ergebnisses lassen sich Art und Umfang der erforderlichen Entwicklungsleistungen ableiten.

## Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung eines verfahrensspezifischen Qualitätsmodells dient als Grundlage für die weiteren Entwicklungen der in der Beauftragung beschriebenen Inhalte. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Versorgungspraxis für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis anhand verschiedener Themenbereiche, der sogenannten Qualitätsaspekte, beschreiben lässt. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurde systematisch erarbeitet, welche dieser Qualitätsaspekte durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Die Qualitätsaspekte, die für das Verfahren aufgegriffen wurden, wurden in Form eines spezifischen Qualitätsmodells zusammengefasst. Somit stellt das Qualitätsmodell eine systematische Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens verbindlich lenken. Die Entwicklung eines Qualitätsmodells erfolgte in drei Schritten: erstens die Themenerschließung, zweitens die Identifikation von Qualitätsaspekten und drittens die Selektion von

Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell. Für die Erschließung der themenspezifischen Versorgungspraxis, die für die Entwicklung des Qualitätsmodells grundlegend ist, wurde auftragsgemäß auf den AQUA-Bericht zurückgegriffen. Anhand der Analyse der Versorgungspraxis wurden im nächsten Schritt patientenrelevante Qualitätsaspekte identifiziert. Die Erarbeitung dieser Qualitätsaspekte erfolgte literaturbasiert und qualitativ-empirisch mittels Fokusgruppen und Interviews. Die darauf folgende Selektion der letztendlich vom Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wurde zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet. Für das Qualitätsmodell wurden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, für die ein klarer Verbesserungsbedarf und ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden konnten. Außerdem musste der Qualitätsaspekt grundsätzlich vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

Die Bewertung des Indikatorensets des AQUA-Instituts fand vor dem Hintergrund des vom IQTIG erarbeiteten verfahrensspezifischen Qualitätsmodells statt. Dieses wurde den Teilnehmern eines neu einberufenen Expertengremiums im Rahmen eines ersten Treffens am 29. November 2016 nach einer Einführung in die Beauftragung und die Vorgehensweisen vorgestellt. In einem nächsten Schritt bewerteten die Experten das AQUA-Indikatorenset. Zunächst wurden die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren von den Experten *inhaltlich* den selektierten Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Modells zugeordnet. Der zweite Schritt beinhaltete eine differenziertere Einschätzung der AQUA-Indikatoren. Hierbei ging es um die auftragspezifische Anwendung der methodisch vorgesehenen Einstufung bzw. Priorisierung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium, die der eigentlichen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vorgelagert ist. Die vorliegenden AQUA-Indikatoren wurde dahingehend geprüft und bewertet, in welchem Umfang sie in die Aktualisierung und Neuausrichtung des Indikatorensets übergeleitet werden konnten. Die Expertenmeinung wurde dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) erfasst. Hierbei gaben die Experten ihre Einschätzung indikatorbezogen bezüglich zweier Kriterien und mithilfe einer 9-stufigen Skala ab, wobei die Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt oder die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ab einem Punktwert von 7 vorlag war. Eine konsentierete Empfehlung bestand, wenn > 75 % der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben. Wenn das Expertengremium einen Indikator in beiden Kriterien auf diese Weise bestätigte, dann wurde er unverändert in das Indikatorenset des überarbeiteten Verfahrens übernommen. Wurde in diesem Schritt ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt konsentiert bewertet, so wurde nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt.



## Ergebnisse

Nach der oben beschriebenen Methodik zur Erstellung des Qualitätsmodells wurden 17 Qualitätsaspekte selektiert und in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell übernommen:

- *Kontinuität, Koordination und Kooperation*
- *Entlassungsmanagement*
- *Information und Aufklärung*
- *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten*
- *Psychoedukation*
- *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*
- *Patientenbezogenes Medikationsmanagement*
- *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie*
- *Psychotherapie (stationär/PIA)*
- *Suizidalität – Umgang und Prävention*
- *Komorbidität Sucht*
- *Somatische Versorgung*
- *Restriktive Maßnahmen*
- *Veränderungen der Symptombelastung*
- *Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus*
- *Teilhabe*
- *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen*

Die drei Qualitätsaspekte *Diagnostik, Angebot zur Unterstützung von Angehörigen* sowie *Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung* sind als relevant für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen anzusehen. Sie können jedoch nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert werden, da sie beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind.

Auftragsgemäß wurde das AQUA-Indikatorenset vor dem Hintergrund des vom IQTIG entwickelten Qualitätsmodells bewertet. Anhand der angelegten Kriterien wurde aus dem AQUA-Indikatorenset der QI 59 „Kontrolluntersuchungen“ von den Experten dem Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* zugeordnet und zur Übernahme in das endgültige Indikatorenset empfohlen. Zudem zeigte sich, dass etliche AQUA-Indikatoren inhaltlich als wichtig anerkannt wurden und durch die Zuordnung zu den Qualitätsaspekten im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell als Merkmalsvorschlag in die weitere Entwicklung übernommen werden können. Das Expertengremium sprach sich insbesondere für eine Neuentwicklung der Indikatoren für den Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen* aus.

## Ausblick

Die Qualitätsaspekte, die selektiert wurden und das verfahrensspezifische Qualitätsmodell bilden, decken die Breite der medizinischen Behandlung und den Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Rahmen

des SGB V weitgehend ab. Dies wurde vom Expertengremium anerkannt. Ein Großteil der selektierten Qualitätsaspekte hat auch das AQUA-Institut in seinen Qualitätspotenzialen beschrieben. Aspekte der Patientenperspektive sind im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell des IQTIG jedoch stärker betont, ebenso wie Aspekte der Ergebnisqualität sowie der Systemqualität. Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale und der späteren Qualitätsindikatoren sind durch die jetzt beauftragte Patientenbefragung andere Operationalisierungen möglich, als sie im AQUA-Entwicklungsprojekt zur Verfügung standen. Da nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator in das zu überarbeitende Indikatorenset aufgenommen werden konnte, sind für die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets des zukünftigen QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

# 1 Hintergrund

Nachdem im Jahre 2013 der Gesetzgeber den G-BA mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V aufgefordert hat, „in seinen Richtlinien [...] geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und zur Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich“ festzulegen, hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten hierzu beauftragt. Im Jahr 2014 wurde das AQUA-Institut als damalige Institution nach § 137a SGB V vom G-BA entsprechend beauftragt, ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln (AQUA 2016). Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ wurde am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen.

Anlage 2 zum Dokument „Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom Januar 2016 enthält eine Tabelle zur Vorbereitung der Abnahme des Abschlussberichts mit nicht abnahmerelevanten Anmerkungen zu diesem. Hierin sind zentrale Kritikpunkte, wie sie bereits in den Stellungnahmen zum Vorbericht ausgeführt wurden, zusammengefasst. Es handelt sich um Hinweise auf Mängel, die auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, welches im Vorfeld der Abgabe des AQUA-Abschlussberichtes durchgeführt wurde, nicht vollständig behoben werden konnten. Es werden konkret folgende Punkte genannt:

- eine inhaltliche Unausgewogenheit bei gegebenenfalls grundsätzlich zu reduzierendem Umfang des Indikatorensets
- eine zu geringe Berücksichtigung der Ergebnisqualität im Sinne von patientenrelevanten Endpunkten sowie der Zuschreibbarkeit von Indikatoren
- eine nicht immer ausreichende Operationalisierung einzelner Indikatoren
- eine zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge

Zusätzlich wird vom G-BA in diesem Dokument angeraten, die Gewichtung von Expertenmeinung versus aggregierter Evidenz methodisch zu überdenken. Auch die Darstellung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses des Erhebungsinstrumentes einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird als nicht ausreichend bewertet.

Außerdem kommt der G-BA zu der Einschätzung, dass das fehlende Erhebungsinstrument einer Patientenbefragung, welches in der Beauftragung aus dem Jahr 2014 explizit nicht vorgesehen war, unter den sich zwischenzeitlich geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen zwingend im QS-Verfahren enthalten sein sollte.

Der G-BA hat daher im Plenum am 16. Juni 2016 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V beauftragt, das vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) zu aktualisieren und zu erweitern.

## 2 Auftrag und Zielsetzung

### 2.1 Beauftragung durch den G-BA

Am 16. Juni 2016 hat der G-BA das IQTIG damit beauftragt, das QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* auf der Grundlage der Ergebnisse des AQUA-Abschlussberichts (AQUA 2016) vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern.

Es soll ausgehend von den vorangegangenen AQUA-Entwicklungen ein spezifisches Qualitätskonzept aktualisiert und weiterentwickelt werden, das die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Dieses entspricht dem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik. Das Qualitätsmodell ist Grundlage aller weiteren Prüfungen und Entwicklungen. Die einbezogenen Qualitätsaspekte sollen:

- die Ergebnisqualität stärker berücksichtigen (insbesondere Veränderungen der Symptombelastung und des psychosozialen Funktionsniveaus)
- die Patientenperspektive einbeziehen
- die verschiedenen Versorgungsbereiche stärker berücksichtigen (vertragsärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen, teilstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser)
- die Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung gezielt einbeziehen

Das vorliegende AQUA-Indikatorenset ist hinsichtlich seiner Verwendbarkeit im Rahmen des neuen Qualitätsmodells zu bewerten. Insbesondere soll der Umfang der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen kritisch hinterfragt werden. Neue Indikatoren sollen unter angemessener Berücksichtigung des AQUA-Indikatorensets und unter Einbeziehung der übergeordneten Qualitätsziele entwickelt werden. Hierbei können auch Indikatoren definiert werden, die über einen Bezug auf einzelne Einrichtungen hinausgehen und für eine Qualitätssicherung und -förderung auf Systemebene genutzt werden können. Als Datengrundlage können fallbezogenen QS-Dokumentation, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine kompakte, fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden, die nun für das QS-Verfahren *Schizophrenie* beauftragt wurde. Für die in die Empfehlung des IQTIG einbezogenen Erhebungsinstrumente sollen schließlich Aufwand und Nutzen dargestellt und abgewogen werden.

### 2.2 Ziel des QS-Verfahrens

Das zu aktualisierende QS-Verfahren *Schizophrenie* zielt auf die Förderung und Verbesserung der Versorgungsqualität von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ab. Dabei sind die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten zu berücksichtigen, die besondere Anforderungen an die Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer stellen. In der Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Ergebnisqualität sind die Besonderheiten eines mittelfristigen Behandlungsergebnisses aufzugreifen. Ergebnisqualität

sollte sowohl die Symptomveränderung als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus und ggf. der Teilhabe einbeziehen und wird erst auf diese Weise einer umfassenden Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gerecht. Als übergeordnetes Behandlungsziel wird daher auch die Stärkung der Autonomie bzw. der Kompetenzen des Patienten und die Stabilisierung bzw. Förderung seiner lebenswirklichen Integration angesehen. Vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend, die Patientenperspektive über eine Patientenbefragung einzubeziehen. Letztlich soll das geplante QS-Verfahren eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis fördern und die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unterstützen.

## 3 Ablauf der Neuausrichtung

### 3.1 Geplantes Vorgehen

Die Beauftragung zur Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* durch den G-BA erfolgte am 16. Juni 2016. Auf Grundlage des vom AQUA-Institut erarbeiteten Abschlussberichts (AQUA 2016) soll zum einen das QS-Verfahren um eine Patientenbefragung erweitert und zum anderen das Indikatorenset anhand der Qualitätsaspekte auf Ausgewogenheit insbesondere hinsichtlich der verschiedenen Versorgungsbereiche sowie einer stärkeren Berücksichtigung der Sektorenübergänge und der Ergebnisqualität vom IQTIG geprüft werden. Zur Ableitung und Bestimmung der Qualitätsaspekte, zur Formulierung des Qualitätsmodells und zur Bewertung der AQUA-Indikatoren gemeinsam mit einem externen Expertengremium hat das IQTIG 6 Monate Zeit. Der Zwischenbericht wird hiermit zum 31. Dezember 2016 vorgelegt.

Bei der Ausarbeitung der Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurde beim IQTIG zwischen dem Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten einerseits und dem Bereich Patientenbefragung andererseits unterschieden. Für die Erstellung des Qualitätsmodells haben die beiden Bereiche eng zusammengearbeitet. Für die weiteren Schritte wird die Arbeit allerdings differenziert, sodass es auftragsgemäß verschiedene Berichte an den G-BA geben wird. Für die weiteren Schritte der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren im Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten stehen 9 Monate zur Verfügung. Der Abschlussbericht wird am 30. September 2017 beim G-BA abgegeben. Im Bereich Patientenbefragung werden die Zwischenergebnisse zur Entwicklung der Patientenbefragung in einem Zwischenbericht bis zum 15. Mai 2017 dem G-BA vorgelegt. Danach schließt sich die Fertigstellung und Validierung des Fragebogens an, die Ergebnisse werden im Abschlussbericht, der dem G-BA bis zum 15. Dezember 2018 vorgelegt wird, dargestellt.

Tabelle 1 fasst den zeitlichen Ablauf der Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zusammen.

Tabelle 1: Zeitlicher Ablauf der Neuausrichtung

Arbeitsschritte	Zeitraum/Termin
Beauftragung des IQTIG durch den G-BA	16. Juni 2016
<b>Themenerschließung</b>	
Planung und Durchführung der Literaturrecherche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitliche Aktualisierung der AQUA-Literaturrecherche ab 2014</li> <li>▪ Ergänzung um Patientenperspektive und evaluierte Modelle der integrierten Versorgung in Deutschland               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Recherche von Leitlinien/Pflegestandards</li> <li>▫ Recherche von HTAs</li> <li>▫ Recherche zu Fehl-, Über- und Unterversorgung</li> <li>▫ Websiterecherche</li> <li>▫ Recherche von qualitativen Studien zur Patientenperspektive</li> <li>▫ Recherche von Modellen der integrierten Versorgung</li> </ul> </li> </ul>	Juni bis September 2016
<b>Identifikation der Qualitätsaspekte</b>	
Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Pflegekräften <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 Fokusgruppen und 1 Dyade mit insgesamt 22 Patienten</li> <li>▪ 2 Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften mit insgesamt 12 psychiatrischen Pflegekräften (6 pro Gruppe)</li> </ul>	September 2016
Vorbereitung und Durchführung der Interviews <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12 Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten</li> </ul>	September und Oktober 2016
Definition der Qualitätsaspekte	Oktober 2016
<b>Erstellung des Qualitätsmodells</b>	
Selektion der Qualitätsaspekte	November 2016
<b>Bewertung des AQUA-Indikatorensets</b>	
1. Treffen Expertengremium zur Beurteilung des AQUA-Indikatorensets anhand des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (QS-Dokumentation und Sozialdaten)	29. November 2016
Abgabe des Zwischenberichts <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells</li> <li>▪ Bewertung des AQUA-Indikatorensets</li> <li>▪ Identifizierung des Bedarfs zur Modifizierung der AQUA-Indikatoren bzw. der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren</li> </ul>	31. Dezember 2016



Arbeitsschritte	Zeitraum/Termin
<b>Weitere Zeitplanung getrennt nach den beiden Bereichen der Verfahrensentwicklung</b>	
<b>Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten</b>	
2. Treffen mit dem Expertengremium QS-Dokumentation und Sozialdaten	21. April 2017
3. Treffen mit dem Expertengremium QS-Dokumentation und Sozialdaten	13. Juni 2017
Abgabe des Vorberichts	24. Juli 2017
Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht	24. Juli – 20. August 2017
Würdigung und Einarbeitung der Stellungnahmen	21. August – 30. September 2017
Abschlussbericht zur Überarbeitung und Neuentwicklung des Indikatorensets	30. September 2017
<b>Entwicklung der Patientenbefragung</b>	
Expertengremium Patientenbefragung	März 2017
Zwischenbericht Patientenbefragung	15. Mai 2017
Stellungnahmen	15. Mai – 15. Juni 2017
Würdigung und Einarbeitung der Stellungnahmen	15. Juni – 15. August 2017
Abschlussbericht zur Patientenbefragung	15. Dezember 2018

### 3.2 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Zur Ermittlung von Qualitätsaspekten in der Versorgung volljähriger Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in unterschiedlichen Settings über den gesamten Behandlungsverlauf sind neben der Literaturrecherche auch Patienten, Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten als unmittelbar Betroffene bzw. Versorgende wichtige Informationsquellen für die Entwicklung eines QS-Verfahrens.

Die spezifischen Perspektiven wurden in Fokusgruppen und Interviews ermittelt. Für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten bedarf es der Einholung eines Ethikvotums, nicht so für Fokusgruppen mit Pflegekräften oder für Einzelinterviews mit Ärzten und Therapeuten.

#### Ethikvotum

Zur Erfassung von für Patienten wesentlichen Versorgungsinhalten in der Behandlung wurden vom IQTIG Fokusgruppen mit Patienten durchgeführt, um auch deren Perspektive in der Entwicklung eines QS-Verfahrens zu berücksichtigen. Voraussetzung hierfür ist eine Prüfung nach

ethischen, rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten und eine Zustimmung durch eine Ethikkommission. Das IQTIG hat entsprechend einen Ethikantrag bei der Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) gestellt. Im Ethikantrag wird der Hintergrund für die Durchführung von Fokusgruppen und deren oben beschriebene Zielsetzung erläutert. Da es ein besonderes Anliegen ist, dass die befragten Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis keinerlei Beeinträchtigung durch die Befragung erleiden sollen, sollten neben dem Gebot der Freiwilligkeit bestimmte Kriterien erfüllt sein. Dazu zählen, dass sich die Patienten in einer ausreichend stabilen Phase nach Behandlung befinden bzw. dass sie nach Einschätzung ihres behandelnden Arztes in einer Fokusgruppe interagieren können.

Das IQTIG erhielt das positive Votum zur Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

### **Datenschutzkonzept**

Die Teilnahme an den Fokusgruppen ist für Patienten wie für Pflegekräfte freiwillig. Vor der Einholung der schriftlichen Einwilligung wurden alle Teilnehmenden – Patienten und Pflegekräfte – mündlich über das Verfahren und alle relevanten Gesichtspunkte aufgeklärt. Gleiches gilt für die interviewten Ärzte, Psycho- und Soziotherapeuten. Alle Teilnehmenden können jederzeit von ihrer Entscheidung zur Teilnahme zurücktreten und haben das Recht auf Löschung ihrer eigenen Daten/Diskussionsanteile bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten.

Die erhobenen Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz und müssen entsprechend vertraulich behandelt werden. Das projektbezogene Datenschutzkonzept sieht vor, dass die digitalen Tonaufzeichnungen der Fokusgruppendifkussionen mit Patienten, die digitalen Ton- und Videoaufzeichnungen der Fokusgruppendifkussionen mit den psychiatrischen Pflegekräften als auch die Tonaufzeichnungen der Interviews mit den Ärzten und Therapeuten vom IQTIG verschlossen und getrennt von den anonymisierten Transkripten aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung, spätestens jedoch nach fünf Jahren, gelöscht werden. Zugang zu den Tonaufnahmen haben nur die Projektmitglieder. Datenauswertungen und Zitate für Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich aus dem anonymisierten Transkript.

Das Datenschutzkonzept wurde den Fokusgruppenteilnehmern sowie den Interviewpartnern vor der Gesprächsführung schriftlich in doppelter Ausführung zum wechselseitigen Unterzeichnen vorgelegt. Ein Exemplar verblieb jeweils beim Teilnehmer.

## 4 Methodisches Vorgehen

### 4.1 Einführung in die Methodik

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Versorgungspraxis anhand verschiedener Themenbereiche, der sogenannten Qualitätsaspekte, beschreiben lässt. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wird systematisch erarbeitet, welche dieser Qualitätsaspekte durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Die Qualitätsaspekte, die für das Verfahren aufgegriffen werden sollen, werden in Form eines spezifischen Qualitätsmodells zusammengefasst. Somit stellt das Qualitätsmodell eine systematische Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens verbindlich lenken.

Die Entwicklung eines Qualitätsmodells erfolgt in drei Schritten (siehe Abbildung 1):

- Themenerschließung
- Identifikation von Qualitätsaspekten
- Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell

Für die Erschließung der themenspezifischen Versorgungspraxis, die für die Entwicklung des Qualitätsmodells grundlegend ist, wird hier auf die Vorarbeiten des AQUA-Instituts zurückgegriffen (AQUA 2016). Aus der Analyse der Versorgungspraxis werden im nächsten Schritt patientenrelevante Qualitätsaspekte identifiziert. Die Erarbeitung dieser Qualitätsaspekte erfolgt literaturbasiert und qualitativ-empirisch mittels Fokusgruppen und Interviews. Die darauf folgende Selektion der letztendlich vom Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wird zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet (siehe Abschnitt 2.2). Für das Qualitätsmodell werden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, für die ein klarer Verbesserungsbedarf und ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden können. Außerdem muss der Qualitätsaspekt grundsätzlich vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

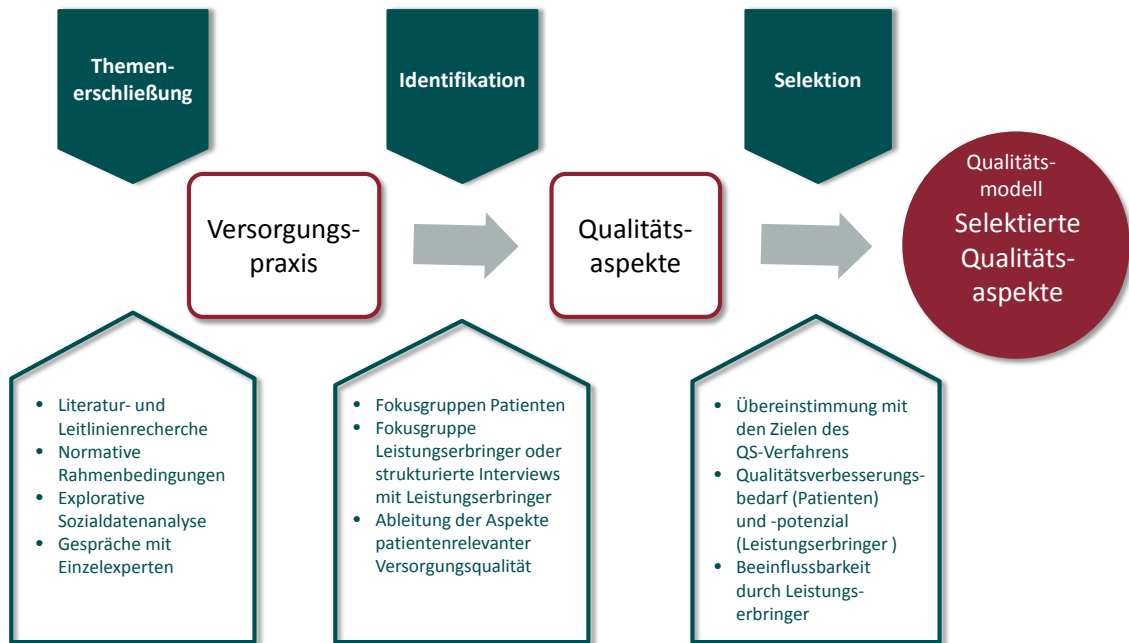


Abbildung 1: Ablaufschema der Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen einer Konzeptstudie für ein neues QS-Verfahren

#### 4.1.1 Themenererschließung

Für die Themenererschließung ist eine umfangreiche Recherche nach aggregierter Evidenz notwendig. Dabei werden zunächst alle verwertbaren Quellen systematisch gesichtet. Da der Zusammenhang zwischen dem projektierten Verfahren und der vorhandenen Evidenz zu Beginn der Untersuchungen nicht eingeschätzt werden kann, erfolgt die Zusammenstellung wertfrei, d. h. es erfolgt in der Sichtung möglicher Quellen keine Grenzziehung bezüglich der Höhe des erforderlichen Evidenzgrades. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Aspekte zur Entwicklung des Qualitätsmodells betrachtet werden, wird neben der systematischen Recherche aggregierter Evidenz anhand von systematischen Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments (HTA) und Leitlinien auch eine ergänzende Handsuche anhand von Suchalgorithmen auf Websites relevanter Organisationen vorgenommen. Für die hier vorliegende Beauftragung wurde die vom AQUA-Institut durchgeführte Recherche aktualisiert und erweitert (siehe Abschnitt 4.2).

Die explorative Sozialdatenanalyse wird mithilfe von anonymisierten Datensätzen durchgeführt, die von einer kooperierenden, gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der Vorgaben von § 75 SGB X angefordert werden. Die genutzten Daten umfassen alle nach § 299 SGB V für ein QS-Verfahren nach § 136 ff. SGB V im Regelbetrieb nutzbaren Datenarten, sofern sie themenspezifisch relevant sind. In diesem Fall konnte auf die Berechnungen des AQUA-Instituts zurückgegriffen werden, die im Rahmen der ursprünglichen Verfahrensentwicklung durchgeführt wurden.

Im Rahmen der Themenererschließung erfolgt auch eine Suche nach größeren regionalen bzw. überregionalen Qualitätsinitiativen und Versorgungsmodellen.

#### 4.1.2 Identifikation von Qualitätsaspekten

Für die Identifikation der patientenrelevanten Qualitätsaspekte ist es bedeutsam, die themenspezifischen Behandlungsziele sowohl aus der wissenschaftlichen Perspektive (Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften etc.) als auch aus der Patienten- und Leistungserbringerperspektive aufzugreifen und diesen die patientenbezogenen Outcomes aus der Literatur gegenüberzustellen. Informationsquellen für die Identifikation von relevanten Qualitätsaspekten sind Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews mit Beteiligten aus allen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Fokusgruppen mit Patienten sollen dabei alters- und geschlechtsgemischt sein und sektorenübergreifende Erfahrungen im Zusammenhang mit allen Stadien der Erkrankung einschließen. Auf diese Weise sollen die Qualitätsaspekte der Patientenperspektive herausgearbeitet werden (siehe Abschnitt 4.3).

Um auch das Erfahrungswissen aus der Perspektive der Leistungserbringer für die Identifikation von Qualitätsaspekten nutzen zu können, werden auch mit diesen Fokusgruppen durchgeführt. In den Fokusgruppen werden ausschließlich (aktive) Praktiker des alltäglichen Behandlungsgeschehens angesprochen. Diese sollen aus allen beteiligten Sektoren der Versorgung und aus allen relevanten Berufsgruppen stammen. Um eine Überlagerung durch möglicherweise gegensätzliche berufsständische Interessen zu vermeiden, können die Fokusgruppen der Leistungserbringer auch professionsbezogen durchgeführt oder ggf. durch leitfadengestützte Interviews ersetzt oder ergänzt werden.

Grundsätzlich werden nur Qualitätsaspekte in Betracht gezogen, die eine besondere Bedeutung für das klinische Gesamt-Outcome des Patienten bzw. seine selbstbestimmte Lebensführung (Patientenperspektive) haben.

#### 4.1.3 Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell

In diesem Entwicklungsschritt werden aus der Literatur und aus dem Erfahrungswissen der Experten abgeleitete Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell ausgewählt. Das erste Auswahlkriterium stellt die Übereinstimmung des Qualitätsaspekts mit den Zielen des geplanten QS-Verfahrens dar. Darüber hinaus sollen die selektierten Qualitätsaspekte einen belegbaren Qualitäts(verbesserungs)bedarf für die Patienten und ein Qualitäts(verbesserungs)potenzial durch die Leistungserbringer aufweisen. Der Einschätzungen der Qualitätsaspekte anhand dieser Kriterien werden sowohl veröffentlichte Informationen als auch vom IQTIG berechnete Daten zugrunde gelegt. Ausgewertet werden hierfür auch Interventionsstudien, Längsschnittvergleiche und Vergleiche von Querschnittsergebnissen aus Studien oder Qualitätsinitiativen. Qualitätsaspekt-bezogene Verbesserungsbedarfe und -potenziale können auch aus der explorativen Sozialdatenanalyse oder mehrfach geäußerten Aussagen von Patienten und Leistungserbringern abgeleitet werden. Als weiteres Auswahlkriterium müssen die Qualitätsaspekte von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar sein.

Die Frage der Zuordnung einer einrichtungsbezogenen Verantwortlichkeit stellt sich dagegen erst auf der Ebene der Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren. Die so selektierten Qualitätsaspekte werden zum verfahrensspezifischen Qualitätsmodell zusammengefasst, welches Grundlage der weiteren Entwicklungsarbeiten ist.

## 4.2 Literaturrecherche und -analyse

### 4.2.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse

Ziel der Recherche und Analyse von aggregierter Evidenz war es, Hinweise auf qualitätsrelevante Themen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu identifizieren. Der Schwerpunkt der Literaturrecherche lag auf Leitlinien und Pflegestandards, Health Technology Assessments (HTAs) und systematischen Überblicksarbeiten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachkräften, die maßgeblich am Versorgungsgeschehen beteiligt sind (z. B. Ärzte, Pflegekräfte), die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsaspekten im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell. Zudem dienen die Ergebnisse der Recherche von qualitativen Studien zur Patientenperspektive im Versorgungsgeschehen der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen und Interviewleitfäden.

### 4.2.2 Recherchekonzept

Im Zuge der Aktualisierung und Neuentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* wurde die vom AQUA-Institut für den Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Zeitraum 2006 bis 2016 mit neuen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards sowie der HTAs wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um Hinweise zur Fehl-, Über- und Unterversorgung, zur Patientenperspektive in der Versorgung sowie zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung erweitert. Zudem wurde bei der Aktualisierung der Leitlinien eine Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments vorgenommen. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die übergeordneten verfahrensspezifischen Qualitätsziele, die aus der Beauftragung des G-BA heraus entwickelt wurden, geben den Rahmen für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells vor und bilden somit auch die Grundlage für das Recherchekonzept. Ausgehend von diesen übergeordneten Qualitätszielen erfolgte zunächst die Ableitung der strukturierten, recherchierbaren Fragestellungen für die Literaturrecherche. Zur Beschreibung der Versorgungsqualität wurden folgende Fragen in der Literaturrecherche operationalisiert:

- Was ist der zurzeit in Leitlinien und Pflegestandards empfohlene Goldstandard für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.?

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte auf Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale/Qualitätsaspekte in der Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?
- Welche evaluierten GKV-Versorgungsmodelle für die Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?

Zur Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung erfolgte die Recherche anhand der Frage:

- Wie erleben gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. die Versorgung?

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien-bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/EMBASE, Leitliniendatenbanken, Websiterecherche) definiert. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen zur Entwicklung eines Qualitätsmodells berücksichtigt werden, wurde neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken auch eine ergänzende Handsuche in Referenzlisten von Publikationen sowie auf Websites relevanter Organisationen vorgenommen. Die Ergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche mit Ein- und Ausschlusskriterien, Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, Flowcharts der Rechercheblöcke sowie den Leitlinienbewertungen und eingeschlossenen Publikationen sind im angehängten Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells dokumentiert.

#### **4.2.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Studien und zur Themenextraktion**

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening (Ti/Ab-Screening) vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening (VT-Screening) unterzogen. Im Ti/Ab-Screening überprüften zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und die Abstracts der Leitlinien und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Fragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Studien für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Für die Websiterecherche wurden die Titel und Abstracts der Publikationen von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person prüfte diese Auswahl jeweils stichprobenartig.

Nach Abschluss des Screening-Prozesses erfolgte die Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards sowie Publikationen mit Blick auf die jeweilige Recherchefrage und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Studien sind in Tabelle 10, Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13, Tabelle 14 und Tabelle 15 zusammengefasst. Eine Übersicht der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards mit zugehöriger Referenz und Akronym bietet Tabelle 2.

Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) konnte formal nicht berücksichtigt werden, weil sich diese Leitlinie noch in Überarbeitung befindet und keine gültige, zitierfähige Fassung zum Zeitpunkt der Berichtslegung vorliegt. Inhaltlich wurde der Stand der aktuellen Leitliniendiskussion der DGPPN jedoch insofern in die Projektarbeit einbezogen, als einerseits die alte Leitlinie vom IQTIG reflektiert wurde, andererseits mehrere Experten aus der aktuellen Leitlinienkommission in die Entwicklungsarbeit (Expertengremium) einbezogen wurden.

Tabelle 2: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	<b>Leitlinie/Pflegestandard</b>	<b>Referenz</b>	<b>Akronym</b>
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)	NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults (CG178)	NCCMH (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm in longer term management (CG133)	NCCMH (2012)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse (CG120)	NCCMH (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136)	NCCMH (2011b)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131)	SIGN (2013)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011



	<b>Leitlinie/Pflegestandard</b>	<b>Referenz</b>	<b>Akronym</b>
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Health Technology Assessment Agency; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012
11	The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010
12	The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2009
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	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	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	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	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2012

	<b>Leitlinie/Pflegestandard</b>	<b>Referenz</b>	<b>Akronym</b>
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

### **4.3 Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften**

#### **4.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften**

Weitere Informationsquellen für die Identifizierung von relevanten Qualitätsaspekten sind leitfadengestützte Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Beteiligten aus verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Insbesondere Fokusgruppen mit Patienten sind für die Identifizierung von Qualitätsaspekten wichtig, da durch die explorative, gruppenspezifische Diskussion vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Schwerpunkte der Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden (Lamnek 2010, Flick 2016). Das Ziel der Fokusgruppen mit Patienten lag dementsprechend in der Identifizierung von Themen, die aus Sicht der Patienten selbst wichtig in der Versorgung sind. Aufgabe der Fokusgruppen mit Patienten war, wichtige Merkmale oder Ereignisse der Versorgung zu benennen, die erstens aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind, zweitens sich auf die konkrete Versorgung beziehen und drittens von den Patienten in gleicher Weise beobachtbar oder beurteilbar sind und damit keine Einzelmeinung darstellen

Zusätzlich zu Fokusgruppen mit Patienten wurden Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften, die am alltäglichen Versorgungsgeschehen des Patientenkollektivs aktiv beteiligt sind, durchgeführt. Ziel dieser Fokusgruppen war es, patientenrelevante Qualitätsaspekte zu identifizieren und zusätzlich die Diskussionsthemen aus den Fokusgruppen mit Patienten einzuordnen und zu ergänzen.<sup>1</sup>

#### **4.3.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Materials**

Um die Erfahrungen der Patienten mit der Behandlung und Versorgung im chronischen Verlauf der Erkrankung zu erfassen und gleichzeitig eine zu hohe Heterogenität in den Diskussionsgrup-

<sup>1</sup> Die Erfahrungen von Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie oder Nervenheilkunde sowie von Psycho- und Soziotherapeuten wurden für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells über leitfadengestützte Einzelinterviews einbezogen (siehe folgenden Abschnitt 4.4).

pen zu vermeiden, wurden die Gruppendiskussionen mit Patienten, bei denen die Erstmanifestation innerhalb der letzten zwei Jahre auftrat oder die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf haben, getrennt von Gruppendiskussionen mit Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden haben, durchgeführt. Die Zusammensetzung der Gruppen erfolgte kriteriengeleitet nach Alter, Bildung, Geschlecht und Behandlungserfahrung in stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgungssettings, um sektorenübergreifende Erfahrungen in der Versorgung einzubinden.

Die Erfahrungen in der Pflege von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bildete die gemeinsame Diskussionsgrundlage für die beiden Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften. Diese Fokusgruppen wurden nach Tätigkeitsschwerpunkten in der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung, der Berufserfahrung sowie Alter und Geschlecht zusammengesetzt.

Sowohl die Fokusgruppen mit Patienten als auch die Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften bestanden aus jeweils 5 bis 8 Teilnehmern, um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

### **Rekrutierung der Teilnehmer**

Die Rekrutierung der Patienten und Pflegekräfte erfolgte mit Unterstützung eines externen Dienstleisters, der Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen hat. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden volljährige, gesetzlich versicherte Patienten, bei denen eine ärztliche Hauptdiagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen nach ICD-10 F20.-F29. vorliegt. Die erkrankten Patienten mussten durch die Behandlung ausreichend stabil sein, sodass sie sich subjektiv körperlich und psychisch in der Lage fühlten, an einer Gruppendiskussion teilzunehmen. Um diese Voraussetzung zu gewährleisten, erfolgte die Rekrutierung vor allem über Fachärzte. Ausgeschlossen wurden Patienten in einer akuten psychotischen Episode, Patienten, die nicht vollgeschäftsfähig waren, und solche Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten.

In die Rekrutierung der psychiatrischen Pflegekräfte wurden solche eingeschlossen, die mindestens zwei Jahre Berufserfahrung haben und aktiv Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen pflegen. Ausgeschlossen waren psychiatrische Pflegekräfte, die in den letzten drei Monaten bereits an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten.

Vor Beginn der Rekrutierung der Patienten erteilte die Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der Fokusgruppen. In dem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patienten, zur Durchführung der Fokusgruppen und zum Umgang mit Patientendaten und dem Diskussionsmaterial dar. Vor Beginn der Rekrutierung der psychiatrischen Pflegekräfte erstellte das IQTIG ein projektbezogenes Datenschutzkonzept. In dem Konzept wurde niedergelegt, wie das IQTIG den Datenschutz für die Interviewpartner gewährleistet und wie das Institut mit dem Interviewmaterial umgeht (siehe Abschnitt 3.2).

### **Durchführung der Fokusgruppen**

Die Fokusgruppen wurden im September 2016 in Berlin durchgeführt und dauerten jeweils ca. 90 Minuten. Es konnten 2 Fokusgruppen mit 5 bis 8 Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden haben, und eine Fokusgruppe mit Patienten, die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf haben, realisiert werden. Da die Rekrutierung von Patienten mit Erstmanifestation nur eingeschränkt möglich war, konnten lediglich 2 Patienten mit Erstmanifestation innerhalb der letzten 2 Jahre rekrutiert werden, sodass diese als Dyade umgesetzt wurde. Mit psychiatrischen Pflegekräften wurden zwei Fokusgruppen mit jeweils 6 Teilnehmern durchgeführt.

Von den Fokusgruppendifkussionen wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Eine zusätzliche digitale Videoaufzeichnung zur Unterstützung der Transkription erfolgte nur bei den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften. Alle Teilnehmer wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung der Diskussion informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Nach Abschluss der Auswertung wurden die digitalen Ton- und Videoaufzeichnungen gelöscht. Sowohl die Patienten als auch die psychiatrischen Pflegekräfte erhielten für die Teilnahme an den Gruppendiskussionen eine Aufwandsentschädigung.

### **Moderationsleitfäden/Topic Guides und Kurzfragebogen**

Um der explorativen Phase für die Identifizierung von Qualitätsaspekten gerecht zu werden, die offen für neue Themen und Gesichtspunkte sein soll, erfolgte die Moderation der Fokusgruppen durch das IQTIG anhand von Moderationsleitfäden/Topic Guides, d. h., es wurden von der Moderation lediglich bestimmte Themen vorgegeben, welche die vorab in der Literaturanalyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive identifizierten Themen widerspiegeln, und in den Gruppen frei diskutiert. Die Topic Guides der Fokusgruppen mit Patienten und mit psychiatrischen Pflegekräften wurden aufeinander abgestimmt entwickelt und umfassten folgende Themenbereiche (siehe Abschnitt 7.4).

- Behandlung bei Ersterkrankung und bei chronischem Verlauf
- Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung
- aktuelle Behandlung
- Wünsche der Patienten bzw. Pflegekräfte an die Versorgung

Die Co-Moderation protokollierte die Gruppendiskussionen. Bei den Fokusgruppen mit Patienten erfolgte die Co-Moderation durch eine psychologische Psychotherapeutin, die Erfahrung im Umgang mit dem Patientenkollektiv hat und die teilnehmenden Patienten unmittelbar vor, während und nach der Gruppendiskussion psychologisch betreute. Am Ende einer jeden Gruppendiskussion füllten alle Teilnehmer auf freiwilliger Basis Kurzfragebögen aus, die dazu dienen, Zusammensetzung der Fokusgruppen deskriptiv zu beschreiben (Tabelle 3, Tabelle 4). Der Kurzfragebogen umfasste bei Patienten u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und berufliche Stellung

- Dauer der Behandlung
- Versorgungssettings, in dem die Patienten bisher behandelt wurden
- Wohnform
- Art der Inanspruchnahme regelhafter medizinischer Betreuung

Die teilnehmenden psychiatrischen Pflegekräfte machten im Kurzfragebogen u. a. Angaben zu

- Alter und Geschlecht
- Berufsabschluss und ggf. Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich
- Dauer der Tätigkeit in der Pflege des Patientenkollektivs
- Versorgungssetting, in dem die Pflegekraft aktuell tätig ist

### Auswertung des Diskussionsmaterials

Mit Unterstützung der Protokolle wurden die anonymisierten Transkripte im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014) gruppenübergreifend ausgewertet, dazu wurde ein Kategoriensystem iterativ entwickelt.<sup>2</sup> Zunächst wurde deduktiv auf Basis der Topic Guides ein Kategoriensystem erstellt, das zentrale Diskussionsthemen erfasste. Diese Hauptkategorien wurden danach ggf. um inhaltliche Schwerpunkte der Teilnehmer erweitert, indem deren Aussagen den Hauptkategorien zugeordnet wurden. In einem anschließenden induktiven Auswertungsschritt wurden zur thematischen Ausdifferenzierung detailliertere (Sub-)Kategorien am Material gebildet und Textstellen mit den entsprechenden Aussagen der Teilnehmer den entsprechenden (Sub-)Kategorien zugeordnet. Auf diese Weise ließen sich zentrale Kategorien mit Ankerbeispielen als prägnante und prototypische Aussagen ableiten, die neben der Literaturanalyse eine weitere Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte darstellen.

### 4.3.3 Beschreibung der Teilnehmer der Fokusgruppen

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmer auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebogen lässt sich Tabelle 3 und Tabelle 4 entnehmen.

Tabelle 3: Charakteristika der Patienten der Fokusgruppen

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Anzahl Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2/3/4)	2/7/5/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	6/16
Alter (MW/SD)	44,9 (11,6)

<sup>2</sup> Die Aussagen der beiden Patienten mit Erstmanifestation wurden ausgewertet, jedoch nicht systematisch berücksichtigt. Dies begründet sich z. B. durch die verschiedenen methodischen Durchführungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten des dyadischen Interviews im Vergleich zur Fokusgruppe (vgl. Morgan et al. 2013).

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Bildungsabschluss:	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	1
▪ Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	1
▪ Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	10
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	2
▪ Abitur/erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
▪ anderer Schulabschluss	0
Berufliche Stellung:	
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	13
▪ Hausfrau/Hausmann	0
▪ arbeitslos	5
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2
▪ Schüler oder Student	0
▪ in Ausbildung	0
▪ in einer assistierten Arbeitsmaßnahme (z. B. in geschützten Werkstätten)	0
▪ in Teilzeit tätig	0
▪ in Vollzeit tätig	1
▪ anderes	0
Jahre in Behandlung (Median/Min-Max)	8,5 (1-30)
Bisherige Orte der Behandlung (Mehrfachantworten möglich):	
▪ im Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung	17
▪ im Krankenhaus ohne Übernachtung (z. B. Tagesklinik)	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	8
▪ bei einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	15
▪ bei einem Hausarzt	13
▪ bei einem Psychotherapeuten	11
▪ bei einem anderen Versorger	2

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Aktuelle Wohnsituation:	
▪ alleine lebend	14
▪ mit Partner/Partnerin	4
▪ bei den Eltern/Familie	2
▪ in einer Wohngruppe	0
▪ in einem Wohnheim	0
▪ anders	1
Regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ja/nein)	4/18

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 4: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen

Charakteristika	Pflegekräfte (n = 12)
Anzahl Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	6/6
Geschlecht (Frauen/Männer)	4/8
Alter (MW/SD)	42,6 (10,2)
Fachpflegekraft Psychiatrie (ja/nein)	8/4
Dauer der Tätigkeit als Pflegekraft in Jahren (Median/Min-Max)	17,0 (5-35)
Dauer der Pflege von Patienten mit Schizophrenie/schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Median/Min-Max)	13,5 (4-30)
Aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	9
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	1
▪ in einem ambulanten Pflegedienst	4
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	1
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	2

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

## 4.4 Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten

### 4.4.1 Ziel der leitfadengestützten Interviews

Zur Identifizierung von Qualitätsaspekten wurden neben den Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften 12 leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten, die an der unmittelbaren Versorgung der Patienten mitwirken und in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten, durchgeführt. Derartige Interviews sind für die Identifizierung von Qualitätsaspekten wichtig, weil die ausgewählten Interviewpartner über ein profundes (implizites und explizites) Wissen verfügen, die Versorgung selbst gestalten und die aktuellen Bedingungen der Versorgung kennen.

### 4.4.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Interviews und Auswertung des Materials

Zur Erfassung der Perspektive, Erfahrung und des spezifischen Wissens wurden behandelnde Ärzte und Therapeuten befragt. Da die Rekrutierung dieses Personenkreises z. B. mit Blick auf die gemeinsame Terminfindung als problematisch einzuschätzen ist, wurden anstelle von Fokusgruppen persönliche leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Analog zum Vorgehen bei den Fokusgruppen wurden auch die Interviewpartner nach Tätigkeitsschwerpunkt und Versorgungsbereich zusammengestellt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass unterschiedliche Berufsgruppen, die unmittelbar an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, mit ihrer Tätigkeit im ambulanten (niedergelassen/PIA) oder (teil-)stationären Versorgungssetting berücksichtigt wurden.

#### Rekrutierung der Interviewpartner

Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte zum Großteil mit Unterstützung eines externen Dienstleisters. Zudem stellte das IQTIG selbst zwei direkte Anfragen über (Berufs-)Verbände und Kliniken. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden Fachärzte und Therapeuten, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beteiligt sind. Fachärzte der Psychiatrie und Neurologie bzw. der Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde waren stationär, in einer Tagesklinik, als niedergelassener Facharzt oder in einer PIA tätig. Zudem wurden ambulant tätige Psycho- und Soziotherapeuten eingeschlossen. Tabelle 5 gibt einen Überblick zur Anzahl der Interviewpartner nach Berufsgruppe und Versorgungssetting.

Tabelle 5: Teilnehmer der leitfadengestützten Interviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting

Interviewpartner	Anzahl
Facharzt niedergelassen	4
Facharzt PIA	2
Facharzt vollstationär	3
Facharzt teilstationär (Tagesklinik)	1



<b>Interviewpartner</b>	<b>Anzahl</b>
Psychotherapeut ambulant	1
Soziotherapeut ambulant	1
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>

Vor Beginn der Rekrutierung erstellte das IQTIG ein projektbezogenes Datenschutzkonzept. In dem Konzept wurde niedergelegt, wie das IQTIG den Datenschutz für die Interviewpartner gewährleistet und wie das Institut mit dem Interviewmaterial umgeht (siehe Abschnitt 3.2).

### **Durchführung der leitfadengestützten Interviews**

Die Interviews wurden im September und Oktober 2016 entweder in den Räumen der Interviewpartner oder den Räumlichkeiten des Rekrutierungsdienstleisters durchgeführt. Die meisten Interviews fanden in Berlin und Brandenburg statt. Die Interviewdauer betrug jeweils ca. 60 Minuten. Von den Interviews wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Von jedem Interviewpartner liegt eine Datenschutz- und Einwilligungserklärung hierzu vor. Nach Abschluss der Auswertung wurden die digitalen Tonaufzeichnungen gelöscht. Die Interviewpartner erhielten eine Aufwandsentschädigung.

### **Interviewleitfaden und Kurzfragebogen**

Wie bei den Fokusgruppen erfolgte auch bei den Interviews lediglich eine Vorgabe von bestimmten Themen durch den Interviewer. Auf diese Weise wurde auch hier der explorativen Phase zur Identifizierung von Qualitätsaspekten in der Versorgung Rechnung getragen. Um den komplexen Wissensstand der Interviewpartner zu erfassen, wurde der nach thematischen Bereichen konstruierte Leitfaden mit offenen Fragen eingeleitet und durch die gezielte Formulierung von Fragen ergänzt. „Ein Ziel solcher Interviews ist, vorhandenes Wissen so freizusetzen, dass es als Antwort geäußert und damit einer Interpretation zugänglich wird.“ (Flick 2016: 204). Der Leitfaden wurde inhaltlich durch die Themen der recherchierten Leitlinien und qualitativen Studien bestimmt und mit den Themen der Topic Guides in den Fokusgruppen abgestimmt.

In den Interviews wurden spezifische Erfahrungen und Routinen in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen thematisiert. Konkret wurden mit allen Versorgern folgende Themen besprochen (siehe Abschnitt 7.4.3):

- Kommunikation mit und Information für Patienten
- Interaktion und Kommunikation zwischen Behandler
- Entscheidungsfindung mit Patienten
- Behandlung bei Ersterkrankung bzw. Langzeitbehandlung mit Pharmakotherapie, Psychotherapie, weitere Behandlungsmöglichkeiten, Compliance und Krisen
- Entlassung
- Einschätzung der Versorgung insgesamt

Am Ende des Interviews füllten die Interviewpartner auf freiwilliger Basis einen Kurzfragebogen aus. Dieser umfasste neben Angaben zu Alter und Geschlecht im Wesentlichen Fragen nach der Berufsgruppe, dem Versorgungssetting und der Berufserfahrung.

### Auswertung des Diskussionsmaterials

Die Auswertung der Interviews erfolgte analog zur Auswertung der Fokusgruppendifkussionen<sup>3</sup>. Die anonymisierten Transkripte wurden im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014) ausgewertet, dazu wurde ein Kategoriensystem iterativ entwickelt. Das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien leitete sich aus dem Interviewleitfaden ab. Die thematische Ausdifferenzierung in Form von (Sub-)Kategorien wurde anhand des Materials gebildet. Auf diese Weise ließen sich zentrale Kategorien mit Ankerbeispielen als prägnante und prototypische Aussagen ableiten, die neben der Literaturanalyse eine weitere Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte darstellen.

#### 4.4.3 Beschreibung der Interviewpartner

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmer auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen lässt sich Tabelle 6 entnehmen. Die befragten 5 Fachärztinnen bzw. Therapeutinnen und 7 Fachärzte bzw. Therapeuten waren mindestens 11 Jahre, knapp die Hälfte über 21 Jahre ärztlich bzw. therapeutisch tätig, davon arbeiteten 2/3 der Interviewpartner zwischen 11 und 20 Jahren mit Patienten, die an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen erkrankt sind.

Tabelle 6: Charakteristika der Interviewpartner

Charakteristika	Interviewpartner (n = 12)
Geschlecht (Frauen/Männer)	5/7
Alter (MW/SD)	52,8 (6,0)
Dauer der Tätigkeit als Facharzt/Therapeut in Jahren (Median/Min-Max)	20,0 (4–30)
Dauer der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Median/Min-Max)	19,5 (12–30)
Aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	5
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	2
▪ in einer ambulanten Einrichtung als niedergelassener Arzt	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	3

<sup>3</sup> Siehe Abschnitt 4.3.

Charakteristika	Interviewpartner (n = 12)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozial-psychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)</li> </ul>	0

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

#### 4.5 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Wie oben ausgeführt (Abschnitt 4.1.1) ist eine Prüfung von Daten auf Grundlage von Sozialdaten nach § 284 Abs. 1 SGB V nicht nur auftragsimmanent, sondern auch methodisch fester Bestandteil der Verfahrensentwicklung. Im Zusammenhang mit der Beschreibung der Versorgungssituation und des Patientenkollektivs sowie der Erstellung des Qualitätsmodells hat diese zunächst explorativen Charakter. Das AQUA-Institut hatte für seine Entwicklungsarbeit bereits umfangreiche Analysen mit Daten einer großen gesetzlichen Krankenkasse durchgeführt (AQUA 2016), auf deren Ergebnisse wir uns für die Erarbeitung des Qualitätsmodells stützen konnten.

Das IQTIG hat unabhängig davon einen neuen Pool von bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung beantragt. Für diese zwischenzeitlich eingetroffenen und aufbereiteten Daten wird gegenwärtig ein Auswertungskonzept erarbeitet. Anschließend werden die Daten zum einen für eine Aktualisierung der durch das AQUA-Institut durchgeführten Berechnungen und zum anderen zur Prüfung der Abbildbarkeit bzw. für Testrechnungen für entwickelte sozialdatenbasierte Indikatoren und für die Erarbeitung des QS-Filters zur Auslösung genutzt.

Insbesondere im Rahmen der parallelen Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* dienen die Daten zudem für eine differenzierte Beschreibung der adressierten Patientenpopulation.

Ziele der Datenauswertung sind:

- die Gewinnung von allgemeinen Erkenntnissen über das betroffene Patientenkollektiv, über erbrachte Leistungen und das Versorgungsgeschehen
- ggf. die Einschätzung von Qualitätsdefiziten und -potenzialen in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Praxen, PIA und Krankenhäuser) und an den Schnittstellen
- die Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen in dem zu aktualisierenden und zu erweiternden QS-Verfahren *Schizophrenie* hinsichtlich sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren
- die Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Erarbeitung des QS-Filters zur Auslösung im ambulanten Bereich
- die Prüfung der Abbildbarkeit von bereits entwickelten und neuen Indikatoren bei der Erstellung des Indikatorensets sowie Testrechnungen

Darüber hinaus werden die Sozialdaten bei den Krankenkassen ggf. zur Beantwortung von neuen, für die Entwicklung des QS-Verfahrens spezifischen Fragen verwendet, die sich im Laufe der Analysen ergeben könnten und für die keine Angaben in der Literatur zu finden sind.

Um die statistische Aussagekraft von patientenbezogenen Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich einschätzen zu können, ist es erforderlich, Kenntnisse über das Patientenaufkommen während eines Jahres in einer einzelnen Facharztpraxis zu haben. Das IQTIG bat daher die Kasernenärztliche Bundesvereinigung ergänzend, folgende Berechnungen für den Beobachtungszeitraum eines Jahres (2015) vorzunehmen:

1. Wie viele Leistungserbringer gab es in den Quartalen 1-4/2015 vertragsärztlich ambulant (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68), PIA, psychiatrische Hochschulambulanz?
2. Wie viele Patienten mit F2-Diagnose (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Diagnoseuntergruppen F20.-, F21, F22.-, F24, F25.-, F28, F29) wurden in den Quartalen 1-4/2015 je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD; in Schritten zu 10)
3. Wie viele Patienten mit F2-Diagnose (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Diagnoseuntergruppen F20.-, F21, F22.-, F24, F25.-, F28, F29) wurden je Quartal im Jahr 2015 je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen aus 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD)
4. Wie viele Arzt-Patienten-Kontakte mit F2-Diagnose insgesamt wurden in den Quartalen 1-4/2015 (insgesamt sowie aufgeschlüsselt pro Quartal) je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD)

## 4.6 Einbeziehung externer Expertise

### 4.6.1 Grundsätze für die Einbeziehung von externer Expertise

Das IQTIG unterscheidet bei der Einbindung von Personen mit ergänzendem Wissen und Erfahrung folgende Kategorien von Beratungszwecken:

- Ermittlung oder Prüfung von Fakten
- Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven
- Bewertung diskussionsbedürftiger Sachverhalte

#### **Ermittlung oder Prüfung von Fakten**

In der Entwicklung und Umsetzung von QS-Verfahren entstehen häufig Fragen fachlicher oder methodischer Art. Sofern in diesen Fällen eine bestimmte unstrittige Sachinformation ermittelt oder auf Korrektheit geprüft werden soll, werden einzelne Personen zur Klärung des Sachverhalts hinzugezogen und zu diesem Zweck gezielt vom IQTIG ausgewählt. Die Aufgabe der hinzugezogenen Personen besteht also in der Bereitstellung von Wissen (Fakten).

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurde von dieser Art der Expertise kein Gebrauch gemacht.

#### **Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven**

Ein weiteres Ziel der Einbindung externen Wissens kann in der möglichst umfassenden Ermittlung und Abbildung unterschiedlicher Ideen und Perspektiven zu einem Thema liegen. Das IQTIG

bindet in diesem Fall das Wissen und die Erfahrungen mehrerer externer Personen ein. Dabei kann es sich entweder um mehrere Einzelpersonen (z. B. in Form von Einzelinterviews) handeln oder, wenn ein Dialog und Austausch zwischen den Personen stattfinden soll, um eine formale Gruppe (z. B. ein Expertengremium). In beiden Fällen werden zusätzlich zu personenbezogenen Kriterien für die Einbindung weitere Auswahlkriterien angewendet, die eine für die Fragestellung sachgerechte Zusammensetzung der Gruppe sicherstellen sollen.

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden leitfadengestützte Interviews im Rahmen der Themenerschließung und Identifikation von Qualitätsaspekten durchgeführt – sowohl mit Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen als auch mit einer Soziotherapeutin. Diese Gespräche dienten der Erfassung der realen Versorgungssituation von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in Deutschland aus der Perspektive von Leistungserbringern, die in unterschiedlichen Versorgungssettings tätig sind.

#### **Bewertung diskussionsbedürftiger Sachverhalte**

Auch die Zusammenführung diskussionsbedürftiger Aspekte und unterschiedlicher Ansichten zu einem gemeinsamen Ergebnis sowie eine, ggf. quantitative, Bewertung bestimmter Aspekte, kann Zweck der Einbindung externen Wissens und Erfahrung sein. In diesem Fall wird grundsätzlich nicht auf einzelne Personen zurückgegriffen, sondern eine Gruppe externer Personen mit entsprechendem Wissen oder entsprechender Erfahrung eingebunden; für solche Gruppen werden besondere Anforderungen hinsichtlich der Ausgewogenheit der Gruppe gestellt.

Die Beauftragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sieht vor, dass externe Experten die vom AQUA-Institut entwickelten Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund des vom IQTIG entwickelten Qualitätsmodells bewertet sollen. Hierfür soll das Qualitätsmodell dem Expertengremium nahe gebracht werden. Die Experten sollen die vom AQUA-Institut entwickelten Qualitätsindikatoren einem Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells zuordnen. Wenn eine Zuordnung eines AQUA-Indikators zu einem der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells konsentiert ist, sollen die Experten die AQUA-Indikatoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung und ihrer möglichen Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit beurteilen.

Allgemein gilt, dass alle Beratungsergebnisse der Experten empfehlenden Charakter haben. Das IQTIG ist als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für die ordnungsgemäße Wahrnehmung seiner Aufgaben letztverantwortlich und kann in seinen Berichten und Empfehlungen in begründeten Fällen von den Empfehlungen der beratenden Experten abweichen.

#### **4.6.2 Expertengremium**

Als Unterstützung bei der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden Experten mit praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Sie sollten unterschiedlichen Berufsgruppen angehören und verschiedene Tätigkeitsschwerpunkte haben.

#### **Die Bewerbungskriterien für die Experten**

Die Kriterien, die Experten für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* erfüllen sollten, sind folgende:

- Vorhandensein von aktuellem Fachwissen bzw. einschlägiger Berufserfahrung im Bereich der psychiatrischen/neurologischen/psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Ärzte, Psycho-, Soziotherapeuten, Pflege)
- Erfahrung im Bereich Schizophrenie aus dem ambulanten (vertragsärztlich/PIA) und stationärem (voll- und teilstationär) Versorgungsbereichen
- Vorhandensein von wissenschaftlicher und/oder methodischer Expertise
- ggf. zusätzliche Expertise in den Bereichen Qualitätsentwicklung zur Behandlung/Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (z. B. Teilnahme an der Entwicklung von Leitlinien), Versorgungsforschung, Public Health mit dem Schwerpunkt Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- Kontinuität und Teilnahme an allen drei vorgesehenen Beratungsterminen sowie deren Vor- und Nachbereitung

### **Bewerbungsverfahren zur Besetzung des Expertengremiums**

Zur Besetzung des verfahrensspezifischen Expertengremiums wurde ein öffentliches Bewerbungsverfahren durchgeführt. Vom 19. September bis 7. Oktober 2016 war es möglich, sich als Experte zu bewerben. Um die Wahrscheinlichkeit für Bewerbungen aus dem vertragsärztlichen Sektor zu erhöhen, wurde die Bewerbungsfrist für vertragsärztliche Experten bis zum 16. Oktober 2016 verlängert. Neben der Veröffentlichung des Bewerbungsaufrufs auf der Website des IQTIG wurden insgesamt 140 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autoren einschlägiger Fachliteratur) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Bewerbungsverfahren aufmerksam zu machen.

### **Auswahl der Experten**

Ziel der Auswahl ist, dass die beratenden Experten eine möglichst hohe fachliche Kompetenz einbringen und dass diese schließlich ein ausgewogenes, durch vielfältige Erfahrungsperspektiven geprägtes Expertengremium bilden. Die Auswahlkriterien für die Experten des Expertengremiums Schizophrenie zielen daher zum einen auf die persönliche Qualifikation der Bewerber und zum anderen auf die ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums auch hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses und des Alters.

Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenskonflikte (bei Angabe von Interessenskonflikten, siehe Abschnitt 7.2)
- aktuelle praktische Erfahrung, fachliche Kompetenz, mögliche zusätzliche Qualifikationen beispielsweise im Bereich Qualitätsentwicklung
- Ausgewogenheit und Heterogenität des Gremiums hinsichtlich
  - unterschiedlicher Berufsgruppen: Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie, Psycho- und Soziotherapeuten sowie Pflegekräfte
  - unterschiedlicher Versorgungssettings:
    - ambulant: vertragsärztlich niedergelassen – Medizinisches Versorgungszentrum MVZ – PIA

- stationär: Uniklinik – Fachklinik – Grundversorgung,
- regionaler Verteilung: Stadt – Land – Bundesgebiet
- Geschlecht
- Alter

Aus 38 eingegangenen Bewerbungen konnten 13 Experten ausgewählt und gewonnen werden. 2 weitere Experten wurden von der Patientenvertretung des G-BA entsandt. Die Kurzporträts finden sich in Abschnitt 7.1.

Die Auswahl der Experten erfolgte in Abwägung der genannten Kriterien durch das IQTIG als unabhängiges wissenschaftliches Institut.

#### **4.7 Methodisches Vorgehen zur Beurteilung der AQUA-Indikatoren**

Gegenstand der Beauftragung durch den G-BA ist u. a. die Überprüfung der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Ergebnisqualität, der Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und der entsprechenden Schnittstellen sowie der Adressierung von restriktiven Maßnahmen des Indikatorensets. Anhand des Ergebnisses lassen sich dann Art und Umfang der erforderlichen Entwicklungsleistungen ableiten.

Das AQUA-Indikatorenset wird im Rahmen des ersten Treffens am 29. November 2016 durch das Expertengremium bewertet. Die Bewertung findet vor dem Hintergrund des vom IQTIG erarbeiteten Qualitätsmodells statt, welches den Experten nach einer Einführung in die Beauftragung und die Vorgehensweisen zunächst vorgestellt wird.

Zunächst sollen die Experten die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren *inhaltlich* den selektierten Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Modells zuordnen. Ziel dieser Zuordnung ist es, zum einen aufzuzeigen, inwieweit die Qualitätsaspekte durch die vorliegenden Indikatoren bereits abgebildet werden, insbesondere welche Qualitätsaspekte derzeit noch gar nicht oder aber auch überproportional adressiert werden. Zum anderen ist diese inhaltliche Zuordnung notwendige Voraussetzung für eine anschließende differenziertere Einschätzung der AQUA-Qualitätsindikatoren in einem zweiten Arbeitsschritt. Bei dieser Einschätzung handelt es sich um die auftragsspezifische Anwendung der methodisch vorgesehenen Einstufung bzw. Priorisierung der Qualitätsmerkmale durch ein Expertengremium, die der eigentlichen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vorgelagert ist. Definierte Qualitätsmerkmale stellen die Grundlage für QI-Entwürfe dar, d. h., die vorliegenden AQUA-Indikatoren werden dahingehend geprüft und bewertet, in welchem Umfang sie in die Aktualisierung und Neuausrichtung des Indikatorensets übergeleitet werden können. Die Expertenmeinung wird dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) erfasst. Hierbei geben die Experten ihre Einschätzung indikatorbezogen bezüglich zweier Kriterien (siehe Abbildung 2) und mithilfe einer 9-stufigen Skala ab, wobei die Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt oder die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ab einem Punktwert von 7 gegeben ist. Konsens hinsichtlich einer Empfehlung besteht, wenn > 75 % der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben. Wenn ein Indikator in beiden Kriterien so von dem

Expertengremium bestätigt wird, dann soll er unverändert in das Indikatorenset des überarbeiteten Verfahrens übernommen werden. Wird aber auf diese Weise ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt konsentiert bewertet, so soll nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt werden.

Patientenbezogene Bedeutung des Qualitätsmerkmals für den Qualitätsaspekt	1 = überhaupt nicht bedeutsam 9 = sehr bedeutsam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1    2    3    4    5    6    7    8    9
Zuschreibung des Qualitätsmerkmals zu einem verantwortlichen Leistungserbringer	1 = überhaupt nicht zuschreibbar 9 = sehr gut zuschreibbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1    2    3    4    5    6    7    8    9

Abbildung 2: Bewertungsbogen



## 5 Entwicklungsergebnisse

### 5.1 Zentrale Elemente der Versorgungspraxis

Grundlage für die Beschreibung der zentralen Elemente der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist das Verständnis des Krankheitsbildes und der Epidemiologie. Im Versorgungspfad werden die zentralen Elemente sichtbar. Dazu gehören die Akteure der Versorgung und die Formulierung der Versorgungsziele.

Die Ausführungen hierzu finden sich treffend und umfänglich in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.4 sowie 3.3.2 des AQUA-Abschlussberichts.

Folgende Akteure können analog zu AQUA (2016) auf Grundlage der Beauftragung adressiert werden:

- PIA
- niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie
- psychiatrische Fachklinik/Fachabteilung
- psychiatrische Tagesklinik

An der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose sind jedoch noch weitere Akteure beteiligt, die mit diesem QS-Verfahren nicht adressiert werden können. Hierbei handelt es sich in Anlehnung an Gaebel et al. um folgende weitere Akteure (Gaebel et al. 2015: 120):

- ambulant betreutes Wohnen (SGB XII, auch IX)
- Angehörige
- ambulante psychiatrische Pflege
- psychosoziale Dienste und soziale Hilfen (Kommune)
- Früherkennungszentren
- Integration am Arbeitsplatz (im Sinne von Modellprojekten)
- Komplementärangebot: ambulanter Sozio-/Ergo-/Physiotherapeut
- ambulanter Psychotherapeut (Richtlinientherapie)
- Hausarzt: Allgemeinarzt/Internist
- Rehabilitation (SGB IX)

#### Modellprojekte

Die Darstellung der zentralen Elemente der Versorgungspraxis wird im Folgenden ergänzt durch Ausführungen zu Modellprojekten, die sich in der Versorgung bewährt haben und die Potenziale der Verbesserung in der Versorgung von Patienten aufzeigen.

Die Schizophrenie verläuft in vielen Fällen als chronische Erkrankung, weswegen Wechsel des Versorgungssettings – insbesondere zwischen der ambulanten und stationären Versorgung – häufig erforderlich werden. Im Laufe der Erkrankung und mit Zunahme der Erkrankungsepiso-

den steigen in der Regel der Unterstützungsbedarf und die Komplexität der Versorgung. Erschwerend kann krankheitsbedingt eine eingeschränkte Krankheitseinsicht und/oder eine schlechte Compliance hinzukommen. Die Herausforderung einer gemeindeorientierten Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose besteht darin, ein Zusammenwirken aller involvierten Versorger zu gewährleisten und dadurch die Fragmentierung des Gesundheitssystems zu überwinden (Bramesfeld et al. 2012). Die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung der Patienten erfordert einen erheblichen Aufwand, was die Bemühung um eine Kooperation aller Versorger und Dienste angeht (Bramesfeld et al. 2012). Es gibt laut Nolting et al. (2016) wenig koordinierende ambulante Strukturen in der Regelversorgung. Eine aufsuchende Pflege und eine teambasierte ambulante Versorgung sind nur unzureichend vorhanden (Weinmann et al. 2009).

Modellprojekte im Rahmen der integrierten Versorgung weisen das Potenzial auf, die Nachteile der sektorierten psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu überwinden (Jürgensen et al. 2014). Hierbei können Prozesse und Strukturen erprobt werden, die die Kommunikation, Koordination und Kooperation der verschiedenen Akteure verbessern. So kann eine schnittstellenübergreifende Versorgung dazu führen, dass die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte reduziert, die somatische Versorgung verbessert und eine höhere Patientenzufriedenheit insbesondere bei komplex erkrankten Patienten erzielt wird.

Es gibt Modelle integrierter Versorgung, die eine ambulante Versorgung in Akutphasen und in der Nachbetreuung von Erkrankungsepisoden in Form eines sogenannten Home Treatments durch aufsuchende Teams ermöglichen (Weinmann et al. 2009, Nolting et al. 2016). Das Home Treatment hat zum Ziel, stationäre Behandlungen von akut erkrankten Patienten durch diese Teams, die eine persönliche Kontinuität gewährleisten, zu vermeiden oder zu verkürzen. Häufig ist das Home Treatment dabei auf eine bestimmte Dauer begrenzt. Dies führt nachweislich zu einer Reduktion von Krankenhausaufenthalten und einer Verringerung der Kontaktabbrüche zum Versorgungssystem (Weinmann et al. 2009). Es gibt ein anderes Modellprojekt der integrierten Versorgung in Düsseldorf, bei dem die Patienten neben Hausbesuchen verschiedene Therapien und Psychoedukation erhalten und durch Soziotherapie, ambulante Pflege und eine Notfall-Erreichbarkeit unterstützt werden ebenso wie deren Angehörigen. Auch in diesem Modellprojekt konnte durch die komplexe Intervention im ambulanten Setting die Re-Hospitalisierungsrate 6 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus signifikant senken (Schmidt-Kraepelin et al. 2009).

Über das Home Treatment als zeitlich begrenzte Intervention geht das sogenannte Assertive Community Treatment (ACT) deutlich hinaus. Dabei handelt es sich um gemeindezentrierte Versorgungsansätze für chronisch an Schizophrenie oder an schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankte und/oder stark durch die Erkrankung eingeschränkte Patienten, die eine intensive Versorgung benötigen. Die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch multiprofessionelle Behandlungsteams (Assertive Community Treatment) werden in Leitlinien als Behandlungsform empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014). Hierbei kommt der Kontinuität der Behandlung eine besondere Bedeutung zu (Bramesfeld et al. 2013). Es gibt Evidenz dafür, dass Komplexleistungen in Form von ACT für

mittel bis schwer erkrankte Patienten in der ambulanten Situation die Behandlungsqualität verbessern können hinsichtlich einer leitliniengerechten Behandlung, einer höheren Medikationsadhärenz und einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte (Lambert et al. 2014a, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013). Solche aufsuchende Behandlungsformen sind in Deutschland jedoch kaum implementiert. Das Hamburger Modell ist ein Beispiel für aufsuchende Teams (ACT), die Patienten über alle therapeutischen Settings hinweg versorgen (Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013, Lambert et al. 2014b). Darüber hinaus gibt auch ein Modell in Niedersachsen, in dem ein multiprofessionelles Team zusammen mit einem niedergelassenen Psychiater Verantwortung für die gesundheitliche und soziale Versorgung übernimmt und regelmäßige Hausbesuche durchführt (Bramsfeld et al. 2013).

## **5.2 Selektierte Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell**

In diesem Abschnitt werden die Qualitätsaspekte beschrieben, die sich zum einen als für die Versorgungspraxis relevant aus den Wissensquellen ableiten ließen und zum anderen aufgrund des mit ihnen verbundenen Verbesserungsbedarfs und -potenzials in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell aufgenommen wurden. Qualitätsaspekte, die zwar als relevant für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie anzusehen sind, aber beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind, wurden nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert. Diese nicht selektierten Qualitätsaspekte und die Gründe für ihren Ausschluss werden in Abschnitt 5.3 erläutert.

Folgende Qualitätsaspekte wurden in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich beschrieben:

- *Kontinuität, Koordination und Kooperation*
- *Entlassungsmanagement*
- *Information und Aufklärung*
- *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten*
- *Psychoedukation*
- *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*
- *Patientenbezogenes Medikationsmanagement*
- *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie*
- *Psychotherapie (stationär/PIA)*
- *Suizidalität – Umgang und Prävention*
- *Komorbidität Sucht*
- *Somatische Versorgung*
- *Restriktive Maßnahmen*
- *Veränderungen der Symptombelastung*
- *Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus*
- *Teilhabe*
- *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen*

### 5.2.1 Qualitätsaspekte *Kontinuität, Koordination und Kooperation* und *Entlassungsmanagement*

Die beiden Qualitätsaspekte *Kontinuität, Koordination und Kooperation* und *Entlassungsmanagement* greifen die bestehende und im Folgenden zu erläuternde Problematik an den Sektorenübergängen bei der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.

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

Patienten, die chronisch oder schwer an Schizophrenie oder schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen und psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Damit wenden sich die Patienten an ein deutsches Versorgungssystem, das hinsichtlich der Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch der oben beschriebenen unterschiedlichen Leistungsansprüche vielfältig fragmentiert ist (Lawrence und Kisely 2010, Büchtemann et al. 2016, Nolting et al. 2016). Eine strikte sektorale Trennung gilt für nicht nur für die Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, sondern setzt sich auch innerhalb der medizinischen Versorgung durch die Unterteilung in ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege fort und zeigt sich insbesondere an den Übergängen zwischen Sektoren (Schnittstellenproblematik) und innerhalb der Settings (IGES 2014, Schmid et al. 2013, AQUA 2016). Hieraus resultieren große Herausforderungen für die Integration komplexer Behandlungs- und Unterstützungsstrategien in unterschiedlichen Versorgungssettings für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Salize et al. 2015).

Die oben beschriebene Schnittstellenproblematik wurde auch in den Einzelinterviews mit Ärzten thematisiert:

*Was sich die Niedergelassenen oft wünschen und wo man sicherlich verbessern kann, ist tatsächlich die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ich glaube, da liegt es manchmal noch im Argen. Ja, da gibt es so Kommunikationsdefizite. [...] Und dann findet eben auch nicht eine telefonische Kommunikation statt über das, was da abgelaufen ist und was wichtig wäre, sondern der Patient kriegt einen Kurzbrief mit, da steht die Medikation drin, eine Diagnose-Medikation – und das war's. Da gibt es sicherlich Verbesserungspotenzial, da bin ich ganz sicher. (I10: 24)*

Diese Schnittstellenproblematik steht in einem Zusammenhang mit defizitärer Kooperation und Koordination, die ihrerseits zu Kontinuitätsverlusten führt. So stellen die Sicherstellung von Kontinuität, Koordination und Kooperation wesentliche Säulen in der Qualitätsbewertung der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnosen dar. Der Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* wird im Folgenden in seinen Teilen gegliedert dargestellt und erläutert, da es sich um ein inhaltlich komplexes Konstrukt handelt.

## Kontinuität

Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Personen mit einer F2-Diagnose zeigt sich als ein zentrales Problem die unzureichende oder fehlende Kontinuität in der Behandlung (Tomita und Herman 2015). Dies betrifft sowohl den Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor als auch die personelle Kontinuität der Behandler im Zeitverlauf. Patienten mit einer F2-Diagnose werden in Deutschland zurzeit in verschiedenen Sektoren und Bereichen behandelt: ambulant hausärztlich, ambulant fachärztlich, stationär, Pflege und Rehabilitation. Mehr als zwei Drittel der Patienten nutzen im Rahmen der Behandlung drei verschiedene Versorgungsbereiche, bei einem Drittel sind es sogar vier (IGES 2014). Ein Wechsel, insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, findet also häufig statt.

Die komplexen Strukturen in Deutschland erschweren es, ein angemessenes, standardisiertes Versorgungsangebot für diese Patientengruppe zur Verfügung zu stellen (Weinmann et al. 2009), und können im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu Effektivitätsverlusten führen (Bock und Lambert 2013). Etwa die Hälfte der Patienten in Deutschland mit einer F2-Diagnose wurde in den ersten 4 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht von einem niedergelassenen Facharzt weiterbetreut und 21 % der Patienten hatten außerdem auch keinen Kontakt zu einem Hausarzt (IGES 2014). In einer Kohortenstudie von Kösters et al. (2016) zeigte sich, dass keiner der Patienten einen ambulanten Anschlusstermin innerhalb von 7 Tage nach Entlassung erhalten hatte. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich auch in den durchgeführten eigenen Untersuchungen von AQUA (2016) mittels Sozialdaten. Hier zeigte sich, 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. Aber auch die Gewährleistung einer personeller Kontinuität des Behandlers von Patienten mit einer F2-Diagnose ist unzureichend (Weinmann et al. 2009). Dieser Wechsel von Personen und Zuständigkeiten stellt, besonders auch aus Patientensicht, einen Mangel des bestehenden Versorgungssystems dar (Nolting et al. 2016). In der Literatur sind als Gründe für die mangelnde oder fehlende Kontinuität unter anderem die Krankenhausfinanzierung (Bock und Lambert 2013) und die unterschiedlichen finanziellen Zuständigkeiten für die verschiedenen Unterstützungsbedarfe (Schmid et al. 2013, Nolting et al. 2016, Stierlin et al. 2014) beschrieben.

Ein Ziel einer guten Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die persönliche Kontinuität über die Behandlungssettings hinweg. Aufgrund der oben beschriebenen Fragmentierung kann es zu Kontinuitätsverlusten bei der Behandlung dieser Patienten kommen (Weinmann et al. 2009, Schmid et al. 2013). Aktuell ist in vielen Fällen kein Akteur vorhanden, der systematisch und kontinuierlich die Patientenbegleitung übernimmt (Nolting et al. 2016). Dies machten auch die Patienten in den Fokusgruppen deutlich:

*Ich fand das auch – also ich find' das schwierig, auch einen Platz zu finden, und wenn es mir schlecht geht, dann habe ich auch gar nicht die Kraft, was zu suchen, und wenn es mir dann wieder gut geht, dann sehe ich nicht ein, für was es gut sein soll. (GD3\_Patienten: 221)*

Besondere Probleme, eine kontinuierliche und umfassende Behandlung zu erhalten, hat gerade die Gruppe von Patienten mit psychischen Erkrankungen, bei denen ein intensiver Behandlungsbedarf besteht (Weinmann und Becker 2009).

Zur Verbesserung der Behandlung wird in der Literatur vielfach eine proaktiv aufsuchende Betreuung dieser Patienten empfohlen (Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013). Ein solches Vorgehen wird auch im Hamburger Modell-Projekt umgesetzt, welches zudem die finanziellen Voraussetzungen zum Aufbau eines Assertive Community Treatment (ACT) schafft (Bock und Lambert 2013) (siehe Abschnitt 5.1). Im Rahmen einer Untersuchung zum Case Management bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich, dass Peer Support („Betroffene für Betroffene“) neben einer besseren Lebensqualität der Patienten zu dichteren Behandlungskontakten führt (Bock und Lambert 2013) und damit einen Beitrag zur Kontinuität in der Versorgung dieser Patienten liefern kann. Ebenfalls als ein Verbesserungspotenzial werden für den Patienten nachvollziehbare und phasenspezifische Behandlungspläne beschrieben (Van Duin et al. 2013, NCCMH 2014), da diese Verbindlichkeit einerseits unter den Leistungserbringern, andererseits für den Patienten schaffen. Zusammenfassend zeigt sich in der untersuchten Literatur, dass eine mangelhafte Kontinuität mit Rückfällen, Wiedereinweisungen und einer erhöhten Mortalität der Patienten einhergeht (van der Lee et al. 2016). Eine kontinuierliche Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose trägt umgekehrt dazu bei, ihre Symptome zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern (van der Lee et al. 2016).

### **Koordination**

In qualitativen Studien mit Patienten wird die Koordination aller Befunde von Fachärzten (somatisches und psychisches) durch den Hausarzt/Facharzt als positiv hervorgehoben (Rogausch et al. 2008, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012). Darüber hinausgehend empfehlen mehrere Leitlinien, dass die verschiedenen Behandler – insbesondere in der Betreuung und Behandlung von, in der Regel komplex erkrankten, Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen – interdisziplinär zusammenarbeiten und unter Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen einen integrierten Behandlungsplan erstellen sollen (NCCMH 2012, NCCMH 2014, SIGN 2013, NCCMH 2011b). Weiterhin wird eine gut organisierte Entlassung gefordert (siehe Qualitätsaspekt *Entlassungsmanagement* ab S. 49). Das Bemühen um eine gute Koordination zwischen allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg ist notwendig, um eine Kontinuität in der Versorgung der Patienten zu erreichen (Bramfeld et al. 2012). Dies wurde auch vonseiten der Patienten in den Fokusgruppen so geschildert:

*Ich wäre gerne von meiner Psychologin damals gern weitergeleitet worden zum ambulanten Psychiater oder zum Neurologen, das ist nicht passiert. Deswegen ist lange nichts passiert und das war dann auch erst einmal gut nach der Therapie bei der Psychologin und dann war ich erst einmal auf mich alleine gestellt. (GD4\_Patienten: 71)*

In der aktuellen Literatur wird eine fehlende Abstimmung und Koordination zwischen den Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg beklagt (Nolting et al. 2016). Dies bezieht sich auch auf die Klärung der sozialen Zukunft sowie auf die Vorbereitung der Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung (Nolting et al. 2016). Eine koordinierte Behandlung stellt die medizinisch-somatische Versorgung der Patienten sicher. Eine Möglichkeit zur Verbesserung einer koordinierten Behandlung ist die Schaffung von gemeindebasierten Behandlungsteams als zuständige Versorgungseinheit über Einrichtungen und Sektoren hinweg. Dieser Ansatz wird in der Literatur vielfach empfohlen (IGES 2014, NCCMH 2011a, SIGN 2013, Dixon et al. 2010).

### **Kooperation**

Ungewitter et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass Kooperationen vor allem dann notwendig werden, wenn Fälle „schwierig“ und komplex sind. In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews machte ein Großteil der Experten deutlich, dass der Aufbau von Netzwerken und damit die Kooperation der Behandler noch optimiert und erweitert werden sollten:

*Also, was ich jetzt beginne, ist eine integrierte Versorgung. Und ich hoffe, dass das darüber dann vielleicht ein bisschen eher möglich ist, sich darüber so ein bisschen auszutauschen. Im Moment – klar, ich könnte im Krankenhaus anrufen, ich mache auch viele Gutachten. Wenn ich im [Krankenhaus] bin und sehe meine Patienten [lacht], dann winke ich auch mal und frage mal, wie es denen denn jetzt geht – manchmal sehe ich es ihnen auch an. Ja, aber ansonsten: Manchmal rufen die Kollegen auch an oder ich frage bei den Kollegen nach, aber es gibt eher wenig. Das ist der Brief, der dann kommt, wo der Rücklauf dann da ist. (I02: 26)*

Schwierigkeiten in der Kooperation können durch einen fehlenden Überblick der beteiligten Akteure über die Angebote sowie durch fehlende Kontaktinformationen zu einzelnen Einrichtungen entstehen (Ungewitter et al. 2013, Kerkemeyer et al. 2015). Dies zeigte sich auch in den Fokusgruppen mit Patienten:

*Ich fände es auch ganz gut, wenn die Ärzte in der Klinik auch Rücksprache halten mit der Ärztin oder dem Arzt draußen, bei der man in Behandlung ist, weil, ich habe festgestellt, als ich drin war, vor einen Monat war das genau, dass die überhaupt gar keinen Kontakt zu der aufgenommen haben, sondern, die haben einfach ihre Form ihrer Diagnose mir mitgeteilt und dann eben in den Arztbrief, also dem, was sie mir dann mitgegeben haben, reingeschrieben [...]. (GD2\_Patienten: 198f.)*

Zum Thema Kooperation wird in mehreren Leitlinien eine multidisziplinäre, spezialisierte, aufsuchende Versorgung durch mobile Behandlungsteams empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014). Die entsprechenden Strukturen werden vor allem in England und Schottland beschrieben. Vereinzelt finden sich solche und ähnliche Versorgungsansätze auch in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (Lambert et al. 2014a, Schöttle et al. 2015, Moock et al. 2012,

Büchtemann et al. 2016, Härter et al. 2015). Diese Möglichkeiten werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern aufgrund struktureller Gegebenheiten noch wenig umgesetzt (Schmidt-Kraepelin et al. 2009). Mittels IV-Versorgung kann die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren jedoch verbessert werden (Schmidt-Kraepelin et al. 2009) und die Effektivität und Effizienz der Behandlung erhöht werden (Schöttle et al. 2013).

Es gibt verschiedene Ansätze integrierter Versorgungssettings, wie Home Treatment und ACT, (siehe Abschnitt 5.1) sowie über die eigentliche medizinisch/psychosoziale Versorgung hinausgehende Ansätze zur Integration der Patienten ins Arbeitsleben, wie das sogenannte Supported Employment. Home Treatment verfolgt primär das Ziel die Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungsepisoden zu reduzieren. Die Effektivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Becker 2014, Weinmann et al. 2009). ACT wird als eine nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam definiert (Becker 2014). Studien zeigen eine Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität unter ACT-Behandlung insbesondere bei schwer und komplex erkrankten und/oder wohnungslosen psychotischen Patienten mit einem hohen Risiko für stationäre Wiederaufnahmen (Becker 2014, Dixon et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014, Dixon et al. 2010, Jørgensen et al. 2016, Jørgensen et al. 2015).

In einer Studie wird beschrieben, dass es auch in Deutschland Defizite bei Kooperationen zwischen Ärzten und anderen nicht ärztlichen Professionen gibt (Ungewitter et al. 2013). Insbesondere seien die ambulanten Leistungserbringer in vielen Regionen nicht ausreichend vernetzt, sodass es zu ungenutzten Ressourcen und Synergien komme (Fischer et al. 2014). Die Notwendigkeit von Kooperationen zeigt sich auch am Beispiel der Pharmakotherapie. Hier empfiehlt NCCMH (2014) eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie, da dies die Effektivität letzterer erhöht.

### **Qualitätsaspekt *Entlassungsmanagement***

Zunächst ist für diesen Aspekt zu betonen, dass er sich auf die Entlassung der Patienten aus dem stationären Sektor Bereich bezieht, da nur dieser Übergang mit dem zu entwickelnden QS-Verfahren adressierbar ist. Die Entlassung aus einer Rehabilitation ist nicht Teil dieses QS-Verfahrens und kann somit nicht Teil dieses Qualitätsaspekts sein.

Sowohl in der aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie zu Schizophrenie als auch bei NCCMH (2014) und in den leitfadengestützten Interviews wird ein Entlassungsmanagement gefordert, das sich durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandler für zu entlassende Patienten, durch die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie und durch Gesprächsangebote und komplementäre Strukturen bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten auszeichnet. Dies zeigte sich auch so in den leitfadengestützten Interviews mit Ärzten: „[...] Entlassungsmanagement bedeutet, dass Kontakt schon hergestellt ist, bevor er entlassen wird.“ (I11: 63)

Die Grundlage zur Durchführung eines Entlassungsmanagements ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Professionen in den unterschiedlichen Sektoren (DNQP 2009). Zu den



verschiedenen Unterstützungsangeboten für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehören pharmakologische, psychosoziale, berufsbezogene und aufklärende Maßnahmen (NCCMH 2014), die es zu koordinieren gilt. Ein möglicher fehlender Austausch und mangelnde Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung werden in qualitativen Studien als besonders problematisch wahrgenommen (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014). Insbesondere bei besonders vulnerablen Patienten mit einer F2-Diagnose, bei denen zu erwarten ist, dass sie die Therapie abbrechen und keine Unterstützungsangebote mehr aufsuchen werden, wird eine intensive Fallbetreuung empfohlen (NCCMH 2014). So ist bei der Medikation von Patienten mit F2-Diagnosen mit Abbruchraten von 50 % zu rechnen (Leucht et al. 2009). Insgesamt, aber gerade auch bei der Entlassung eines Patienten und bei Komplikation durch eine zusätzlichen Suchterkrankung wird empfohlen, den koordinierenden Behandler zu kennen und einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen zur Verfügung zu stellen (NCCMH 2011a, DNQP 2009, NCCMH 2014). Dies bedeutet entsprechend, auch die Pharmakotherapie in einem schriftlichen Medikationsplan zu fixieren und diesen sowohl dem nachbehandelnden Arzt als auch dem Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung zu übergeben (NCCMH 2014). Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in der Literatur ebenfalls die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen in die bevorstehende Entlassung genannt. Diese sollte rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit dem Patienten gemeinsam individuell geplant werden (Lester et al. 2012, DNQP 2009, NCCMH 2011c: 27-46). Hierbei sollte auch die häusliche Situation der Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011b). Außerdem sollte die Überweisung oder Entlassung nicht abrupt erfolgen, sondern mit dem Patienten rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher, besprochen und geplant werden (NCCMH 2011b). Eine solche Vorbereitung der Patienten wurde auch in den leitfadengestützten Interviews beschrieben:

*Das ist schon so ein bisschen Stress so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten vorher über Nacht nach Hause schicken: Probeübernachtung, am Wochenende, regelmäßig. Also, eigentlich geht niemand nach Hause, der nicht schon einmal zuhause geschlafen hat. (I10: 58)*

Der Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Weiterversorgung ist wiederholt problematisch, was in der Literatur mit oftmals fragmentierten und komplexen Versorgungssystemen in Zusammenhang gebracht wird (Tomita und Herman 2015, Nolting et al. 2016). Die Überleitung vom akutstationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung ist, auch hinsichtlich der Vorbereitung der Familie/Angehörigen sowie der Klärung der sozialen Zukunft, verbesserungsbedürftig (Nolting et al. 2016). Nolting et al. (2016) bemängeln eine unzureichende Abstimmung und Koordination unter den Versorgern der verschiedenen Sektoren, wie im Abschnitt zum Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* ab S. 45 beschrieben. Dies werde begünstigt durch Unklarheiten bei den Zuständigkeiten (Nolting et al. 2016). Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts und in anderen Quellen ist ebenfalls beschrieben, dass es bei dem Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zu unnötigen Wartezeiten und damit

Behandlungsbrüchen kommt (AQUA 2016, Kösters et al. 2016, IGES 2014). Im Bericht des IGES (2014) wird beschrieben, dass 52,9 % der stationären Patienten mit F2-Diagnosen innerhalb der ersten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung nicht fachärztlich weiterbehandelt wurden und dass 21 % der entlassenen Patienten mit F2-Diagnosen in dieser Zeit auch keine hausärztliche Betreuung erhalten haben. Lange Wartezeiten auf einen Anschlusstermin bei einem ambulant weiterbehandelnden Facharzt werden auch in Deutschland in einer qualitativen Studie zum Erleben von Patienten beschrieben (Jürgensen et al. 2014). Bei Patienten, die kein ausreichendes Entlassungsmanagement erhalten, kann dies eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein (AQUA 2016).

### **5.2.2 Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen***

Die Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* lassen sich thematisch als Patientenorientierung und -einbezug zusammenfassen. Die ausreichende Einbeziehung des informierten und aufgeklärten Patienten rekuriert zum einen auf das Wiederherstellen und Festigen seiner Selbstbestimmung im Sinne der Patientenautonomie und auf die Befähigung zu einer eigenen Therapieentscheidung (Fleischhacker et al. 2014), zum anderen ist sie von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer guten Therapiecompliance bzw. -adhärenz, die insbesondere bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals problematisch ist (Dixon et al. 2010, Kisling 2008, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Cañas et al. 2013). Diese ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose.

#### **Qualitätsaspekt *Information und Aufklärung***

Eine möglichst vollumfängliche und multidisziplinäre Information und Aufklärung der Patienten mit psychischen Erkrankungen – und der betreuenden Personen und Angehörigen – spielt eine große Rolle in der leitliniengerechten Therapie und Betreuung dieser Patienten. Information und Aufklärung sollten hinsichtlich der Diagnose und ihrer Auswirkung, der möglichen Therapieoptionen, insbesondere bei der Pharmakotherapie, und der Therapieumstände während der Behandlung erfolgen, aber auch Ansatzpunkte für unterstützende und fördernde Maßnahmen aufzeigen (NCCMH 2011a, NCCMH 2012, NCCMH 2014, NCCMH 2011b). Ebenfalls von Bedeutung ist die Information des Patienten zu möglichen Überweisungen oder Entlassungen aus einer Einrichtung (NCCMH 2011b, NCCMH 2014) sowie die Aufklärung über die sinnvolle Kombination der Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie (NCCMH 2014).

Den Patienten und auch den Angehörigen sollten bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten werden, um Risiken erkennen und entsprechend die Versorgungserfordernisse bewältigen zu können (DNQP 2009). Dies wird auch von den Betroffenen akzentuiert wahrgenommen und in einer Vielzahl von qualitativen Studien zum Patientenerleben beschrieben (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-

Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011c: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014). Information und Aufklärung wird zudem in den Fokusgruppen mit den Patienten wiederholt thematisiert: „Diese Aufklärung, finde ich, ist das Wichtigste. Was habe ich, was kann man dagegen tun oder was ist es überhaupt, das ist für mich das Wichtigste gewesen.“ (GD4\_Patienten: 32)

Die Qualität der informativen und aufklärenden Betreuung der Patienten mit psychischen Erkrankungen bezüglich relevanter Behandlungsdetails kann an bestimmten Schlüsselinformationen festgemacht werden, die nach übereinstimmender fachlicher Meinung für eine fundierte und nachhaltige Therapiegestaltung sprechen. Dies sind Informationen zur Indikation und Verfügbarkeit von Psychotherapie (Mehl et al. 2016), Soziotherapie, Unterstützungsleistungen im Hinblick auf Lebensführung (Kösters et al. 2016), Arbeits- und Wohnraumbeschaffung (Müller et al. 2016) und Rehabilitation (Stengler et al. 2015b). Die Bedeutung der Aufklärung über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie wird insbesondere in neueren Leitlinien, wie SIGN (2013), Cooper et al. (2016) und NCCMH (2014), thematisiert. Hierunter fällt auch die Aufklärung des Patienten hinsichtlich der unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Medikamente sowie der Auswirkungen von Begleit- und Selbstmedikation auf die medikamentöse Therapie zur Behandlung Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (NCCMH 2014). Aufgrund des hohen Anteils von Substanzmissbrauch (u. a. Nikotin, Alkohol) unter Patienten mit F2-Diagnosen sollten Risiken, die mit einem solchen einhergehen und einen Einfluss auf Pharmakotherapie und Krankheitsverlauf der Patienten haben, ebenfalls im Rahmen der Patienteninformation und -aufklärung thematisiert werden (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016).

Hinweise darauf, dass Information der Betroffenen verbessert werden sollte, ergeben sich zum einen über die konstante Betonung ihrer Bedeutung für die Behandlung insgesamt und die Compliance der Patienten aus Leitlinien (NCCMH 2014, SIGN 2013) sowie bei Addington (2009). In qualitativen Studien wird von den befragten Patienten wiederholt darauf hingewiesen, dass sie die Information und Aufklärung zur Erkrankung und zu Therapieoptionen als unzureichend wahrnehmen (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011c: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014), ebenso wie die Mitteilung der Diagnose durch Fachärzte (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). In weiteren qualitativen Studien wird von den Patienten auch auf eine unzureichende Information und Aufklärung zu Art, Alternativen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie (Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Hamann et al. 2016, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Weich et al. 2012, Das et al. 2014, Phillips und McCann 2007) sowie zu somatischen Begleiterkrankungen (Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler et al. 2013, Lester et al. 2012) hingewiesen. Ebenfalls als verbesserungsbedürftig wird in einer Leitlinie (NCCMH 2011b), aber auch in mehreren Studien (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011) die Information über Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen oder sozialen Dienste beschrieben. Auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, wird die Problematik der Informierung thematisiert:

*Was ich auch nicht gut fand, war das, das – also allgemein, es wird ja mit einem nicht geredet. Über die ganze Behandlung was über, über was entschieden wurde oder wird. Welche Möglichkeiten einem offenstehen eventuell sogar. Man hat das Gefühl, es stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung. Also, es ist entschieden und der Zug ist abgefahren. (GD3\_Patienten: 61)*

Eine zusätzliche Information und Aufklärung im Rahmen der Psychoedukation wird hingegen als positiv empfunden (Lal et al. 2015). Auch im Rahmen der leitfadengestützten Einzelinterviews war die Informiertheit der Patienten ein Thema:

*Die Patienten sind im Durchschnitt schlecht informiert, muss man sagen. Die Informationen haben sie in der Regel aus Gesprächen, aus Krankenhäusern oder aus Ambulanzen bzw. aus der ambulanten Versorgung. Eher – zumindestens höre ich das wenig –, eher weniger aus dem Internet, wie z. B. im Gegensatz dazu Patienten anderer Krankheitsgruppen, Angst-Patienten, die viel aus dem Internet wissen. Aber die Patienten sind eigentlich für die Schwere der Erkrankung eigentlich erstaunlich schlecht aufgeklärt. (I01: 27)*

### **Qualitätsaspekt *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten***

Innerhalb des Verhältnisses zwischen Behandler und Patient kommt es neben dem Inhalt des explorativen oder therapeutischen Gesprächs insbesondere auf die Art und Weise der Kommunikation an. Auch Patienten mit F2-Diagnosen sind in der Regel durchaus in der Lage, Nuancen innerhalb der Kommunikation wahrzunehmen, und reagieren darauf (Loughland et al. 2015). Hier wird in qualitativen Studien beschrieben, dass das Zuhören und das Interesse des Arztes, des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011c: 27-46) als positiv wahrgenommen werden. Für Patienten besonders bedeutsam sind das positive Feedback (Tunner und Salzer 2006, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013) sowie die Ehrlichkeit des Arztes, des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Hamann et al. 2016). Insgesamt wünschen sich die Patienten einen respektvollen Austausch mit ihren Behandlern (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, Holding et al. 2016, NCCMH 2011c: 27-46, Pitkänen et al. 2008, Allard et al. 2016, Sweers et al. 2013, Weich et al. 2012, Andreasson und Skärsäter 2012, Forsberg et al. 2011, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Phillips und McCann 2007).

Das vorhandene Verbesserungspotenzial wird ebenso wie die Bedeutung der Interaktion und Kommunikation für eine konstruktives Verhältnis zwischen Behandlern und Patienten sowohl in Leitlinien (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013) als auch in der Primärliteratur deutlich (González-Torres et al. 2007, Tan et al. 2011). Patienten beschreiben in qualitativen Studien häufig die Erfahrung, dass Stigmatisierungen stattfinden, wie beispielsweise das Gefühl, mit der Diagnose einer Schizophrenie von Gesundheitsfachkräften nicht ernstgenommen zu werden (Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler und Wallhagen 2010, Howe et al. 2014, Andreasson und

Skärsäter 2012, Gioia 2006, González-Torres et al. 2007, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011c: 27-46). Das Problem der Stigmatisierung durch die behandelnden Gesundheitsprofessionen wird in der Literatur in diesem Zusammenhang auch thematisiert (Lawrence und Kisely 2010) und kann bei den Betroffenen das Gefühl des Ausgegrenzt-Seins verstärken und sich damit negativ auf das Behandlungsverhältnis auswirken. Zudem finden sich Hinweise, dass Patienten es bspw. negativ wahrnehmen, wenn ihnen die Diagnose über eine Informationsbroschüre und nicht in einem persönlichen Gespräch, in dem Befürchtungen, Ängste und Sorgen angesprochen werden, mitgeteilt wird (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). Schließlich fanden sich auch in den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen deutliche Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern:

*Auch wenn ich ambulant zu meinem Psychiater bin, der guckt nur in seinen Computer, der guckt mich nicht einmal an, ja. Und fragt dann nur solche Testfragen, ist er jetzt noch ganz bei Trost, weiß er, was heute für ein Tag ist. Was für ein Datum ist, wann er zum letzten Mal stationär war, ob er seine Pillen nimmt. Und das war dann die ambulante Behandlung. (GD3\_Patienten: 118)*

### **Qualitätsaspekt Psychoedukation**

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch emotionale Aspekte miteinschließt, damit der Patient besser mit seiner Erkrankung umgehen kann (Rummel-Kluge et al. 2013). Die Bedeutung von Psychoedukation im Rahmen der Behandlung von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch die Psychoedukation von betreuenden Personen dieser Patienten, wird in der Literatur mehrfach hervorgehoben und wird dort von den Betroffenen, die eine solche Diagnose erhalten, als hilfreich wahrgenommen (Lal et al. 2015, Taylor et al. 2009, NCCMH 2011c: 27-46, Rummel-Kluge et al. 2013).

Es gibt weitere Hinweise in der Literatur, dass Patienten insbesondere psychoedukative Gruppentherapien mit anderen Patienten positiv wahrnehmen, da sie ihre Akzeptanz der Krankheit fördern und ihnen Strategien im Umgang mit der Krankheit vermitteln (Holding et al. 2016, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011c: 27-46). Leitlinien fordern stets, dass Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit, ihren Verlauf sowie die Prognose zu unterrichten sind (NCCMH 2014, NCCMH 2012, NCCMH 2011a), und empfehlen nachdrücklich die Durchführung einer Psychoedukation als festen Bestandteil des Behandlungskonzepts (NCCMH 2014, NCCMH 2012, SIGN 2013). Psychoedukation soll dabei möglichst frühzeitig erfolgen (NCCMH 2014, NCCMH 2012). Bereits 2006 wurde in einer deutschen Vergleichsuntersuchung (Bäumel et al. 2006) gezeigt, dass Psychoedukation bei Patienten mit F2-Diagnosen die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 2 Jahren von 58 % auf 41 % senken konnte. Ein aktuelles Cochrane Review von Xia et al. (2011) belegt signifikante Effekte der Psychoedukation bei Patienten mit F2-Diagnosen hinsichtlich Therapie-Compliance, Anzahl der Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmeraten. Psychoedukation sollte zudem gerade bei Patienten mit F2-Diagnosen auch Angebote für Angehörige enthalten, sodass diese ebenfalls ein besseres Krankheitsverständnis und Problemlösestrategien entwickeln und ausbauen können (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013, Dixon et al. 2010, NCCMH 2011b, MOH 2011, DNQP 2009, Cañas et al. 2013).

Als ein Hinweis auf eine immer noch bestehende Unterversorgung bei der Psychoedukation kann eine Studie von Rummel-Kluge et al. (2013) herangezogen werden, die ausweist, dass 7 % von 289 Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum 2009 keine Psychoedukation angeboten haben. Dieser Anteil an Krankenhäusern betrug 2009 jedoch nur die Hälfte des Anteils aus dem Jahr 2003 (Rummel-Kluge et al. 2013). In der Untersuchung von Rummel-Kluge et al. (2013) wurde die Maßnahme der Psychoedukation jedoch nicht inhaltlich definiert, sodass die Krankenhäuser alle von ihnen als Psychoedukation verstandenen Maßnahmen als die Durchführung einer solchen angeben konnten. Es kann daher vermutet werden, dass der Anteil an Krankenhäusern, die keine qualifizierte Psychoedukation anbieten, höher liegt. Entscheidend ist aber nicht nur das grundsätzliche Angebot psychoedukativer Leistungen, sondern die Frage, ob alle Patienten dieses erhalten und, wenn ja, ob dies in adäquatem Umfang geleistet wird. Die beschriebene Problematik wurde auch von Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

*Und was in der Schizophrenie völlig fehlt, auch in der Psychose: keine gescheite Psychoedukation. Jedem Depressiven wird zugetraut, dass er über seine Krankheit reflektiert. Einem Schizophrenen oder jemandem, der psychoseartige Erfahrungen macht, eben nicht. Und das ist falsch. (GD2\_Patienten: 49)*

Der AQUA-Abschlussbericht geht zudem davon aus, dass die kurze Behandlungsdauer mit stationärer Psychoedukation eine Fortführung im ambulanten Bereich notwendig erscheinen lässt (AQUA 2016).

### **Qualitätsaspekt *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen***

Voraussetzung zur Umsetzung des Qualitätsaspekts *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* sind die vorangegangenen beschriebenen Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten* sowie *Psychoedukation*. Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann die Verweigerung des Patienten von Behandlungsteilen oder der gesamten Behandlung den Krankheitsverlauf massiv negativ beeinflussen. Dem entgegenwirkend konnte in Dixon et al. (2016) gezeigt werden, dass der Einbezug von Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung für Planungen und Entscheidungen über die Behandlung (z. B. mittels Shared-Decision-Making) positiv auf die Compliance und Behandlungskontinuität wirkt. Grundlage für einen solchen Einbezug ist, dass der Patient als souveräne Person wahrgenommen wird, dessen Perspektive eine wichtige Grundlage für Entscheidungen ist. Diese Sichtweise wurde auch in den leitfadengestützten Interviews, die das IQTIG mit Ärzten durchgeführt hat, deutlich: „Der Patient ist Experte, wenn es um seine Krankheit geht und das, was er wahrnimmt“ (I11: 43) und „Wenn der sich nicht einbringen kann und mitgestalten kann, dann läuft die Therapie scheiße“ (I05: 45). In der Leitlinie der American Occupational Therapy Association (Brown 2012) wird der Patient als die Person beschrieben, die die Entscheidungen über seine Behandlung und sein Leben trifft. Hierdurch gewinnt der Patient Kontrolle über sein Schicksal (Brown 2012). Durch Einbeziehung

und Beteiligung erfahren die Patienten zum einen einen hohen Grad an Wertschätzung als Person und können zum anderen eigene Gedanken und Wünsche in die Behandlung einbringen. Dies wurde auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG mit Patienten durchgeführt hat, betont:

*Und da finde ich ist es ganz wichtig, dass die Patienten da ein Mitspracherecht haben. Dass die auch gefragt werden, fühlen sie sich gut damit, kann man es so lassen oder was wollen sie überhaupt, dass man folglich darauf auch eingeht und so. Und das finde ich wichtig. (GD2\_Patienten: 225)*

Die einzelnen Behandlungsentscheidungen, wie beispielsweise Therapieplanung, Medikationsplanung oder Entlassung, aber auch die gesamte Behandlung wird dann in der Folge konsentiert von dem Patienten mitgetragen. Eine solch partizipative Vorgehensweise in der Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung wird dabei auch durch die Leitlinien gestützt und empfohlen (Dixon et al. 2010, NCCMH 2011a, NCCMH 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Eine hohe Relevanz hat die Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen bezüglich Psychopharmakotherapie (NCCMH 2014, Barnes und BAP 2011) und Entlassung (NCCMH 2011b). Letzterer Punkt beinhaltet, dass der Patient in alle Entscheidungen zur Entlassung oder Verlegung einbezogen werden sollte (NCCMH 2011b). Die Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung insbesondere auch für Patienten mit F2-Diagnosen wurde in vielen qualitativen Studien bestätigt (Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Hamann et al. 2016, Harris et al. 2012, Holding et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Lester et al. 2012, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Pitkänen et al. 2008, Salyers et al. 2013, Sweers et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011c: 27-46, Hamann et al. 2009). Weitere Untersuchungen zeigten zudem, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung nach Einbindung und aktiver Beteiligung der Patienten im Behandlungsprozess vonseiten der Patienten mit F2-Diagnosen wie auch vonseiten der Behandler gewünscht ist (Hamann et al. 2016, Hamann et al. 2009, Kinter et al. 2009).

An dieser Stelle soll ergänzend deutlich gemacht werden, dass die Entscheidungsfähigkeit von Patienten mit F2-Diagnosen aufgrund akuter Krankheitsphasen oder fehlender Krankheitseinsicht eingeschränkt sein kann (Beitinger et al. 2014), von einer allgemeinen Entscheidungsunfähigkeit kann jedoch nicht gesprochen werden (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Sollte der Patient nicht in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen, oder möchte er dies nicht, so sollte er, sobald dies nicht mehr der Fall ist, wieder einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können (NCCMH 2015).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patienten von den Behandlern nicht ausreichend genutzt werden. So berichten Hamann et al. (2009) dass nur 51 % der Behandler regelmäßig Shared-Decision-Making, als ein Weg, Patienten in medizinische Entscheidungen zu involvieren, durchführen. Unabhängig davon zeigte sich in den Fokusgruppen mit Pflegekräften, die das IQTIG durchführte, jedoch, dass das Potenzial zur Durchführung von Shared-Decision-Making in der Praxis noch nicht ausgeschöpft wird:

*Also, ich finde, wir neigen ja immer viel zu sehr dazu, genau zu wissen, was für alle gut ist, und das ist nicht nur im Krankenhaus so, sondern das ist halt im ambulanten komplementären Bereich genauso und ich glaube, davon müssen wir ein bisschen weg, also eben zu gucken, was wir da – es gibt da viele Ansätze, die genau dahin agieren, den Patienten auch tatsächlich mal zu fragen. (GD1\_Pflege: 271)*

Insgesamt heben qualitative Studien einen starken Wunsch der Patienten nach Einbezug und Beteiligung hervor (Kinter et al. 2009, Mestdagh und Hansen 2014, Holding et al. 2016, Salyers et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, Harris et al. 2012, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Sweers et al. 2013, Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Topor und Di Girolamo 2010), der gleichzeitig nicht immer erfüllt wird. Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass Patienten auch nicht an Entscheidungen zu Unterstützungsangeboten beteiligt wurden (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Topor und Di Girolamo 2010). Da eine bessere Beteiligung der Patienten, wie oben beschrieben, Auswirkungen auf die Compliance hat und damit auch auf das Outcome der Patienten, ist eine weitere Verbesserung der Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten immer anzustreben.

### **5.2.3 Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement, Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung***

Die Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement, Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung* betreffen allesamt die Behandlungsoptionen und -formen bei Patienten mit einer F2-Diagnose. Die Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement* und *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* adressieren die Bedeutung, einer wirksamen, sicheren und bedarfsgerechten Therapie (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Fleischhacker et al. 2014, Cañas et al. 2013). *Suizidalität – Umgang und Prävention* und *Komorbidität Sucht* betreffen Komplikationen, die in den verwendeten Wissensressourcen durch ihre Häufigkeit bei Patienten mit einer F2-Diagnose und ihre Auswirkungen auf die Therapie besonders hervorstachen (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Dixon et al. 2010, Fleischhacker et al. 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Die Notwendigkeit des Qualitätsaspekts *Somatische Versorgung* ergibt sich als notwendige Ergänzung zur Behandlung somatischer Nebenwirkungen der Psychopharmaka, aber auch aufgrund der allgemeinen Unterversorgung dieses Patientenkollektivs mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Lawrence und Kisely 2010, NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, Karow et al. 2012, Lambert et al. 2016).

#### **Qualitätsaspekt *Patientenbezogenes Medikationsmanagement***

Antipsychotika (Neuroleptika) haben zwar eine ähnliche Effektivität, weisen aber sehr unterschiedliche Nebenwirkungsprofile auf, deswegen spielt die sorgfältige, an den Präferenzen des



Patienten und der Lebenssituation ausgerichtete Auswahl des Arzneimittels eine besondere Rolle in der Pharmakotherapie der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dabei sind gewünschte Wirkungen und zu tolerierende Nebenwirkungen der Pharmakotherapie individuell abzuwägen und mit dem Patienten zu diskutieren, wie gerade neuere Leitlinien betonen (NCCMH 2014, SIGN 2013) (siehe Qualitätsaspekt *Information und Aufklärung* ab S. 51). Dies wurde zum einen von den Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, benannt: „[...] Aber da sollte man auch Rücksprache mit dem Patienten halten, dass man fragt: Wie geht es Dir, bist Du damit gut oder brauchst Du mehr oder weniger? Das ist schon besser.“ (GD2\_Patienten: 201) Zum anderen wurde dieser Aspekt auch in den leitfadengestützten Interviews bestätigt:

*[...] Also, das heißt das Decision Sharing, das ist natürlich ein großes Bedürfnis bei Patienten. Die wollen natürlich eher eine kleine Dosierung haben und ja, etwas haben, was auch möglichst gut verträglich ist und – wenn sie krankheitseinsichtig sind und da einen Leidensdruck haben, was natürlich auch ihre Symptome kontrolliert. (I12: 75)*

Dieses individuelle Abstimmen zusammen mit dem Patienten ist auch deshalb notwendig, da die Symptomlinderung durch Antipsychotika meist erst über mehrere Wochen und Monate verzögert eintreten kann, während Nebenwirkungen bereits frühzeitig zu einer relevanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können. Die hohen Abbruchraten von ca. 50 % bei der Pharmakotherapie der Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) deuten darauf hin, dass hier ein großes Verbesserungspotenzial besteht (siehe auch Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* ab S. 59).

Viele Leitlinien empfehlen evidenzbasiert im Falle schlechter Arzneimittel-Compliance die Umstellung von der ansonsten präferierten oralen Therapie auf Depotpräparate (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016, Hasan et al. 2013). Der derzeitige Anteil an Depotpräparaten in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose scheint daher mit Blick auf die hohe Non-Compliance verbesserungsbedürftig. Die Anwendung atypischer Neuroleptika ist nicht in jeder Situation eindeutig vorteilhafter als die Anwendung typischer Antipsychotika und ist patientenindividuell zu prüfen und ggf. zu optimieren (Hasan et al. 2012).

Für die zahlreichen möglichen Probleme, die die Pharmakotherapie beeinflussen und erschweren können, wie etwa die Therapieresistenz oder Begleit- und Selbstmedikation, wie auch für besondere Begleitsymptomaten (siehe Qualitätsaspekt *Suizidalität – Umgang und Prävention* ab S. 61) und Komorbiditäten (siehe Qualitätsaspekt *Komorbidität Sucht* ab S. 62) existieren umfangreiche evidenzbasierte Empfehlungen und sogar eigene Leitlinien (CADTH 2011, NCCMH 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass im Umgang mit Therapieproblemen diesen Empfehlungen nicht unbedingt gefolgt wird (CADTH 2011). Bei der Minimalisierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) ist das multidisziplinäre Zusammenwirken verschiedener Professionen gefordert, um das optimale Arzneimittel und die minimale wirksame Dosis zu finden (SIGN 2013). Dieser Wunsch nach einer möglichst geringen Dosis zeigt sich auch in den Fokusgruppen mit Patienten:

*Was ich schlimm fand: Ich habe nie aus den Ärzten herauslocken können, wie hochdosiert die Medikamente eigentlich sind, und habe später dann über einen ambulanten Psychiater erfahren: Das war ziemlich hochdosiert, was ich gekriegt habe. (GD2\_Patienten: 86)*

Im Versorgungsgeschehen findet jedoch beispielsweise die Einhaltung der empfohlenen Standarddosierungen unter Inkaufnahme von potenziell gefährlichen Nebenwirkungen offenbar nicht ausreichend statt (McGorry et al. 2013, CADTH 2011) (siehe Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* ab S. 59). Insbesondere bei der Entlassung ist darauf zu achten, dass die patientenspezifischen Arzneimittelstrategien und Vorerfahrungen auch als Teil der Informationen für den weiterbehandelnden Therapeuten schriftlich, vollständig und nachvollziehbar weiterzugeben sind.

### **Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie***

Angesichts der gerade benannten Herausforderungen an die Pharmakotherapie ist die regelhafte Überprüfung (Monitoring) von Wirkungen und Nebenwirkungen für ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bzw. zum Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit eine durchgehende Empfehlung der Leitlinien (Dixon et al. 2010, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014, Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2013). Insbesondere neuere Leitlinien empfehlen die gezielte Hinzuziehung von erfahrenen Spezialisten für die antipsychotische Pharmakotherapie, die früh und regelhaft immer wieder im Verlauf der Krankheit stattfinden soll. NCCMH (2014) betont gar eine Hinzuziehung von Spezialisten vor der ersten Verordnung von Neuroleptika und besonders beim Auftreten von Komplikationen, wie Therapieresistenz, Komorbiditäten und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (NCCMH 2014). Nicht zuletzt die Diskussion von neuroleptika-assoziierten Todesfällen veranschaulicht die Bedeutung des Monitorings von Wirkungen und Nebenwirkungen (Tiihonen et al. 2006). Wegen der sich im Verlauf der Erkrankung verändernden, vorherrschenden Symptome beim Patienten wechseln auch die jeweils aktuellen Ziele der antipsychotischen Pharmakotherapie (Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2015), was eine kontinuierliche Anpassung des Monitoring mit Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie notwendig macht. Dies thematisierten auch die Ärzte in den leitfadengestützten Einzelinterviews, die das IQTIG durchgeführt hat:

*Probleme sind die Nebenwirkungen, konkret: nicht funktionieren durch übermäßige Sedierung, nicht funktionieren durch EPMS (Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen), unangenehme Empfindungen, bei Männern sexuelle Dysfunktionen, bei Frauen vielleicht Kinderwunsch irgendwann [...]. Ist es praktikabel? Kann es geschluckt werden, das Medikament? Schmeckt es unangenehm? Ist die Tageszeit der Einnahme vielleicht unangenehm oder im Alltag hinderlich? Erreichbarkeit von dem Medikament, also, wo hab ich irgendwo eine Apotheke? Besorgt die mir das auch? Besorgt sie mir das richtige? Das sind praktische Probleme. (I11: 85)*

Das Monitoring sollte auch die regelmäßige Erfassung klinischer Symptome genauso wie eine gezielte laborchemische und kardiologische Diagnostik umfassen.

Bei etwa einem Drittel der Patienten mit F2-Diagnose zeigen die Antipsychotika in der Standarddosierung keine ausreichende Wirkung (NCCMH 2014: 304). Daher kann eine Wirkungsverstärkung (Augmentation) wünschenswert erscheinen. Eine Hochdosistherapie sowie eine Addition von unterstützenden Arzneimitteln (Adjunktiva) oder eine Kombinationstherapie sind verbreitet, jedoch nicht evidenzbasiert.

Die Kombinationen von Antipsychotika zur Verstärkung der Wirkung sind kaum untersucht und zeigen nur geringe Vorteile bei gleichzeitig steigenden Sicherheitsbedenken (CADTH 2011: 28-29). Die Kombinationstherapie wird daher nicht empfohlen (CADTH 2011, NCCMH 2014). Dennoch kommen Antipsychotika-Kombinationen in der Praxis vor (CADTH 2011). AQUA (2016) konnte anhand eigener Untersuchungen 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 bekommen“. Unklar ist, ob es diese Antipsychotika-Kombinationen, wie empfohlen (CADTH 2011), unter Überprüfung ihres Patientennutzens nach einer angemessenen und erfolgreichen Versuchsphase durchgeführt werden. Leitlinien empfehlen daher, Antipsychotika-Kombinationen zu vermeiden (CADTH 2011, NCCMH 2014).

In Fällen unzureichender antipsychotischer Wirkung der Pharmakotherapie finden weiterhin Hochdosistherapien eine häufige Anwendung (NCCMH 2014: 304). Für die Hochdosistherapie konnten jedoch keine Vorteile nachgewiesen werden (NCCMH 2014: 302, CADTH 2011). Insbesondere für die Hochdosistherapien mit typischen Neuroleptika scheint es keine wissenschaftliche Grundlage zu geben, im Gegensatz zu der Clozapin-Therapie in Standarddosierung (CADTH 2011). Im weiteren Sinne können zu hohe Initialdosen und zu schnellen Dosissteigerungen ebenfalls zum Bereich der Hochdosierungen gehören. Auch hierfür konnten keine Vorteile gezeigt werden (NCCMH 2014). Insbesondere Patienten, die zum ersten Mal Antipsychotika erhalten, reagieren oftmals bereits auf niedrigere Dosen (NCCMH 2014) und sind ggf. besonders vulnerabel. Somit wird für die Verbesserung der Versorgung gemäß den Leitlinienempfehlungen ein Potenzial in der Vermeidung von Hochdosistherapien vermutet (NCCMH 2014, CADTH 2011).

Die Einhaltung (Compliance) der antipsychotischen Therapie ist besonders schwierig, weil antipsychotische Medikamente ihre Wirkung erst über Wochen oder Monate entwickeln und ein hohes Nebenwirkungsrisiko für den Patienten besitzen, aber für eine erfolgreiche Therapie sehr wichtig (NCCMH 2014). Zudem wird die Beibehaltung der antipsychotischen Therapie über mehrere Jahre empfohlen (NCCMH 2014). Dies kann aber mit dem häufigen Patientenwunsch, Arzneimittel so früh wie möglich abzusetzen, kollidieren. Die Non-Compliance von 50 % bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) ist ein Hinweis darauf, dass entsprechende Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie und damit die Compliance der Patienten zur antipsychotischen Pharmakotherapie deutlich verbessert werden sollten. Wegen der Relevanz der Arzneimittel-Compliance für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist die regelmäßige Überprüfung von

Compliance bzw. Adhärenz auch in das eingangs erwähnte Monitoring einzubeziehen, um Probleme des Patienten erkennen und adressieren zu können. Cooper et al. (2016) empfiehlt daher den Einsatz von validierten Skalen und Checklisten zur Erfassung der Adhärenz. Ein Zitat aus den Fokusgruppen mit Patienten macht die Problematik der Adhärenz dieser Patienten deutlich:

*[...] Naja, ich finde es einfach nur widersprüchlich zu sagen, dass man im Krankenhaus gesagt bekommt, man muss die Medikamente nehmen, und dann wird, wenn man das nicht einsieht, in Gruppengesprächen, Psychoedukation oder so für die Einsicht gekämpft, dass man doch die Medikamente nehmen muss. Also, das finde ich so ein bisschen, also, da wird richtig dran gearbeitet, da wird Überzeugungsarbeit geleistet, dass man verdammt noch mal mit der Behandlung, sozusagen die einfach mitmachen soll und die Klappe halten soll. (GD3\_Patienten: 376)*

### **Qualitätsaspekt Psychotherapie (stationär/PIA)**

Die Psychotherapie ist als Behandlungsoption in der leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose von hoher Relevanz (NCCMH 2014, SIGN 2013, NCCMH 2012) und stellt einen Grundpfeiler der Behandlung dieser Patienten dar. Sie wird beispielsweise von NCCMH (2014) in der Kombination mit der entsprechenden Pharmakotherapie empfohlen, da die Psychotherapie die Effektivität der Pharmakotherapie steigert. Die Relevanz von Psychotherapie im ambulanten, aber auch im stationären Sektor wurde im Rahmen des Expertengremiums des IQTIG am 29. November 2016 nachdrücklich betont. Neben der im Abschnitt zum Qualitätsaspekt *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen* ab S. 71 beschriebenen Notwendigkeit eines Angebots an ambulanter Psychotherapie wird auch die Durchführung einer Psychotherapie im stationären Sektor für die Patienten von diesem Gremium als wichtig und notwendig erachtet. Sie sollte auch in diesem Sektor im erforderlichen Umfang und einer der Erkrankungssituation angemessenen Form stattfinden, was nach Einschätzung des Expertengremiums derzeit nicht ausreichend gegeben ist.

### **Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention**

Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Es beträgt etwa das Zwei- bis Zehnfache des Risikos der gesunden Bevölkerung, sodass 5 bis 10 % aller Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis an einem Suizid versterben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Gaebel und Wölwer 2010, Nordentoft et al. 2011, Schaffer et al. 2016). In Deutschland – wie auch in anderen Ländern – ist die Suizidrate in psychiatrischen Kliniken in den letzten 20 Jahren zurückgegangen (Wolfersdorf et al. 2016). Im Fokus zur Vermeidung eines Suizids steht nun verstärkt die Zeit der ersten Monate nach einer Krankenhausentlassung. Olfson et al. (2016) fanden unter Patienten mit F2-Diagnosen 168 Suizide pro 100.000 Patientenjahre innerhalb der ersten 90 Tage nach Krankenhausentlassung. Ein besonders hohes Risiko haben Patienten mit einer F2-Diagnose und gleichzeitigem Drogenabusus, geringer Therapie-/Medikations-Compliance und früheren Suizidversuchen (Nordentoft 2007). Zusätzlich erhöht sich das Suizidrisiko, wenn die Person neben den eigenen Suizidgedanken noch

Kontakt zu Personen im näheren Umfeld hatte, die Suizidversuche begangen haben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Ein zentraler Aspekt beim Umgang und der Prävention dieser Thematik ist die Schulung des Personals. Hierbei werden besonders Psychotherapeuten, aber auch Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik adressiert. Es geht einerseits um das Erkennen einer möglichen Suizidgefahr und der, wenn nötig, unmittelbaren Einweisung in ein Krankenhaus, andererseits auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Speziell für Patienten mit Suizidgedanken oder einem bereits durchgeführten Suizidversuch wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Therapie sollten spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Hierunter fallen Suizidgedanken, Selbstverletzung und Hoffnungslosigkeit beim Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Remissionsphase der Patienten mit einer F2-Diagnose sollte aus den oben beschriebenen Gründen immer auch eine Suizidprävention mit in die Therapie einbezogen werden (Gaebel und Wölwer 2010). Patienten, die sich selbst verletzen und damit auch einen Aspekt von suizidalem Verhalten ausleben, sollten eine speziell zugeschnittene Therapie erhalten (NCCMH 2012). Als ein weiterer zentraler Baustein der Suizidprävention bei Patienten mit einer F2-Diagnose ist die pharmakologische Therapie zu nennen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Gerade auch die Langzeittherapie mit entsprechenden Psychopharmaka kann suizidales Verhalten reduzieren (Fleischhacker et al. 2014).

### **Qualitätsaspekt *Komorbidität Sucht***

Die zusätzlich zu einer bestehenden Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung vorliegende Diagnose einer Suchterkrankung stellt spezifische Anforderungen an die Behandlung. Zum einen ist in der Fachliteratur die negative Auswirkung der Synchronität von einer schizotypen Erkrankung und Sucht ausführlich dargestellt (Roick et al. 2006), auch weisen die berücksichtigten Leitlinien auf negative Synergismen zwischen Sucht und schizotyper Erkrankung hin (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, Dixon et al. 2010). Das Bestehen einer komorbiden Substanzabhängigkeit im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist einer der am stärksten assoziierten Faktoren dafür, dass der Patient die Behandlung nicht beginnt oder sich nicht an Therapievereinbarungen hält (Dixon et al. 2016). Zum anderen ist auch den Versorgenden die Bedeutung der Behandlung der Suchterkrankung für den Verlauf der psychischen Erkrankung bewusst, was auch in den leitfadengestützten Interviews des IQTIG deutlich wurde: „[...] wenn die Patienten ihren Cannabiskonsum fortführen, verschlechtern sie ihre Prognose. Das kann man, glaub ich, ziemlich sicher sagen.“ (I10: 6) Die Compliance der Patienten ist ein limitierender Faktor, der die Behandlung und das Outcome beeinträchtigen kann. Dieser kann und soll(te) jedoch durch umfangreiche Information und Aufklärung der Patienten günstig beeinflusst werden. Das wurde auch in den leitfadengestützten Interviews betont: „Und

das vermitteln wir auch immer wieder unseren Patienten. Viele sehen es ein, aber viele sagen auch: Klar, ich werde weiterkiffen.“ (I10: 6)

Von Relevanz ist es in diesem Kontext auch, die Suchterkrankung frühzeitig bei der Diagnostik der Patienten zu identifizieren. Dies bezieht sich sowohl auf die Erfassung einer möglichen Sucht im Rahmen der psychotischen Erkrankung als auch auf die Diagnostik einer möglichen Psychose im Rahmen einer bestehenden Suchtproblematik (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014, NCCMH 2011a). Wird eine Suchterkrankung nicht frühzeitig erkannt und in die Behandlung integriert, kann es häufiger zu wiederholten Wiedereinweisungen (Dixon et al. 2016, Schultz et al. 2007, Large et al. 2011), der Ausbildung schwerwiegender Symptome, einem schlechten sozialen Funktionsniveau sowie zu Delinquenz kommen (Dixon et al. 2016). Eine Option, die Suchterkrankung einzubeziehen und zu behandeln, ist beispielsweise die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit ehrenamtlichen Organisationen aus dem Bereich Sucht. Dies kann im Rahmen gemeinsamer Behandlungspläne mit festen Terminen z. B. für Kontrollen geschehen (NCCMH 2011a). Weitere Möglichkeiten sind Angebote zur Substanzentwöhnung wie das Erarbeiten von Coping Skills mit dem Patienten oder die Durchführung einer Verhaltenstherapie (Dixon et al. 2016). In einem systematischen Cochrane Review konnte jedoch keine der untersuchten psychosozialen Unterstützungsbehandlungen als überlegen im Hinblick auf die Beendigung des Abusus, die Therapieadhärenz oder eine Verbesserung des mentalen Status identifiziert werden (Hunt et al. 2013).

Ferner werden die Behandlungsspezifika zur Betreuung von suchtkranken Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den einschlägigen Leitlinien umfangreich thematisiert, ausgehend von der Beobachtung der negativen Auswirkungen und der von den Fachgesellschaften immer noch nicht als ausreichend betrachteten Bemühungen, diese zu vermindern (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013). NCCMH (2011a) beschreibt, dass Effekte – z. B. die Patienten betreiben Substanzmissbrauch, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka nicht zu spüren – dazu führen, dass Programme zur Vermeidung von Substanzmissbrauch schwer zu entwickeln sind bzw. nicht entwickelt werden, da der Substanzmissbrauch einen funktionalen Gewinn für den Patienten darstellt. Ebenso führt die immer noch teilweise unklare, komplexe Interaktion von Sucht und Psychose dazu, dass Behandlungsansätze nicht entwickelt werden (NCCMH 2011a). Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in den leitfadengestützten Interviews wider:

*[...] und es gibt eine klare wissenschaftliche Evidenz, dass gerade hochpotentes Cannabis das Psychoseerisiko erhöht. Man ist zwar unsicher, ob es wirklich eine kausale Beziehung ist oder eher eine Assoziation; dennoch wissen wir, dass sich die Prognose verschlechtert, wenn die Patienten ihren Cannabis-Konsum fortführen [...]. (I10: 6)*

Patienten mit einer Suchterkrankung als Komorbidität der schizotypen Erkrankung verschlechtern durch die Suchterkrankung ihre Prognose und erhöhen auch das Risiko für alle negativen Nebeneffekte wie Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit, häufigere Wiedereinweisungen und ein schlechteres somatisches Outcome (NCCMH 2011a).

### **Qualitätsaspekt *Somatische Versorgung***

Dieser Qualitätsaspekt adressiert die Notwendigkeit einer regelmäßigen und ausreichenden somatischen Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose. Dies ist von besonderer Relevanz, da Patienten mit einer solchen Erkrankung im Vergleich zur Normalbevölkerung zumeist mehr somatische, insbesondere Diabetes mellitus und kardiovaskuläre, Erkrankungen aufweisen, die jedoch häufig schlechter behandelt werden und letztlich eine Mit-Ursache für die geringere Lebenserwartung der Patienten mit einer F2-Diagnose sein können (Lawrence und Kisely 2010, Karow et al. 2014, AQUA 2016: 44). Sie sind im besonderen Ausmaß von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, was einerseits mit ihrem Gesundheitsverhalten in Verbindung stehen kann, andererseits auch durch Nebenwirkungen der Psychopharmaka auftreten kann. So haben Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals einen hohen Nikotinabusus, häufig in Assoziation mit anderen Suchterkrankungen, ein schlechtes Ernährungsverhalten, wenig Bewegung, Übergewicht mit Stoffwechselstörungen. Dies unterliegt oftmals nicht einem Monitoring oder gegebenenfalls einer Behandlung (Gaebel und Wölwer 2010). Empfehlungen zur Diagnostik und einem regelmäßigen Monitoring werden auch in den Leitlinien gegeben (NCCMH 2014, NCCMH 2012, Cooper et al. 2016), aber nur in weniger als der Hälfte der indizierten Fälle umgesetzt (AQUA 2016: 45). Eine fragmentierte Versorgungslandschaft, eine nicht optimale Koordination zwischen den einzelnen Versorgungssettings sowie unklare Verantwortlichkeiten können zu Ungleichheiten bei der somatischen Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose führen (Lawrence und Kisely 2010, IGES 2014). Da diese Patienten allgemein ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten bezüglich aller somatischen Erkrankungen haben (Lambert et al. 2016), ist eine regelmäßige Kontrolle von zusätzlicher Bedeutung. Hinzu kommt, dass vonseiten der Behandler somatische Symptome oft aufgrund der schizophrenen Erkrankung nicht als solche erkannt werden, sondern der psychischen Erkrankung zugeordnet werden (Lawrence und Kisely 2010). Qualitative Studien weisen auch darauf hin, dass geäußerte somatische Beschwerden aufgrund des schizophrenen Krankheitsbildes von den Behandlern nicht ernstgenommen werden (González-Torres et al. 2007, Leutwyler und Wallhagen 2010, Mestdagh und Hansen 2014). Zeigt sich bei den Behandlern sogar ein fehlendes Interesse an somatischen Beschwerden, so wird dies von den Patienten negativ wahrgenommen (Leutwyler und Wallhagen 2010).

Einen beispielhaften Überblick zu möglichen Untersuchungen und deren Zeitfenstern wird im AQUA-Bericht ausführlich gegeben (AQUA 2016: 44).

#### **5.2.4 Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen***

Im Verlauf der Erkrankung eines Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes notwendig werden (AQUA 2016). Das Robert Koch-Institut legt hierzu dar, dass bei 2 bis 8 % der in psychiatrischen Fachkliniken behandelten Patienten (vorwiegend mit einer F2-Diagnose) eine Einweisung ohne Einwilligung erfolgen musste (Gaebel und Wölwer 2010). Die Häufigkeit und die Art der restriktiven Maßnahmen werden ebenfalls im Bericht des AQUA-Instituts ausführlich dargelegt (AQUA 2016). Zu berücksichtigen ist zudem, dass restriktive Maßnahmen differenzierter rechtlichen Regelungen unterliegen.

In der für die Entwicklung des Qualitätsmodells verwendeten Literatur werden vor allem strukturelle und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die in Krankenhäusern, welche restriktive Maßnahmen durchführen, vorliegen sollen. Hierbei werden zum einen die gezielte Schulung von Personal, zum anderen auch das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeitern genannt (NCCMH 2015). Bei der Betreuung von bspw. fixierten Patienten ist darauf zu achten, dass auch die Räumlichkeiten dem Patienten einen angemessenen Komfort bei gleichzeitigem Schutz vor Belästigungen anderer Patienten oder externer Personen bieten (NCCMH 2011b). Dies zeigt sich auch in qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012, Weich et al. 2012), welche zudem auch die Wichtigkeit einer vorherigen umfangreichen Aufklärung der Patienten hervorheben (Andreasson und Skärsäter 2012, Topor und Di Girolamo 2010). Im Rahmen der leitfadengestützten Interviews mit Pflegepersonal, die das IQTIG durchgeführt hat, wurden Deeskalationstrainings und -maßnahmen genannt:

*[...] Wir hatten eine Proforma-Schulung bekommen, wie deeskalieren wir. Da versuchen wir immer, so ein bisschen verbal es zu deeskalieren. Versuchen, den Patienten zu spiegeln, verstanden zu fühlen. Oft kriegt man da schon eine Tür ins Schloss. Oft kommt man dann schon auf eine Ebene und dann fühlt der Patient, okay, der versteht mich. So können wir die ganz oft schon herunterregulieren. Und wir gehen auch raus spazieren, einfach weg von der Station. Das hilft meist schon. (GD2\_Pflege: 114f)*

Auch im Rahmen der leitfadengestützten Interviews des IQTIG mit Ärzten waren Deeskalationsmaßnahmen ein Thema:

*[...] Strategien, das ist so eine Sache, die so seit 10,15 Jahren auch in Berlin angekommen ist, das kommt aus den Niederlanden, Deeskalation, dass wenn zum Beispiel Gewaltsituationen entstehen, [...]. (I03: 24)*

*[...] Deeskalation, dass wenn zum Beispiel Gewaltsituationen, also Zwangssituationen entstehen – dass man irgendwie versucht, die Würde zu erhalten. Dass die Leute, die das machen, die Zwang ausüben, gut geschult sind, dass der Patient eine Begleitung behält und dass man ihm wirklich versucht, wenn es ihm besser geht, zu erklären, warum das nicht zu vermeiden war. Das ist aus meiner Sicht und vielleicht auch dableiben, daneben sitzen, ihn beruhigen, ihm alles erklären, was man macht. Und aus meiner Erfahrung ist es so, dass die Patienten das durchaus auch mitbekommen. (I03: 24)*

Als weiterhin wichtig wird eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme sowohl in den Leitlinien (NCCMH 2015) als auch in den qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012) hervorgehoben. Ferner wird zum Schutz des Patienten bei Eigengefährdung, und natürlich auch bei Fremdgefährdung, eine schnelle, begrenzte und kontrollierte Beruhigungsmedikation empfohlen (NCCMH 2011b). Hierbei ist jedoch auch auf die eigene Sicherheit der verabreichenden Personen zu achten (NCCMH 2015). Neben den oben genannten Aspekten ist die Aufklärung des Patienten, hier insbesondere über seine Rechte, aber auch über die Not-



wendigkeit der Maßnahme, von Relevanz. Dies bezieht sich einerseits auf die angemessene Vermittlung dieser auch während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2011b), andererseits auf die Respektierung der Rechte durch alle Behandler während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2015). Diese Rechte, wie bspw. das der Religionsausübung, sollte der Patient soweit möglich auch im Rahmen einer restriktiven Maßnahme wahrnehmen können (NCCMH 2015).

Die oben beschriebenen Deeskalationsmaßnahmen, die in den vom IQTIG durchgeführten, leitfadengestützten Interviews mit Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten beschrieben wurden, dienen insbesondere dazu, Situationen zu entschärfen, die in einer restriktiven Maßnahme enden könnten. Dies ist wichtig, da Zwangsmaßnahmen, auch wenn sie gerechtfertigt und rechtlich erlaubt sind, immer schwere Eingriffe in die Rechte des Patienten sind (Pollmächer 2017) und als traumatisierend wahrgenommen werden können (Stein et al. 2015, Avieli et al. 2016). In der Literatur zeigt sich, dass vor allem die Art der Ausführung und nicht primär die Häufigkeit der restriktiven Maßnahmen von hoher Relevanz für die Qualität in diesem Kontext ist (DGPPN 2014), da sie in dem Moment geschieht, in dem der Patient seine Rechte nicht mehr vertreten kann und in seiner Freiheit eingeschränkt wird (NCCMH 2011b, NCCMH 2015). Anhand der bloßen Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen kann die Qualität eines stationären Leistungserbringers dagegen nicht angemessen bewertet werden, da sich die Anzahl restriktiver Maßnahmen zu einem erheblichen Teil auch aus Faktoren ergibt, die nicht durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, wie unterschiedliche Patientenpopulationen je nach Standort oder auch polizeiliches bzw. behördliches Handeln.

Präventive Maßnahmen, die geeignet sind, restriktive Maßnahmen gegebenenfalls zu vermeiden oder zu reduzieren, wie gemeindenahе niederschwellige Angebote zur Krisenintervention, Krisenpläne oder Behandlungsvereinbarungen werden unter dem Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* des Modells subsumiert (siehe Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* ab S. 45). Der Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen* im vorliegenden verfahrensspezifischen Qualitätsmodell fokussiert inhaltlich deshalb auf die Durchführung der restriktiven Maßnahme. Dass dieser Qualitätsaspekt eingeschlossen werden sollte, hat sich Fokusgruppen mit Patienten bestätigt:

*Ich war ziemlich oft zwangseingeliefert, fixiert am Bett. Und das finde ich besonders negativ an der Psychiatrie. Auch von der Polizei, dass man mit Handschellen abgeführt wird, finde ich sehr negativ. Dann dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ, ja. (GD2\_Patienten: 30)*

### **5.2.5 Qualitätsaspekte Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe und Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen**

Im Ergebnis der Erstellung des Qualitätsmodells wurden Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe sowie Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen als die Qualitätsaspekte identifiziert und ausgewählt, für die es nicht sachgerecht wäre, die Verantwortung einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.

So sind an den relevanten, erst mittelfristig beurteilbaren Behandlungsergebnissen Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Teilhabe grundsätzlich mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt. Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie, oder spezifischer Behandlungsoptionen sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. allein zu verantworten haben, zumindest nicht, solange es noch keine integrierten Verantwortungsstrukturen gibt. Zusätzlich wird im Zuge der multiprofessionellen komplexen Versorgung der Patienten mit einer F2-Diagnose regelmäßig der Regelungsbereich des SGB V überschritten, was die Überwindung der Fragmentierung erschwert (siehe Qualitätsaspekt Kontinuität, Koordination und Kooperation ab S. 45).

Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weisen meist einen chronischen Krankheitsverlauf auf und werden unter Beteiligung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens in unterschiedlicher Behandlungssettings versorgt (siehe Abbildung 4 in AQUA (2016)). Eine eindeutige Zuschreibung der Verantwortung im Hinblick auf die Ergebnisqualität einer Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in diesem Versorgungskontext nicht möglich. Weiterhin können im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur solche Leistungserbringer adressiert werden, die zur Versorgung der Patienten Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Innerhalb des SGB V adressiert das QS-Verfahren stationär und ambulant tätige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychiatrie und Neurologie oder Nervenheilkunde, jedoch nicht Haus- und Allgemeinärzte. Das IGES hat in einer Analyse von Sozialdaten einer Krankenkasse festgestellt, dass 80 % der Patienten mit F2-Diagnosen zwischen 2008 und 2010 ausschließlich oder unter Beteiligung von Fachärzten der Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie vertragsärztlich versorgt wurden; 15 % wurden ambulant ohne Beteiligung von Fachärzten behandelt (IGES 2014). Ein Teil der ambulanten Versorgung, die innerhalb und außerhalb des SGB V erfolgt (z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und betreutes Wohnen nach SGB IX oder Arbeitsrehabilitation nach SGB XII; siehe auch (AQUA 2016: 36)), kann vom QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht erfasst werden. Gerade bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung tragen aber auch diese Leistungserbringer langfristig zum Ergebnis der Versorgung bei.

Eine „ideale“ Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis setzt somit eine andere Struktur als derzeit in der Regelversorgung in Deutschland vorhanden voraus (Taylor et al. 2009). Dies macht deutlich, dass die notwendigen Leistungen einer „idealen“ Versorgung, wie sie teilweise in Modellprojekten/IV-Modellen erreicht werden kann, niemals von einem einzelnen Leistungserbringer allein erbracht und folglich auch niemals einem einzelnen Leistungserbringer zugeordnet werden kann. Wenn aber die Qualität der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose im Fokus der Qualitätssicherung stehen soll, dann müssen die Zuordnungen andere sein. Damit trotzdem in der derzeitigen Versorgungssituation die Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität möglich wird, muss diese als Systemqualität in die Erhebung einbezogen werden. Konkret bedeutet dies, dass unter den derzeitigen Systemvoraussetzungen sowohl patientenrelevante Outcomes als auch die Angebote und Nutzungen von

ambulanten Behandlungsoptionen erfasst und rückgemeldet werden, aber nicht einem einzelnen Leistungserbringer verantwortlich zugeschrieben werden können. Eine Betrachtung dieser Qualitätsaspekte ist daher derzeit nur als Systemqualität (auf Bundesebene) sinnvoll. Würde man aber auf die Erhebung dieser Systemqualität verzichten, erscheint eine angemessene Einbeziehung des patientenrelevanten Outcomes für Patienten mit F2-Diagnosen in ein QS-Verfahren nach § 136ff nicht möglich. Denn obwohl Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig chronisch und dauerhaft einschränkend verlaufen, wird die Messung der Ergebnisqualität i. S. d. psychosozialen Funktionalität oder Veränderungen in der Symptomatik anhand von Messinstrumenten wenig in der Fachwelt thematisiert. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Versorgungsqualität von Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises problematisch (Nolting et al. 2016).

Die Erfassung der Outcomes über Indikatoren zur Systemqualität ist auch ohne eine Risikoadjustierung möglich, zumal es dafür zurzeit keine evidenzbasierten überzeugenden Konzepte in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt. Durch die Darstellung der Systemqualität im zeitlichen Verlauf sollen einerseits qualitätsbezogene Verbesserungsbedarfe in der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erkannt werden. Andererseits kann die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft und damit ein wichtiger Beitrag zur begleitenden Evaluation des QS-Verfahrens geleistet werden. Damit wiederum soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, auch im Sinne der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, sichergestellt werden.

Diese Systemqualität kann sowohl mittelfristige patientenbezogene Outcomes, die unter Umständen bei verschiedenen Leistungserbringern erhoben und im Zeitverlauf patientenbezogen zusammengeführt werden können, als auch Strukturinformationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Angebot und zur Nutzung bestimmter ambulanter Behandlungsoptionen umfassen. Die Messung des patientenrelevanten Outcomes kann neben einer Erfassung über eine Patientenbefragung auch mittels regelmäßiger Erhebungen mit strukturierten Instrumenten aus der Behandlungssituation heraus gemeinsam durch den jeweiligen Psychiater und seinen Patienten erfolgen. Durch das damit verbundene unmittelbare Feedback in der Behandlungssituation soll eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer gefördert werden. Die patientenbezogene Zusammenführung und Rückmeldung dieser Daten über Zeitverläufe und Leistungserbringer hinweg kann dann neuartige Follow-up-Informationen bereitstellen, von denen weitere Verbesserungsimpulse zu erwarten sind. Insofern sieht das IQTIG in einer regelmäßigen systembezogenen Outcome-Erhebung für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowohl Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem als Ganzem als auch für die einzelnen Leistungserbringer. Im Zuge der weiteren Entwicklungen wird zu prüfen sein, inwieweit die Erhebung bestimmter Outcomes – insbesondere hinsichtlich der Qualitätsaspekte *Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus* und *Veränderung der Symptombelastung* – auf die Subpopulation der Ersterkrankten eingeschränkt werden sollte.

### **Qualitätsaspekt *Veränderungen der Symptombelastung***

Die Reduktion der Symptome von Patienten mit F2-Diagnosen in der akuten und post-akuten Phase, wie Wahnvorstellungen, Agitiertheit oder Aggression, ist das oberste Behandlungsziel; es handelt sich hierbei um Symptome, die für den Patienten sehr einschränkend, belastend und ggf. gefährlich sein können (NCCMH 2014). Nach diesen beiden Phasen treten jedoch auch andere Therapieziele in den Vordergrund, die sich beispielsweise auf den Abbau kognitiver und sozialer Defizite und weniger auf die Symptomreduktion konzentrieren. In den leitfadengestützten Einzelinterviews zeichnete sich ebenfalls ab, dass die Kontrolle der Symptomatik die Grundlage für langfristige Behandlungsziele darstellt:

*Das ist eigentlich ein ganz wichtiges Thema, aber auch z. B. die psychosoziale Nachbetreuung, berufliche Reintegration, alles das hängt natürlich auch davon ab, inwieweit der Patient eigentlich so von der Symptomatik stabil bleibt, [...]. (I03: 6)*

*Oft hat diese Patientengruppe berufliche Probleme, Wohnungsprobleme – einen Jobverlust, Wohnungsverlust, Probleme im interpersonellen Bereich, in der Familie. Das sind dann alles Dinge – am Anfang steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, in den ersten Tagen. Das tritt dann immer mehr in den Hintergrund und dann treten psychosoziale Maßnahmen in den Vordergrund – im weiteren Verlauf. Und das machen wir dann eher auf einer offenen Station. (I10: 4)*

Gleichwohl wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass Patienten auch mit einer bestehenden Restsymptomatik eine selbstbestimmte Lebensführung erreichen können (Fleischhacker et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

### **Qualitätsaspekt *Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus***

Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus sind eine häufige Folge von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (AQUA 2016, Gaebel und Wölwer 2010, Mehl et al. 2016, Karow et al. 2012). Die Patienten sind in verschiedenen Lebenssituationen in ihren psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen eingeschränkt. Es fällt ihnen bspw. schwer, eine Arbeitsstelle zu behalten, ihre Rolle als Elternteil in einer Familie auszufüllen oder Alltagssituationen wie Einkaufen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zu meistern (Csipke und Wykes 2010). Die Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung oftmals in ihrer sozialen Funktionalität eingeschränkt und haben deshalb eine geminderte Lebensqualität (Karow et al. 2012). Die postakute Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zielt neben der Reduktion der Symptomatik vor allem darauf ab, die Patienten im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten darin zu unterstützen, langfristig selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu leben sowie ihre berufliche und soziale Leistungsfähigkeit zu erhalten oder (wieder-)herzustellen (Gaebel und Wölwer 2010, NCCMH 2014, AQUA 2016, Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Fleischhacker et al. 2014). In der Fachliteratur werden verschiedene Aspekte von funktioneller und persönlicher (Wieder-)Herstellung und Krankheitsbewältigung diskutiert,

ohne dass jedoch eine allgemein akzeptierte Definition vorliegt (Fleischhacker et al. 2014, Slade et al. 2010, Brown 2012). Zu diesem Zweck können umfassende Angebote, die Ausbildung/Arbeit und Wohnen betreffen, den Patienten nutzen (Fleischhacker et al. 2014, Lambert et al. 2016). Diese Faktoren spiegeln sich auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen wider, das wird in diesem Zitat eines befragten Arztes deutlich:

*Bei den Neuerkrankten geht es vor allen Dingen darum, dass man sie versucht bei der Stange zu halten. Dass man ihnen versucht klarzumachen, dass sie – wenn sie die Medikation einnehmen, regelmäßig – dass sie eine gute Chance haben auch für ihr weiteres Leben. Dass sie es schaffen könnten, eine Berufsausbildung zu machen und auch in dem Beruf zu arbeiten. Und dass man damit auch den Krankheitsverlauf oder auch die sozialen und finanziellen, wirtschaftlichen Folgen für die Patienten entsprechend abmildern könnte. (I02: 4)*

### **Qualitätsaspekt Teilhabe**

Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der *Teilhabe* auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patienten am Leben in der Gesellschaft. Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis um das 6-Fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (OECD 2012, Mueser et al. 2013). Zudem wird geschätzt, dass 15 % der in Europa lebenden Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005).

Die Relevanz dieser Thematik spiegelt sich auch in dem Gesetzentwurf zur „Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (Bundesteilhabegesetz) wider. Das oberste Ziel, welches mittels der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht werden soll, ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patienten von hoher Relevanz. Der Aspekt der Teilhabe wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärzten, wie in aus den deutlich:

*Also, eigentlich ist das schon so ein sehr wichtiger Faktor – die sozialen Kontakte. Das ist so mit der Hauptfaktor. (I06: 4)*

*Und die Sozialkontakte, die sind einfach, also, das ist ganz wichtig. Das zu fördern, also das ist nach meiner Erfahrung halt so eine richtig wichtige Größe und woran ich auch immer erkenne, dass es dem Klienten schon besser geht – wenn er irgendwo angebunden ist, wenn er irgendwo, ja, soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler. (I06: 72)*

**Qualitätsaspekt Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen**

Dieser Aspekt beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings gerade auch im ambulanten Bereich. Aktuell fehlt in Deutschland eine Koordination der Leistungserbringer über die Sektorengrenzen hinweg (Nolting et al. 2016). Als zentrale Lösungen wird in der Literatur neben Case-Management-Ansätzen (Kerkemeyer et al. 2015, Lawrence und Kisely 2010) insbesondere die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung empfohlen, die durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting von einem multi-professionellen Behandlungsteam (ACT) (NCCMH 2014, SIGN 2013) erfolgt. Solche Versorgungsansätze gibt es in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (siehe Abschnitt 5.1). Durch gemeindebasierte psychosoziale Interventionen lässt sich eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsergebnisse bei Patienten mit F2-Diagnosen erreichen (Weinmann et al. 2009, Bramesfeld et al. 2012, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Dieser Qualitätsaspekt betrifft ferner den ausreichenden Einsatz von Psycho- und Soziotherapie für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dass diese Therapieangebote notwendig sind, wird auch in den Leitlinien thematisiert (NCCMH 2014, SIGN 2013). Hinsichtlich der Psychotherapie zeigt sich aktuell eine unzureichende Versorgung der Patienten (Kösters et al. 2016, Nolting et al. 2016). Nur ein geringer Teil der Patienten mit einer Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung erhält eine Psychotherapie (Nolting et al. 2016), darüber hinaus ist der Zugang zu dieser Leistung mit einer langen Wartezeit verbunden (Lambert et al. 2014a). AQUA (2016) beschreibt, dass in eigenen Analysen auf Basis von Sozialdaten nur 4,1 % der Patienten eine ambulante Psychotherapie erhalten haben. In 3,3 % wurde diese von einem psychologischen Psychotherapeuten und in 0,8 % von einem psychotherapeutisch tätigen Arzt durchgeführt (AQUA 2016). Ein weiteres Problem in diesem Bereich der Therapie ist, dass die reguläre Psychotherapie kaum an die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angepasst wird, wie zum Beispiel durch kürzere, aber häufigere Termine für die Patienten (Nolting et al. 2016). Verschärfend kommt hinzu, dass es aktuell keine Weiterbildungsverpflichtung für ambulant tätige Psychotherapeuten gibt, was die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen angeht (Lambert et al. 2014a). Dem steht eine Empfehlung für Psychotherapie ergänzend zur Routineversorgung, insbesondere bei Patienten mit persistierenden Positiv- oder Negativsymptomen, gegenüber (SIGN 2013, NCCMH 2014, NCCMH 2012). Diese Darstellung sowohl hinsichtlich der Relevanz einer Psychotherapie für diese Patienten als auch hinsichtlich der Defizite der Versorgung in diesem Bereich entspricht auch der des AQUA-Berichts (AQUA 2016). Eine ebenfalls defizitäre Versorgungssituation bei gleichzeitig hoher Relevanz zeigt sich für die Therapiemöglichkeit der Soziotherapie. In einer speziell auf diese Therapieform ausgerichteten S3-Leitlinie werden auf Grundlage von hochwertiger Evidenz Empfehlungen zu soziotherapeutischen Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegeben. Es wird ebenfalls die hohe Relevanz einer solchen Therapieform für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis dargelegt (DGPPN und Falkai 2013). In einer Untersuchung des IGES (2014) konnte gezeigt werden, dass nur bei 1,3 % der Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Jahr

2010 ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen wurde. Kerkemeyer et al. (2015) verweisen ebenfalls darauf, dass Soziotherapie in Deutschland bei Patienten mit F2-Diagnosen nur selten angewendet wird. In einer Richtlinie des G-BA zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-RL, ST-RL, vom 22. Januar 2015) ist dargelegt, dass ein solches Therapieangebot den Patienten den Zugang zu notwendigen ärztlichen Leistungen häufig erst ermöglicht.

### 5.3 Nicht selektierte Qualitätsaspekte

Folgende Qualitätsaspekte wurden nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich hinsichtlich der Gründe für ihren Ausschluss beschrieben:

- *Diagnostik*
- *Angebot zur Unterstützung von Angehörigen*
- *Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung*

Die selektierten Qualitätsaspekte werden in Abschnitt 5.2 erläutert.

#### Qualitätsaspekt *Diagnostik*

Unter Diagnostik werden im spezifischen Kontext der Schizophrenie oder der schizotypen und wahnhaften Störungen zwei unterschiedliche Sachverhalte verstanden.

Zum einen handelt es sich bei dem Begriff um die eigentliche Diagnostik im Sinne der Durchführung spezifischer Untersuchungen, die dazu dienen, eine F2-Diagnose zu stellen. Es ist essenziell, eine grundlegende, umfassende und sorgfältige Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis durchzuführen, die auch eine ausführliche somatische Differentialdiagnostik einschließt (NCCMH 2011a, NCCMH 2014) – gerade bei Patienten mit einer Erstmanifestation, aber auch bei jedem erneuten stationären Aufenthalt. Die Stellung einer F2-Diagnose muss im weiteren Verlauf der Erkrankung immer wieder überprüft werden. Die Diagnostik wird in mehreren Leitlinien ausführlich dargelegt, sowohl hinsichtlich der Personen, die die Diagnostik durchführen sollen, als auch hinsichtlich der zu diagnostizierenden Dimensionen und der somatischen Untersuchungen (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Hasan et al. 2012, DGPPN und Falkai 2013). Die Darstellungen der Fachärzte in den Einzelinterviews hinsichtlich der Durchführung der Diagnostik entsprechen denen einer leitliniengerechten Behandlung. Dass es für die Patienten von großer Relevanz ist, eine gesicherte Diagnose zu erhalten, haben mehrere qualitative Studien zum Erleben der Versorgung von Patienten festgestellt. Häufig wird die Mitteilung der Diagnose als Erlösung empfunden und als Ausgangspunkt, Hilfe für die Erkrankung zu erhalten, gesehen (Boydell et al. 2010, Howe et al. 2014, Loughland et al. 2015, Allard et al. 2016). Zudem finden sich Hinweise, dass Patienten selbst wenig darüber wissen, wie die Diagnose erstellt wurde (Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011). In durchgeführten Literaturrecherche zum Qualitätsmodell zeigt sich, dass in den Leitlinien zwar der systematische Ablauf der Diagnostik beschrieben wird, aber keine deutlichen Hinweise oder Belege zu wesentlichen Verbesserungsbedarfen und -potenzialen bei der Durchführung der notwendigen diagnostischen Maßnahmen genannt werden.

Zum anderen wird in der Literatur (Nolting et al. 2016, Lambert et al. 2016) und in der sich aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie der DGPPN die rechtzeitig einzuleitende Diagnostik im Sinne einer Früherkennung als ein zu fokussierender Bereich thematisiert. Eine frühzeitige Diagnostik – insbesondere schon während der Prodromalphase – kann die Behandlungsqualität verbessern (Lambert et al. 2016). Hierfür ist bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose die zeitnahe Überweisung in ein Früherkennungszentrum, zu einem Facharzt oder in eine psychiatrische Ambulanz notwendig (siehe die aktuell in der Überarbeitung befindliche Leitlinie der DGPPN). Gerade die rechtzeitige Diagnostik und die daraus folgende frühzeitige Behandlung einer beginnenden Schizophrenie verbessert die Prognose schizophrener Erkrankungen signifikant (Nolting et al. 2016). Bei Nolting et al. (2016) findet sich auch der Hinweis darauf, dass eine Früherkennung systematisch und flächendeckend noch optimierbar sei. Trotz der großen Bedeutung ist auch die Diagnostik im Sinne einer Früherkennung nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen worden, da dies trotz Hinweise auf Verbesserungspotenziale nicht durch die aktuell vorliegende Beauftragung abgedeckt werden kann, die ausdrücklich Patienten, bei denen eine F2-Diagnose vorliegt, also Patienten, bei denen sich die Erkrankung manifestiert hat, adressiert. Maßnahmen zur Früherkennung werden vor der Stellung der eigentlichen Diagnose im Sinne einer ICD-Kodierung durchgeführt, die für das QS-Verfahren *Schizophrenie* jedoch die Grundlage darstellt.

Da keine deutliche Hinweise oder Belege zu wesentlichen Verbesserungsbedarfen und -potenzialen bei der Durchführung der notwendigen diagnostischen Maßnahmen ableitbar sind und Diagnostik im Sinne einer Früherkennung nicht innerhalb der vorliegenden Beauftragung abbildbar sind wird der Qualitätsaspekt *Diagnostik* nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen.

Die in der Literatur als defizitär beschriebene Kommunikation der Diagnose an den Patienten ist in Abschnitt 5.2.2 innerhalb der Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* beschrieben und damit im Qualitätsmodell adressiert.

### **Qualitätsaspekt Angebot zur Unterstützung von Angehörigen**

Angehörige können Patienten langfristig Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung bieten. Sie können aber auch selbst Betroffene der Erkrankung sein und unterliegen mitunter einem erhöhten Risiko u. a. für stressbedingte Erkrankungen (Fleischhacker et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, Weich et al. 2012). Werden Angehörige in die Versorgung einbezogen, können die medikamentöse Adhärenz der Patienten verbessert sowie Rückfälle und stationäre Aufenthalte vermieden werden (Cañas et al. 2013, Fleischhacker et al. 2014). Stimmt ein Patient zu, dass auch seine Angehörigen an der Behandlung beteiligt werden sollen, so ist der Ausgangspunkt für eine leitliniengerechte Behandlung die Einbeziehung der Angehörigen über Psychoedukation. Ziel ist es, das Krankheitsverständnis und die Fähigkeit der Angehörigen zur Bewältigung von Problemen mit der Erkrankung und dem Patienten gezielt auszubilden. Eine solche psychoedukative Einbeziehung der Angehörigen wird von einigen Leitlinien auch im Rahmen einer Familieninterventionen/-betreuung empfohlen (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013, Dixon et al. 2010, NCCMH 2011b, DNQP 2009). Die Notwendigkeit, Angehörige einzubeziehen, wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten leitliniengestützten Interviews thematisiert und bestätigt:



*Ja, Angehörige beziehen wir mit ein, weil der Erfolg der Therapie ganz erheblich mit von der Unterstützung des Umfelds abhängt, und das sind häufig eben die Angehörigen. [...] Mittel- oder langfristig – wir haben ja ein bisschen mehr Zeit als im Krankenhaus – ist es schon, die mit einzubeziehen, insbesondere in der Hinsicht, dass das eben auch da – ganz ähnlich wie für den Patienten – die Sache einordnungsbar wird ist, dass es eben ein biologisches Krankheitsmodell gibt, dass es eine Therapieform gibt, dass es keine Gesundung gibt, dass es chronisch ist und dass man aus dem Ganzen eben trotzdem viel machen kann. (I01: 29)*

Qualitative Studien zum Patientenerleben in der Behandlung geben zudem Hinweise, dass sowohl Angehörige als auch Patienten eine angehörigenspezifische Aufklärung und Unterstützung für sinnvoll erachten (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011). Auch im Rahmen der Einzelinterviews mit Ärzten und Therapeuten wurde die Notwendigkeit von Psychoedukation für Angehörige thematisiert:

*Die Angehörigen machen sich Sorgen, die suchen oft von sich aus schon das Gespräch. Wenn dem nicht so ist, kontaktieren wir die und bestellen die ein. Dann führen wir in der Regel ein gemeinsames Gespräch [...]. (I10: 20)*

In der untersuchten Literatur zeigt sich neben der Relevanz, Angehörige einzubeziehen, auch, dass Maßnahmen hierfür, wie beispielsweise eine Psychoedukation für Angehörige, in den USA weniger als 5 % der betroffenen Angehörigen erhalten (Fleischhacker et al. 2014).

Angehörige spielen in der Versorgung des Patientenkollektivs sowohl als Co-Therapeuten als auch als Mit-Betroffene der Erkrankung eine zentrale Rolle. Die Unterstützung der Angehörigen in ihrer co-therapeutischen Rolle wird in den Qualitätsaspekten zur *Kontinuität, Koordination und Kooperation*, zum *Entlassungsmanagement*, zur *Psychoedukation* sowie im Qualitätsaspekt zur *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* berücksichtigt. Da das beauftragte QS-Verfahren aber auf die Versorgung des Patientenkollektivs ohne direkte Adressierung der Angehörigen abzielt, kann der Qualitätsaspekt der Unterstützung von Angehörigen im Sinne ihrer eigenen Betroffenheit durch die Erkrankung im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell nicht berücksichtigt werden.

### **Qualitätsaspekt Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung**

Der Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung ist von hoher Bedeutung für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen generell und mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis insbesondere und die Qualität des Aspekts hat einen erwiesenen Einfluss auf das Therapieergebnis (Tunner und Salzer 2006, AQUA 2015). In der Literatur wird hier beispielhaft oftmals der positive Einfluss einer guten therapeutischen Beziehung auf die Adhärenz des Patienten insbesondere bei der pharmakologischen Therapie beschrieben (Phillips und McCann 2007, Liersch-Sumskis et al. 2015, Das et al. 2014). Es handelt sich hierbei jedoch, wie auch im AQUA-Bericht zur ambulanten Psychotherapie aufgezeigt, um eine sehr persönliche

und individuelle Ausprägung eines hochkomplexen Konstrukts der Interaktion zwischen dem Patienten und seinem Behandler (AQUA 2015). Die Qualität der therapeutischen Beziehung beruht in erheblichem Umfang auch auf individuellen Unterschieden und Persönlichkeitseigenschaften der Therapeuten und wird ebenso durch Charakteristika und des Patienten beeinflusst (AQUA 2015). Hieraus ergibt sich in Übereinstimmung mit dem Bericht zur ambulanten Psychotherapie des AQUA (2015), der diese Thematik ebenfalls evidenzbasiert aufgearbeitet hat, die Einschätzung, die therapeutische Beziehung nicht in das Qualitätsmodell aufzunehmen. Die sehr individuellen verschiedenen Einflussfaktoren sind schwer erhebbar und es ist grundsätzlich fraglich, ob Faktoren, die in einem erheblichem Maße durch Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst werden, grundsätzlich dafür geeignet sind, Qualität von Versorgungsleistungen zu unterscheiden (AQUA 2015). Dennoch fließt die therapeutische Beziehung indirekt in die Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung* und *Psychoedukation* mit ein. Dies bestätigt sich auch in der Literatur, die die Aufklärung des Patienten als die Grundlage für eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreibt (Weich et al. 2012).

#### **5.4 Reflexion des Qualitätsmodells und Beurteilung des AQUA-Indikatorensets**

Das erste Treffen mit den Experten fand am 29. November 2016 in den Räumen des IQTIG in Berlin statt. Einer der Experten war kurzfristig verhindert. So nahmen 14 Experten an der Veranstaltung teil.

Bei diesem ersten Treffen wurden den Experten die Beauftragung des IQTIG zu einer Neuausrichtung des vom AQUA-Institut vorentwickelten QS-Verfahrens *Schizophrenie* erläutert und die Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklungen dargestellt. Danach wurde in das Konzept des Qualitätsmodells und in das methodische Vorgehen des IQTIG eingeführt. Hervorgehoben wurde dabei, dass im ersten Schritt aus der Literatur, den Fokusgruppen und den leitfadengestützten Interviews relevante Qualitätsaspekte der Versorgung von Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen abgeleitet wurden. Weiter wurde den Experten erläutert, dass in einem zweiten Schritt aus diesen Qualitätsaspekten eine Auswahl getroffen wurde, die in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell des IQTIG übernommen wurden. Diese Selektion wurde, so weiter die Darstellung im Gremium, wesentlich geleitet von den Verbesserungsbedarfen und -potenzialen der bereits zuvor als relevant identifizierten Qualitätsaspekte. Anschließend wurde den Experten das Qualitätsmodell mit den ausgewählten Qualitätsaspekten präsentiert. Es gab Gelegenheit, sowohl die selektierten als auch die nicht selektierten Qualitätsaspekte zu besprechen und die konkreten inhaltlichen Ausprägungen zu erläutern. Bei der Diskussion zeigte sich, dass trotz unterschiedlicher beruflicher Erfahrungen und verschiedener professioneller Perspektiven, die Auswahl der Qualitätsaspekte seitens der Experten nachvollzogen werden konnte. Aufgrund der Reflexion konnte ein gemeinsames Verständnis des Qualitätsmodells erreicht werden. Das Expertengremium teilte die Auffassung, dass insbesondere der Einbezug qualitativer Methoden in Form von Fokusgruppen und Interviews zu wichtigen Differenzierungen, Ergänzungen und Schwerpunktverschiebungen der qualitätsrelevanter Themen im Vergleich zu den Qualitätspotenzialen des AQUA-Berichts bewirkten. Insgesamt wird das Set

der gesamten ausgewählten Qualitätsaspekte als ausgewogen und umfänglich die Versorgung abbildend von den Experten akzeptiert.

Anhand der selektierten Qualitätsaspekte sollten die Experten die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren beurteilen. Hierfür wurden in einem ersten Schritt die Qualitätsindikatoren den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zugeordnet. Jeder einzelne Qualitätsindikator wurde differenziert diskutiert. Nach jeder Diskussion wurde offen per Handzeichen über die Zuordnung zu einem Qualitätsaspekt abgestimmt. Eine eindeutige Zuordnung zu einem selektierten Qualitätsaspekt war in der Mehrzahl der Fälle möglich. Es gab drei Qualitätsindikatoren, die theoretisch mehreren Qualitätsaspekten zugeteilt werden könnten, aber nach erneuter Diskussion und Abstimmung ergab sich auch für diese eine eindeutige Zuordnung. Fünf AQUA-Indikatoren wurden keinem der selektierten Qualitätsaspekte zugeordnet und gingen damit nicht in die spätere Bewertung ein. All diese Entscheidungen erfolgten im Konsens der Experten.

Tabelle 7: Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Verfahrensspezifische Qualitätsaspekte	AQUA-Indikatoren
Kontinuität, Koordination und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Indikator-ID: 08c)</li> <li>▪ Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme (Indikator-ID: 43)</li> <li>▪ Einbezug von Angehörigen (Indikator-ID: 70_a)</li> <li>▪ Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung (Indikator-ID: 103)</li> <li>▪ Gesprächsangebote für Angehörige (Indikator-ID: 104)</li> </ul>
Entlassungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator ID: 01e)</li> </ul>
Information und Aufklärung	Keine
Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muttersprachliche Kommunikation (Indikator-ID: 85)</li> </ul>
Psychoedukation	Keine
Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsvereinbarungen (Indikator-ID: 34)</li> </ul>
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Keine
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (Indikator-ID: 19)</li> </ul>

Verfahrensspezifische Qualitätsaspekte	AQUA-Indikatoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Indikator-ID: 20b)</li> <li>▪ Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung (Indikator-ID: 21a)</li> <li>▪ Dokumentation des Körpergewichts (Indikator-ID: 22_a)</li> <li>▪ Kontrolluntersuchungen (Indikator-ID: 59)</li> <li>▪ Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a)</li> </ul>
Psychotherapie (stationär/PIA)	Keine
Suizidalität – Umgang und Prävention	Keine
Komorbidität Sucht	Keine
Somatische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Indikator-ID: 31_a)</li> </ul>
Restriktive Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Zwangsmedikation betroffene Patienten (Indikator-ID: 36)</li> <li>▪ Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall (Indikator-ID: 39a)</li> <li>▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a)</li> <li>▪ Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten (Indikator-ID: 61)</li> <li>▪ Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 80)</li> </ul>
Veränderung der Symptombelastung	Keine
Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus	Keine
Teilhabe	Keine
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme (Indikator-ID: 05a)</li> <li>▪ Anbieten von Psychotherapie – ambulant (Indikator-ID: 67b)</li> </ul>

Bei den fünf AQUA-Indikatoren, die keinem der Qualitätsaspekte zugeordnet werden konnten, handelt es sich überwiegend um Indikatoren der Strukturqualität auf Personalebene:

- Körperliche Übergriffe (Indikator-ID: 35)
- Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen (Indikator-ID: 49)
- Deeskalationstraining – stationär (Indikator-ID: 50c)
- Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (Indikator-ID: 57)
- Unterbringungen (Indikator-ID: 62)

Insbesondere Fragen der Personalausstattung, sei es direkt oder implizit, sollen durch das entwickelte Qualitätsmodell ausdrücklich nicht adressiert werden.

In der Diskussion des Expertengremiums wurde deutlich, dass die durch diese Indikatoren adressierten Inhalte zudem vorrangig im Prozess der Richtlinienerstellung für verbindliche Mindestvorgaben, was die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal angeht, entsprechend dem PsychVVG verortet sind.

Im AQUA-Abschlussbericht werden acht Qualitätspotenziale, die Grundlage für die damals folgenden Entwicklungsleistungen waren, beschrieben. Diese waren im Einzelnen:

- Koordination, Kooperation und Kontinuität
- Pharmakotherapie
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Psychotherapie
- Empowerment und Angehörigenbeteiligung
- Strukturbezogene Potenziale
- Patientenrelevante Endpunkte

Diese sind nicht nur im Vergleich zu den Qualitätsaspekten des neu entwickelten Qualitätsmodells inhaltlich höher aggregiert, sondern unterscheiden sich auch bezüglich der Themen, die sowohl von den Qualitätspotenzialen des AQUA-Berichts als auch vom IQTIG-Qualitätsmodell adressiert werden. Zusätzlich unterscheiden sich thematisch gleiche Qualitätsaspekte in inhaltlichen Details. Erwartungsgemäß konnten den Aspekten, die keine analoge Entsprechung in den AQUA-Qualitätspotenzialen haben, keine Indikatoren des AQUA-Indikatorensets zugeordnet werden. Für das AQUA-Qualitätspotenzial *Patientenrelevante Endpunkte* waren im Ergebnis vom AQUA-Institut keine Indikatoren entwickelt worden. Dem Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* konnten zwar mehrere AQUA-Indikatoren zugeordnet werden, dabei handelt es sich aber im Wesentlichen um Indikatoren, die die Angehörigenbeteiligung adressieren. Auffällig ist, dass insbesondere Qualitätsaspekte, in denen die Patientenorientierung im Vordergrund steht, kaum durch Indikatoren des AQUA-Indikatorensets inhaltlich befüllt werden konnten. Ebenso spiegelt sich die vielfach geäußerte Kritik, dass das AQUA-Indikatorenset unausgewogen ist, in der umfangreichen Zuordnung von Indikatoren zu den Aspekten *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* sowie *Restriktive Maßnahmen* wider.

In einem zweiten Schritt wurden die 22 zugeordneten AQUA-Indikatoren bewertet. Die Beurteilung der einzelnen Indikatoren sollte anhand einer patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt sowie hinsichtlich seiner Zuschreibbarkeit zu einem verantwortlichen Leistungserbringer erfolgen. Für die Bewertung wurde eine neunstufige Skala von 1 (= überhaupt nicht bedeutsam bzw. zuschreibbar) bis 9 (= sehr bedeutsam bzw. sehr gut zuschreibbar) zugrunde gelegt. Jeder der 22 Indikatoren wurde einzeln auf Grundlage der vom AQUA-Institut erstellten Indikatorenblätter beraten. Bei jedem Indikator wurde insbesondere die Beschreibung des Indikators und der Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung für die Operationalisierung diskutiert. Dabei zeigte sich, dass oftmals die inhaltliche Relevanz eines Indikators für den Qualitätsaspekt festgestellt wurde, aber die Operationalisierung kritisiert wurde. Über die Zuordnung eines jeden Indikators zu einem Qualitätsaspekt wurde nach den jeweiligen Beratungen schriftlich und geheim abgestimmt.

Das Ergebnis wurde nach der Sitzung ermittelt und den Experten schriftlich mitgeteilt. Von den 22 zugeordneten AQUA-Indikatoren wurde ein Qualitätsindikator mit der rechnerisch notwendigen Mehrheit von 75 % in beiden Dimensionen geratet. Der Indikator „Kontrolluntersuchungen“ (Indikator-ID: 59) wurde durch das Expertengremium als geeignet konsentiert und wird somit vollständig als Qualitätsindikator mit seiner gegebenen Operationalisierung in den Entwicklungsprozess eines aktualisierten Indikatorensets übernommen. Konkret misst dieser Indikator, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose durchschnittlich erhalten.

13 Indikatoren erhielten zumindest hinsichtlich der patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt eine einstimmig positive Expertenbeurteilung. Die hierin adressierten Qualitätsanforderungen (nicht aber der operationalisierte Indikator) werden bei der weiteren Entwicklung des Indikatorensets im Sinne von Qualitätsmerkmalen berücksichtigt werden.

*Tabelle 8: AQUA-Indikatoren, die als Qualitätsmerkmal in die die weitere Entwicklung einbezogen werden*

<b>Indikator-ID des AQUA-Indikators</b>	<b>Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators</b>
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators
70_a	Einbezug von Angehörigen
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator in das zu aktualisierende Set übernommen werden kann. Für neun Qualitätsaspekte kann nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden und für acht Qualitätsaspekte liegen Qualitätsindikatoren aus dem AQUA-Indikatorenset vor, die lediglich als Qualitätsmerkmal zusammen mit weiteren noch zu konkretisierenden Qualitätsmerkmalen in die weiteren Entwicklungen eingehen werden. Die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets für das zukünftige QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* machen demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

## 6 Nächste Schritte in der Verfahrensentwicklung

### 6.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells werden zunächst entsprechende Qualitätsmerkmale abgeleitet. Dies bedeutet, dass für jeden Qualitätsaspekt mehrere konkretere Ausprägungen gefunden werden, die sich zumindest theoretisch messen lassen. Dazu findet erneut eine fokussierte Literaturrecherche statt. Diese hat zwei Ziele: Zum einen sollen relevante Teilprozesse bzw. Ereignisse (Qualitätsmerkmale) für einen Qualitätsaspekt ausgemacht werden, zum anderen soll für Qualitätsmerkmale, die nicht per se unmittelbar patientenrelevant sind (z. B. Surrogatparameter; siehe Abschnitt 4.1), die Evidenz für den Zusammenhang mit dem Qualitätsaspekt ermittelt werden. Parallel findet eine ergänzende themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren statt, die als Qualitätsmerkmale in die Weiterentwicklung einfließen könnten. Am Ende dieses Schritts der Konkretisierung ergibt sich eine Vielfalt von Qualitätsmerkmalen, die für die Weiterentwicklung zu Qualitätsindikatoren prinzipiell tauglich sind. Diese werden in einem ersten Katalog sogenannter QI-Entwürfe zusammengestellt. Dabei wird jedoch sichergestellt, dass mindestens ein QI-Entwurf aus jedem Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells weiterentwickelt wird. In diesen Katalog gehen auch die aus dem AQUA-Indikatorenset positiv bewerteten Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 5.4) ein.

Nach der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale erfolgt die erste Einschätzung des externen Expertengremiums. Alle QI-Entwürfe werden von den Experten hinsichtlich folgender Eignungskriterien bewertet (siehe Abschnitt 5.4):

- patientenbezogene Bedeutung des Qualitätsmerkmals für den Qualitätsaspekt
- Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zu einem verantwortlichen Leistungserbringer

Ziel der Bewertung ist es, von den Experten eine Einschätzung, welche QI-Entwürfe für den betrachteten Versorgungsbereich am besten geeignet sind, zu erhalten, um eine zielgerichtete Reduzierung des QI-Katalogs zu ermöglichen. Im Zuge der Operationalisierung der geeigneten QI-Entwürfe werden vom IQTIG die jeweils relevante Grundgesamtheit der Patienten sowie die für die Qualität relevanten Merkmalsausprägungen definiert. Des Weiteren wird vom IQTIG festgelegt, mit welchem Erfassungsinstrument (fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) die QI-Entwürfe erhoben werden sollen.

Im Anschluss an die Operationalisierung der QI-Entwürfe werden diese dem Expertengremium zur Kommentierung vorgelegt und gemeinsam mit den Experten weiter optimiert. Am Ende der Operationalisierung steht damit ein umfassendes Set an messbaren Qualitätsindikatoren für das künftige QS-Verfahren *Schizophrenie*.



## 6.2 Entwicklung einer Patientenbefragung in Verbindung mit entsprechenden Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, die durch eine Patientenbefragung adressiert werden sollen, bestimmen die Entwicklung eines verfahrensspezifischen, standardisierten und validierten Fragebogens. Aus methodischen und inhaltlichen Gründen wird keine Zufriedenheitsmessung durchgeführt. Die Befragung stützt sich vielmehr auf faktenorientierte Ansätze, bei denen konkrete Patientenerfahrungen (Patient-Reported-Experiences) und Behandlungsergebnisse (Patient-Reported-Outcomes) im Fokus stehen.

Die Entwicklung einer Patientenbefragung zielt zunächst analog zur QI-Entwicklung auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten darauf ab innerhalb eines Qualitätsaspekts entsprechende Qualitätsmerkmale abzuleiten. Die Qualitätsmerkmale bilden die Grundlage für die Konstruktion der Fragebogenitems, anhand derer die späteren Qualitätsindikatoren definiert werden. In dieser explorativen Phase der Itemgenerierung finden eine vertiefende Literaturrecherche und die Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten und Gesundheitsfachkräften statt. Den Abschluss der explorativen Phase bildet die Beratung durch ein separates Expertengremium. Über die Beteiligung des Expertengremiums soll eine Einschätzung von Qualitätsmerkmalen als Entwicklungsvorstufen der späteren Qualitätsindikatoren erfolgen, die über einen Patientenfragebogen operationalisiert werden.

Der Entwurf des Fragebogens wird anschließend mit konkreten Items für die ausgewählten Qualitätsmerkmale erstellt und in der Phase der Fragebogenoptimierung über kognitive Pretestung angepasst. Die Fragebogenentwicklung endet mit einem Standardpretest.

## 6.3 Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

In einer ersten, noch zu vertiefenden Prüfung der Qualitätsaspekte hinsichtlich geeigneter Datenquellen für die Erhebung der entsprechenden Indikatoren zeigt sich, dass die Patientenbefragung nicht die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen ergänzt, sondern eine gleichberechtigt erforderliche Datenquelle zur Erfassung der Versorgungsqualität von Patienten mit einer F2-Diagnose ist. Tabelle 9 stellt die vorläufige Zuordnung der Datenquellen zu den einzelnen Qualitätsaspekten dar. Eine endgültige Festlegung der Datenquelle kann erst zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt auf Merkmalebene erfolgen.

Tabelle 9: Übersicht der vorläufigen Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Information und Aufklärung	Patientenbefragung

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär/PIA)	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Somatische Versorgung	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Veränderungen der Symptombelastung	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Teilhabe	Patientenbefragung
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen

## 7 Anhang

### 7.1 Expertengremium Schizophrenie – Kurzporträts der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Kriterien für die Auswahl der Experten für das Expertengremium Schizophrenie liegen zum einen auf der individueller Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärzte – Psychologen – Pflege – Wissenschaftler), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
<b>Fachärztliche Expertise</b>		
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ von 1991 bis 2016 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</li> <li>▪ bis 9/2016 Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung – Das Forschungsinstitut des LVR-Klinikverbundes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fach- und Uniklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich</li> <li>▪ seit 1993 im Referat Qualitätssicherung der DGPPN, Erstellung von Leitlinien</li> <li>▪ Forschungsschwerpunkte: Therapie und Verlauf schizophrener Störungen, Klinische Psychopharmakologie, Klinische Psychophysiologie, Experimentelle Psychopathologie, Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Stigmaforschung</li> </ul>
Dr. med. Iris Hauth	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatz Psychotherapie</li> <li>▪ Fachärztin für psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Grundversorgung, regionale Organisation von psychiatrischer Versorgung</li> </ul>

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitsmanagement/EFQM-Qualitätsmanagement</li> <li>▪ seit 2008 Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin des St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee</li> <li>▪ 2014-2016 Präsidentin der DGPPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitwirkung an der S3-Leitlinie NVL – unipolare Depression</li> </ul>
Prof. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatz Verhaltenstherapeut</li> <li>▪ seit 2006 Ärztlicher Direktor und Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktisch (Grundversorgung)</li> <li>▪ (wissenschaftlich medizinisch-biologisch)</li> </ul>
Dr. med. Karolina Leopold	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ seit 2004 ambulant, teilstationär, stationär tätig</li> <li>▪ seit 2014 Leiterin der PIA und des Frühinterventions- und Therapiezentrum (FrITZ) für psychotische Erkrankungen Klinikum Am Urban, Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedergelassen: PIA</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung PIA und FrITZ, praktische Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssettings</li> <li>▪ Mitarbeit an der Erstellung und Aktualisierung der S3- Leitlinie für bipolare Störungen</li> </ul>
Alicia Navarro-Urena	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ seit 1993 niedergelassen, Versorgung insbesondere schizophrener, depressiver und psychosomatisch erkrankter Patienten, regelmäßige Gruppen- und Gesprächstherapie (Psychoedukation, psychosoziales Training, Kommunikationstraining)</li> <li>▪ 2013 Gründung eines fachspezifischen Ärztenetzes zur Verbesserung komplex kranker Pat. (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin/BB) und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedergelassen: vertragsärztliche Versorgung</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung, Gestaltung von Versorgung (Qualitätszirkel/Fortbildungen/Ärztendorf etc.)</li> </ul>

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<p>der Psychiatrie Initiative Berlin-BB (Home-Treatment mit interner Qualitätssicherung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Qualitätszirkel, Mitgründung der Deutschen Gesellschaft für Psychosen/Psychotherapie (Charité)</li> </ul>	
Dr. med. Bettina Wilms	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>▪ 1997 bis 2002 ärztliche Leitung der Tagesklinik der Uniklinik Leipzig</li> <li>▪ 2004 bis 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Südharz-Klinikum Nordhausen</li> <li>▪ seit 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Querfurth</li> <li>▪ 2009 Mitinitiatorin des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Grundversorgung, Akutklinik</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung</li> <li>▪ Kenntnisse im Bereich Integrierte Versorgung</li> </ul>
<b>Psychologische Expertise</b>		
Frau PD Dr. Pitschel-Walz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologin, Promotion und Habilitation zu Schizophrenie, seit 1982 wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin</li> <li>▪ seit 2008 Leitung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Uniklinik</li> <li>▪ urbane Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich, insbesondere zu Schizophrenie und Psychoedukation</li> <li>▪ Mitarbeit am Aktualisierungsprozess der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“</li> </ul>

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Herr Kristof Hückstädt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologe, wissenschaftlicher Mitarbeit der Hochschulambulanz an der Technischen Universität Braunschweig</li> <li>▪ seit 2004 psychotherapeutisch tätig (als Stationspsychologe, 2,5 Jahre ambulant psychotherapeutisch an Hochschulambulanz)</li> <li>▪ seit 2012 leitender Psychologe Psychiatriezentrum Königslutter, Schwerpunkt Schizophrenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie seit 2004</li> <li>▪ 2009 bis 2011 ambulant tätig</li> </ul>
PD Dr. phil. Dipl. psych. Bernd Puschner	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologe</li> <li>▪ seit 2003 Senior Researcher, Leiter der Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm</li> <li>▪ Habilitation „Prozess-Ergebnis-Forschung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Universität Ulm</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (u. a. Beurteilung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mittels Outcome-Fragebögen; Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen, Empowerment, Implementierung von klinischen Entscheidungen in die Routineversorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen; Ergebnismessung in der Psychiatrie mit Routinedaten; Ost-West-Vergleich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis)</li> </ul>
<b>Pflegerische Expertise</b>		
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenschwester (für Psychiatrie und Psychotherapie), Pflegewissenschaftlerin (BScN), Pflegedienstleitung</li> <li>▪ seit 2001 Verbundleitung des Psychiatrieverbund Nordwestpfalz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär/ambulant</li> <li>▪ urbane/ländliche Region im Verbund (Raum Kaiserslautern/Nordpfalz)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Mitarbeit an Leitlinien, Evaluation von einem Projekt zur integrierten Versorgung)</li> </ul>

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seit 2013 Stiftungsprofessur für „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“</li> </ul>	
Dipl.-Pfleger Uwe Genge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Psychiatrie (seit 1992 Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)</li> <li>▪ Fort- und Weiterbildung im Masterstudiengang in Advanced Nursing Practice</li> <li>▪ seit 2002 Stabstelle für Pflegeforschung und -wissenschaft, Leitung der Fachweiterbildung für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik (Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm)</li> <li>▪ ländliche Region</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Praktiker mit langjähriger Erfahrung in der Psychiatrie</li> <li>▪ Arbeitsgruppe Psychiatrie des DBfK</li> </ul>
Frau Kristina Milewski	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 Jahre Krankenpflegerin bzw. Fachkrankenschwester, Pflegewissenschaften</li> <li>▪ seit 2014 Pflegedirektorin</li> <li>▪ Praktikerin mit Versorgungs- und Organisationserfahrung in ländlichen Gebieten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stationär: Fachklinik</li> <li>▪ ländliche Region (Großschweidnitz, Sachsen)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Erfahrung in verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant/stationär)</li> </ul>
<b>Wissenschaftliche Expertise</b>		
Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrich Frick	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diplompsychologe (4 Jahre praktische Tätigkeit, Forschungsleitung „Public Mental Health“, Schweiz)</li> <li>▪ Leitung des Forschungszentrums HSD Hochschule Döpfer, Köln (Fachbereich: Angewandte Psychologie), ext. Experte für das Inst. für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Mitglied der Kommission „Risikowahrnehmung und Risikoforschung“ des Bundesinstituts für Risikobewertung, Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hochschule</li> <li>▪ internationale Tätigkeit (insbesondere Schweiz und Österreich, Europa, Kanada)</li> <li>▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Public (Mental) Health, Biometrie, Psychologie, Risikoforschung, Suchtprävention, Lehre...)</li> </ul>

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
<b>Patientenvertreter</b>		
Christian Zechert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diplom-Soziologe, Diplom-Sozialarbeiter</li> <li>▪ 1987-2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter des E. Krankenhauses Bielefeld/von Bodelschwingsche Stiftungen, Interimstätigkeit 2006 – 2008 als Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V</li> <li>▪ Seit 2014 Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Basisdokumentation und Qualitätssicherung</li> <li>▪ Redakteur der Zeitschriften „Soziale Psychiatrie“ und „Psychosoziale Umschau“</li> <li>▪ Langjähriger Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Bielefeld und Hannover</li> <li>▪ Große Vertrautheit mit Behandlungs- und Betreuungssituation auf individueller wie auch struktureller Ebene</li> </ul>
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediziner und Soziologe</li> <li>▪ 1978-2008 Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen, Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg</li> <li>▪ 1990-2012 Mitglied im Fachausschuss Forschung der Dt. Gesellschaft für Soziale Psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 2010 Patientenvertreter im G-BA, nominiert von der Dt. AG Selbsthilfegruppen e.V.</li> </ul>



## 7.2 Ablauf Bewertung Interessenkonflikte

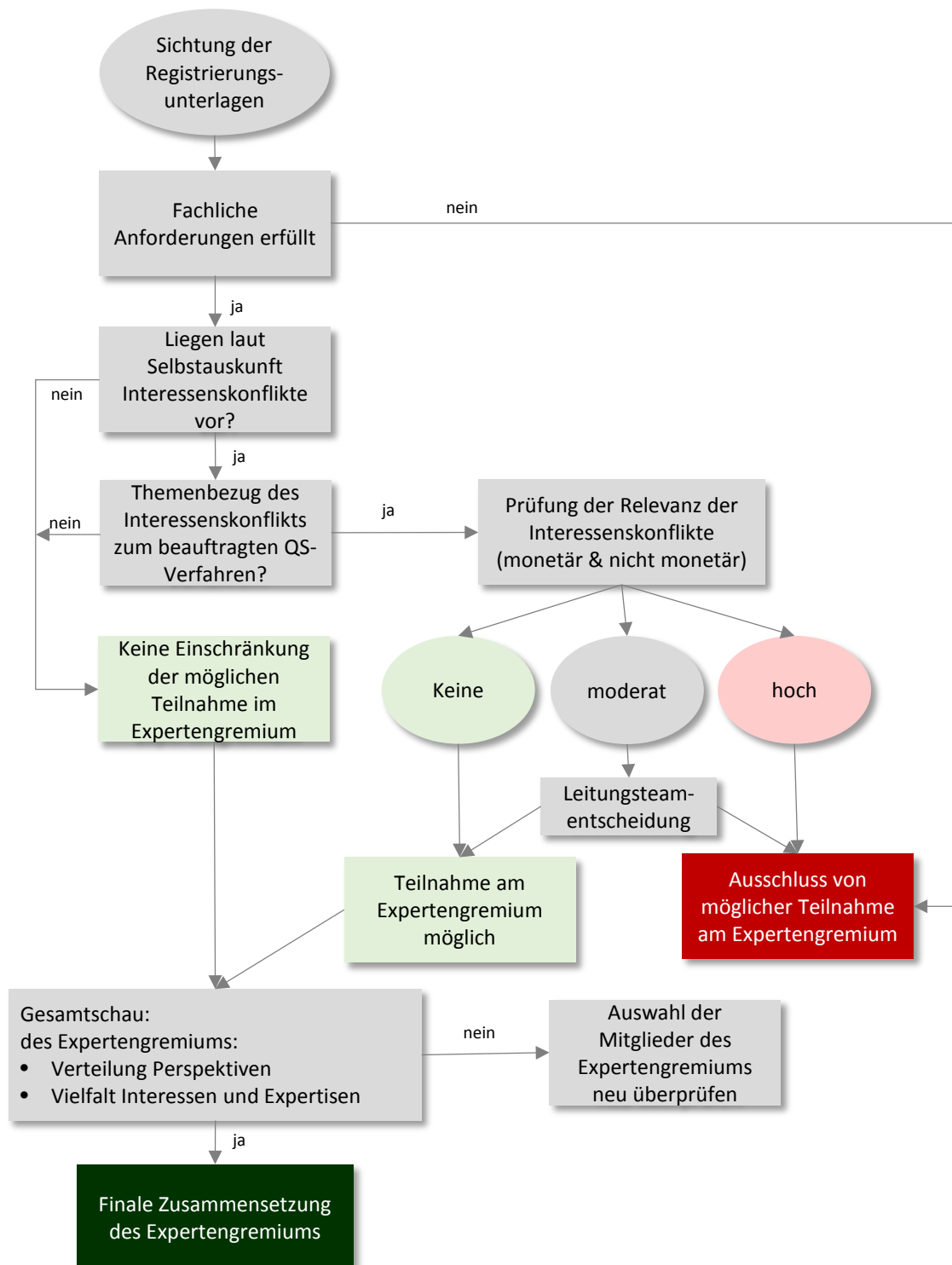


Abbildung 3: Ablauf Bewertung Interessenkonflikte

### 7.3 Überblick der eingeschlossenen Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie der eingeschlossenen Studien

Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
Barnes und BAP (2011) BAP 2011	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Evidence Based Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Empfehlungen zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Frühintervention mit Vorschlägen zu Medikation</li> <li>Behandlung der Ersterkrankung</li> <li>Behandlung von akuten Episoden bei chronischen Verläufen</li> <li>Erhaltungstherapie</li> <li>Adhärenzförderung</li> </ul>	Patienten mit Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personen, die die Pharmakotherapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen</li> <li>auch Interessierte Angehörige und Betreuer von Patienten mit Schizophrenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsensusprozess im Expertenverfahren</li> <li>Einschätzung der Evidenz analog GRADE-Verfahren</li> </ul>
Brown (2012) AOTA 2012	American Occupational Therapy Association, USA	Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Severe Mental Illness	Beschäftigungstherapeuten und deren Assistenten sowie Menschen, die Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung betreuen, versorgen oder für deren Betreuung politisch verantwortlich sind, den Stellenwert von Beschäftigungstherapie zu verdeutlichen	Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	Beschäftigungstherapeuten und weitere an der Versorgung Beteiligte	systematisches Review von 1964 Literaturquellen mit Evidenzgraden von I bis III  Filterkriterien der McMasters University
CADTH (2011) CADTH 2011	Canadian Agency for Drugs and Technology in Health, Kanada	Optimal Use of Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia	Erstellung von Empfehlungen für den optimalen Gebrauch von atypischen antipsychotischen Medikamenten und Hochdosis-Behandlungsempfehlungen für Erwachsene mit	Patienten mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien, im Alter zwischen 13 und 17 Jahren sowie über 17 Jahren	Personen, die die medikamentöse Therapie von Menschen mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen vornehmen	COMPUS Expert Review Committee: Expertenmeinung von 8 Spezialisten

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
			Schizophrenie oder schizoaffektiven Psychosen, die unter Standardtherapie einen inadäquaten Behandlungserfolg erfahren			
Cooper et al. (2016) BAP 2016	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Guidelines on the Management of Weight Gain, Metabolic Disturbances and Cardiovascular Risk Associated with Psychosis and Antipsychotic Drug Treatment	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen zur Behandlungsstruktur: Anamneseerhebung, Untersuchungsinhalte und Dokumentation</li> <li>▪ Empfehlungen zu Lifestyle-Interventionen</li> <li>▪ Empfehlung zur Medikamentenevaluation, Monitoring und ggf. Medikationswechsel und Zusatzmedikationen</li> </ul>	Patienten mit psychischen Erkrankungen	Personen, die die Pharmakotherapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz analog GRADE-Verfahren</li> </ul>
DGPPN und Falkai (2013) DGPPN 2013	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutschland	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▪ Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▪ Psychiater, Psychotherapeuten, Allgemeinärzte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Krankenpflegepersonal, Personal psychiatrischer Pflegeeinrichtungen, Betreuer, weitere Beteiligte im System</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ nominaler Gruppenprozess mit Konsensusphase</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Entscheidungsträger im Gesundheitssystem</li> </ul>	
DNQP (2009) DNQP 2009	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Deutschland	Expertenstandard in der Pflege	Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.	stationär behandelte Patienten	Expertenstandard primär für Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, d. h. Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken	Der Expertenstandard basiert auf einer umfangreichen Literaturstudie.
Dixon et al. (2010) PORT PsySoc 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements	8 Behandlungsempfehlungen für psychosoziale Therapien von Patienten mit Schizophrenie	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte / Psychiater, die Patienten mit Schizophrenie behandeln	Literaturobwohlung (Review) von seit der Veröffentlichung der Vorläuferempfehlung (2004) herausgegebener Fachliteratur
Buchanan et al. (2010) PORT Psy-Pharm 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements	16 Behandlungsempfehlungen für die psychopharmakologische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte / Psychiater, die schizophran erkrankte Patienten mit Psychopharmaka behandeln	Literaturobwohlung (Review) von über 400 Fachartikeln
Hasan et al. (2012) WFSBP Acute 2012	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	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	Sicherstellung der Akutbehandlung nach evidenzbasierten Gesichtspunkten und Sicherung der Behandlung Therapieresistenter nach evidenzbasierten therapeutischen Gesichtspunkten	Patienten mit Schizophrenie (ICD- oder DSM-IV-Kriterien)	Ärzte, Psychiater, die Patienten mit akuter Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinie von 2005 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
Hasan et al. (2013) WFSBP Long 2013	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	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	Sicherstellung der Langzeitbehandlung von Patienten mit Schizophrenie unter evidenzbasierten Gesichtspunkten sowie evidenzbasiertes Management antipsychotika-induzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte, Psychiater, die langfristig Patienten mit Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinie von 2006 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level
(Hasan et al. 2015) WFSBP 2015	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Sicherstellung der angemessenen Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedingungen bei Patienten mit Schizophrenie (unter evidenzbasierten Gesichtspunkten): Depression, Suizidalität, Suchterkrankung (legale und illegale Drogen) sowie Schwangerschaft und Stillzeit	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte, die Patienten mit Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinien von 2005 und 2006 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level
Kaiser et al. (2016) SGPP 2016	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Schweiz	SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Empfehlungen zu Diagnosestandards, Akut- und Dauerbehandlung, Pharmakotherapie, Komplikationsmanagement, weitere Behandlungsverfahren	Patienten mit Schizophrenie	Psychiater und andere Ärzte	k. A.
MOH (2011) MOH 2011	Ministry of Health, Singapur	Schizophrenia	Behandlungsempfehlungen zu: Akutbehandlung, Erhaltungsmedikation, Management von Therapieresistenz, Zusatzmedikation, psychosozialen Interventionen, Behandlung während der Schwangerschaft	Patienten mit Schizophrenie	für die medizinische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie Verantwortliche/Ärzte von Patienten mit Schizophrenie	Evidenzbeurteilungssystem analog GRADE-System

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
NCCMH (2011a) NICE CG120 2011	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis with Coexisting Substance Misuse	Beurteilung der Behandlung aus der Nutzer-/Angehörigensperspektive, Bewertung des Versorgungsmodells, der psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen, Entwicklung von Best-practice-Behandlungsempfehlungen	Patienten mit einer psychotischen Erkrankung und mit Substanzmissbrauch	primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Psychosen und gleichzeitig bestehendem Substanzmissbrauch behandeln und/oder betreuen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>
NCCMH (2011b) NICE CG136 2011	National Institute for Health and Care Excellence, England	Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services: Guidance (CG136)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung von Qualitätsstandards für die Behandlung mit dem Ziel der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit</li> <li>▪ Identifikation von Qualitätsmaßnahmen, die das Ziel erreichen helfen</li> <li>▪ Identifikation von Verbesserungspotenzialen</li> <li>▪ Identifikation von Bereichen mit weitergehendem Forschungsbedarf</li> </ul>	erwachsene Klienten von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen	an der Versorgung von psychisch kranken Menschen beteiligte Personen in primärer, sekundärer und tertiärer Ebene und Personen mit politisch-organisatorischen Entscheidungsbefugnissen sowie Soziotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>
NCCMH (2012) NICE CG133 2012	National Institute for Health and Care Excellence, England	Self-Harm in Longer Term Management NICE CG 133	Empfehlungen zu Diagnose und Erfassung und psychologisch und psychosozialer Behandlung sowie Pharmakotherapie, Risikoreduktion und Prävention	Menschen mit selbstverletzendem Verhalten	an der Versorgung von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten beteiligte Personen in primärer, sekundärer und tertiärer Ebene sowie weitere direkt oder indirekt an der Versorgung beteiligte Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
NCCMH (2014) NICE CG178 2014	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis and Schizophrenia in Adults (CG178)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs sowie des Engagements für die Behandlung und Betreuung für Menschen mit Schizophrenie und Psychosen</li> <li>▪ Bewertung der Bedeutung von spezifischem psychologischen, psychosozialen und psychopharmakologischen Interventionen</li> <li>▪ Integration von Best-practice-Anweisungen in die Behandlung</li> <li>▪ Entwurf von Best-practice-Behandlungsempfehlungen</li> </ul>	Menschen mit Schizophrenie oder Psychosen	primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Schizophrenie direkt behandeln/betreuen oder an Behandlungs-/Betreuungsentscheidungen mit beteiligt sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>
NCCMH (2015) NICE NG10 2015	National Institute for Health and Care Excellence, England	Violence and Aggression: Short Term Management in Mental Health, Health and Community Settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und aggressivem Verhalten</li> <li>▪ Entwicklung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen auf psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Ebene</li> <li>▪ Beurteilung der Interventionen und Integration von Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung</li> <li>▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen</li> </ul>	Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit psychischer Erkrankung und aggressivem Verhalten, die in einer psychiatrischen Einrichtung versorgt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: Teilnehmer an der gesundheitlichen Versorgung auf primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene und Personen in der Versorgung mit direktem Kontakt, Entscheidungsgewalt oder Behandlungsauftrag für Patienten</li> <li>▪ indirekt: Sozialtherapeuten, Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
SIGN (2013) SIGN 2013	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Schottland	Management of Schizophrenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs und der primären Versorgung, Familienbetreuung, Psychoedukation, zielgerichtete Pharmakotherapie, Monitoring, Evaluation</li> <li>▪ psychologische Therapie: kognitive Verhaltenstherapie, Skills Training</li> </ul>	Patienten mit Schizophrenie	Psychiater, Psychologen, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegende, Allgemeinärzte und Apotheker, Erkrankte und Angehörige/Betreuende	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>
Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012) AVALIA-T 2012	Galician Agency for Health Technology Assessment, Ministry of Health, Spanien	SNS: Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour	<p>Empfehlungen zur Beurteilung und zum Management von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikofaktorenbestimmung von suizidalem Verhalten</li> <li>▪ Suizidalität in der primären Krankenbehandlung, der Notfall- und der spezialisierten Versorgung</li> <li>▪ Empfehlungen zur Prävention</li> <li>▪ Generalprävention, Screening, Risikogruppenanalyse, Interventionen, klinische Interventionen</li> <li>▪ diagnostische und therapeutische Empfehlungen</li> </ul>	Menschen mit einem Risiko für suizidales Verhalten	alle an der Gesundheitsversorgung der Patienten beteiligten Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SIGN Levels of Evidence</li> <li>▪ GRADE-System</li> </ul>

k. A. = keine Angabe



Tabelle 11: Charakteristika der eingeschlossenen HTAs

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Abou-Setta et al. (2012) AHRQ 2012	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA	Ziel war ein Vergleich von Antipsychotika der ersten Generation (FGAs) mit Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizophrenie-bedingten Psychosen oder bipolaren Störungen, mit einem Schwerpunkt auf Krankheitssymptomen, funktionellen Ergebnissen, die Kontaktfrequenz zum Gesundheitswesen und unerwünschte Ereignisse.	Erwachsene (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizotypen Störungen oder bipolarer Erkrankung	Es wurde eine umfassende Recherche in 10 elektronischen Datenbanken bis Juli 2011 durchgeführt. Die Handsuche umfasste Konferenzbeiträge, klinische Studienregister und Referenzlisten einschlägiger Studien. Experten und Autoren einschlägiger Studien wurden befragt. Es wurden 113 Studien zu Schizophrenie (22 vergleichende Studien) und 11 Studien zur bipolaren Störung (6 vergleichende Studien) berücksichtigt. Eine Studie umfasste beide Erkrankungen. Klinische Versuche (n = 123) hatten ein nicht beurteilbares (63 %) oder hohes (37 %) Risiko von Verzerrung. Kohortenstudien (n = 2) hatten eine gute methodische Qualität.
Boucher und Nkansah (2010) CADTH 2010	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie schneidet eine Kombinationstherapie mit atypischen Antipsychotika (einschließlich der Verwendung eines atypischen oder eines traditionellen Neuroleptikums als zusätzliches Medikament) im Vergleich mit einer Monotherapie mit atypischen Neuroleptika im Hinblick auf den klinischen Nutzen und unerwünschter Wirkungen ab?</li> <li>2. Wie ist die klinische Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika in Hochdosistherapie (definiert als die Verwendung von Tagesdosen am oberen Ende oder über dem maximal empfohlenen Dosisbereich)?</li> </ol>	Jugendliche (13 bis 17 Jahre) und Erwachsene (ab 17 Jahre) mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien	beschränkte Literaturrecherche: englische Originalartikel zwischen 2005 und 2010, Verwendung des Oxman Guyatt Tools zur Qualitätsmessung der systematischen Reviews, Nutzung der Jadad scale zur Qualitätsmessung der randomisiert-kontrollierten Studien; insgesamt wurden 15 Studien, die die beiden Untersuchungsfragen betreffen, in die Synthese einbezogen

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Tran und Spry (2009) CADTH 2009	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	Evaluation der zu beurteilenden Fragen: Wie ist die klinische Wirksamkeit der Gruppentherapie im Hinblick auf Interventionen zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie mit der Perspektive, funktionelle und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern und die Hospitalisierungsrate zu reduzieren?	Patienten mit Schizophrenie	3 systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen; 10 Artikel, die insgesamt 9 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) beschreiben sowie eine kontrollierte klinische Studie wurden identifiziert; angesichts der Zahl von relevanten systematischen Reviews und RCTs wurden Beobachtungsstudien in der kritischen Bewertung dieses Berichts nicht berücksichtigt

Tabelle 12: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington (2009)	Kanada	Bestimmung von Best-practice-Inhalten für die Behandlung von psychotischen Erstepisoden	deskriptiver Übersichtsbeitrag	Patienten mit Schizophrenie	-
Addington et al. (2007)	Kanada	Operationalisierung von Performance-Maßnahmen zur Beurteilung der Versorgungsqualität bei Erstepisoden Schizophrenie	Review mit Experten-diskussion	Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie und einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, nicht mehr als 3 Monate adäquater antipsychotischer Therapie bei Aufnahme in das Projekt	n = 100 Patienten
Addington et al. (2013)	Kanada	Identifikation von essenziellen evidenzbasierten Komponenten der Behandlung von Erstepisoden Schizophrenie	systematischer Review mit Delphi-Verfahren	Patienten mit Schizophrenie	n = 1.020 Primärstudien
AQUA (2015)	Deutschland	Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden sektorenspezifischen QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter	Konzeptskizze	Patienten mit psychischen Erkrankungen der Diagnosegruppe F2 nach ICD-10	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Bäumli et al. (2006)	Deutschland	Untersuchung des Effektes von Psychoedukation bei betroffenen Patienten und deren Familien auf Hospitalisationsfrequenz und stationärer Behandlungsdauer der Patienten	Randomisierte Multicenterstudie	Patienten mit einer schizophrenen Psychose nach ICD-9/DSM IV	n = 236 Patienten
Bebbington et al. (2005)*	Deutschland, Frankreich, Großbritannien	Untersuchung des Zusammenhangs von Behandlungsmethoden, sozioökonomischen Faktoren (Obdachlosigkeit etc.) und klinischem Outcome, Ermittlung von Behandlungsbedarf, Ressourcenverbrauch bei unterschiedlichen Versorgungsformen und Identifikation von Prognosefaktoren	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie mit einem Alter von 18-64 Jahre	n = 1.208 Patienten
Becker (2014)	Deutschland	mehrere wissenschaftliche Arbeiten zu verschiedenen Aspekten der Schizophrenie sowie Behandlungsoptionen der schizophrenen Erkrankung	Übersichtsarbeit	Patienten mit einer psychischen Erkrankung / Patienten mit Schizophrenie	-
Bramesfeld et al. (2012)	Deutschland	Ermittlung von Schnittstellen in der kooperativen interdisziplinären Behandlungsformen	qualitative Studie: Fokusgruppeninterviews	lokal-regionale Versorger von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Cañas et al. (2013)	verschiedene Länder	Betrachtung von Adhärenz fördernden Faktoren	Report eines Expertenmeetings	Behandler von Patienten mit Schizophrenie	-
Crawford et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zur Qualität des Assessments und der Behandlung allgemeinmedizinischer Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	retrospektives Audit	Patienten mit Schizophrenie	n = 5.091
Danielsson et al. (2016)	Schweden	Untersuchung der Mortalität von älteren Patienten mit Antipsychotika, Antidepressiva mit Risiko für Torsades de pointes	gematchte Fallkontrollstudie	Patienten (> 65 Jahre), die außerhalb des Krankenhauses im Zeitraum von 2008 bis 2013 verstorben waren	n = 286.092, Vergleichsgruppe: n = 1.430.460
Dixon et al. (2016)	USA	Review zu evidenzbasierten, Engagement fördernden und recovery-zentrierten Behandlungstechniken	Review	Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	n = 78 Primärstudien

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
DGPPN (2014)	Deutschland	Ethische Stellungnahme zur Achtung der Selbstbestimmung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	Stellungnahme	Behandler von Menschen mit psychischen Erkrankungen	-
Falkai et al. (2014)	Deutschland	Übersicht über das Krankheitsbild, Kosten, Voraussetzungen für zukünftig verbesserte Behandlungsoptionen	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie	-
Fleischhacker et al. (2014)	verschiedene Länder	Darstellung des politischen Handlungsbedarfs zur Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Schizophrenie	Report	Patienten mit Schizophrenie	-
Gaebel et al. (2009)	Deutschland	deskriptive Studie zu aktuellen (2009) Entwicklungen in Deutschland	Report	Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 58 Studien
Gaebel und Wölwer (2010)	Deutschland	Übersichtsarbeit über schizophrene Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, Prognose und Stand der Versorgung	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie, Betreuende und an der Versorgung Beteiligte	k. A.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)	Deutschland	Richtlinie zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	Richtlinie	Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung (auch aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises)	k. A.
Hamann et al. (2009)	Deutschland	Untersuchung der Einstellung von Psychiatern zu Shared-Decision-Making in der Behandlung der Schizophrenie	Multicenterstudie	Patienten mit Schizophrenie	n = 352 Psychiater
Hemkendreis (2011)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Darstellung der länderspezifischen Besonderheiten in der psychiatrischen Pflege	Report	Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Horvitz-Lennon et al. (2015)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität bei Schizophrenie nach geographischen und ethnischen Merkmalen	Studie in 4 Bundesstaaten	Patienten mit Schizophrenie	n = 98.400 Versicherte
Horvitz-Lennon et al. (2014)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität unter schizophrenen Beziehern von Medicaid	Studie in 4 Bundesstaaten	Patienten mit Schizophrenie (DSM-IV Codes 295.xx)	n = 123.496 Versicherte

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Hunt et al. (2013)	Australien, Südafrika	Vergleich der Effekte psychosozialer Interventionen zur Verringerung von Substanzmissbrauch bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardtherapie	Review	Patienten mit Substanzmissbrauch und schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	n = 3.165
IGES (2014)	Deutschland	Beschreibung und Beurteilung des aktuellen Standes sektorenübergreifender Therapieformen u. a. bei Patienten mit Schizophrenie	Studienbericht	Analysepopulation mit ICD-Diagnosen Demenz, Schizophrenie (F20.x) und Multiple Sklerose	n = 254.194
Jørgensen et al. (2015)	Dänemark	Untersuchung der Auswirkung der Implementierung eines nationalen Überwachungsprogramms auf die Versorgungsqualität	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 14.228 Patienten
Jørgensen et al. (2016)	Dänemark	Untersuchung des Zusammenhangs des Aufnahmevolumens psychiatrischer Kliniken und der Versorgungsqualität	Populationsstudie	Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 3.209 Patienten
Killaspy et al. (2013)	Großbritannien	Zusammenhang von Versorgungsqualität und klinischem Ergebnis anhand einer Untersuchung der Mental Health Rehabilitation Services in England	Multicenterstudie	Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, davon mit Schizophrenie: 73 %, mit schizoaffektiver Erkrankung: 8 %, mit bipolarer Erkrankung: 8 %, andere: 11 %	n = 739 Patienten
Kösters et al. (2016)	Deutschland	Anwendbarkeit eines Qualitätsindikatorensatzes in der integrierten Versorgung	Kohortenstudie	Kohorte von Patienten mit F2-Diagnosen nach ICD-10	n = 85
Laursen et al. (2014)	Dänemark	Erfassung der Literatur zur frühen Sterblichkeit von Patienten mit Schizophrenie und mögliche Schritten, die frühe Sterblichkeit zu reduzieren	Review	Patienten mit Schizophrenie	n = 157 Primärstudien
Large et al. (2011)	Australien, USA	Bestimmung des Einflusses von Cannabis, Alkohol und weiterer psychoaktiver Substanzen auf das Manifestationsalter von Psychosen	Metaanalyse	Patienten mit Psychose und Konsum von Cannabis, Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen	83 Studien
Lawrence und Kisely (2010)	Australien	Darstellung von systemischen Problemen in der Versorgung von Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	Review	Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Leucht et al. (2009)	Deutschland, USA	Untersuchung der Effektivität von Antipsychotika der zweiten Generation anhand einer Metaanalyse Placebo-kontrollierter Studien	Metaanalyse	Patienten mit Schizophrenie	38 Studien mit n = 7.323 Teilnehmern
McGorry et al. (2013)	Australien	Untersuchung zur Pharmakotherapie nach der Erstepisode einer psychotischen Erkrankung	Report	Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	-
Mehl et al. (2016)	Deutschland	Ermittlung von Anhaltspunkten zur Anzahl des Personals, das für leitliniengerechte stationäre psychiatrische Behandlungen als notwendig erachtet wird	systematische Übersichtsarbeit über RCT, Metaanalysen und Leitlinien	Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Müller et al. (2016)	Deutschland	Überprüfung der Effektivität der integrierten Versorgung (IV, CBT, Pharmakotherapie und ACT)	Primärstudie	Stationär behandelte Patienten mit F1-, F2- und F3-Diagnosen	n = 26
Mueser et al. (2013)	USA	Untersuchung der aktuellen Fachliteratur zu psychosozialen Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung des recovery-Models und des stress-vulnerability-Models im Hinblick auf Teilhabeperspektiven (Arbeitsfähigkeit etc.) der Erkrankten	Review	Patienten mit Schizophrenie	-
Murray und Lopez (1996)*	global	Untersuchung der Globalen Krankheitskosten nach dem WHO Konzept GBD, Aussagen zu Erkrankungslasten und –kostengewichtung; Berücksichtigung psychischer Erkrankungen	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-.
Nolting et al. (2016)	Deutschland	Darstellung von Optionen für ein nationales Versorgungsprogramm für Schizophrene	Report	Patienten mit Schizophrenie	-
Nordentoft (2007)	Dänemark	Literaturstudie zu Suizid und suizidalem Verhalten mit Darstellung des Suizidpräventionsprogramms in Dänemark	Review	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Nordentoft et al. (2011)	Dänemark	Beurteilung des absoluten Selbstmordrisikos innerhalb von 36 Jahren nach Erstkontakt mit psychiatrischer Versorgung	Kohortenstudie	Patienten im Alter von 15 bis 51 Jahren, mit allen Diagnosegruppen psychischer Krankheiten (ICD-8 oder ICD-10)	2.46 Mio. Menschen
OECD (2012)	OECD Mitgliedsstaaten	Darstellung der wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen im OECD Raum	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen und interessierte Öffentlichkeit	-
Olfson et al. (2016)	USA	Darstellung des Suizidrisikos binnen 90 Tagen nach Krankenhausentlassung bei Erwachsenen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankung gegenüber Patienten ohne psychische Erkrankungen	Kohortenstudie	Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Depressionen, bipolarer Erkrankung, Schizophrenie, Substanzmissbrauch und andere psychische Erkrankungen)	n = 1.861.111 Patienten (770.643 Patienten mit psychischen Erkrankungen, 1.090.551 Patienten ohne psychische Erkrankungen)
Patel et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zum Medikationsverhalten bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Primärstudie/Audit	Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F20.0-F20.9, F25.0-F25.9, 18 bis 60 Jahre mit mindestens 12 Monaten Diagnosepersistenz	n = 5.055 Patienten
Pollmächer (2017)	Deutschland	Stellungnahme zur Bedeutung der Patientenautonomie in der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen mit den Schwerpunkten Selbstbestimmungsrecht, eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit und Zwang. Betonung der Bedeutung der Assistenz bei der Entscheidungsfindung	Stellungnahme	Personen, die die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen begleiten, durchführen oder verantworten	-
Rummel-Kluge et al. (2013)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Multicenterstudie/Fragebogen	psychiatrische Krankenhäuser, Patienten mit Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch	n = 500, Rücklauf: 289 (58 %)
Salize et al. (2015)	Deutschland	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie oder Depressionen	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Schaffer et al. (2016)	Kanada	Untersuchung der Suizide in Toronto zwischen 1998 und 2011 im Hinblick auf vorhergehende Kontakte zum Gesundheitssystem zur Isolation von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Suizidprävention	Fallkontrollstudie	Patienten, die nach einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem Suizid begangen hatten	n = 2.835 Patienten
Schultz et al. (2007)	USA	Übersicht über Erkenntnisse zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnose, Therapieoptionen im Hinblick auf psychosoziale Therapieformen und Medikationsoptionen und deren Nebenwirkungen.	Review	Ärztinnen und Ärzte, die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis behandeln und deren Angehörige oder Kontaktpersonen betreuen	-
Stengler et al. (2015a)	Schweiz	Darstellung von Voraussetzungen für eine Reduktion von Zwang in der Versorgung zur Verringerung/Verhinderung von Gewalt	Übersichtsarbeit	Patienten mit psychischen Erkrankungen	-
Taylor et al. (2009)	Großbritannien	Untersuchung des Nutzens verschiedener Arten von institutioneller Versorgung	systematischer Review	Patienten, die chronisch/langfristig psychisch erkrankt sind	110 Studien/Reviews
Tan et al. (2011)	verschiedene Länder	Untersuchung der Wahrnehmung und Erfahrung von Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung	systematischer Review	Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	7 qualitative und 8 quantitative Studien
Tiihonen et al. (2006)	Finnland	Untersuchung des Zusammenhangs der verordneten antipsychotischen Medikation und des Outcomes bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen	Kohortenstudie	Erwachsene Patienten, die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung von 01/1995 bis 12/2001 landesweit erstmals stationär behandelt worden sind	n = 2.230 Patienten
Tomita und Herman (2015)	Großbritannien	Untersuchung des Einflusses der kritischen Interventionszeit (CTI) auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmer bezüglich der Behandlungskontinuität und deren Zusammenhang mit Obdachlosigkeit und psychiatrischer Rehospitalisation	Primärstudie	obdachlose Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 150 Patienten



Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Ungewitter et al. (2013)	Deutschland	Betrachtung regionaler Versorgungsstrukturen in der Betreuung von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Report	Patienten mit Schizophrenie, Depressionen und Alkoholabhängigkeit	k. A.
van der Lee et al. (2016)	Niederlande	Untersuchung anhand von Abrechnungsdaten, ob kontinuierliche psychiatrische Betreuung besseres Outcome erzeugt	Primärstudie	Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis nach DSM-IV: 291.3, 291.5, 292.11, 292.12, 293.81, 293.82, 295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9.	n = 7.392 Patienten
Van Duin et al. (2013)	Niederlande	Untersuchung zum Implementierungsgrad der Nationalen Versorgungsleitlinie Schizophrenie des Königreichs der Niederlande	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie und Behandler der Patienten	n = 359 Kliniker, n = 1.489 Patienten
Weinmann et al. (2009)	Deutschland	Darlegung von Entwicklungsmodellen für Qualitätsindikatoren für die integrierte Behandlung und Versorgung von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Review	Patienten mit Schizophrenie in Integrierten Versorgungsmodellen	42 Publikationen mit 78 Indikatoren
Weinmann und Becker (2009)	Deutschland	Entwicklung eines Qualitätsindikatorensatzes für IV-Versorgung von Patienten mit Schizophrenie	Review	Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Wolfersdorf et al. (2016)	Deutschland, Österreich	Darstellung von Risikofaktoren für Suizide und suizidales Verhalten in psychiatrischen Krankenhäusern.	Übersichtsarbeit	Behandler von Patienten mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität	-
Xia et al. (2011)	Großbritannien	Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Review	Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung nach DSM, ICD oder CCMD im Alter von 18 bis 60 Jahren	n = 5.142 Patienten aus 44 RCT-Studien, die zwischen 1988 und 2009 durchgeführt wurden

k. A. = keine Angabe

\* Angaben der Studien zitiert nach Fleischhacker et al. (2014), daher als Handrecherche eingeschlossen.

Tabelle 13: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
Modell 1a	Köln	Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015)	RCT: TAU und IV	100 Patienten mit Schizophrenie und Abhängigkeitskomorbidität	Konsumparameter (nach Addiction Severity Index), Selbsteinschätzung (SOCRATES), Adhärenz, Zufriedenheit Wiederaufnahmerate, GAF, PANSS, MADRS, FLS	Patienten in der IV-Gruppe: höhere Abstinenzmotivation, geringerer Konsum (3 Monate) höhere Therapiezufriedenheit, GAF und Retentionsrate waren höher, aber nicht signifikant
Modell 1b	Düsseldorf	Schmidt-Kraepelin et al. (2009)	Matched Groups basierend auf Diagnose/Alter: TAU und IV	93 Patienten mit F2-Diagnosen, „starke Nutzer“	Vergleich nach 6 und 12 Monaten: Rehospitalisationsfrequenz, Aufenthaltsdauer, Therapiezufriedenheit, Lebensqualität, Behandlungskosten, Basisassessment: PANSS, GAF, CGI, BLQP	Rehospitalisierung IV-Gruppe: 41 % (vs. 64 % in TAU-Gruppe), signifikant; kein signifikanter Unterschied der Aufenthaltsdauer, kein signifikanter Lebensqualitätsgewinn
Modell 2	Hamburg	Härter et al. (2012) Härter et al. (2015)	allgemein	Patienten mit Psychosen, Depressionen, somatoforme Syndrome, Anorexie und Bulimie, Abhängigkeitsstörungen	Tätigkeitsfelder: Information und Edukation, Prävention, Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, Empowerment, Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen	Start des Projektes im Frühherbst 2011, Informationsdissemination über das Forschungsprojekt Mai 2012, kurz- und langfristige Verbesserung der Versorgungsqualität in Hamburg ist anzunehmen
		Bock und Lambert (2013)	allgemein	Patienten mit F2- und F3-Diagnosen	Bildung ACT, Integration, Gemeindepsychiatrie, ambulante Vernetzung	ambulante Kontakte: 8-mal mehr, Anstieg ambulanter Psychotherapie: 8-fach, Halbierung stationärer Aufenthalte, anhaltende Abnahme Psychopathologie (BPRS, CGI), Zunahme QoL (Q-LES-Q18), mehr Therapiezufriedenheit (CSQ-8)
		Lambert et al. (2010)	ACT vs. TAU	120 Patienten mit Schizophrenie aus Hamburger Modell (ACCESS Studie)	SCID, GAF, EPFQ, PANSS, CGI, MVSJ, MLCI, Q-LES-Q18, SWN-K, SWAM, SES, CSQ-8P	ACT hat bessere Adhärenz, ACT bringt mehr Verbesserungen in Bezug auf Symptomenkontrollen, Globalfunktion und Therapiezufriedenheit
		Karow et al. (2014)	2- vs. 4 Jahresverlauf Hamburger Modell	158 Patienten aus Hamburger Modell 4-Jahresverlauf, breites Spektrum an psychischen Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q, CSQ-8	BPRS signifikant besser, CGI besser, GAF, Q-LES-Q und CSQ-8 signifikant besser

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Karow et al. (2012)	12 Monate ACT vs. TAU	120 Patienten mit erst- und multipisodischer schizophrener Erkrankung	inkrementelles Kosten-Effizienz-Verhältnis (ICER), QALY in 12 Monaten	ACT hat signifikant weniger Hospitalisationskosten, aber signifikant höhere ambulante Kosten, QALYs waren besser.
		Lambert et al. (2014b)	Begleitstudie zur ACCESS-Studie	225 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, (1:4 Erst-/Mehrfacherkrankte), 68 % Schizophrenie, 13 % schizoaffektive, 12 % bipolare, 2 % wahnhaft, 1 % depressive Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	ACT mit hochsignifikanter Besserung in allen gemessenen Parametern
		Lambert et al. (2014a)	ACCESS-Studie (Vergleich ACT/ Standard Care (SC))	120 schwer psychisch Kranke (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Vorteil von ACT als Bestandteil einer integrierten Versorgung für Patienten hinsichtlich Haltequote, der Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit; darüber hinaus erwies sich eine Behandlung nach dem Hamburger Modell als kosteneffektiv
		Lambert et al. (2015)	3-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im 3-Jahres-Verlauf kam es zu signifikanten und stabilen Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$ ), Krankheitsschwere (CGI-S/CGI-BP: $p < 0,001$ ), Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$ ), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$ ) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,0 auf 3,3; $p = 0,164$ ; nicht signifikant, da große Verbesserungen zu Beginn). Zwangseinweisungen wurden reduziert und die medikamentöse Adhärenz sowie die Arbeitsfähigkeit verbessert.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Lambert et al. (2016)	4-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 4-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$ ), Krankheitsschwere (CGI-S: $p < 0,000$ ) Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$ ), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$ ) und der Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,8 auf 3,3; $p = 0,09$ ; nicht signifikant, da große Verbesserungen bereits zu Beginn).
		Schöttle et al. (2013)	Systematischer Review von RCT-Studien zur integrierten Versorgung von 2011 bis 2013	29 Studien mit an Schizophrenie erkrankten Patienten als Studienpopulation	REVIEW	Unabhängig vom gewählten IV-Modell (CMHT, IMC, ACT etc.) existieren bestimmte Kernmaßnahmen, die implementiert werden müssen: multidisziplinäres Team von Experten in pharmakologischer und psychotherapeutischer (Krisen-) Intervention, das alle bedarfs- und diagnosespezifischen, evidenzbasierten Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anbietet, einschließlich Einzel-, Gruppen-, Familienpsychotherapie. Weiterhin sollten ein günstiges Betreuer-Patienten-Zahlenverhältnis, eine hochfrequente 1-zu-1-Kontaktbetreuung, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit mit Krisenintervention, eine kontinuierliche Betreuung („open end“), eine No-drop-out-Strategie, Shared-Decision-Making und Peer-to-peer Counseling integrativ in ein regionales Netzwerk zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen eingegliedert sein.
		Schöttle et al. (2014)	ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patienten mit Schizophrenie- oder Bipolar-I-Erkrankung	EPFQ, BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Alle Follow-up-Untersuchungen zeigten Verbesserungen in der Psychopathologie, der Krankheitsschwere, dem globalen Funktionsniveau und der Lebensqualität. Dabei wurden

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						stärkere Verbesserungen in der Psychopathologie und in der Lebensqualität mit mittleren bis großen Effekten bei Bipolar-I-Erkrankungen mit psychotischen Symptomen beobachtet.
		Schöttle et al. (2015)	3-Jahres-Follow-up zu ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patienten mit Schizophrenie und bipolarer Erkrankung, Mehrfacherkrankte, Alter: 12-29 Jahre	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 3-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS), Krankheits-schwere (CGI-S, CGI-BP), Funktionsniveau (GAF), Lebensqualität (Q-LES-Q-18) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8). Am 3-Jahres-Endpunkt wurden in der BD- im Vergleich mit der SSD-Gruppe größere Verbesserungen in der Psychopathologie und der Lebensqualität festgestellt. Nach 36 Monaten wiesen 87 (75,7 %) Patienten eine volle medikamentöse Adhärenz auf im Vergleich zu 29 Patienten (25,2 %) zu Beginn (McNemar-Test, $p < 0,001$ ), es waren signifikant mehr Patienten beschäftigt als zu Beginn der Behandlung ( $n = 38, 33,0 \%$ vs. $n = 21, 18,3 \%$ zu Beginn, McNemar-Test, $p < 0,001$ ).
Modell 3	Nieder-sachsen	Bramesfeld et al. (2013)	Planung AO- vs. TAU-Studie	536 Patienten mit Schizophrenie/SMI	CSSRI, PACIC	Vorbericht über eine durchzuführende Studie
		Büchtemann et al. (2016)	AO- vs. TAU-Studie	insgesamt 318 Patienten mit Schizophrenie: 176 mit AO, 143 in der TAU-Gruppe	CSSRI, BPRS, GAF	Keines der getesteten Modelle zeigte einen signifikanten Effekt auf die Behandlung. Allerdings schien bei gleichzeitig vorliegender aufsuchender Behandlung (AO), stationärer Therapie und Hilfe bei der Lebensführung ein positiver Effekt auf die Zahl der stationären Krankenhaustage, im Sinne einer Verringerung der stationären Behandlungstage, vorzuliegen.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Fischer et al. (2014)	IV-Modell der DAK in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen	1364 Patienten mit SMI der DAK, 286 Patienten mit F2-Diagnose, 724 Patienten mit F3-Diagnose	CGI, GAF	Die Anzahl der Krankenhaustage war in 18 Monaten während IV niedriger als in 18 Monaten vor IV (11,8 vs. 28,6 Tage, $p < 0,001$ ), die Ausgaben für stationäre Behandlung signifikant geringer ( $5.929 \pm 13.837$ Euro vs. $2.458 \pm 6.940$ Euro, $p < 0,001$ ), die Gesamtausgaben veränderten sich jedoch nicht signifikant ( $7.777 \pm 14.263$ Euro vs. $7.321 \pm 7.910$ Euro, $p = 0,65$ ). Die erhebliche Einsparung bei den stationären Ausgaben wurde durch die Mehrausgaben bei Medikamenten und die Ausgaben der ambulanten Komplexleistungen aufgehoben.
		Jürgensen et al. (2014)	Primärstudie	6 Fokusgruppendifkussionen mit 32 Patienten mit Schizophrenie (F2-Diagnosen) und 3 Fokusgruppen mit 17 Angehörigen entweder aus der Region mit IV-Modell oder aus einer Kontrollregion (KG) ohne IV-Modell	Befragung	In der Wahrnehmung vorhandener Versorgungs- und Unterstützungsangebote und insbesondere auch im Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Patienten/Angehörigen der IV- vs. Kontrollgruppe. Besonders diejenigen Patienten der IV-Gruppe, die durch den ambulanten Pflegedienst versorgt wurden und in diesem Rahmen einen Bezugstherapeuten als festen Ansprechpartner haben, äußerten eine große Zufriedenheit und beschrieben ein Gefühl von Sicherheit, das es ihnen ermöglichte, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen.
		Kerkemeyer et al. (2015)	AOK (I3G)	980 Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen	Beurteilung der Gesamtzahl der stationär-psychiatrischen Therapietage, der Frequenz der psychiatrischen stationären Wiederaufnahmen, der Schwere der psychotischen	Studienprotokoll: prospektive Kohortenbeobachtungsstudie (2 Kontrollgruppen) mit Untersuchung zur Kosteneffektivität, Auswahl der Teilnehmer der Interventionsgruppe von Psychiatern aus der integrierten Versor-

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					Symptome, Remissionsraten und der Lebensqualität anhand von CGI, GAF, PANSS-8, CDSS, CAN-EU	gung, Auswahl der Patienten der Kontrollgruppe 1 mit ähnlicher psychiatrischer und sozioökonomisch-geographischer Struktur, Kontrollgruppe 2 mit Patienten in Standardversorgung durch nicht an IV-Modell beteiligten Psychiatern
		Mayer-Amberg et al. (2016)	AOK (I3G)	713 Versicherte der AOK mit F2-Diagnose	Untersuchung der Kontinuität von ambulanter Versorgung nach der Entlassung aus der stationären Versorgung, Wiederaufnahmerate, antipsychotische Polypharmazie, Zwangsmaßnahmen, Unterbrechung der Behandlung über 90 Tage, Case Management, Inklusion von Angehörigen in die Behandlung, Vorhandensein eines patientenzentrierten Psychoedukationsprogramms, Anzahl der Selbstmorde und der Selbstmordversuche	Mehr als die Hälfte (57,5 %) der Patienten erhielt zeitgerecht eine ambulante Versorgung, d. h. innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung. In IV-Versorgung für Schizophrenie wurden 18,4 % der Patienten innerhalb von 30 Tagen nach primärer Entlassung aus der Klinik wieder aufgenommen. In der IV-Versorgung erhielten 21,6 % der Patienten zwei oder mehr Antipsychotika für mehr als 28 Tage. Innerhalb der IV-Versorgungsgruppe erhielten 80,0 % der Patienten individuelle Betreuung nach dem „key carer“-System. In der IV-Gruppe fand sich eine dokumentierte Suizidrate von 0,4 % für 2012.
		Preugschat und Poweleit (2013)	Zusammenfassung des IV-Modells der AOK I3G Care4S	-	Psychoedukation zur Sekundärprävention, Bezugstherapeutesystem und Case-Management (erreichbar 7 Tage/24 Stunden), Home-Treatment unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams, Bereitstellung von Rückzugsräumen, partizipative Entscheidungsfindung, Soziotherapie mit rechtzeitiger Überleitung in rehabilitative Behandlungselemente, Angehörigenarbeit, Suizidprävention, Hilfeplanung und Ressourceneinsatz, regelmäßige Behandlungskonferenzen unter Einbezug des multiprofessionellen Teams und individuelle Qualitätssicherungsmodul mit Schulungen	Im April 2012 wurde das Versorgungskonzept ergänzend zu den ersten beiden Pilotregionen auf weitere Regionen Niedersachsens ausgeweitet. Eine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen ist nunmehr gewährleistet. Neben der Teilnahme der regionalen IV-Koordinatoren an sozialpsychiatrischen Verbänden ist es auch gelungen, erste Krankenhäuser als Vertragspartner zu gewinnen. 174 Leistungserbringer und -institutionen wirken aktuell mit und rund 850 Patienten haben sich bereits eingeschrieben.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					und Qualitätszirkeln für die teilnehmenden Leistungserbringer	
Modell 4	München	Hamann et al. (2014)	Primärstudie	Interventionsstudie von Patienten mit affektiven Störungen (n = 219) und Psychosen (n = 210), die an einem integrierten Versorgungsprogramm teilgenommen haben.	Behandlungsdhärenz, die Hauptdeterminante für das Ergebnis war die Zahl der Hospitalisationstage während der Teilnahme am IV-Programm im Vergleich zu der Zahl vor der Teilnahme am IV-Programm.	Das IV-Versorgungsprogramm zeigte eine Abnahme der stationären Behandlungstage von ca. 75 % innerhalb des 18-monatigen Versorgungsgeschehens für beide Gruppen. In der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen fielen die stationären Verweildauern von M = 47,1 Tagen auf M = 10,8 Tagen, in der Gruppe der Psychotiker von M = 62,2 Tagen auf M = 15,3 Tage während des 18-monatigen Verlaufes des Programms. Patienten mit affektiven Störungen profitierten zusätzlich von einer besseren Symptomenkontrolle, einer gebesserten Lebensqualität und subjektiv gesteigerter Behandlungsdhärenz.
		Kissling (2008)	Compliance-Programm für schizophrenen und depressiv kranke Menschen	Zwischenauswertung mit 310 Patienten mit F2- oder F3-Diagnose	Krankenhaustage und Behandlungskosten	Das Münchner Compliance-Programm hat mehr als 70 % der Krankenhaustage und mehr als 50 % der Kosten einsparen und gleichzeitig die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigern können: stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss: 16.810, stationäre Behandlungstage nach Einschluss: 4.811, Einsparung von 71 %, Einsparung pro Patient (Tagessatz von 250 Euro): 9.676 Euro, Einsparung pro Patient und Jahr: 6.451 Euro, Kosten des integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr: 1.250 Euro, Nettoeinsparungen pro Patient und Jahr: 5.201 Euro.
		Von Tiedemann et al. (2011)	Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studie im Matched-Pair-Design</li> </ul>	Behandlungszufriedenheit, die medikamentöse Compliance, die medikamentöse Behandlung, Lebensqualität, Rückfall-	Die Patienten beider Gruppen zeigten eine gleichermaßen hohe Zufriedenheit mit der



Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Stichprobe bestand aus 95 Patienten mit Schizophrenie in der IV-Gruppe der PIA vs. 95 Patienten mit Schizophrenie in der TAU-Gruppe</li> </ul>	häufigkeit, Anzahl früher Rückfälle und die stationäre Behandlungsdauer	Behandlung und eine sehr gute medikamentöse Compliance. Die Lebensqualität wurde subjektiv in beiden Gruppen gleichermaßen recht hoch eingeschätzt, die objektive Lebensqualität war in beiden Gruppen im mittleren Ausmaß beeinträchtigt. In der IV-Gruppe waren signifikant häufiger sozialkomplementär angebunden. Es zeigte sich eine deutliche Abnahme der Rückfälle und der stationären Behandlungsdauer seit Eintritt in die IV-Gruppe. Allerdings war dies im Vergleichszeitraum in der Kontrollgruppe im selben Maße zu beobachten.
Modell global	global	Stierlin et al. (2014)	Bericht	18-monatige Multicenterstudie mit 250 Patienten die an integrierter Versorgung teilnehmen verglichen mit 250 Patienten mit TAU Behandlung aus 5 vergleichbaren Einzugsgebieten	Primäres Ergebniskriterium ist die Verbesserung des Empowerments, sekundäre Ergebniskriterien sind die subjektive Lebensqualität, das Vorliegen von Funktionseinschränkungen und Krankheitskosten, aufgegriffen durch EPAS, WHO-QoL-BREF, CAN-EU, CSSRI, EQ-5D	Studienprotokoll: Prospektive Beobachtungsstudie. Schwer psychisch kranke Patienten aus Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen und Bayern in einem IV-Modell mit Patienten mit Standardbehandlung über 18 Monate mit Zwischenauswertungen nach 6, 12 und 18 Monaten
	Deutschland	Schmid et al. (2013)	Systematischer Review	21 Projekte zu Regionalbudget und Integrierten Versorgungsmodellen zur sektorenübergreifenden Versorgung psychisch Kranker (alle F-Diagnosen nach ICD) in Deutschland	Kosten, Lebensqualität, Krankheitsschwere, Behandlungskontakte, SKID-II, CGI-S, Q-LES-Q-18, CSQ-8, SWAM, SWN-K, SES, MVSI, MLCI, Duration of Untreated Psychosis, traumatische Erlebnisse, Familienanamnese, Suizidversuche, Nonadhärenz, Substanzkonsum, Leistungsdaten, EQ-5D, SLOF, Auftreten von Frührezidiven, BARS,	Im Hinblick auf klinisches Outcome gibt sich ein positives Bild der untersuchten Versorgungsmodelle, in Bezug auf die Leistungsnutzung ein uneinheitliches Bild. Die Datenlage ist uneinheitlich; welches Versorgungsmodell sich durchsetzen wird ist noch unabsehbar.

ACT: Assertive Community Treatment, BPRS: Brief Psychiatric Ranking Scale, SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptics Scale Short Version, SWAM: Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale, SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, FLS: Functional Life Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, CGI: Clinical Global Impression Scale, BLQP: Berlin Quality of Life Profile, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, EPFQ: Early Psychosis File Questionnaire, MVSI: Modified Vocational Status Index, MLCI: Modified Location Code Index, Q-LES-Q-18: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire

18, SES: Service Engagement Scale, CSQ-8P: Client Satisfaction Questionnaire 8 Patient Version, ICER: Incremental Cost Effectiveness Ratio, QALY: Quality Adjusted Life Years, CSSRI: Clinical Sociodemographic and Service Recipient Inventory, PACIC: Patient's assessment of Chronic Care, CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CAN-EU: Canbell Assessment of Need-European Version, WHO\_QoL-BREF: World Health Organisation Quality of Life Scale Short Version, EQ-5D: Euro Quality of Life 5 Dimensions, TAU: Treatment as usual, SMI: Severe Mental Illness, SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview DSM-IV, SLOF: Specific Level of Functioning Scale, BARS: Brief Adherence Rating Scale

Tabelle 14: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Holler et al. (2009)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Erfassen von patientenbezogenen Optimierungsmöglichkeiten der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen durch integrierte Versorgungsmodelle	Integrierte Versorgungsmodelle erfüllen die gesetzten Erwartungen in Bezug auf Einbindung Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in spezialisierten Versorgungszentren mit ambulanten, spezialisierten Leistungsformen. Steigende Nachfragezahlen nach IV-Programmen verdeutlichen eine steigende Patientenpräferenz. Die Kostenträger haben den positiven Einfluss von IV-Programmen auf die Lebensqualität der Betroffenen erkannt. Einbettung von IV-Modellen in den gemeindepsychiatrischen Dienst erleichtert Verbindung von Behandlung und psychosozialen Hilfen erheblich.
Moock et al. (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Perspektiven integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland vor dem Hintergrund von strukturellen Versorgungsdefiziten und gesetzlichen Neuregelungen	Fach- und sektorenübergreifende Vernetzung des IV-Modells ermöglicht Nutzung von Synergismen bei gleichzeitiger Reduktion von Doppelstrukturen. Förderung von Kooperationen führt zu besserer Vernetzung unterschiedlicher Akteure (Gesundheitsprofessionen, Patienten, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen). Der Prozesscharakter von IV-Modellen ermöglicht kontinuierliche Weiterentwicklung.
Ruprecht und Klüsener (2010)	Deutschland	Report	Beurteilung der Planungsphase des IV-Modells „TK-NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)“	Das NWpG ist ein patientenzentriertes Versorgungsmodell mit persönlichen Ansprechpartnern, Koordinationsstellen zwischen Versicherten und Leistungserbringern (interprofessionell und fachgebietsübergreifend). Recovery und Inklusion sind wichtige Aspekte des Versorgungsprozesses, der regelmäßig re-evaluiert wird. Es besteht eine 24/7-Verfügbarkeit zur Absicherung des Hometreatments. Die Vergütung erfolgt personenbezogen pauschal. Die Behandlung erfolgt anhand von strukturierten individuellen Behandlungsplänen.
Schillen und Thiex-Krey (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Ergebnisse des Projektes „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (OVP)“ zur ambulanten psychiatrischen Akutversorgung	Eine „Ambulantisierung“ von bis dato stationären Leistungen im Bereich der Akutpsychiatrie erscheint möglich, ist aber diagnosekorreliert und langfristig zu planen (Depressionen). Eine Einbeziehung auch ambulanten KV-Leistungen erscheint sinnvoll. Ausdehnung des budgetierten Versorgungsrahmens in die

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
				Suchtbehandlung oder Gerontopsychiatrie ist nicht darstellbar. Das Versorgungsmodell der „Ambulantisierung“ stationärer Leistungen kollidiert unter Umständen mit IV-Modellen (Malusregelungen, Doppelstrukturen). Ambulante Akutbehandlung kann Effizienzgewinne für psychiatrische Krankenhäuser bedeuten.
Tophoven und Wessels (2013)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Darstellung der Optionen zur vernetzten multi-professionellen und transsektoralen Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen	Es sollten gesetzliche Rahmenbedingungen zur Bildung von Versorgungsnetzen für die integrierte und ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Die Strukturen der Netze sollen regional unterschiedlich adaptiert an den Bedürfnissen der Patienten sein, die Vergütung entweder bundesweit oder regionalspezifisch geregelt. Es besteht Potenzial für Ausgabenverminderung im stationären Bereich bei gleichzeitigem Finanzierungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich. Die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen könnte nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gefördert werden.

Tabelle 15: Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Allard et al. (2016)	Großbritannien	Erfahrungen von Pflegern und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory und phänomenologisch-analytischer Zugang	n = 16; 5 Frauen, 11 Männer; k. A./18-33	k. A.
Andreasson und Skärsäter (2012)	Schweden	Erfahrungen von Pflegern und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 12; 5 Frauen, 7 Männer; k. A./18-65	Purposive Sampling; muss in der Vergangenheit eingewiesen gewesen sein; mit psychotischer Störung diagnostiziert; fähig, die schwedische Sprache zu sprechen und zu verstehen

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Avieli et al. (2016)	Israel	Erfahrung des Alterns von Patienten mit Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 18; 7 Frauen, 11 Männer; 63 J./60-69	Purposive Sampling; aktuelles Alter über 60, vor dem 40. Lebensjahr mit Schizophrenie diagnostiziert, wohnhaft in der Gemeinde; mit verbalen, kognitiven und mentalen Fähigkeiten, die dazu befähigen, an einem leitfadengestützten Einzelinterview teilzunehmen
Beitinger et al. (2014)	verschiedene Länder	Überblick zu Shared-Decision-Making bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizo-phrenen Formenkreis	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrativer Review der Studien vor 2012 und systematischer Review der Studien von Mai 2012 bis Oktober 2013	18 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells)	-
Boydell et al. (2010)	verschiedene Länder	Erfahrungen von jungen Patienten mit ihrer ersten Psychose	Literaturrecherche zu qualitativen Studien (alle Studien aus den letzten 10 Jahren)	Strukturierung der Studien nach dem Ansatz zu Generic Social Processes von Prus	31 Studien	-
Das et al. (2014)	Großbritannien	Einstellungen zu Depomedikation	leitfadengestützte Interviews	Grounded Theory	n = 11; 5 Frauen, 6 Männer; 24 J./18-40	Purposive Sampling; Patienten nehmen aktuell antipsychotische Depotmedikation, orale Antipsychotika und/oder nicht verschreibungspflichtige antipsychotische Medikation
Farone (2006)	k. A.	Erfahrungen von Patienten mit sozialer Integration und Teilhabe	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	k. A.	k. A. zur Anzahl der recherchierten Studien	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Fenton et al. (2014)	Großbritannien	Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten von jüngeren Patienten bei Ersterkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 6; 1 Frau, 5 Männer; 24,5 J./18-33	k. A.
Forsberg et al. (2011)	Schweden	Gründe für die Teilnahme an einer Intervention zur Verbesserung der somatischen Gesundheit	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 13; 6 Frauen, 5 Männer; 38 J./26-53 (Frauen); 45,6 J./33-50 (Männer)	Teilnehmer wurden aus einer Interventionsgruppe angeworben (nur Teilnehmer mit ausreichenden sprachlichen Fähigkeiten und nicht zu starken psychotischen Symptomen)
Gioia (2006)	USA	Erfahrungen mit einer Verzögerung in der (Wieder-)Aufnahme von Arbeit	leitfadengestützte Einzelinterviews als Teil eines Mixed-Methods-Ansatzes	qualitative Inhaltsanalyse nach Glaser und Strauss	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 29,3 J./k. A.	Purposive Sampling; Alter 21-31, berufstätig vor der Ersterkrankung mit Schizophrenie, 19 von 20 erhielten eine Postdiagnose, die ihnen eine leistungsorientierte Arbeitsfähigkeit bestätigt, wohnhaft in nicht-institutionellen Einrichtungen in der Gemeinde
González-Torres et al. (2007)	Spanien	Erfahrungen mit Stigmatisierung	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Krueger und Casey	n = 18; 9 Frauen, 9 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling/Theoretical-Sampling-Prinzip (klinisch stabile, ambulante Patienten mit Schizophrenie)
Gunnmo und Fatouros-Bergman (2011)	Schweden	Beschreibung von Unterstützungsangeboten, die Wohlbefinden der Patienten im Alltag fördern	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 7; 6 Frauen, 1 Mann; k. A. /33-66	freiwillige Teilnahme von Patienten mit einer Krankheitsgeschichte Psychose und dem Fokus auf Schizophrenie
Hamann et al. (2016)	Deutschland	Beschreibung der Einstellungen und Erfahrungen von Patienten bei Shared-Decision-Making	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 7; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling; männliche und weibliche Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Psychose oder Depression/bipolare Störung und mit Erfahrung in ambulanter und stationärer Behandlung
Harris et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen mit einem Early Intervention Service für Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 8; 3 Frauen, 5 Männer; 29,3 J./21-37	Purposive Sampling

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Holding et al. (2016)	Großbritannien	Erfahrungen mit und Erwartungen an psychologische und psychosoziale Therapien	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrative Synthese nach Popay	35 Studien davon 19 mit qualitativen Methoden (anteil)	k. A.
Howe et al. (2014)	Großbritannien	Erfahrungen von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 4 Frauen, 3 Männer; 44 J./29-60	k. A.
Iyer et al. (2013)	Kanada	Erfahrungen und Einstellungen zur Depotmedikation	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree/Miller und Boyatzis	n = 34; 7 Frauen, 27 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling
Jürgensen et al. (2014)	Deutschland	Wahrnehmung psychiatrischer Versorgung von Patienten nach Einführung eines regionalen Modells integrierter Versorgung und in einer Kontrollgruppe	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring sowie anschließend kontrastierender Vergleich	n = 32 (IV-Gruppe n = 10; Kontrollgruppe n = 22); 17 Frauen, 15 Männer; 50,7 J./38-69 (IV-Gruppe), 47,2 J./33-67 (Kontrollgruppe)	Purposive Sampling
Katakura et al. (2013)	Japan	Beschreibung von Self-Management-Strategien bei einer chronischen psychischen Erkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse mit common coding approach	n = 8; 4 Frauen, 4 Männer; 43,6 J./36-65	Teilnehmer, die von den Leitern dreier Rehakliniken empfohlen wurden, und nur Teilnehmer, die sich bereit erklärten, über ihr Gesundheits-Selfmanagement zu sprechen
Kinter et al. (2009)	Deutschland	Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Endpunkten in der medikamentösen Behandlung	Fokusgruppen	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 30; k. A, k. A.; 36,6 J./k. A.	k. A.
Lal et al. (2015)	Kanada	Erfahrungen von jungen Patienten mit Unterstützungsangeboten bei erster Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews/Tiefeninterviews	Grounded Theory und narrative Analyse	n = 17; 5 Frauen, 12 Männer; 22 J./18-24	Stichprobe mit unterschiedlichen sozialen, kulturellen und ökonomischen Charakteristika

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
			mit zwei Interviewterminen (zweiter Termin zwei Wochen nach dem ersten Interview)			
Lester et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen junger Patienten mit einem Early Intervention Service und der Erstversorgung bei Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews mit zwei Interviewzeitpunkten (6 Monate nach Beginn sowie 3 Jahre später kurz vor Ausscheiden aus dem Service)	Grounded Theory nach Charmaz	n = 21; 7 Frauen, 14 Männer; 23 J./18-33	Maximum Variation (Alter, Geschlecht, Herkunft)
Leutwyler und Wallhagen (2010)	USA	Verständnis von Gesundheit bei älteren Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews und teilnehmende Beobachtungen	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55-76	Theoretical Sampling/Maximum Variation über Wohnsituation
Leutwyler et al. (2013)	USA	Verständnis von gesundheitlichen Problemen bei älteren Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55-76	Purposive Sampling
Liersch-Sumskis et al. (2015)	Australien	Erfahrungen bei der Einnahme von Antipsychotika	leitfadengestützte Einzelinterviews	psychophänomenologische Methode nach van Kaam	n = 14; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling
Lorem et al. (2014)	Norwegen	Erfahrungen mit der Behandlung durch Antipsychotika in der Akutphase	narrative Einzelinterviews	narrative thematische Analyse	n = 9; 4 Frauen, 5 Männer; k. A./20-50	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Loughland et al. (2015)	Australien	Erfahrungen mit der Kommunikation über die Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	thematische Analyse nach Strauss und Corbin	n = 14; 5 Frauen, 9 Männer; k. A./33-65	Purposive Sampling; angeworben durch ambulante psychiatrische Dienste und die Australian Schizophrenia Research Bank
Makdisi et al. (2013)	Großbritannien	ein tieferes Verständnis der Erfahrung, mit einer Psychose zu leben	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 13; 5 Frauen, 8 Männer; k. A./k. A.	Teilnehmer verschiedener Herkunft und Altersgruppen, mit der Absicht, die Gruppen abzubilden, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen
Mestdagh und Hansen (2014)	Großbritannien, USA, Deutschland und weitere Länder	Beschreibung von Stigmaerfahrungen in der ambulanten Versorgung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	Analyse nach dem Qualitative Analysis Guide of Leuven auf Basis der Grounded Theory	18 Studien	-
NCCMH (2011c) **	Großbritannien	Erfahrungen mit der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 31; 11 Frauen, 20 Männer; 42,5 J./26-62	Purposive (bzw. Maximum Variation) Sampling nach Coyne
Phillips und McCann (2007)	Großbritannien	Erfahrungen mit ambulant verabreichter Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse nach Miles und Huberman	n = 10; 5 Frauen, 5 Männer; 46.5 J./k. A.	Zufallsauswahl aller Besucher einer Klinik, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen
Pitkänen et al. (2008)	Finnland	Erfahrung der Patienten mit pflegerischen Intervention zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 35; 15 Frauen, 20 Männer; 41,0 J./19-62	Purposive Sampling; Alter: 18-65, Diagnose: Schizophrenie oder schizotype Störungen, stabile Verfassung, der finnischen Sprache mächtig, schriftliche Zustimmung der Teilnahme
Rogausch et al. (2008)	Deutschland	Beschreibung der Rolle des Hausarztes in der ambulanten Behandlung	halbstrukturierte Leitfadeninterviews	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 20; 9 Frauen, 11 Männer; 45,4 J./22-79	Mischung aus Zufallsauswahl und gezieltem Sampling



Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Roick et al. (2006)	Deutschland	Beschreibung der Gründe für häufige stationäre Aufenthalte und stationäre Wiederaufnahmen	leitfadengestütztes, problemzentriertes Interview nach Witzel	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 20; 14 Männer, 6 Frauen; 39 J./24-58	auf Basis einer quantitativen Vorstudie zu Patienten mit häufigen stationären psychiatrischen Aufenthalten
Salyers et al. (2013)	USA	aktive Beteiligung an Entscheidungen in Therapie und Versorgung	narrative Einzelinterviews	iterative qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree und Miller	n = 46; 11 Frauen, 35 Männer, 48,7 J./k. A.	Teil eines Randomized Controlled Trial zu Krankheitsmanagement und Recovery
Stein et al. (2015)	USA	Beschreibung von Veränderungen in der Versorgung von Patienten mit einem langen Krankheitsverlauf	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 14; 8/7 Frauen, 6/7 Männer; 50,6 J./33-62 (widersprüchliche Angaben in der Studie)	Purposive Sampling; Diagnose: Schizophrenie, seit über 10 Jahren in Behandlung, mindestens zweimal in stationärer Behandlung
Sweers et al. (2013)	Großbritannien	Erfahrungen und Erwartungen mit Versorgung am Lebensende (end of life care)	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Corbin und Strauss	n = 20; 8 Frauen, 12 Männer; 47,3 J./38-61	Purposive Sampling; Patienten mit Schizophrenie in Remission, Patienten mit depressivem oder suizidalem Verhalten wurden ausgeschlossen
Topor und Di Girolamo (2010)	Frankreich	Erfahrung mit Versorgung in Krisensituationen	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 15, keine weiteren Angaben	freiwillige Teilnahme an der Studie
Tunner und Salzer (2006)	USA	Meinungen und Erfahrungen von Patienten zur Qualität in der Behandlung	Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; 47,8 J./22-68	Zufallsauswahl aus Krankenakten zweier Leistungserbringer
Weich et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen mit Versorgung in sozial benachteiligten Innenstadtbereichen	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; k. A./k. A.	Typical Case Sampling

k. A. = keine Angabe; J. = Jahre

\* Teilnehmerangaben bei Primärstudien, Anzahl der Studien bei systematischen Reviews

\*\* Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011c: 29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> vor (NCCMH 2011c: 37/38Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c: 27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.

## **7.4 Moderationsleitfäden/Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews**

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch den Moderator bzw. den Interviewer. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen bzw. der Einzelinterviews wurden die wichtigsten Punkte der Gespräche durch den Moderator bzw. durch den Interviewer zusammengefasst.

### **7.4.1 Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit Patienten**

#### **Thema 1: Behandlung bei Ersterkrankung**

Erzählen Sie bitte, wie Sie behandelt wurden, als die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal aufgetreten ist. Wie ist das abgelaufen?

#### **Thema 2: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung**

Wenn Sie an das Ende Ihrer Behandlung im Krankenhaus denken, wie ging es dann weiter? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

#### **Thema 3: Aktuelle Behandlung**

Wenn Sie an die Behandlung denken, die Sie jetzt bekommen, wie läuft das ab?

#### **Thema 4: Wünsche der Patienten an die Versorgung**

Was wünschen Sie sich für Ihre Behandlung? Was wäre Ihnen besonders wichtig? Was möchten Sie auf keinen Fall erleben?

Alternativ: Sie haben bereits viele Erfahrungen in der Behandlung Ihrer Krankheit sammeln können. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Dinge in Ihrer Behandlung? Was sollte Ihrer Meinung nach auf keinen Fall vorkommen?

### **7.4.2 Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften**

#### **Thema 1: Aktuelle Behandlung**

Wenn Sie an die aktuelle Behandlung Ihrer jetzigen Patienten denken, können Sie erzählen, was aus Ihrer Sicht besonders wichtig ist für die Patienten?

#### **Thema 2: Behandlung bei Ersterkrankung**

Mit Ihrer Erfahrung als Pflegekraft, was ist für Patienten, die das erste Mal erkrankt sind, besonders relevant?

**Thema 3: Behandlung bei chronischem Verlauf**

Wenn Sie an Patienten denken, die schon länger erkrankt sind, was ist bei der Versorgung dieser Patientengruppe besonders wichtig?

**Thema 4: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung**

Denken Sie nun bitte an das Ende der Behandlung im Krankenhaus. Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus berichten, welche „typischen“ Erlebnisse oder Abläufe Patienten am Ende ihrer stationären Behandlung haben? Gibt es immer wiederkehrende Fragen oder Situationen?

Wie ist es aus der Perspektive der ambulant tätigen Pflegekräfte?

**Thema 5: Wünsche der Pflegekräfte an die Versorgung**

Und wie sieht für Sie als Pflegekraft eine ideale Versorgung aus? Was darf auf keinen Fall vorkommen?

**7.4.3 Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten****Thema 1: Kommunikation und Information für Patienten**

Wenn Sie bitte an Ihre letzten drei Patienten denken: Können Sie mir erzählen, wie Ihre Erstgespräche ablaufen? Haben Sie dabei eine übliche Vorgehensweise?

**Thema 2: Interaktion und Kommunikation zwischen Behandelern**

Haben Sie die Möglichkeit, sich für Ihre Behandlungsplanung Ihrer (gemeinsamen) Patienten mit anderen Behandlern auszutauschen?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung von der stationären in die ambulante Behandlung aussieht?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung zu Ihnen in die stationäre/teilstationäre Behandlung aussieht? (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte)

**Thema 3: Entscheidungsfindung mit Patienten**

Nun bitte ich Sie, an die Behandlung bzw. Therapie Ihrer Patienten zu denken. Wie kommen Sie zu der Entscheidung für die jeweilige Behandlung? Was ist dabei Ihrer Erfahrung nach für die Patienten besonders wichtig?

**Thema 4a: Behandlung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)**

Wenn Sie an die Behandlung von Patienten denken, die das erste Mal erkrankt sind, was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Aspekte der Behandlung?

Was unterscheidet die Patienten, die zum ersten Mal erkrankt sind, von Patienten, die wiederholt stationär aufgenommen werden?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

**Thema 4b: Langzeitbehandlung (nur ambulant tätige Fachärzte und Therapeuten)**

Schizophrenie ist eine langwierige Erkrankung. Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Aspekte einer Langzeitbehandlung?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

**Thema 5: Entlassung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)**

Kommen wir zum Thema Entlassung. Erzählen Sie bitte, wie die Entlassung aus der (teil-)stationären Einrichtung bei Ihnen abläuft.

**Thema 6: Einschätzung der Versorgung insgesamt**

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Behandlung von Patienten mit Schizophrenie bzw. schizotypen oder wahnhaften Störungen aus?

Jetzt haben wir viel über Ihre Erfahrungen mit Ihren Patienten geredet. Wir haben über die Einschätzungen zu Schnittstellen, Kommunikation usw. etwas von Ihnen gehört. Wenn Sie sich etwas für die Versorgung Ihrer Patienten wünschen dürften, was würde das sein?

## Literatur

Alle URLs wurden am 22. Dezember 2016 überprüft. Soweit vorhanden wurde das Datum der Veröffentlichung bzw. der letzten Aktualisierung angegeben.

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER\\_63\\_Antipsychotics%20in%20Adults\\_08-20-121.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf).

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

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 Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqa.aqua-institut.de/sqa/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante\\_Psychotherapie/Bericht\\_Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://sqa.aqua-institut.de/sqa/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf).

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqa.aqua-institut.de/sqa/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01\\_Abschlussbericht\\_F2\\_2016-02-10.pdf](https://sqa.aqua-institut.de/sqa/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01_Abschlussbericht_F2_2016-02-10.pdf).

- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group], (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- Bäumel, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: [http://www.gfts.de/PublGftsNr30\\_Druckfassung.pdf](http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf).
- Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.
- Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.
- Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153\\_AAP\\_Dosing\\_Dual\\_Tx.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf).
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.
- Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Montgomery Lane: American Occupational Therapy Association. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa, ON: CADTH. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503\\_AAP\\_rec-report\\_e.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf).
- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.
- Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.
- Csipke, E; Wykes, T (2010): Global functioning scales. Section 5. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications. ISBN: 978-1-904671-92-3.
- Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.



- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Flick, U (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. ISBN: 978-3-499-55694-4.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.

- Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile).
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.

- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; 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 Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): 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 Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wesels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lenggerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objjs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeVersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objjs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf).
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie]; SGKJPP [Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie]; SGAP [Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie]. URL: <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [→ Behandlungsempfehlungen Schizophrenie].
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings:

- A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.
- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.
- Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Kissling, W (2008): Das „Münchener Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Jventa. ISBN: 978-3-7799-2922-2.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.

- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005\\_555\\_561.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf).
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- 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. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf>.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

- Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsy.2015.00184.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- MOH [Ministry of Health, Singapore]; Hrsg. (2011): Schizophrenia. (MOH Clinical Practice Guidelines 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf).
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggwaufs3\\_0712.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf).
- Morgan, DL; Ataie, J; Carder, P; Hoffman, K (2013): Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research* 23(9): 1276-1284. DOI: 10.1177/1049732313501889.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.

- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Last Updated: March 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253>.



- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: [http://www.danmedbul.dk/DMB\\_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf](http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf).
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053\\_1058\\_1064.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf).
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> [→ Read online].
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbrieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.

- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.
- 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. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf>.
- Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf>.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>.
- Slade, M; Oades, L; Puschner, B (2010): Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. Section 4. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications. ISBN: 978-1-904671-92-3.
- Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theiing, A; Bruning-Edelmann, M; Becker, T (2015a): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theiing, A; Bruning-Edelmann, M; Becker, T (2015b): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen fr psychisch Kranke in Deutschland. Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lnnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care

- after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136\\_Group\\_Therapy\\_for\\_Schizophrenia\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf).
- Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.
- Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.
- Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.
- Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.
- Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). AVAIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und  
Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Recherchebericht zur Erstellung  
des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Dezember 2016

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

31. Dezember 2016

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<http://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Ziel der Literaturrecherche.....	7
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards .....	9
2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards .....	9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards .....	14
2.3 Leitlinienbewertung .....	15
3 Informationsbeschaffung – HTAs .....	18
3.1 Recherche nach HTA-Berichten .....	18
3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte .....	20
4 Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung .....	22
4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	22
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung .....	38
4.3 Websiterecherche und Handsuche .....	40
5 Informationsbeschaffung zur Patientenperspektive (qualitative Studien).....	49
5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	49
5.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive – qualitative Studien .....	55
5.3 Websiterecherche und Handsuche .....	59
6 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung .....	61
6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	61
6.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung .....	66
6.3 Websiterecherche und Handsuche .....	69
Literatur.....	71



# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien ..... 10

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards ..... 11

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards..... 14

Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent) ..... 16

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs ..... 18

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung ..... 22

Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 24

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 27

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 30

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 32

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 35

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Webseitenrecherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung 43

Tabelle 13: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive ..... 49

Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 51

Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 52

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 53

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 53

Tabelle 18: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung ..... 61

Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)..... 62

Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)..... 63

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)..... 64

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)..... 64

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards .....	13
Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs .....	20
Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Fehl-, Über- und Unterversorgung.....	38
Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung .....	48
Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken.....	55
Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive .....	60
Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken.....	66
Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung ..	70

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-I-N	Guidelines International Network
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
NIHR	National Institute for Health Research
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
SMI	severe mental illness
VT	Volltext

# 1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturanalyse unterstützt die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, das den Ausgangspunkt für die Entwicklung des beauftragten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) darstellt. Die Literaturrecherche bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und den Einzelinterviews mit Patienten und Akteuren der Versorgung die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsaspekten.

Im Zuge der Aktualisierung und Neuentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* wurde die vom AQUA-Institut im Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Recherchezeitraum 2006 bis 2016 mit eigenen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards sowie der Health Technology Assessments (HTAs) wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um Hinweise zur Fehl-, Über- und Unterversorgung, zur Patientenperspektive in der Versorgung sowie zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung erweitert. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die übergeordneten verfahrensspezifischen Qualitätsziele, die aus der Beauftragung des G-BA heraus entwickelt wurden, geben den Rahmen für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells vor und setzen den Fokus auf:

- die leitliniengerechte Versorgung von volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- die Adressierung des gesamten Behandlungsverlaufs (inkl. der Erstmanifestation und des chronischen Verlaufs mit mehreren Episoden) sowie die besondere Berücksichtigung der Ergebnisqualität und patientenrelevanter Endpunkte
- die Beteiligung der unterschiedlichen Versorgungssettings (ambulant, stationär, teilstationär, Psychiatrische Institutsambulanzen/PIA) sowie auf die Schnittstellen bzw. Sektorenübergänge im Versorgungspfad

Ausgehend von diesen übergeordneten Qualitätszielen erfolgte zunächst die Ableitung strukturierter, recherchierbarer Fragestellungen für die Literaturrecherche im Rahmen des Recherchekonzeptes. Zur Beschreibung der Versorgungsqualität wurden folgende Fragen für die Literaturrecherche operationalisiert:

- Was ist der zurzeit in Leitlinien und Pflegestandards empfohlene Goldstandard für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.?

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte auf Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale/Qualitätsaspekte in der Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?
- Welche evaluierten GKV-Versorgungsmodelle für die Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?

Zur Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung erfolgte die Recherche anhand der Frage:

- Wie erleben gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. die Versorgung?

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität)
- sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/EMBASE, Leitliniendatenbanken)

definiert.

## 2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

### 2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien und Pflegestandards wurde im Internet in den Leitliniendatenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des National Guideline Clearinghouse (NGC), des Guidelines International Network (G-I-N) sowie des National Health Service (NHS) durchgeführt. Weiterhin erfolgte die Suche nach Leitlinien im Internet bei folgenden fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern bzw. Anbietern von Pflegestandards:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (GFTS)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych)
- International Early Psychosis Association (IEPA)
- American Psychiatric Association (APA)
- World Psychiatric Association (WPA)
- The International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other Psychosis (ISPS)

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinien- und Pflegestandardanbieter die Suchmöglichkeit nach Schlagwörter bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*
- psychosis

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien bzw. Pflegestandards durchgesehen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 22. bis 27. Juni 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden Leitlinien mit ins Screening aufgenommen, die in Referenzlisten von Publikationen zur Patientenperspektive (siehe Kapitel 5) sowie in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016) gefunden wurden.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E1.1: Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; die Leitlinie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E1.2: Nebenfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; in der Leitlinie finden sie dennoch Erwähnung, z.B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E2.1: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keine gültige deutsche Leitlinie gibt, dann</li> <li>▪ E2.2: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A<sup>1</sup>.</li> </ul>
E3	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E4	Die Leitlinie ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E5	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E6	Die Leitlinie richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E7	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E8	Die Referenz ist eine Leitlinie (Publikationstyp).

<sup>1</sup> Da die Empfehlungen aus den Leitlinien auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein sollen, wurden bei der Recherche nur Leitlinien aus Industrienationen berücksichtigt. Dafür wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen. Nur Leitlinien aus Ländern, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden bei der Recherche berücksichtigt (WHO 2003).

	Einschluss
E9	Die Vollpublikation der Leitlinie ist erhältlich.
E10	Die Leitlinie ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards

	Einschluss
E11	Der Pflegestandard adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E11.1: Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; der Pflegestandard hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E11.2: Nebenfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; im Pflegestandard finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E12.1: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keinen gültigen deutschen Pflegestandard gibt, dann</li> <li>▪ E12.2: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A.</li> </ul>
E13	Der Pflegestandard gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E14	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E15	Der Pflegestandard richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E16	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E17	Die Referenz ist ein Pflegestandard (Publikationstyp).
E18	Die Vollpublikation des Pflegestandards ist erhältlich.
E19	Der Pflegestandard ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festge-



legten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Pflegestandards für ein Volltext-Screening (VT-Screening) einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards bietet Abbildung 1.

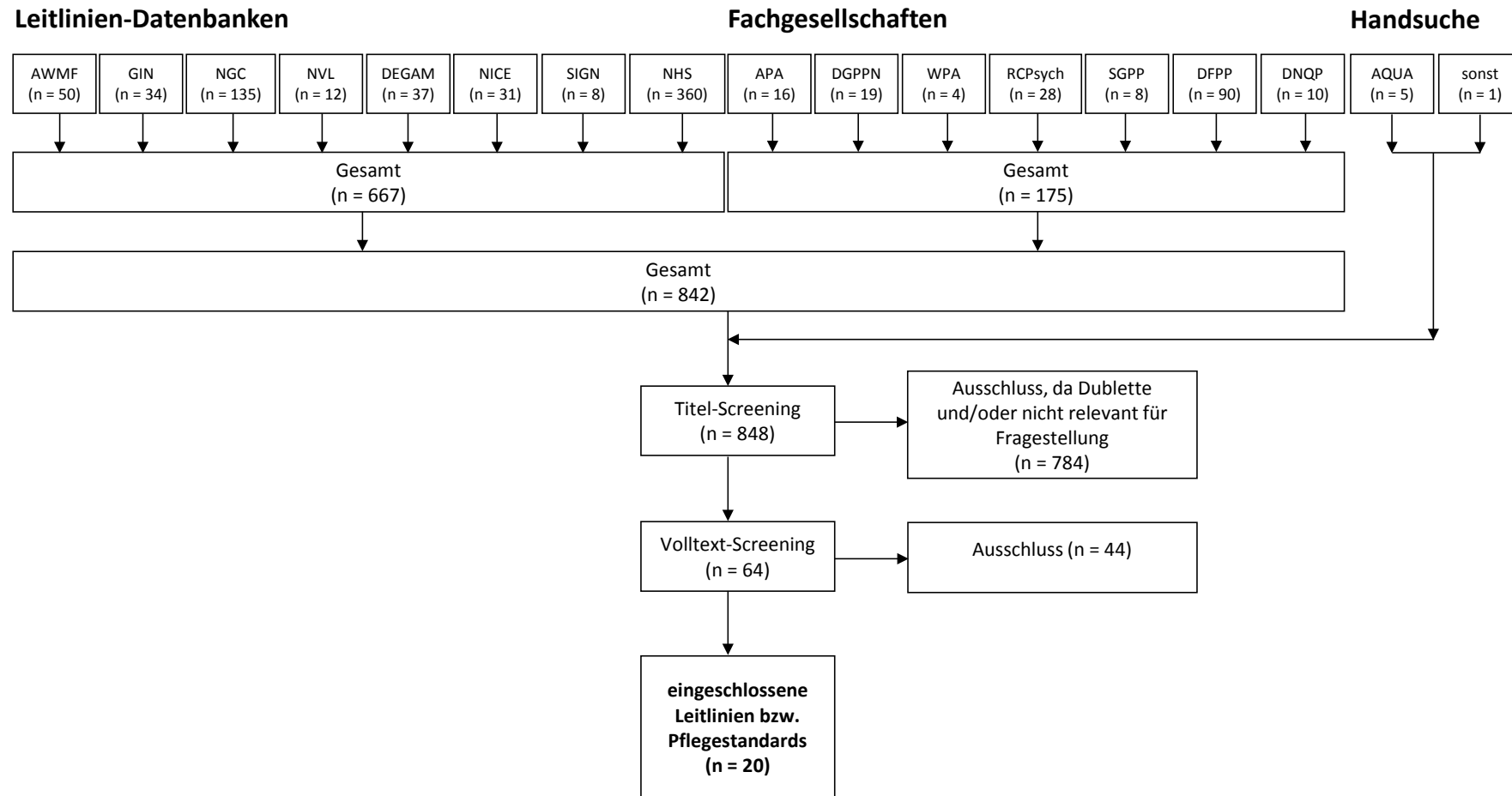


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Leitlinienanbieter, bei denen sich keine Leitlinien oder Pflegestandards bzgl. Schizophrenie/Psychosen im Internet finden ließen, sind in dieser Abbildung nicht aufgeführt.

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards

Nach dem VT-Screening wurden 19 Leitlinien und 1 Pflegestandard eingeschlossen:

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)	NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults (CG178)	NCCMH (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm in longer term management (CG133)	NCCMH (2012)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse (CG120)	NCCMH (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136)	NCCMH (2011b)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131)	SIGN (2013)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Health Technology Assessment Agency; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012
11	The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010

	<b>Leitlinie/Pflegestandard</b>	<b>Referenz</b>	<b>Akronym</b>
12	The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2009
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	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	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	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	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2012
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

### 2.3 Leitlinienbewertung

Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (AGREE Next Steps Consortium et al. 2013).

Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdimension der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Die Leitlinien werden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wird jedes Item auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet und daraus wird für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Der standardisierte Domänenwert entspricht dem prozentualen Anteil von der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne. Damit entsprechen hohe standardisierte Domänenwerte einer hohen Qualität der Leitlinien und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien untereinander zu vergleichen.

Zusätzlich enthält das Instrument zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie. Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt zum einen über eine Punkteskala von 1 (geringstmögliche Qualität) bis 7 (höchstmögliche Qualität) und zum anderen über eine Empfehlung zur Anwendung der Leitlinie (ja/ ja, mit folgenden Änderungen/ nein). Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt analog zur Bewertung der 6 Domänen als standardisierter Domänenwert.

Tabelle 4 stellt die AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

*Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)*

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
DGPPN 2013	88,9	83,3	86,5	63,9	52,1	87,5	91,7
NICE CG120 2011	88,9	91,7	87,5	83,3	54,2	100,0	83,3
NICE CG136 2011	80,6	80,6	89,6	88,9	72,9	91,7	91,7
NICE CG133 2012	88,9	91,7	86,5	86,1	75,0	91,7	91,7
NICE CG178 2014	100,0	88,9	87,5	83,3	58,3	100,0	75,0
NICE NG10 2015	97,2	91,7	84,4	94,4	54,2	100,0	91,7
SIGN 2013	91,7	86,1	86,5	86,1	60,4	100,0	100,0
CADTH 2011	88,9	75,0	78,1	75,0	70,8	70,8	83,3
AVALIA-T 2012	83,3	77,8	84,4	80,6	85,4	83,3	83,3
PORT PsySoc 2010	72,2	72,2	59,4	61,1	12,5	75,0	75,0
PORT PsyPharm 2010	72,2	66,7	66,7	61,1	12,5	87,5	75,0
AOTA 2012	80,6	58,3	53,1	41,7	33,3	0,0	50,0

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
<b>BAP 2011</b>	77,8	41,7	50,0	63,9	6,3	12,5	50,0
<b>BAP 2016</b>	74,1	53,7	33,3	50,0	2,8	44,4	44,4
<b>MOH 2011</b>	74,1	63,0	30,6	77,8	8,3	0,0	33,3
<b>WFSBP Acute 2012</b>	61,1	30,6	32,3	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>WFSBP Long 2012</b>	58,3	30,6	29,2	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>WFSBP 2015</b>	61,1	27,8	26,0	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>SGPP 2016</b>	61,1	27,8	9,4	33,3	0,0	91,7	41,7

### 3 Informationsbeschaffung – HTAs

#### 3.1 Recherche nach HTA-Berichten

Über die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA, via DIMDI<sup>2</sup>) wurde nach nationalen HTA-Berichten recherchiert. Die systematische Recherche nach internationalen HTAs wurde im Internet in der Cochrane Library durchgeführt, hier insbesondere in der Datenbank Health Technology Assessment Database und in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR).

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten die HTA-Datenbanken die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*
- psychosis

Die Suche auf den jeweiligen Websites lief im Zeitraum vom 5. bis 7. Juli 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche nach HTAs in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs

	Einschluss
E20	Der HTA-Bericht adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E20.1: Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; der HTA-Bericht hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E20.2: Nebenfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; im HTA-Bericht finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E21	Der HTA-Bericht adressiert die Versorgung in Ländern der WHO Strata A.
E22	Publikationssprache Deutsch oder Englisch

<sup>2</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

	<b>Einschluss</b>
E23	Der HTA-Bericht richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E24	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E25	Die Referenz ist ein HTA-Bericht (Publikationstyp).
E26	Die Vollpublikation des HTA-Berichts ist erhältlich.
E27	Der HTA-Bericht ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel der HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein Abstract-Screening einbezogen.

Die Abstracts der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen HTA-Berichte festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen HTA-Berichte bietet Abbildung 2.



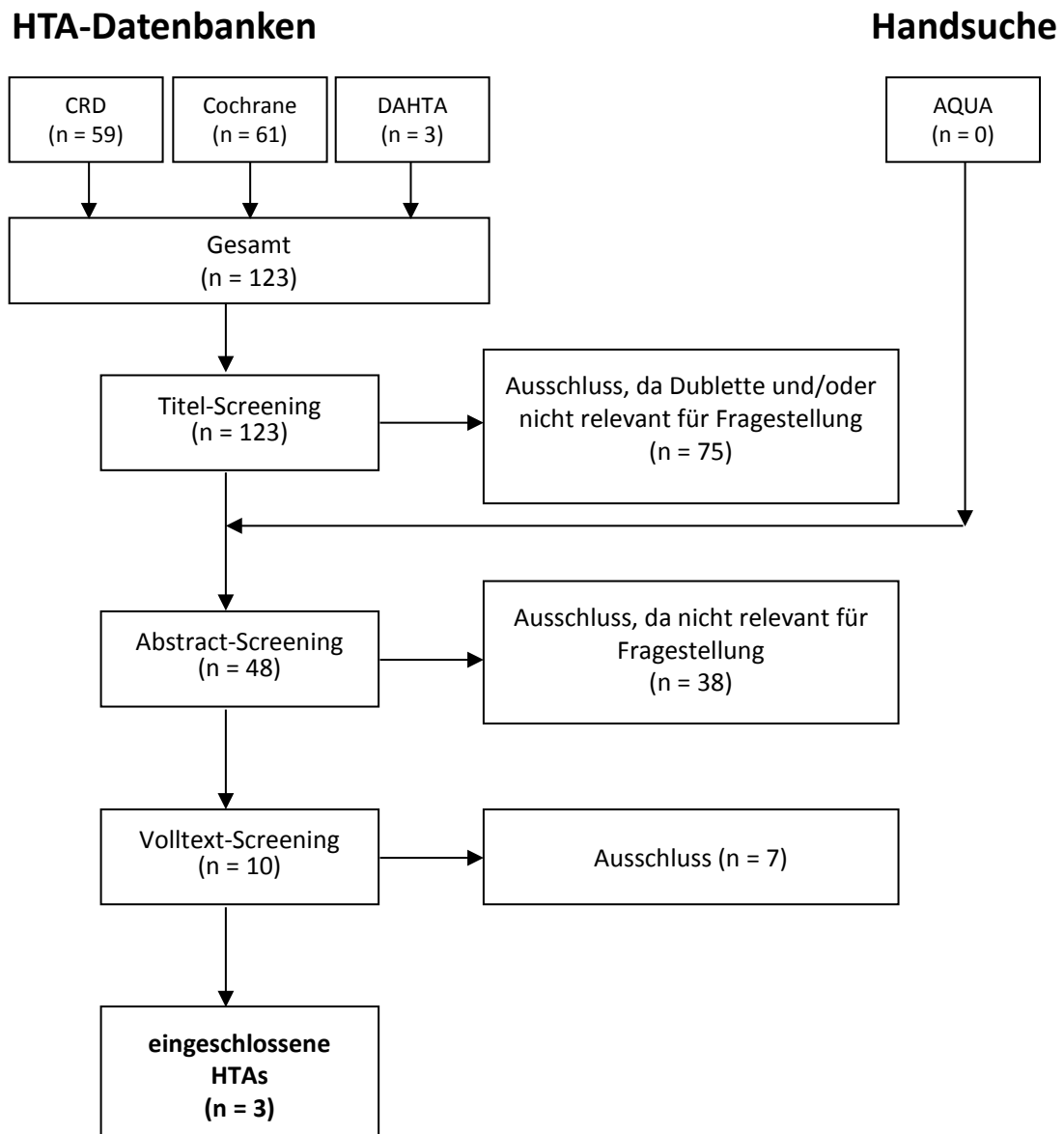


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs

### 3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte

Nach dem VT-Screening wurden drei HTA-Berichte eingeschlossen:

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER\\_63\\_Antipsychotics%20in%20Adults\\_08-20-121.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf).

- Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153\\_AAP\\_Dosing\\_Dual\\_Tx.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf).
- Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136\\_Group\\_Therapy\\_for\\_Schizophrenia\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf).

## 4 Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

### 4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 6 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen der Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

	Einschluss
E41	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ nur Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> </ul>
E42	Das Krankheitsbild der Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. zuzuordnen.
E43	Der Anteil an Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E44	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patienten mit der Diagnose ICD-10 F20.-F29.
E45	Die Studie adressiert die Versorgung von Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E46	Die Studie adressiert Qualitätsaspekte/Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale für folgende Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rezidiv</li> <li>▪ Mortalität</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ Arzneimittelsicherheit/Patientensicherheit</li> <li>▪ somatische Komorbiditäten</li> <li>▪ psychische Komorbiditäten</li> <li>▪ körperliche Funktionalität (Drogenabhängigkeit)</li> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ Shared-Decision Making</li> <li>▪ Suizid</li> </ul>

	<b>Einschluss</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suizidversuch</li> <li>▪ Komplikationen</li> <li>▪ stationäre Wiederaufnahme</li> <li>▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten</li> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>▪ Symptombelastung</li> <li>▪ Symptomveränderung</li> <li>▪ Remission</li> </ul>
E47	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E48	<p>Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E49	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E50	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E51	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.3: HTA</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien (Primärstudien und systematische Reviews) wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961
- Cochrane Library (alle Datenbanken)

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend von den Fragen der Literaturrecherche und dem vorab vorliegenden Testset aus relevanten Publikationen (n = 20)

wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 7, Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich nur 3 Publikationen aus dem Testset identifiziert, was daran lag, dass die Publikationen aus dem Testset zum größten Teil älter waren (Primärliteratur vor 2013 publiziert) als bei den unten aufgeführten Limitationen gewünscht (z. B. Primärliteratur erst ab 2013). Die relevanten Suchbegriffe konnten dennoch daraus abgeleitet werden.

Der Suchstring bestand aus drei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie, ein Rechercheblock für Fehl-, Über- und Unterversorgung und ein Rechercheblock für systematische Reviews. Der Block für systematische Reviews wurde für die Datenbanken Medline, PsycINFO und CINAHL entnommen von UHealth (2016c), UHealth (2016b), UHealth (2016a).

Für die Datenbank EMBASE wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Suche von systematischen Reviews von 2006 bis 2016 und Primärliteratur von 2013 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge oder klinische Versuche

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in Medline, EMBASE, CINAHL und PsycInfo vom 18. bis 19. Juli 2016 und in der Cochrane Library am 15. September 2016.

**Suchstrategie für Medline via OVID**

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

*Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)*

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.

#	Searches
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	exp Guideline Adherence/
22	exp Quality Improvement/
23	Quality of Medical Care.tw.
24	Quality of Care.tw.
25	Quality of Mental Health Care.tw.
26	Quality Care.tw.
27	benchmark.tw.
28	(quality adj3 treatment*).tw.
29	(quality adj3 measure*).tw.
30	quality indicator*.tw.
31	performance indicator*.tw.
32	quality control.tw.
33	mental health quality.tw.
34	quality of mental health.tw.
35	or/1-34

#	Searches
36	exp Schizophrenia/cl, co, di, dh, de, dt, ec, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
37	schizophrenia.mp.
38	genetic*.mp.
39	chemist*.mp.
40	mRNA.mp.
41	DNA.mp.
42	receptor*.mp.
43	gene.mp.
44	or/38-43
45	36 or 37
46	45 not 44
47	exp Psychotic Disorders/ad, ae, cl, co, di, dh, de, dt, ec, ed, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Administration & Dosage, Adverse Effects, Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Education, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
48	psychosis.mp.
49	47 or 48
50	49 not 44
51	schizoaffective.mp.
52	51 not 44
53	46 or 50 or 52
54	exp *Dementia/
55	53 not 54

#	Searches
56	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))).ti,ab. or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("cochrane database of systematic reviews" or evidence report technology assessment or evidence report technology assessment summary).jn. or Evidence Report: Technology Assessment*.jn. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab. and review.pt.) or meta-analysis as topic/ or Meta-Analysis.pt.
57	animals/ not (animals/ and humans/)
58	35 and 55
59	limit 58 to yr="2006 - 2016"
60	limit 59 to (english or german)
61	limit 60 to (clinical conference or clinical study or clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comment or congresses or controlled clinical trial or editorial or in vitro or pragmatic clinical trial or randomized controlled trial or technical report or twin study)
62	60 not 61
63	limit 62 to ("all infant (birth to 23 months)" or "newborn infant (birth to 1 month)" or "infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")
64	62 not 63
65	limit 64 to abstracts
66	65 not 57
67	66 and 56
68	limit 66 to yr="2013 -Current"

**Suchstrategie für PsycInfo via OVID**

Database: PsycINFO <1806 to July Week 4 2016>

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.



#	Searches
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	Quality of Medical Care.tw.
22	Quality of Care.tw.
23	Quality of Mental Health Care.tw.
24	Quality Care.tw.
25	benchmark.tw.
26	quality indicator*.tw.
27	performance indicator*.tw.
28	quality control.tw.
29	(quality adj3 treatment*).tw.
30	(quality adj3 measure*).tw.
31	mental health quality.tw.
32	quality of mental health.tw.
33	exp "Quality of Care"/

#	Searches
34	or/1-33
35	animals/ not (animals/ and humans/)
36	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
37	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
38	schizoaffective.mp.
39	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
40	or/36-39
41	exp *DEMENTIA/
42	genetic*.mp.
43	chemist*.mp.
44	mRNA.mp.
45	DNA.mp.
46	receptor*.mp.
47	gene.mp.
48	or/42-47
49	40 not 41
50	49 not 48
51	34 and 50
52	51 not 35
53	limit 52 to yr="2006 - 2016"
54	limit 53 to (english or german)
55	limit 54 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>)
58	56 not 57
59	limit 58 to yr="2013 - 2016"

#	Searches
60	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*)) .ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)) .ti,ab,id. and "Literature Review" .md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science") .ab. or ("systematic review" or "meta analysis") .md.
61	58 and 60

**Suchstrategie für EMBASE via Elsevier**

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
2	'schizophrenia'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
3	'psychosis'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
4	'schizophrenia'
5	'psychosis'
6	'schizoaffektive'
7	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8	genetic*
9	chemist*
10	mrna
11	dna
12	receptor*
13	'gene'
14	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13
15	#7 NOT #14
16	'dementia'/exp/mj
17	#15 NOT #16
18	overuse:ab,ti
19	overtreatment:ab,ti

#	Searches
20	inappropriate:ab,ti
21	misuse:ab,ti
22	damage:ab,ti
23	overutilization:ab,ti
24	unnecessary:ab,ti
25	overutilisation:ab,ti
26	abuse:ab,ti
27	underutilization:ab,ti
28	underutilisation:ab,ti
29	underuse:ab,ti
30	benefit:ab,ti
31	harm:ab,ti
32	appropriate:ab,ti
33	necessity:ab,ti
34	'quality improvement':ab,ti
35	'quality improvements':ab,ti
36	'quality deficit':ab,ti
37	'quality deficits':ab,ti
38	'quality of medical care':ab,ti
39	'quality care':ab,ti
40	benchmark:ab,ti
41	'quality indicator*':ab,ti
42	'performance indicator*':ab,ti
43	'quality control':ab,ti
44	'mental health quality':ab,ti
45	'quality of mental health':ab,ti
46	(quality NEAR/3 treatment*):ab,ti
47	(quality NEAR/3 measure*):ab,ti
48	'practice guideline'/exp
49	'total quality management'/exp

#	Searches
50	'quality of care':ab,ti
51	'quality of mental health care':ab,ti
52	#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 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51
53	((comprehensive* OR integrative OR systematic*) NEAR/3 (bibliographic* OR review* OR literature)):ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR 'research synthesis':ti,ab OR ((information OR data) NEAR/3 synthesis):ti,ab OR (data NEAR/2 extract*):ti,ab OR cinahl:ab OR (cochrane NEAR/3 trial*):ab OR embase:ab OR medline:ab OR psyclit:ab OR (psycinfo:ab NOT 'psycinfo database':ab) OR pubmed:ab OR scopus:ab OR 'sociological abstracts':ab OR 'web of science':ab OR 'cochrane database of systematic reviews':jt OR 'evidence report technology assessment':jt OR 'evidence report technology assessment summary':jt OR 'evidence report technology assessment*':jt OR ((review NEAR/5 (rationale OR evidence)):ti,ab AND review:it) OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis':it
54	#17 AND #52 AND [2006-2016]/py
55	#54 NOT #1
56	#55 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
57	#56 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
58	#56 NOT #57
59	#58 AND ([embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)
60	#58 NOT #59
61	#60 AND [abstracts]/lim
62	#53 AND #61
63	#62 AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim)
64	#62 NOT #63

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
S1	(MH "Animals+")
S2	(MH "Human+")

#	Searches
S3	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S4	TX psychosis
S5	TX schizophrenia
S6	TX schizoaffective
S7	(MH "Schizophre- nia+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/EP/ED/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/TH/SS/SU/RF/RH/ PF/PR")
S8	(MH "Psychotic Disor- ders+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EP/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/PR/PF/RH/RF/SU/ SS/TH")
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	(MM "Dementia+")
S11	S9 not S10
S12	TX genetic*
S13	TX chemist*
S14	TX mRNA
S15	TX DNA
S16	TX receptor*
S17	TX gene
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S11 not S18
S20	TI overuse OR AB overuse
S21	TI overtreatment OR AB overtreatment
S22	TI inappropriate OR AB inappropriate
S23	TI misuse OR AB misuse
S24	TI damage OR AB damage
S25	TI overutilization OR AB overutilization
S26	TI unnecessary OR AB unnecessary
S27	TI overutilisation OR AB overutilisation
S28	TI abuse OR AB abuse
S29	TI underutilization OR AB underutilization

#	Searches
S30	TI underutilisation OR AB underutilisation
S31	TI underuse OR AB underuse
S32	TI benefit OR AB benefit
S33	TI harm OR AB harm
S34	TI appropriate OR AB appropriate
S35	TI necessity OR AB necessity
S36	TI "quality improvement" OR AB "quality improvement"
S37	TI "quality improvements" OR AB "quality improvements"
S38	TI "quality deficit" OR AB "quality deficit"
S39	TI "quality deficits" OR AB "quality deficits"
S40	TI "quality of medical care" OR AB "quality of medical care"
S41	TI "quality of care" OR AB "quality of care"
S42	TI "quality of mental health care" OR AB "quality of mental health care"
S43	TI "quality care" OR AB "quality care"
S44	TI "quality indicator*" OR AB "quality indicator*"
S45	TI "quality control" OR AB "quality control"
S46	TI "performance indicator*" OR AB "performance indicator*"
S47	TI benchmark OR AB benchmark
S48	TI quality N3 treatment* OR AB quality N3 treatment*
S49	TI quality N3 measure* OR AB quality N3 measure*
S50	(MH "Quality Improvement+")
S51	(MH "Guideline Adherence")
S52	TI "mental health quality" OR AB "mental health quality"
S53	TI "quality of mental health" OR AB "quality of mental health"
S54	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
S55	S19 AND S54; Limiters - Published Date: 20060101-20161231; Language: English, German
S56	S55 NOT S3

#	Searches
S57	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available
S58	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)); Limiters - Abstract Available
S59	S57 AND S58
S60	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available; Published Date: 20130101-20161231

**Suchstrategie für Cochrane Library**

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	overuse:ti,ab
2	overtreatment:ti,ab
3	inappropriate:ti,ab
4	misuse:ti,ab
5	damage:ti,ab
6	overutilization:ti,ab
7	unnecessary:ti,ab
8	overutilisation:ti,ab
9	abuse:ti,ab
10	underutilization:ti,ab
11	underutilisation:ti,ab
12	underuse:ti,ab
13	benefit:ti,ab
14	harm:ti,ab



#	Searches
15	appropriate:ti,ab
16	necessity:ti,ab
17	"quality improvement":ti,ab
18	"quality improvements":ti,ab
19	"quality deficit":ti,ab
20	"quality deficits":ti,ab
21	"Quality of Medical Care":ti,ab
22	"Quality of Care":ti,ab
23	"Quality of Mental Health Care":ti,ab
24	"Quality Care":ti,ab
25	benchmark:ti,ab
26	"quality indicator*":ti,ab
27	"performance indicator*":ti,ab
28	"quality control":ti,ab
29	(quality near/3 treatment*):ti,ab
30	(quality near/3 measure*):ti,ab
31	"mental health quality":ti,ab
32	"quality of mental health":ti,ab
33	MeSH descriptor: [Quality Improvement] explode all trees
34	MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees
35	#1 or #2 or #3 or #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
36	MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees
37	schizophrenia:ti,ab,kw
38	MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees
39	psychosis:ti,ab,kw
40	schizoaffective:ti,ab,kw
41	#36 or #37 or #38 or #39 or #40
42	#35 and #41
43	#35 and #41 Publication Year from 2006 to 2016

#	Searches
44	chemist*
45	genetic*
46	mRNA
47	DNA
48	receptor*
49	gene
50	#44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49
51	#43 not #50
52	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees
53	#51 not #52

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen bietet Abbildung 3.

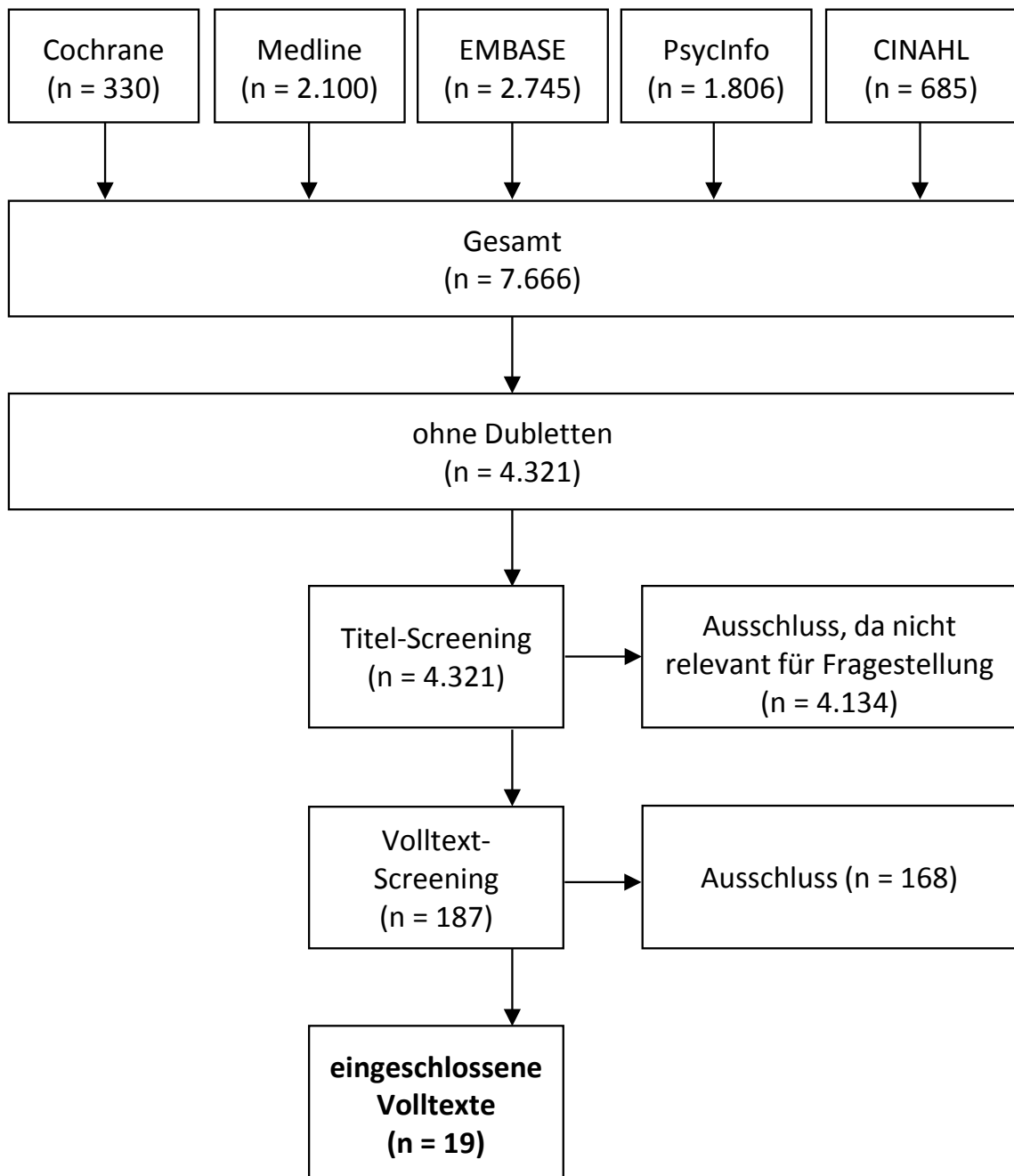


Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

#### 4.2 **Eingeschlossene Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung**

Nach dem VT-Screening wurden 19 systematische Reviews bzw. Primärstudien eingeschlossen: Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.
- Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Killaspay, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- 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. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

### 4.3 Websiterecherche und Handsuche

Eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen (z. B. Gutachten, Analyseberichte, Zeitschriftenbeitrag) zu Themen der Fehl-, Über-, Unterversorgung, der Patientenperspektive in der Versorgung und evaluierten GKV-Versorgungsmodellen wurde bei folgenden Institutionen, Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden und Zeitschriften bzw. auf folgenden Websites durchgeführt:

- AOK (WIdO)
- AQUA-Institut
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- Barmer GEK
- Bertelsmann Stiftung
- Berufsverband der Psychotherapeuten e. V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- BKK Dachverband e. V.

- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
- DAK
- Das Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege
- Das Krankenhaus
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutsches Krankenhaus Institut
- European Psychiatric Association
- European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychosis
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen
- Gesundheits- und Sozialpolitik
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis
- IGES Institut
- Integrierte Versorgung (psychenet)
- International Early Psychosis Association
- International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychosis
- ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigungen: Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein, Sachsen Anhalt, Sachsen, Bremen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Westfalen-Lippe, Bayern, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Hessen
- Kaufmännische Krankenkasse
- Kompetenznetz Schizophrenie
- Krankenhaus-Report

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- Monitor Versorgungsforschung
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Picker Institute Europe
- Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland
- Psychiatrienetz
- PsychoseNetz e.V.
- Psychotherapieforschung bei Psychosen
- Qualitätssicherung mit Routinedaten
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Schizophrenie. Beiträge zu Forschung
- Statistisches Bundesamt/Destatis
- Therapie und psychosozialem Management
- TK (Wineg)
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten
- World Psychiatric Association
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Die Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten viele Websites die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende deutsche (bzw. englische) Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*phrenie (schizo\*phrenia)
- Psycho\*se (psychosis, psychotic)
- wahn\*haft (delusio\*nal)
- Qualität\* (quality\*)

Bei Websites, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel umfangreich der gesamte Webauftritt der Institution/Gesellschaft danach durchgesehen, ob relevante Publikationen vorliegen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 01. bis 05. Juli 2016.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Webseitenrecherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

	Einschluss
E60	<p>Die Information ist oder verweist auf: Gutachten, literaturbasierter oder datenbasierter Zeitschriftenbeitrag, Analysebericht, Bestandsaufnahme, Datenauswertung und Statistik, Rote-Hand-Brief, Empfehlung des BfArM, Schadensmeldung, Monografie. Dabei sollen folgende Publikationsarten nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pressemitteilungen</li> <li>▪ Informationsbroschüren</li> <li>▪ Geschäftsberichte</li> <li>▪ Kataloge</li> <li>▪ Verbandsmeldungen</li> <li>▪ Kurzinterviews</li> <li>▪ Meldungen</li> <li>▪ Editorials</li> <li>▪ Tätigkeitsberichte</li> </ul>
E61	<p>Die Information beschäftigt sich mit gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E62	<p>Die Information beschäftigt sich mit einem der folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifizierung von Hinweisen oder Anhaltspunkten auf mögliche Qualitätsdefizite/Qualitätsaspekte/Qualitätspotenziale</li> <li>▪ GKV-evaluierte Versorgungsmodelle zur integrierten Versorgung</li> <li>▪ Hinweise, wie Patienten die Behandlung erleben</li> </ul>
E63	<p>Die Referenz beschäftigt sich mit der Situation in Deutschland oder Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der westlichen Industrienationen</p>
E64	<p>Publikationssprache Deutsch oder Englisch</p>
E65	<p>Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).</p>

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.



Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

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 Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante\\_Psychotherapie/Bericht\\_Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf).

Bäumel, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, JM; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005)<sup>3</sup>: The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: [http://www.gfts.de/PublGftsNr30\\_Druckfassung.pdf](http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf).

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.

<sup>3</sup> Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S167), daher als Handrecherche eingeschlossen.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5; in Kraft getreten am 15. April 2015; zuletzt geändert am 17. Dezember 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 19.05.2016 B4; in Kraft getreten am 20. Mai 2016. Berlin. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-05-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL_2015-12-17_iK-2016-05-20.pdf).
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile).
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeVersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf).
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse

- einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005\\_555\\_561.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf).
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- 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. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf>.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996)<sup>4</sup>: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf)
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*

---

<sup>4</sup> Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S166), daher über Handrecherche eingeschlossen.

- 54(4): 306-369. URL: [http://www.danmedbul.dk/DMB\\_2007/0407/04-07-disputa-tser/DMB3963.pdf](http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputa-tser/DMB3963.pdf).
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053\\_1058\\_1064.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf).
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> [→ Read online].
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, SM; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf>.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf>.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; TheiBing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Massnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung gibt Abbildung 4.

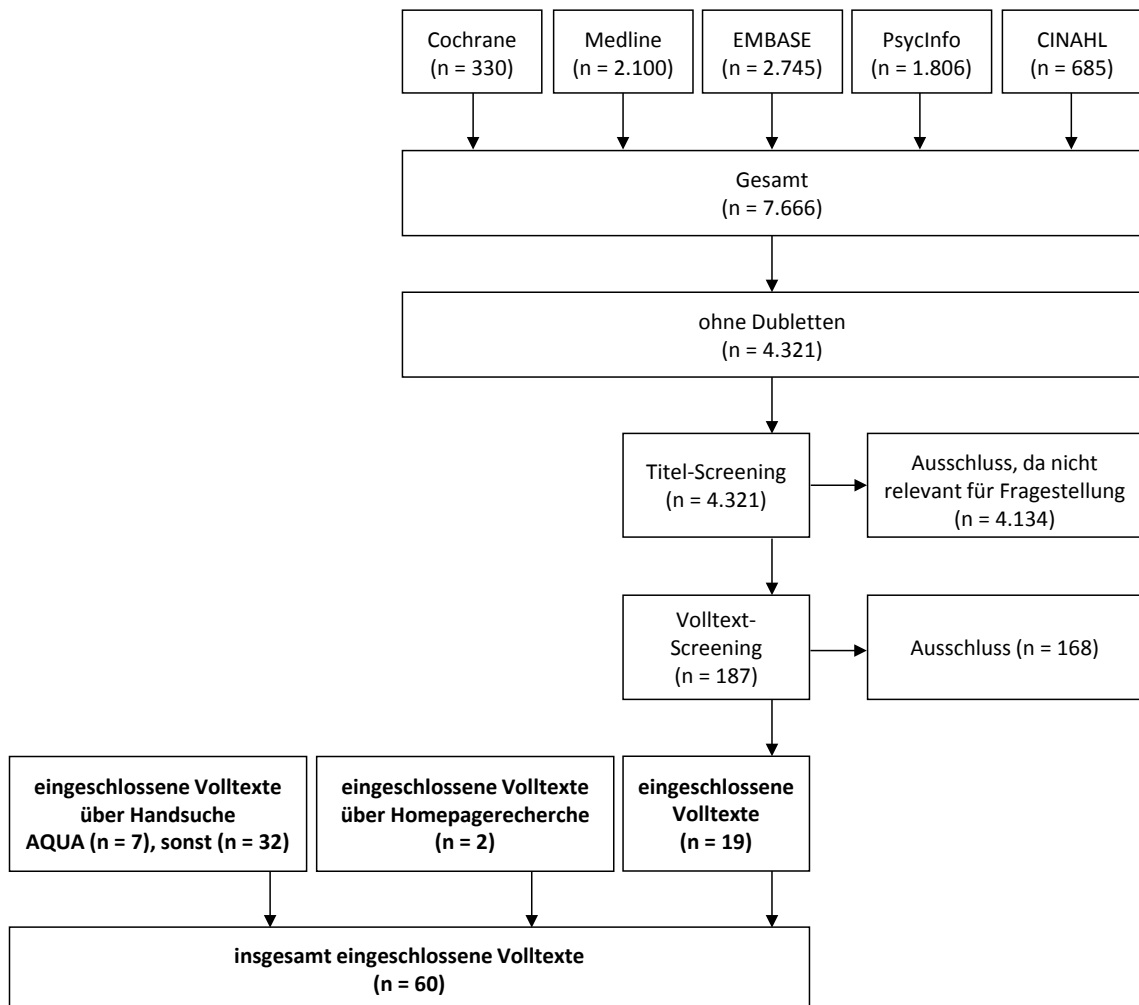


Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

## 5 Informationsbeschaffung zur Patientenperspektive (qualitative Studien)

### 5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 13 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 13: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E30	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ nur Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> </ul>
E31	Das Krankheitsbild der Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD 10 F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patienten mit der Diagnose ICD-10 F20.-F29.
E34	Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rezidiv</li> <li>▪ Komplikationen</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>▪ soziales Funktionsniveau</li> <li>▪ körperliches Funktionsniveau</li> <li>▪ Lebensqualität</li> </ul>

	Einschluss
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Shared-Decision Making</li> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ stationäre Wiederaufnahme</li> <li>▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten</li> <li>▪ Symptombelastung</li> <li>▪ Symptomveränderung</li> <li>▪ Remission</li> <li>▪ Suizidversuch</li> <li>▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofession</li> </ul> <p>Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.</p>
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul>
E40	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativen methodischen Ansatz.</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 12) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 9 Publikationen vom Testset identifiziert. Bei 2 Publikationen entsprach der Publikationszeitraum nicht den unten aufgeführten Limitationen und bei einer Publikation wurde nur allgemein „mental illness“ betrachtet und nicht speziell Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für qualitative Studien. Der Block für qualitative Studien wurde für die Datenbanken Medline und PsycINFO entnommen von UHealth (2016b), UHealth (2016c).

Für die Datenbanken EMBASE und CINAHL wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (s.u.).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken im Zeitraum vom 06. bis 11. Juli 2016.

**Suchstrategie für Medline via OVID**

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

*Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)*

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	1 and 5
7	animals/ not (animals/ and humans/)
8	limit 6 to yr="2006 -Current"



#	Searches
9	8 not 7
10	limit 9 to (english or german)
11	limit 10 to (clinical conference or comment or congresses or editorial)
12	10 not 11

**Suchstrategie für PsycInfo via OVID**

Database: PsycINFO <1806 to June Week 5 2016>

*Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)*

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.) not "Literature Review".md.
2	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
3	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
6	2 or 3 or 4 or 5
7	1 and 6
8	limit 7 to yr="2006 -Current"
9	animals/ not (animals/ and humans/)
10	8 not 9
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs>)
13	11 not 12

**Suchstrategie für EMBASE via Elsevier**

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffektive'
4	#1 OR #2 OR #3
5	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ab,ti OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph* :ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/exp OR 'narrative'/exp OR 'qualitative research'/exp
6	#4 AND #5
7	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
8	#6 NOT #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	#9 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
11	#10 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
12	#10 NOT #11

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
S1	((AB semi-structured OR TI semi-structured) OR (AB semistructured OR TI semistructured) OR (AB unstructured OR TI unstructured) OR (AB informal OR TI informal) OR (AB in-depth OR TI in-depth) OR (AB indepth OR TI indepth) OR (AB face-to-face OR TI face-to-face) OR (AB structured OR TI structured) OR (AB guide OR TI guide)) N3 ((AB interview* OR TI interview*) OR (AB discussion* OR TI discussion*) OR (AB questionnaire* OR TI questionnaire*))
S2	((AB "focus group*" OR TI "focus group*") OR (AB qualitative OR TI qualitative) OR (AB ethnograph* OR TI ethnograph*) OR (AB fieldwork OR TI fieldwork) OR (AB "field work" OR TI "field work") OR (AB "key informant" OR TI key "informant"))
S3	(MM "Focus Groups")
S4	(MM "Narratives")

#	Searches
S5	(MH "Qualitative Studies+")
S6	(MH "Interviews+")
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	(MH "Psychotic Disorders+")
S9	(MH "Schizophrenia+")
S10	TX psychosis
S11	TX schizophrenia
S12	TX schizoaffective
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
S14	S7 AND S13
S15	S7 AND S13; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S16	(MH "Animals+")
S17	(MH "Human+")
S18	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S19	S15 NOT S18
S20	S19 NOT PT editorial NOT PT commentary

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde die Publikation für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 13) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 5.

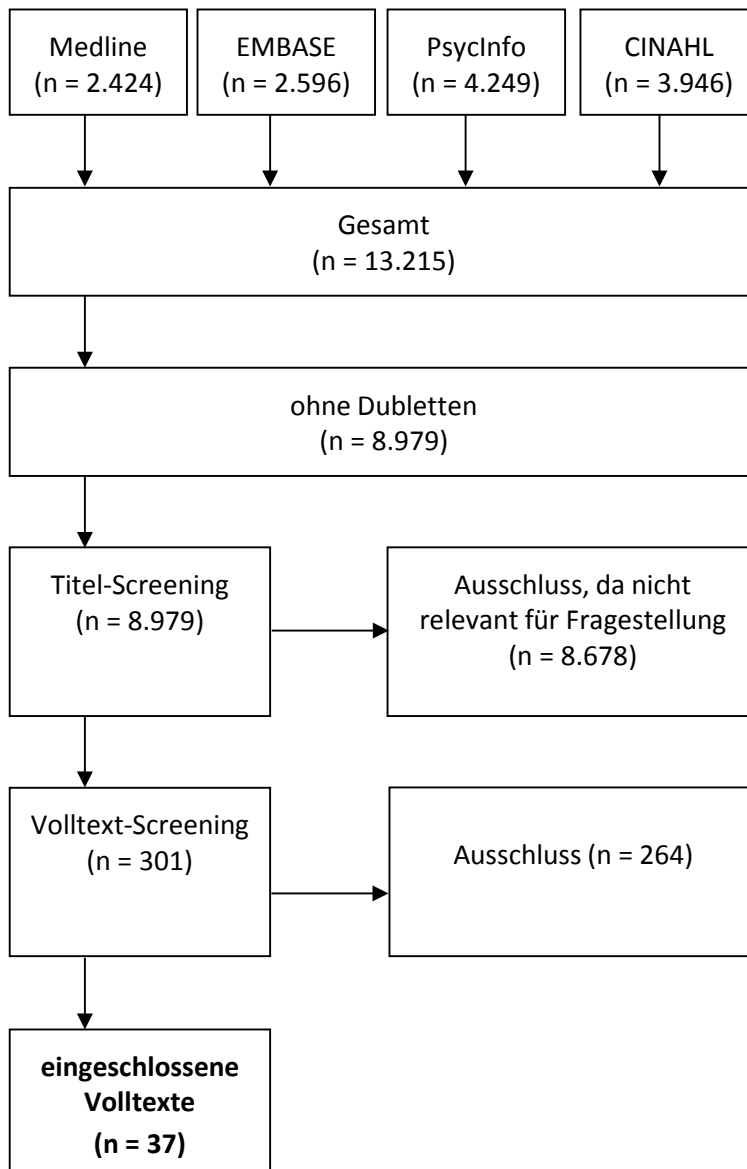


Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

## 5.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive – qualitative Studien

Nach dem VT-Screening wurden 37 qualitative Studien zur Patientenperspektive eingeschlossen:

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gunmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.

- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

- Lozem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdissi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.
- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tunmer, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.

### 5.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen zur Patientenperspektive in der Versorgung durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich dieser Fragestellung keine qualitative Studien zur Patientenperspektive als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016). Folgende drei qualitative Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche eingeschlossen:

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c)<sup>5</sup>: NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620>.

Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-014-9325-3>.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive bietet Abbildung 6.

---

<sup>5</sup> Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011b:29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> vor (NCCMH 2011b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c:27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation im Zwischenbericht: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.



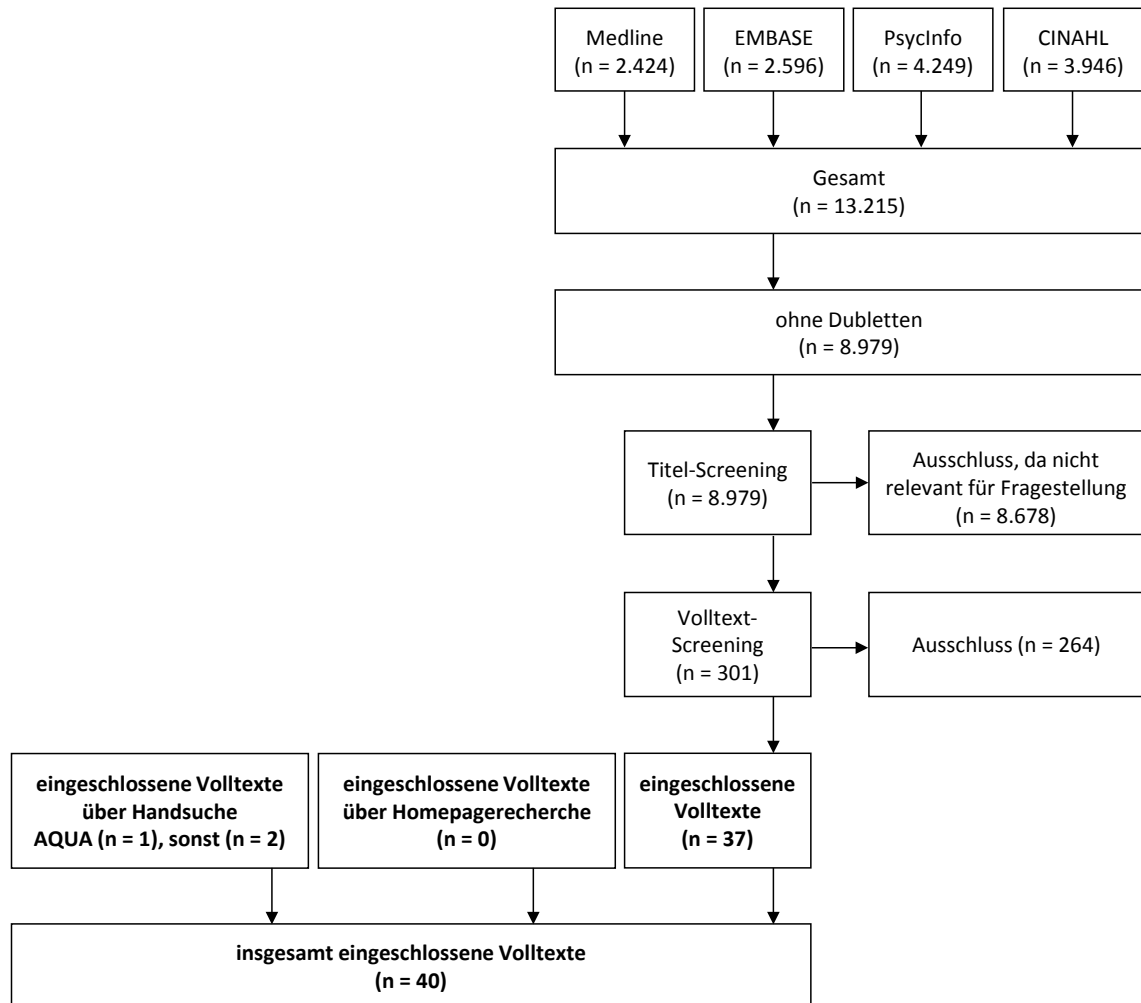


Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive

## 6 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung

### 6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

Folgende Einschlusskriterien liegen der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde:

Tabelle 18: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung

	Einschluss
E52	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E52.1: Hauptfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; die Publikation hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E52.2: Nebenfokus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; in der Publikation finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E53	Die Studie adressiert die Versorgung von Patienten in Deutschland.
E54	Die Studie adressiert die Evaluation von integrierten Versorgungsmodellen, die über gesetzliche Krankenkassen finanziert werden.
E55	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E56	Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäter</li> </ul>
E57	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E58	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E59	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E59.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder</li> <li>▪ E59.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in der Übersichtsstudie aufgenommen ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien zur integrierten Versorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 7) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 6 Publikationen vom Testset identifiziert. Eine Publikation bezog sich nicht speziell auf Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für integrierte Versorgung.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in allen genannten Datenbanken am 27. Juli 2016.

**Suchstrategie für Medline via OVID**

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

*Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)*

#	Searches
1	animals/ not (animals/ and humans/)
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	integrated health care systems.mp. or exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
7	(integrated adj3 care).mp.

#	Searches
8	6 or 7
9	5 and 8
10	limit 9 to yr="2006 -Current"
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (clinical conference or comment or congresses or in vitro)
13	11 not 12
14	13 not 1

**Suchstrategie für PsycInfo via OVID**

Database: PsycINFO <1806 to July Week 3 2016>

*Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)*

#	Searches
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	schizoaffective.mp.
4	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	exp Integrated Services/ or integrated health care systems.mp.
8	(integrated adj3 care).mp.
9	7 or 8
10	5 and 9
11	limit 10 to yr="2006 -Current"
12	limit 11 to (english or german)
13	limit 12 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial)
14	12 not 13
15	14 not 6

**Suchstrategie für EMBASE via Elsevier**

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffective'
4	#1 OR #2 OR #3
5	'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system'
6	integrated NEAR/3 care
7	#5 OR #6
8	#4 AND #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
11	#9 NOT #10
12	#11 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
13	#12 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
14	#12 NOT #13

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
S1	(MH "Psychotic Disorders+")
S2	(MH "Schizophrenia+")
S3	TX psychosis
S4	TX schizophrenia
S5	TX schizoaffective
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5
S7	(MH "Animals+")
S8	(MH "Human+")
S9	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))

#	Searches
S10	(MH "Health Care Delivery, Integrated")
S11	TX integrated n3 care
S12	S10 OR S11
S13	S12 AND S6
S14	S12 AND S6; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S15	S14 not S9

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 18) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Studien zur integrierten Versorgung gibt Abbildung 7.

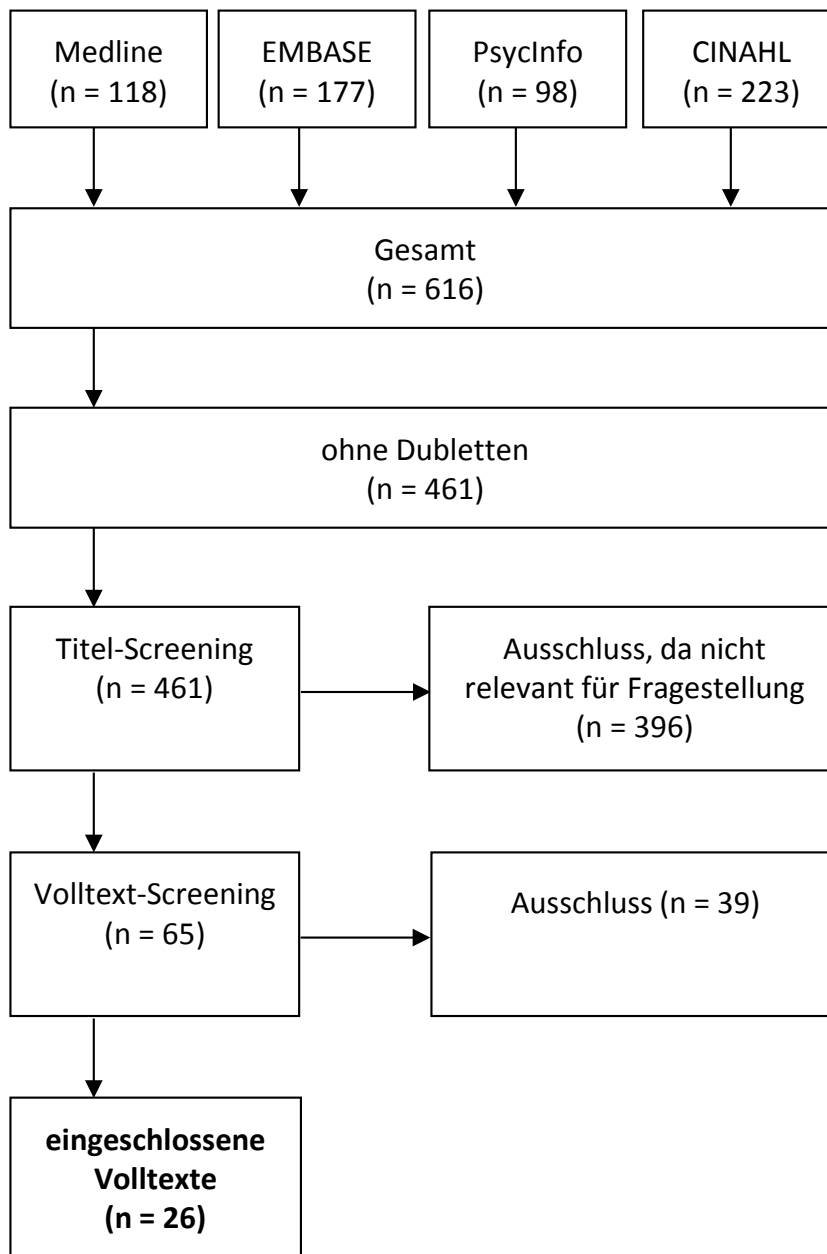


Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken

## 6.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung

Nach dem VT-Screening wurden 26 Publikationen eingeschlossen:

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.

- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebeke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.



- Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.
- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsy.2015.00184.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current opinion in psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie*,

*Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

### 6.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich der integrierten Versorgung 3 Publikationen als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lengerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggwaufs3\\_0712.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf).

Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.

Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur integrierten Versorgung bietet Abbildung 8.

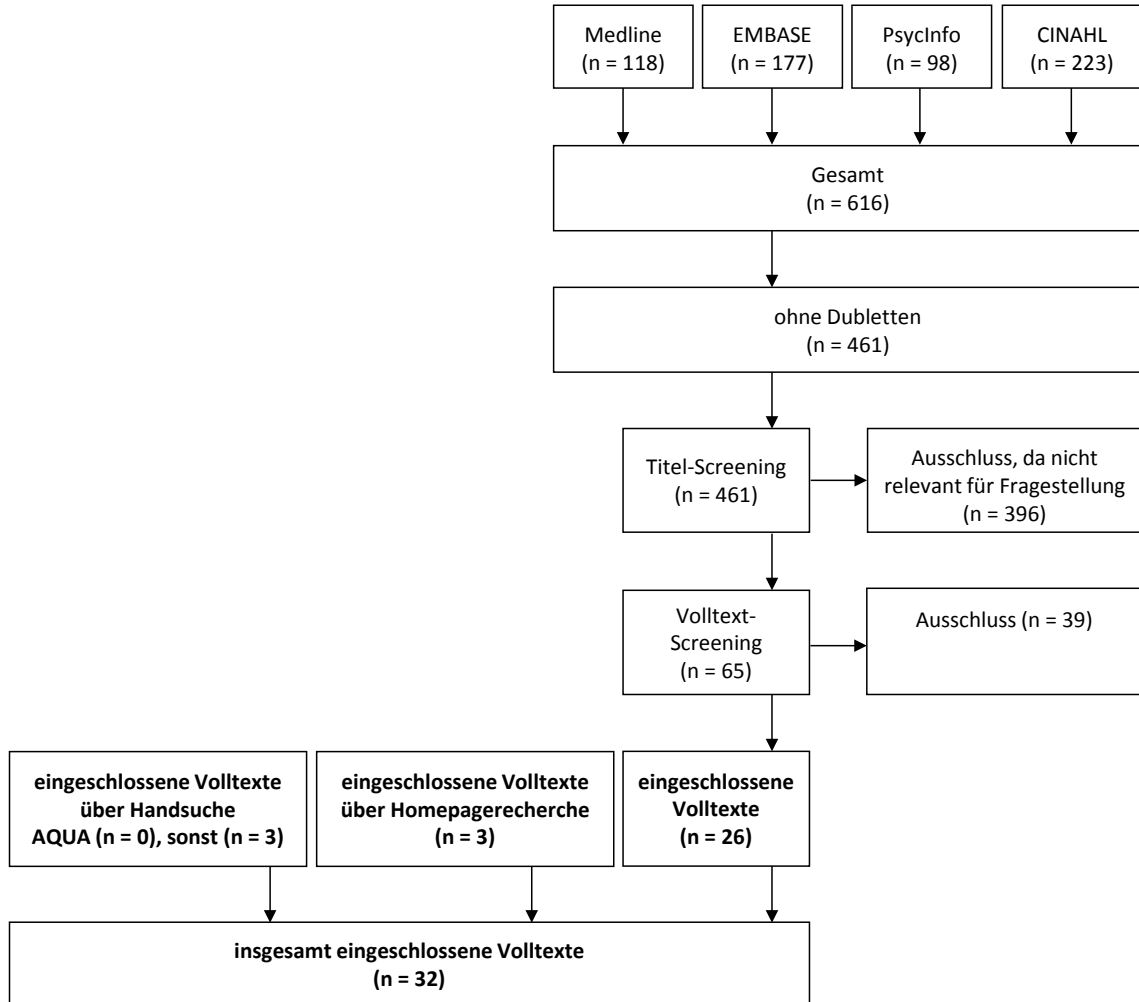


Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium; Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01\\_Abschlussbericht\\_F2\\_2016-02-10.pdf](https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01_Abschlussbericht_F2_2016-02-10.pdf).
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016a): Search Filters for Various Databases: Ebsco CINAHL. 15.09.2016. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/cinahl\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/cinahl_filters).
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016b): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. 15.09.2016. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_medline\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters).
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016c): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. 15.09.2016. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_psycinfo\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters).
- WHO [World Health Organization] (2003): The World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva: WHO. ISBN: 92 4 156243 9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf).



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Stellungnahmen

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Stellungnahmen

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Vertraulichkeitshinweis:**

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. März 2016

**Datum der Abgabe:**

22. Dezember 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) .....	4
Bundesärztekammer (BÄK) .....	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).....	24
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) .....	46
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) .....	55
Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) .....	65
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF).....	71
GKV-Spitzenverband (GKV-SV).....	72
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).....	107
Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V.....	137

Berlin, 13.11.2017

**Stellungnahme  
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften  
(AWMF) zu „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von  
volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften  
Störungen – Vorbericht“ Stand 4.10.17**

Die AWMF wurde am 04.10.2017 um eine Stellungnahme zu oben genanntem Vorbericht des Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre betroffenen Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Bis einschließlich 13.11.2017 sind bei der AWMF keine Stellungnahmen eingegangen.

**Allgemeine Kommentare**

Grundlage dieser Stellungnahme ist der Vorbericht, das Indikatorenset und drei Anlagen zum Vorbericht (Indikatorenset, Anhang mit Ausführungen zur speziellen Vorgehensweise und Ergebnissen der methodischen Schritte sowie Abschlussbericht des AQUA-Instituts mit Stand vom 10.02.2016). Der Vorbericht umfasst, inklusive Literatur, 253 Seiten, die Anlage zur Methodik 359 Seiten. Samt den Anlagen und der Ausführung zu den Qualitätsindikatoren werden die Ausgangsfrage, die angewandte Methodik, die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion letzterer klar nachvollziehbar dargestellt. Der Umfang der zur Begutachtung vorgelegten Dokumente stellt jedoch für interessierte Kreise insbesondere im vorgegebenen Zeitraum von 6 Wochen eine Herausforderung dar – möglicherweise hätten sich bei einer längeren Frist Fachgesellschaften geäußert.

Das Ziel dieses Berichts ist es, das neu entwickelte Indikatorenset, das von 27 Indikatoren des AQUA-Institutes auf 19 reduziert wurde, detailliert bezüglich seiner Neuausrichtung darzustellen. Hierbei wurde darauf geachtet, sektorenübergreifende Behandlungsverläufe adäquat zu berücksichtigen und darüber hinaus patientenrelevante Zielgrößen wie Symptomlast und Aspekte der psychosozialen Funktion als Teil der Ergebnisqualität neu zu integrieren.

Ziel des QS-Verfahrens insgesamt ist eine Absicherung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie auf dem aktuellen Stand leitliniengerecht zu ermöglichen.

Bei der Darstellung des methodischen Vorgehens werden die einzelnen Filterschritte nachvollziehbar und verständlich dargestellt. Sie hinterlassen den Eindruck, dass mit der notwendigen methodischen Kenntnis und Akkuratessse vorgegangen wurde, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.

**Internationale Vergleichbarkeit der Methodik?**

Es wäre gut, einen Hinweis darauf zu finden, ob auch andere Qualitätsindikatorensets im In- und Ausland sich der vom IQTIG angewandten Methodik bedienen. Falls davon abweichende



Methoden eingesetzt werden, wäre der Hinweis hilfreich, warum gerade dieses Vorgehen mit den entsprechenden Filterschritten gewählt wurde.

Im Ergebnisteil werden die Indikatoren einzeln kommentiert und der entsprechenden Ebene der Qualitätssicherung zugeordnet. Begrüßenswert ist die Tatsache, dass neun von den 19 Qualitätsindikatoren der stationären Behandlung und zehn der ambulanten Behandlung zugeordnet sind. Die Auswahl der einzelnen Indikatoren ist nachvollziehbar und weckt den Eindruck, dass alle wichtigen Aspekte der Therapie schizophrener Psychosen durch entsprechende Qualitätsaspekte gedeckt sind.

### **Patientenbefragung: Auswahlkriterien für Fragebögen unklar**

Warum bei der Messung der Symptomlast, bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus der HoNOS-Fragebogen eingesetzt wurde, ist zwar in Hinblick auf das Nachbarland Niederlande nachvollziehbar, wird aber nicht näher begründet. Der Einsatz eines solchen Fragebogens hat weitreichende Implikationen und müsste daher besser abgeleitet werden. Man könnte sich durchaus in Forschungskontexten übliche Skalen, wie die SOFAS oder den häufig eingesetzten GAF ebenfalls vorstellen. Eine kritische Auseinandersetzung mit den potentiell denkbaren Fragebögen und die Entscheidung für den HoNOS konnte im Vorbericht nicht gefunden werden. Zudem ist diese Entscheidung als vorläufig zu betrachten und entsprechend zu kennzeichnen, da das IQTIG ja parallel mit der Erprobung von Fragebögen beauftragt ist (siehe <https://www.iqtig.org/qs-verfahren/entwicklung/psychiatrie/patientenbefragung-schizophrenie/> )

### **Fazit und Erfordernis der Evaluation**

Zusammengefasst ist der Vorbericht des IQTIG zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen als gelungen zu bezeichnen. Das hier vorgestellte Qualitätsindikatorenset von 19 Indikatoren ist viel ausgewogener als das, welches ursprünglich mit 27 Indikatoren präsentiert wurde. Der Vorbericht spiegelt eine enorme Mühewaltung wider und den Versuch, ein optimales Qualitätsindikatorenset zu entwickeln. Hierbei wurde sich einer Mischung aus Literaturrecherche, Expertenmeinung und Prüfung anhand vorhandener Datenquellen bedient.

Das entstandene Qualitätsindikatorenset muss nun in einem prospektiven Design zeigen, inwiefern es wirklich Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung von Menschen mit einer schizophrenen Psychose adressiert. Ob hierüber eine langfristige Steuerung im Sinne einer optimierten Behandlung möglich ist, bleibt abzuwarten.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. P. Falkai [falkai@awmf.org](mailto:falkai@awmf.org)



# **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

zum Vorbericht des IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Berlin, den 07.11.2017

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 04.10.2017 als zu beteiligende Organisation gemäß §137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ aufgefordert.

## ***I. Hintergrund***

Am 16.06.2016 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, bis Ende Dezember 2017 das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) auf Basis des vom AQUA-Institut am 14.12.2015 vorgelegten Abschlussberichts zu überarbeiten.

Einen ersten Zwischenbericht zum Gesamtverfahren hatte das IQTIG am 31.12.2016 dem G-BA vorgelegt. Der Bericht beinhaltete das sogenannte verfahrensspezifische Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten. Aus diesen Qualitätsaspekten soll ein Qualitätsindikatorenset abgeleitet werden. Als Datenquellen für Indikatoren sollen die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung dienen.

Es folgte am 15.05.2017 ein Zwischenbericht zur Patientenbefragung, der sich auf selektierte 9 der 17 Qualitätsaspekte beschränkte, die sich nach Einschätzung des IQTIG über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Am 04.10.2017 legte das IQTIG den vorliegenden Vorbericht vor, der an die oben genannten Zwischenberichte anknüpft. Nach Würdigung der Stellungnahmen zu diesem Vorbericht wird am 31.12.2017 ein Abschlussbericht vorgelegt. Für den 15.12.2018 ist ein Abschlussbericht zur Patientenbefragung vorgesehen.

Es ist der Komplexität der Verfahrensentwicklung geschuldet, dass sich die Berichte notwendigerweise auch inhaltlich überschneiden. Wie schon früher bei Stellungnahmen zu Entwicklungsberichten des AQUA-Instituts als Institution nach § 137a SGB V (alt) angemerkt, schlägt die Bundesärztekammer vor, die Bezeichnungen der Berichte zu überdenken, da sie in der Abfolge (erst Zwischenbericht, dann Vorbericht und schließlich Abschlussbericht) nicht unbedingt logisch erscheinen.

Im vorliegenden Fall ist in sachgerechter Weise die Entwicklung der Patientenbefragung in der Berichterstattung abgekoppelt worden vom Rest des Verfahrens. Ein Gesamtdokument zu allen vorgeschlagenen Instrumenten des QS-Verfahrens liegt dadurch allerdings nicht vor.

Dem Vorbericht wurden zudem diverse weitere Anhänge und Anlagen (Abschlussbericht nebst Anlagen des AQUA-Instituts) angefügt. Für die stellungnehmenden Institutionen wird letztlich der Gesamtüberblick über das vorgeschlagene Verfahren durch die Vielzahl der Dokumente erschwert.

Der Schwerpunkt dieser Stellungnahme der Bundesärztekammer liegt auf der Diskussion der Operationalisierung der Indikatoren und der daraus abgeleiteten Datensätze. Es wird auf einige Detailungenauigkeiten und Widersprüche hingewiesen, die bis zum Abschlussbericht korrigiert werden sollten.

## **II. Stellungnahme zum Vorbericht im Einzelnen**

### **1 Hintergrund**

Die Historie der Verfahrensentwicklung durch das AQUA-Institut wird kurz wiedergegeben und es werden zentrale Kritikpunkte am damaligen Abschlussbericht genannt: Unausgewogenheit des Indikatorensets, zu wenig Berücksichtigung der Ergebnisqualität, zum Teil mangelnde Operationalisierung und zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge.

### **2 Auftrag und Zielsetzung**

Der Auftrag des G-BA wird zusammengefasst. Ausgehend vom AQUA-Abschlussbericht sollen im Qualitätsmodell des IQTIG mit seinen Qualitätsaspekten und Indikatoren die oben genannten Mängel behoben werden. Das Ziel des Verfahrens wird aufbauend auf dem Auftrag zusammengefasst.

### **3 Neuausrichtung**

Die bereits im Zwischenbericht vorgestellten methodischen Schritte bei der Erarbeitung des Qualitätsmodells werden noch einmal kurz umrissen. Das Ergebnis, ein verfahrensspezifisches Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten, wird tabellarisch vorgestellt einschließlich der vorgeschlagenen Datenquellen für die Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsaspekte, einschließlich der nicht selektierten, werden kurz charakterisiert. Es wird resümiert, dass die Experten zum Schluss gekommen seien, dass die AQUA-Indikatoren bis auf einen Indikator nicht mehr fortgeführt werden sollen.

Anmerkung:

Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung unterscheidet sich von der eigentlich entsprechenden Tabelle 2 im vorliegenden Vorbericht zum Teil inhaltlich:

- „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nur noch über Datenquelle Patientenbefragung und nicht mehr über QS-Dokumentation/Sozialdaten
- „Teilhabe“ zusätzlich zur Patientenbefragung auch über Datenquelle QS-Dokumentation/Sozialdaten
- Bezeichnung „Symptomlast“ statt „Veränderung der Symptombelastung“
- Bezeichnung „Psychosoziales Funktionsniveau“ statt „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“

Hier sollten die Gründe für diese Änderungen – ggf. als Fußnote – angegeben werden.

Zudem enthielt die Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung noch eine Nummerierung der Qualitätsaspekte, im Vorbericht ist dies nicht mehr der Fall. Da die Reihenfolge der Qualitätsaspekte („Entlassungsmanagement“ steht an zweiter Stelle) nicht dem Ablauf der Versorgungsprozesse entspricht, ist bei fehlender Nummerierung die Übersicht für den Leser erschwert. Später im Vorbericht sollten auch die Indikatoren nummeriert werden – am besten so, dass die Zuordnung zum Qualitätsaspekt deutlich wird. Erschwert wird die Übersicht weiterhin dadurch, dass in Kapitel 3.3 die Qualitätsaspekte in einer anderen Reihenfolge diskutiert

werden als in Tabelle 2. Später im Dokument (Tabelle 6) erscheinen die Qualitätsaspekte erneut in einer anderen Reihenfolge.

Der Hinweis „Bei dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ stellte sich (...) heraus, dass eine Operationalisierung der abgeleiteten QI-Entwürfe mittels der datengestützten Qualitätssicherung nicht möglich ist“, ist an dieser Stelle verwirrend, da der Qualitätsaspekt im weiteren (Kapitel 5 ff.) in die Entwicklung einbezogen wurde, und sich erst nach dem Entwicklungsprozess herausstellte, dass dazu kein geeigneter Indikator gefunden wurde. Andererseits werden die Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ in Tabelle 2 noch getrennt dargestellt, sie wurden aber später im Entwicklungsprozess zusammengefasst. Anders ausgedrückt: Tabelle 2 sollte entweder eindeutig den Status der Qualitätsaspekte vor oder nach dem weiteren Entwicklungsprozess anzeigen.

#### **4 Methodisches Vorgehen**

Der grundsätzliche Prozessablauf vom Qualitätsaspekt über das Qualitätsmerkmal zum Indikator wird in fünf sogenannten Filterschritten, unter Einbeziehung eines Expertengremiums, dargestellt. Das Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Nutzung eines Sozialdatenpools für explorative Analysen möglicher Indikatoren werden beschrieben.

Im Weiteren wird die Recherche nach international bereits vorliegenden Indikatoren und Messinstrumenten beschrieben.

Anmerkung:

In Kapitel 4.4.1 wird erläutert, dass nur vier Qualitätsindikatoren mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse vom IQTIG geprüft wurden. Dies überrascht angesichts der Tatsache, dass in Tabelle 2 noch aufgeführt worden war, dass bei 12 Qualitätsaspekten die Nutzung von Sozialdaten als Datenquelle möglich sei.

### **5 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung**

#### **5.1 Einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung**

Die Bewertung der einbezogenen Leitlinien nach dem AGREE-II-Instrument wird aufgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass sechs Leitlinien nicht berücksichtigt wurden, da in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) nach AGREE-II weniger als 50 % erreicht wurden.

Anmerkung:

Die Selektion der Leitlinien mag sachgerecht sein, zumal die Domäne 3 den wichtigen Aspekt der Evidenzdarstellung einer Leitlinie enthält. Warum aber nur für eine von sechs Domänen ein Schwellenwert als K.o.-Kriterium verwendet wurde, ist dem Bericht und auch in den referenzierten „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG-Instituts nicht zu entnehmen. Einige Leitlinien erreichen gemäß Tabelle 5 auch bei anderen Domänen sehr niedrige Werte.

#### **5.4 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“**

Es wird argumentiert, dass die vier vorab formulierten Qualitätsmerkmale, wie z. B. der Planungs- und Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern, schlecht operationali-

sierbar seien. Zudem werde dieser Qualitätsaspekt in der Patientenbefragung aufgegriffen und er überschneide sich mit den neuen gesetzlichen Regelungen zum Entlassungsmanagement. Deshalb habe man bei diesem Qualitätsaspekt letztendlich auf die Ableitung von Indikatoren verzichtet.

Anmerkung:

Angesichts der eingangs vorgestellten Zielstellung der Verfahrensentwicklung – auch in Abgrenzung vom AQUA-Abschlussbericht – sektorenübergreifende Probleme in der Versorgung zu adressieren, ist es bedauerlich, dass gerade auf diesen Qualitätsaspekt verzichtet wurde.

#### **5.4 ff.**

Im Folgenden werden für jeden Qualitätsaspekt die Filterschritte der Entwicklung über die Qualitätsmerkmale zum Indikator dargestellt. Dabei ist positiv die ausführliche Darstellung der Diskussion in den Expertengremien hervorzuheben.

Die „Beschreibungen der Indikatoren“ (in früheren Berichten auch „Indikatorenblätter“ genannt) sind dem Vorbericht zusätzlich als „Indikatorenset“ angefügt.

Anmerkung:

Die „Tabellen mit Beschreibung des Qualitätsindikators“ im Kapitel 5 im Vorbericht und im angehängten Indikatorenset sind identisch. Hätte man auf die Wiedergabe im Vorbericht verzichtet und stattdessen auf das Indikatorenset verwiesen, hätte man eine Textdopplung vermieden und ca. 80 Seiten im Vorbericht gespart.

Eine weitere Dopplung bzw. inhaltliche Überschneidung findet sich in den Anmerkungen zum dritten und vierten Expertengremium, einerseits in den Unterkapiteln des Kapitels 5 zur „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ und andererseits in den jeweiligen Indikatortabellen. Es wird zum Teil der gleiche Sachverhalt mit jeweils anderen Worten wiedergegeben. Auch hier könnte man sich bei zukünftigen Berichten auf eine Stelle im Bericht beschränken.

#### **5.5 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

##### **Tabelle 7 Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung**

###### **Ausschlusskriterien:**

Hier fehlt in der Aufzählung der Ausschlusskriterien:

- Patientin/Patient lehnt ab
- Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme
- Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung
- Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation

###### **Datenfelder**

Es erschließt sich nicht, wozu hier die Felder 18 - 20 des Datensatzes aufgeführt werden. Sie werden zur Berechnung des Indikators nicht benötigt.

## 5.6 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

### Tabelle 8 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär

### Tabelle 9 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant

#### Qualitätsziel

Dass die Patientinnen und Patienten „(...) mithilfe von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung erwerben (...)“ sollen ist zwar richtig, wird aber so vom Indikator nicht überprüft. Der Indikator erfasst lediglich, ob der Patient eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten hat und ob diese dokumentiert wurde.

Bei anderen Indikatoren wurden unmittelbare und mittelbare Ziele im „Qualitätsziel“ sprachlich getrennt (z. B. Indikator „Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine antipsychotische Erhaltungstherapie erhalten, um Rezidive zu vermeiden“). Analog könnte das Qualitätsziel hier formuliert werden: (...) sollen eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben.

Cave: Uneinheitliches Wording: manualisiert, manualbasiert

#### Referenzbereich

Bei diesen und bei anderen Qualitätsindikatoren besteht ein Widerspruch zwischen der Formulierung des Qualitätsziels und dem gewählten Referenzbereich. Zum Vergleich

- Qualitätsaspekt Psychoedukation:  
Qualitätsziel: „Alle Patienten (...)“,  
Referenzbereich:  $\geq 50\%$
- Qualitätsaspekt Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie:  
Qualitätsziel: „Bei möglichst allen Patienten (...)“,  
Referenzbereich:  $\geq 95\%$
- Qualitätsaspekt Suizidalität:  
Qualitätsziel: „(...) alle Patienten (...)“,  
Referenzbereich:  $= 100\%$

Die Formulierung sollte über alle Indikatoren hinweg konsistent sein.

## 5.7 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

### Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

#### Datenfelder für die Indikatorberechnung

„Grundgesamtheit“ (Seite 96) weicht von „Grundgesamtheit“ (Seite 94) ab. Es fehlen: die Behandlung in zwei Quartalen, die Facharztgruppen und der stationäre Aufenthalt.

„Ausschluss Grundgesamtheit“ weicht von „Ausschlusskriterien“ (Seite 94) ab: Es fehlt „Alter < 18 Jahre“.

## **Entwicklungsprotokoll**

Die Aussage: „Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie ...die Verschreibung einer antipsychotischen Therapie für zwei Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen“ stimmt nicht mit dem Indikator überein, da hier vier Folgequartale antipsychotische Therapie bei mindestens zwei Quartalen ambulanter fachärztlicher Behandlung gemessen werden.

### **5.8 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

#### **Tabelle 13 Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt**

Die Interpretation, was eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention ist, wird vollständig der dokumentierenden Person überlassen. In dem Ausfüllhinweis wird „systematisch“ mit „mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche“ operationalisiert. „Evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention“ wird in den Ausfüllhinweisen mit einer allgemein gehaltenen Definition des Begriffs „Psychotherapie“ aus einem Lehrbuch operationalisiert.

Es ist zu befürchten, dass die datengestützte Qualitätssicherung hier an Grenzen stößt und der komplexe Sachverhalt nicht einfach mit einer Ja-/Nein-Frage beantwortet werden kann. Daher sind bei diesem Indikator kaum aussagekräftige Daten zu erwarten.

#### **Ausschlusskriterien**

Besser „Verweildauer < 7 Tage“ statt „Mindestverweildauer < 7 Tage“.

#### **Datenfeld „Art der Maßnahme (1 = kognitive Verhaltenstherapie, 2 = andere)“**

Dieses Feld geht nicht in den Indikator ein. In welchem Verhältnis steht die kognitive Verhaltenstherapie zur „evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention“?

### **5.9 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

#### **Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten**

#### **Datenfeld „Haben Sie für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert“**

Das Wording des Datenfelds (Fallkonferenz/Suizidkonferenz) weicht ab von der Indikatorbezeichnung (Fallbesprechung/Suizidkonferenz).

#### **Referenzbereich**

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann. Durch die Formulierung der Frage ist der Indikator allerdings indirekt ein Sentinel-Event-Indikator. Egal, ob bei (hypothetisch) zehn Sui-



ziden pro Jahr in nur einem Fall oder in allen Fällen keine Fallbesprechung durchgeführt wurde, müsste die Einrichtung jeweils „nein“ ankreuzen.

### **5.10 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“**

#### **Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom**

##### **Zähler:**

Im Datenfeld soll ein komplexer Sachverhalt (regelmäßig, strukturiert, dokumentiert, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit) mit einer Ja-/Nein-Abfrage erfasst werden. Auch hier besteht die Gefahr einer zweifelhaften Datenvalidität. Zähler und Datenfeld weichen zudem ab: Im Datenfeld wird zusätzlich abgefragt:

- Regelmäßig
- Ergebnis dokumentiert

Nicht im Datenfeld wird abgefragt:

- Komorbidität Abhängigkeitssyndrom

##### **Rationale:**

Schreibfehler: „Querschnittsschnitte“ statt „Querschnittsstudie“.

##### **Qualitätsziel:**

Das Wording weicht ab:

- Zähler: „strukturiert“
- Datenfeld: „regelmäßig und strukturiert“
- Qualitätsziel: „systematisch“

### **5.11 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“**

#### **Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“**

##### **Datenfelder für die Indikatorberechnung**

##### **Grundgesamtheit**

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“

##### **Ausschluss Grundgesamtheit**

Hier fehlt: „Alter < 18 Jahre“

## **5.12 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“**

### **Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“**

#### **Grundgesamtheit**

Die Grundgesamtheit kann nicht lauten: „alle stationären Leistungserbringer, die 1:1-Betreuung (...) durchgeführt haben“. Richtig wäre: „alle stationären Leistungserbringer“.

#### **Ausschlusskriterien**

„Anzahl durchgeführter indizierter Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr = 0“ ist aus dem Erfassungsbogen nicht ableitbar, da danach nicht gefragt wird. In der dritten Sitzung des Expertengremiums war allerdings empfohlen worden, „die kumulierte Anzahl unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen zu erfassen“.

#### **Qualitätsziel**

Es wird nur das Vorliegen einer Arbeitsanweisung (und einer Auswertungsstatistik) abgefragt, nicht aber, ob die Patienten „immer eine 1:1-Betreuung“ bei einer Zwangsmaßnahme erhielten.

#### **Referenzbereich**

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann.

### **Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“**

#### **Anmerkungen**

Der Begriff „weiteres nicht ärztliches Personal“ wird hier definiert. Er wird aber nicht im Erfassungsbogen verwendet. Stattdessen müsste „therapeutisch tätige Mitarbeiter“ definiert werden.

## **5.13 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

### **Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“**

#### **Qualitätsziel**

„Bei entsprechender Indikation“ soll der Patient eine „teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ erhalten. Die Indikation ist im Indikator (Zähler/Grundgesamtheit) aber nicht enthalten.

Aus den Datenfeldern wäre dieses Qualitätsziel auch gar nicht überprüfbar, da das Vorliegen einer Indikation nur für die Patienten ohne teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung abgefragt wird. Anders ausgedrückt: Ob Patienten ohne Indi-

kation die Versorgung erhalten, wird nicht erfasst. Dazu hätten die Fragen anders herum gestellt werden müssen: 1. Bestand eine Indikation? Wenn ja, 2. Hat der Patient die Versorgung erhalten?

**Datenfeld „Wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt“**

Abgesehen von einer umständlichen Formulierung dieses Datenfeldes (z. B. „im Rahmen (...) im Rahmen“) ist der Verweis auf SGB V nicht sinnvoll, wenn nicht – zumindest in den Ausfüllhinweisen – auf den/die einschlägigen Paragraphen (§ 118?) im Sozialgesetzbuch V referenziert wird. Die Ausfüllhinweise beschreiben über 1 ½ Seiten, was unter einer „teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform“ „im Sinne dieses Qualitätsindikators“ zu verstehen sei. Der dokumentierende Arzt soll also für jeden von ihm behandelten Patienten detailliert prüfen, ob die (alle?) Kriterien erfüllt sind und er hier „ja“ oder „nein“ ankreuzen hat. Letztlich ist eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse dieses Indikators zu befürchten.

**Tabelle 20: Beschreibung des Qualitätsindikators „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“**

**Datenfelder für die Indikatorberechnung**

**Grundgesamtheit**

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

**Tabelle 21: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“**

**Datenfelder für die Indikatorberechnung**

**Grundgesamtheit**

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

**5.15 Qualitätsaspekt „Symptomlast“**

**Tabelle 22: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“**

**Zähler**

Aus der Formulierung geht nicht hervor, ab wann der HoNOS als „erfasst“ und „dokumentiert“ gilt – wenn alle Items des Bogens ausgefüllt sind oder mindestens ein Item?

**Tabelle 23: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“**

**Zähler**

Siehe oben.

**Datenfeld „Haben Sie bei Ihrem Patienten innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung den HoNOS erhoben?“**

Die Formulierung ist ungewöhnlich. Woher soll die ausfüllende Person wissen, zu welchem Zeitpunkt die „QS-Auslösung“ war?

**Tabelle 24: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär (Systemindikator)“**

**Tabelle 25: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“**

**Zähler**

„Statusergebnis gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer Aufnahme im Erfassungsjahr“. Unklar bleibt, was der Indikator eigentlich misst. Soll über Zähler/Grundgesamtheit der „gemittelte Score über alle Fälle“ errechnet werden (im Entwicklungsprotokoll ist von „gepoolten Indikatorergebnissen“ die Rede)? Wenn ja, dann sollte angegeben werden, wie der Score berechnet wird.

**Rationale /Qualitätsziel**

Rationale und Qualitätsziel der Indikatoren sind gleichlautend zu den Indikatoren „Messung der Symptomlast“, sollten sich aber eigentlich unterscheiden. Während die oben genannten Indikatoren erfassen, dass die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau gemessen werden, sollen die hier genannten Indikatoren erfassen, was bei der Messung herauskommt.

**Anmerkung:**

In Tabelle 27 wird der Indikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ der Prozessqualität zugeordnet. Es handelt sich wohl eher um einen Strukturqualitätsindikator. Im Zwischenbericht (Seite 78) war er zu Recht als „Strukturqualität auf Personalebene“ bezeichnet worden.

**7 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren**

Es wird die Recherche international vorhandener Indikatoren vorgestellt. 225 Indikatoren wurden recherchiert.

Anmerkung:

Unklar bleibt, warum das Ergebnis der Recherche im Vorbericht erst nach der Indikatorentwicklung dargestellt wurde, denn sie wurde doch gemäß Kapitel 4.6 vor den weiteren Entwicklungsschritten durchgeführt.

Hinweis:

Auf Seite 199 ist von 150 letztendlich eingeschlossenen Qualitätsindikatoren die Rede, in Abbildung 5 von 116 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren.

## **8 Systemqualität**

Es wird dargestellt, dass für einige Indikatoren bei der chronischen Erkrankung Schizophrenie eine Ergebnisdarstellung auf Leistungserbringerebene nicht angemessen ist, und daher aggregiert auf „Systemebene“ ausgewertet werden sollte. So kann die Versorgungssituation z. B. in Bezug auf Regionen/Bundesländer dargestellt und diskutiert werden.

Anmerkung:

Diese Verfahrenskomponente, die unter dem Begriff „Area-Indikatoren“ auch Bestandteil des G-BA-Auftrags war, bedeutet letztlich einen Paradigmenwechsel in der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA, weg von der Kontrolle der Leistungserbringer hin zur Versorgungsforschung – auch wenn im Bericht dieser Begriff vermieden wird.

## **9 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten in der gesetzlichen Qualitätssicherung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung**

Seite 209: „Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ist eine vollständige Erhebung des Patientenstatus nur anhand der QS-Dokumentation durch die behandelnden Leistungserbringer gewährleistet. Zudem ist es aufgrund des im Rahmen dieses Auftrags adressierten Patientenkollektivs sinnvoll, die Fremdbeurteilung zugrunde zu legen“.

Anmerkung:

Auch wenn letztlich ein Fremdeinschätzungsinstrument angemessen sein mag, so wirkt diese Begründung, mit der beim Qualitätsaspekt der Symptomlast auf die Patientenbefragung als Quelle verzichtet wird, etwas verkürzt. Es hätte zumindest anhand der einschlägigen Literatur diskutiert werden können, welche Patientenbefragungsoptionen es gibt.

## **10 Qualitätsaspekt „Teilhabe“**

Zu diesem Qualitätsaspekt liegt kein entwickelter Qualitätsindikator vor. Die Experten seien sich aber nach Angaben des IQTIG im Laufe der Entwicklungsarbeit schließlich einig gewesen, dass neben der ursprünglich vorgesehenen Patientenbefragung unbedingt auch eine Fremdeinschätzung der Einschränkung der Teilhabe durch den Leistungserbringer – analog zur Symptomlast – erfolgen müsse. Das IQTIG kündigt an, vor Beginn der Machbarkeitsprüfung, einen entsprechenden Indikator „nachzuentwickeln“.

Anmerkung:

Aufgrund der Komplexität der Entwicklungsarbeit ist es nachvollziehbar, dass ein Teil des Verfahrens ggf. nicht fristgerecht zum Abgabetermin des Vorberichts fertig wurde. Verfahrenstechnisch sollte das IQTIG mitteilen, ob und wie es auch bei nachgereichten Teilen eines Entwicklungsberichts eine Stellungnahme der berechtigten Institutionen ermöglicht.

### **11 Reflexion des Indikatorensets**

Es wird dargestellt, dass in der Gesamtschau nach Ansicht des IQTIG und nach Einschätzung des Expertengremiums mit dem vorgelegten Indikatorenset der Auftrag des G-BA erfüllt worden sei. Die wesentlichen Qualitätsaspekte der Versorgung der Schizophrenie seien sektorübergreifend abgedeckt. Im Vergleich zum Entwicklungsergebnis des AQUA-Instituts sei das Set ausgewogener und das Aufwand-/Nutzen-Verhältnis angemessener.

Anmerkung:

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einschätzung, „dass eine abschließende aussagekräftigere Gesamtschau des Indikatorensets erst bei Vorliegen der Indikatoren des Erfassungsinstrumentes der Patientenbefragung erfolgen kann.“

### **14 Schritte bis zum Regelbetrieb**

Das IQTIG schlägt dem G-BA vor, eine Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung bestehen keinerlei Erfahrungen mit der QS-Auslösung, einer verpflichtenden QS-Dokumentation und den entsprechenden Datenflüssen. Das Institut weist darüber hinaus darauf hin, dass der G-BA, sofern er dem IQTIG-Vorschlag folgt, mit dem HONOS erstmals ein standardisiertes Messinstrument flächendeckend in der ambulanten und stationären Versorgung einführt.

Anmerkung:

Der Vorschlag einer Machbarkeitsprüfung ist mit Nachdruck zu unterstützen. Hier muss sich unter anderem zeigen, ob die vorgeschlagene Operationalisierung der Indikatoren mittels fallbezogener ambulanter bzw. stationärer QS-Dokumentation praxistauglich ist oder ob Modifikationen notwendig werden.

Zu erwähnen wäre an dieser Stelle noch, dass für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ein oder mehrere Indikatoren vom Institut nachzureichen sind.

## Anhang zum Vorbericht

### D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
	Einige Datenfelder im Bogen z. B. Felder 16/17	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Der Patient hat (...)“ (Bogen) „Die Patientin/der Patient hat (...)“ (Indikatorenset)
<b>14</b>	Aufnahmedatum (stationär)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Aufnahmedatum Krankenhaus_/ teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Aufnahmedatum (stationär)“
<b>15</b>	Entlaßdatum Krankenhaus/teilstationär	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Entlaßdatum Krankenhaus (stationär)“ Cave: Einheitliche Schreibweise: Entlaßdatum, Entlassungsdatum
<b>Vor 16</b>	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?	Hier müssten die Ausschlusskriterien als Filter vorgeschaltet werden: „Wenn Feld 21 (Entlassungsgrund) nicht in (03, 06, 07, 08, 09, 11, 17, 22):“. Andernfalls müssten die nachfolgenden Datenfelder überflüssigerweise ausgefüllt werden. Ggf. wäre das Feld Entlassungsgrund nach oben zu ziehen.
<b>Vor 17</b>	Wenn Feld 12=0	Gemeint ist wohl „Wenn Feld 16 = 0“ (Datenfeld 12 ist „Geburtsdatum“) Der Filter fehlt im Bogen
<b>17</b>	Angabe des Grundes für die Angabe „Kein Anschlusstermin“	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Angabe des Grundes für die Angabe „nein““
<b>Vor 18</b>	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation.	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 in (1,2)
<b>Vor 19</b>	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 16 = 1
<b>21</b>	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/ teilstationär (z. B. Tagesklinik)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG  
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
22	Hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Hat die Patientin/der Patient eine strukturierte und <u>manualisierte</u> Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?
<b>Vor 24</b>	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Psychopharmakotherapie?	Hier fehlt der Filter: Wenn Feld 23 = 1
25	Hat die Patientin/der Patient eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?  Ausfüllhinweis: Therapieeinheit sind mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche  • Können im Block oder zeitlich aufgeteilt erfolgen	Sind kleinere Zeiteinheiten als 25 Minuten Psychotherapie in der Praxis üblich? Wenn nicht, ist die Ergänzung überflüssig.
<b>Vor 26</b>	Wenn Feld 21=1	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 25 = 1
26	Art der Maßnahme	Warum Abweichung des Wortlauts von Feld 25: („Maßnahme“ vs. „Intervention“)?

## D6. Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
<b>Vor 18</b>		Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 = 1
18	Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>auf die</u> Psychopharmakotherapie?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation <u>des Ansprechens auf die Psychopharmakotherapie</u> und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>der</u> Psychopharmakotherapie?
19	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch regelmäßig und strukturiert anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	In den Ausfüllhinweisen ist das Abhängigkeitsyndrom definiert. Es ist aber gar nicht Teil des Datenfeldes (wohl aber des Indikatorzählers)
<b>Vor 21</b>	Wenn Feld 16 = 0	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 20 = 0



### D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
6	Haben Sie für jeden Suizid im letzten Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	Abweichung des Wordings zwischen Datenfeldbezeichnung ( <u>Fallkonferenz</u> ) und Ausfüllhinweis ( <u>Fallbesprechung</u> )
23	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	Schreibfehler (gilt für den gesamten Vorbericht) „Ant <i>ie</i> pileptika“ statt „Antepileptika“

### D.8 Dokubogen, stationär

### D.9 Dokubogen, ambulant

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
1	Status des Leistungserbringers	Bei Option 3 fehlt „von Selektivverträgen“ (analog D.5)
8	Betriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
9	Nebenbetriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
10	Lebenslange Arztnummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 15 Stellen
23	Hat der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen <u>der ATC</u> Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika, N05 Psycholeptika, N06 Psychoanaleptika erhalten?	Abweichung des Wortlautes von D.5: Hat die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika/ N05 Psycholeptika/N06 Psychoanaleptika erhalten?
<b>Vor 36</b>	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	Abweichung zwischen Datensatz und Dokubogen D.5: „Wenn Feld 35 = 1,2,3 oder 4“ D.8: Wenn Feld 35 ≠ 0 Letzteres ist nicht korrekt, da „9 (nicht bekannt/nicht anwendbar)“ ebenfalls ausgeschlossen werden muss.

### **III. Fazit der Stellungnahme**

In der Zusammenschau des Zwischenberichts vom 31.12.2016, des Zwischenberichts zur Patientenbefragung vom 15.05.2017 und des nun vorliegenden Vorberichts zeichnet sich bereits ein relativ aussagekräftiges Bild ab von einem Verfahrensvorschlag des IQTIG für ein Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie. Bei der Ableitung des Qualitätsmodells und der Entwicklung der Indikatoren ist das Institut sehr systematisch und strukturiert vorgegangen. Die Entwicklungsschritte sind nachvollziehbar dargestellt, die Diskussionen der Experten werden transparent wiedergegeben.

Durch Straffungen redundanter Texte (Indikatorenblätter, Expertendiskussion) könnte ggf. in zukünftigen Berichten die Übersichtlichkeit erhöht werden. Zur Übersichtlichkeit würde ebenfalls beitragen, eine Nummerierung der Indikatoren einzuführen. Da die Entwicklung der Patientenbefragung und des Rest des Verfahrens in unterschiedlichen Zeittaktungen erfolgt, ist eine gestaffelte Berichterstattung sachgerecht. Um einen Gesamtüberblick zu erlangen – dies räumt das Institut im Bericht selbst ein – wäre allerdings eine Zusammenschau aller Verfahrensbestandteile hilfreich. Ggf. könnte dies durch einen Gesamtabchlussbericht erfolgen.

Das grundsätzlich gute Gesamtbild des Vorberichts wird leider getrübt durch eine relative hohe Anzahl von Fehlern und Detailungenauigkeiten bei der Operationalisierung der Indikatoren in den Datensätzen. Ein finaler Abgleich von Indikatoren, Datensatzbögen und Ausfüllhinweisen ist zum Erreichen der inneren Konsistenz dringend anzuraten.

Inhaltlich stellt der Verfahrensvorschlag eine Verbesserung gegenüber dem vorbestehenden Vorschlag des AQUA-Instituts dar. Das Indikatorenset ist ausgewogener hinsichtlich der Qualitätsaspekte und der Abdeckung des ambulanten und stationären Sektors. Erstmals wurden sogenannte Systemindikatoren (früher als Area-Indikatoren bezeichnet) entwickelt. Der Umgang mit den Ergebnissen dieser nicht-leistungserbringerbezogenen Indikatoren wäre für den G-BA Neuland. Man würde sich hier etwas detailliertere Vorschläge des IQTIG wünschen, wie man ein Monitoring der Versorgungsqualität mit diesen Ergebnisdaten ausgestalten könnte.

Bemerkenswert ist ebenfalls, dass nach dem Vorschlag des IQTIG mit dem HoNOS erstmals vom G-BA ein psychometrisches Fremdeinschätzungsinstrument in die psychiatrische Regelversorgung eingeführt werden soll. Sollte es sich bewähren und als diagnostisches Standardinstrument die Versorgung selbst unterstützen, wäre sein Einsatz auch in anderen psychiatrischen Indikationsgebieten denkbar, da es per se nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt ist.

Um die Praxistauglichkeit beurteilen zu können, wird der Vorschlag des IQTIG nachhaltig unterstützt, eine (ausführliche) Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Bei einer ausreichenden Anzahl ambulanter und stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollten die Datensätze zum Einsatz kommen und auch Probeauswertungen erstellt und diskutiert werden. Bezüglich der Operationalisierung einiger Indikatoren des vorgeschlagenen Indikatorensets ist kritisch anzumerken, dass relativ komplexe Sachverhalte mit einfachen Ja-/Nein-Abfragen abgebildet werden sollen. Inwieweit dies überhaupt zu aussagekräftigen Ergebnissen führt, sollte auch Gegenstand der Machbarkeitsprüfung sein.


Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG  
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und  
Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

---

Unter Beachtung der angesprochenen Einschränkungen ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer zu erwarten, dass ein auf dem Vorschlag des IQTIG aufbauendes Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V bereichert.

Berlin, den 07.11.2017

i. A.



Dr. med. Oliver Boy M. A.

Referent Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,  
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Stellungnahme

---

**Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Ver-  
sorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit  
Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“  
Vorbericht**

---

**13.11.2017**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassung</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Indikatorenentwicklungen zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells</b> .....	<b>6</b>
3.1	Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ .....	6
3.2	Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	7
3.3	Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	8
3.4	Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	10
3.5	Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	13
3.6	Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	15
3.7	Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	16
3.8	Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	16
3.9	Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	17
3.10	Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	19
3.11	Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“ .....	20

## 1 Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts

Der vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegte Vorbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ hat zum Ziel, in Weiterentwicklung der Vorarbeiten des AQUA-Instituts ein stärker ausgewogenes Indikatorenset vorzulegen, das die identifizierten Qualitätsaspekte im ambulanten und stationären Sektor in vergleichbarem Umfang abdecken soll.

Auf Basis der Entwicklung eines verfahrensspezifischen Qualitätsmodells erfolgte zunächst eine Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen. Dann wurde in einem mehrstufigen Filterprozess unter Nutzung fokussierter, merkmalsbezogener Literaturrecherchen, von Leitlinienempfehlungen, des AQUA-Indikatorensets und vor dem Hintergrund der Analysen vorliegender Sozialdaten bei den Krankenkassen in einem systematischen Entwicklungsprozess mit einem Expertengremium ein Vorschlag für ein Set an Qualitätsindikatoren für dieses QS-Verfahren entwickelt.

Auffällig ist dabei zunächst, dass von den insgesamt 27 empfohlenen Indikatoren des AQUA-Indikatorensets nur ein einziger Indikator für das zu aktualisierende und weiterzuentwickelnde QS-Verfahren übernommen wurde. Für 8 Qualitätsaspekte des neuen Qualitätsmodells konnten Indikatoren des AQUA-Indikatorensets lediglich auf Merkmals-ebene für die weitere Entwicklung genutzt werden. Für neun Qualitätsaspekte konnte schließlich gar nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden. Wenngleich hinsichtlich des methodischen Vorgehens gemäß Methodenpapier 3.0 des AQUA-Instituts und den Methodischen Grundlagen des IQTIG in der Version 1.0 relevante Unterschiede bestehen und die Beauftragung des IQTIG explizit eine gezielte Weiterentwicklung des QS-Verfahrens zum Gegenstand hat, deutet die hohe Diskrepanz in den Entwicklungsergebnissen auf eine erhebliche Vulnerabilität des Entwicklungsprozesses hin, u. a. für die individuelle Zusammensetzung der Expertengremien bzw. der Expertenpanels und daraus resultierenden Gruppenprozessen in den Beratungen. Dies hat ggf. Implikationen für die Validität der Entwicklungsergebnisse.

Insgesamt werden im vorliegenden Vorbericht des IQTIG 19 Indikatoren für das QS-Verfahren empfohlen, die sich in nahezu gleichen Teilen auf den ambulanten wie den stationären Sektor beziehen. Somit wird gegenüber dem vom AQUA-Institut empfohlenen Indikatorenset eine Reduktion der Zahl der Indikatoren um circa ein Drittel erreicht. Die Indikatoren decken dabei weitaus gleichmäßiger das Spektrum der identifizierten Qualitätsaspekte ab und decken das Versorgungsgeschehen im ambulanten und stationären

Sektor in vergleichbarem Umfang ab. Zudem wurde ein stärkerer Fokus auf die Abbildung der Ergebnisqualität gelegt.

Eine herauszuhebende Besonderheit des vorliegenden Indikatorensets stellt hierbei die Empfehlung für die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) dar, die in beiden Sektoren erfolgen soll. Mit diesem Vorschlag wird bei der Entwicklung eines datengestützten QS-Verfahrens weitgehend Neuland betreten. Bei dem Instrument handelt es sich zwar um ein in verschiedenen anderen Gesundheitssystemen etabliertes Instrument zur Messung der Ergebnisqualität, in Deutschland zählt dieses Instrument gegenwärtig allerdings noch nicht zum diagnostischen Standardrepertoire der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung. Zugleich ist nach dem Vorbericht keine Verlaufsmessung vorgesehen, sodass wiederum die klassische Messung der Ergebnisqualität nicht Teil des Vorschlags des IQTIG ist. Wie dennoch die hierbei generierten Qualitätsinformationen für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse genutzt werden sollen, wird bedauerlicherweise in dem Vorbericht nicht näher ausgeführt.

Auch bei einigen anderen vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren bleibt unklar, inwieweit diese tatsächlich geeignet sein können, Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen, insbesondere in solchen Fällen, in denen die konkrete Operationalisierung des Indikators und die vorgeschlagenen Referenzbereiche nicht stringent aus Leitlinienempfehlungen und empirischen Erhebungen abgeleitet werden. Insgesamt bleibt auch die wissenschaftliche Herleitung und Begründung der einzelnen Indikatoren, deren konkreter Operationalisierung und der vorgeschlagenen Referenzbereiche, einschließlich der Angabe der relevanten Literaturquellen, hinter den Erwartungen an eine wissenschaftliche Entwicklung eines Indikatorensets für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zurück.

Somit klafft insgesamt eine große Lücke zwischen den sinnvollen Konkretisierungen der Qualitätsaspekte in Qualitätsmerkmale und den sich daran anschließenden Operationalisierungen in Qualitätsindikatoren. In der Folge erscheint das Set an vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren in dieser Form noch nicht geeignet für eine Umsetzung in einem datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren.

Im Folgenden wird zu den wesentlichen übergreifenden Entwicklungen und den konkreten Indikatorentwicklungen für die jeweiligen Qualitätsmerkmale der verschiedenen Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells im Detail Stellung genommen.

## 2 Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassung

In Abschnitt 5.3 werden mehrere qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen beschrieben, die im Nachgang zu den Beratungen des Expertengremiums beschlossen worden sind. Hierbei handelt es sich zum einen um die in das QS-Verfahren einzubeziehende Leistungserbringergruppe und zum anderen um die diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien. Der vorgenommene Ausschluss der Facharztgruppen Neurologie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinsichtlich der Dokumentationspflicht in der ambulanten Versorgung kann für das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ grundsätzlich nachvollzogen werden. Es ist davon auszugehen, dass das Fallzahlproblem bei diesen Facharztgruppen so ausgeprägt wäre, dass ein Leistungserbringervergleich für diese Facharztgruppen aus statistischen Gründen nicht in Betracht kommt. Grundsätzlich wäre es allerdings wünschenswert gewesen, dass diese Entscheidung in dem Vorbericht über entsprechende Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen untermauert wird und darüber auch nachvollzogen werden kann, wie groß der Anteil der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung ausfällt, die bei einem Ausschluss dieser Facharztgruppen (und bei dem schon zuvor angedachten Ausschluss der Vertragspsychotherapeuten) nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen werden, obwohl die Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung im Erfassungsjahr das M2Q-Kriterium für die definierten Diagnosen erfüllen. Darüber hinaus fehlt nach unserer Einschätzung eine Reflexion über die Nutzbarkeit der Dokumentationen dieser Facharztgruppen hinsichtlich der Indikatoren auf Systemebene, die per se nicht dem Leistungserbringervergleich dienen sollten. Das Fallzahlproblem wäre zu vernachlässigen, wenn die Qualitätsinformation über die Leistungserbringerdokumentationen dieser Facharztgruppen einen wichtigen Beitrag für die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren auf Systemebene leisten könnten und es geboten erscheint, dass diese Leistungserbringer systematisch in die nachfolgenden Qualitätsverbesserungsprozesse auf Systemebene eingebunden werden.

Auch die beschlossene Reduktion der Einschlussdiagnosen auf die Diagnosen F20.- nach ICD-10-GM (Schizophrenie) und F25.- nach ICD-10-GM (Schizoaffektive Störungen) wird nicht näher erläutert. Dabei sollte insbesondere deutlich gemacht werden, welche Eingrenzung der adressierten Patientenpopulation in den jeweiligen Sektoren mit dieser Reduktion der Einschlussdiagnosen einhergeht und welche Überlegungen des IQTIG eine solche Eingrenzung für das QS-Verfahren als zwingend erscheinen lassen. Dabei sollten auch die diagnostischen Übergänge im zeitlichen Verlauf innerhalb eines Erfassungsjahres über Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft werden.



Schließlich sollte auch für die Ausschlussdiagnosen einer komorbiden dementiellen Erkrankung und einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung zumindest das dahinterliegende Rationale dargelegt werden und auf Basis der Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen eine Abschätzung vorgenommen werden, welche Reduktion der einzuschließenden Patientenpopulation im QS-Verfahren damit einhergeht.

### **3 Indikatorenentwicklungen zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells**

#### **3.1 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“**

Vor dem Hintergrund der zu diesem Qualitätsaspekt abgeleiteten Qualitätsmerkmale „Planung und Informationsaustausch zwischen altem und neuem Leistungserbringer bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten“, „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“, „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“ und „Anbieten von Home Treatment“ und dem separaten Qualitätsaspekt des Entlassungsmanagements kann grundsätzlich nachvollzogen werden, dass das Expertengremium im Ergebnis davon abgeraten hat, zu diesen Qualitätsmerkmalen die Indikatorenentwürfe weiter zu operationalisieren. Kritisch erscheint jedoch die Argumentation zur Ablehnung eines Indikators zum Qualitätsmerkmal „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“ in der zweiten Sitzung des Expertengremiums. So wird angeführt, dass die Erstellung eines Krisenplans auch in der Hand der Psychologischen Psychotherapeuten liegen könne und diese maßgeblich an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung beteiligt seien, aber in dieses QS-Verfahren nicht als Leistungserbringer einbezogen werden könnten. Sofern es hierbei um Psychologische Psychotherapeuten im Krankenhaus oder in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) geht, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie beteiligt sind, sind diese selbstverständlich an dem QS-Verfahren zu beteiligen bzw. sind deren Leistungen in der entsprechenden Leistungserbringerdokumentation des Krankenhauses oder der PIA zu berücksichtigen. In diesem Sinne irritiert auch der Verweis darauf, dass der Krisenplan Teil des psychoedukativen Programms durch Psychologische Psychotherapeuten sei, aber auch in der Hand von Krisendiensten und psychosozialen Trägern liegen könne. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass es vielmehr darauf ankäme, dass der Krisenplan allen involvierten Versorgern bekannt sei, unabhängig davon wer ihn erstellt hat. Vor dem Hintergrund dieser Maxime kann nicht nachvollzogen werden, inwieweit die adressierten Leistungserbringer dieses QS-Verfahrens nicht in der Lage sein sollten zu dokumentieren, ob ein Krisenplan erstellt und an alle relevanten Akteure kommuniziert worden ist. Da an anderer Stelle von den Experten geschätzt wird, dass eine strukturierte Psychoedukation lediglich bei 30 % der

stationären Patienten durchgeführt wird, steht zu befürchten, dass in diesem Bereich sehr wohl ein relevantes Qualitätsdefizit existiert, welches auch über eine Leistungserbringerdokumentation abbildbar sein sollte. Falls aus Sicht des Expertengremiums bzw. des IQTIG hierfür zusätzlich auch eine Leistungserbringerdokumentation durch die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten für erforderlich gehalten wird, um diesen Qualitätsindikator valide zu erfassen, sollte sich dies in einer entsprechenden Empfehlung im Abschlussbericht niederschlagen und zusätzlich durch quantitative Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen gestützt werden.

### 3.2 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Da im Zuge der Entwicklungsarbeiten der Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nicht in einen Vorschlag für einen Qualitätsindikator konkretisiert wurde, kommt der Umsetzung des Qualitätsaspektes „Entlassungsmanagement“ für das QS-Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Die Operationalisierung dieses Qualitätsaspektes, welcher über das Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“ konkretisiert wurde, erscheint allerdings defizitär und nicht geeignet, die erforderlichen Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen. So wird zwar in dem Abschnitt 5.5 u. a. die Relevanz der Behandlungskontinuität, die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie sowie die Koordination der weiteren Unterstützungsangebote betont und auf die Problematik des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung bei dieser Patientengruppe und auch auf den entsprechenden Indikator des AQUA-Instituts (2016) hingewiesen. Auf die Operationalisierung dieses Indikators hinsichtlich eines konkreten zeitlichen Rahmens, innerhalb dessen ein ambulanter Kontakt nach Entlassung aus der stationären Behandlung zu erfolgen hat (AQUA: innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung), wird bei dem vom IQTIG vorgeschlagenen Indikator jedoch vollständig verzichtet. Aus den in Versorgungsstudien dokumentierten Defiziten, nach denen auch bei einem Zeitraum von 30 Tagen nur 42 % der Patientinnen und Patienten einen Facharzt und 62 % einen Hausarzt aufgesucht haben (Bauer et al., 2014) wird offenbar die Schlussfolgerung gezogen, für die Berechnung des Qualitätsindikators auf ein zeitliches Kriterium gänzlich zu verzichten und mit dem Indikator nur noch abzubilden, ob für den Patienten vor Entlassung ein ambulanter Anschlusstermin vereinbart worden ist. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Einschränkung auf Terminvereinbarungen bei ambulanten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachärzte für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, in der PIA und beim Hausarzt. Für die Kontinuität der Versorgung dieser Patientengruppe ist auch die zeitnahe ambulante Weiterbehandlung bei ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten bedeutsam und sollte entsprechend in dem Indikator abgebildet werden. Gemäß den Datenfeldern für die Indikatorberechnung soll in der QS-

Dokumentation des Krankenhauses auch festgehalten werden, an welchem Tag der Patient entlassen und für welchen Tag der ambulante Termin vereinbart wurde. Somit wäre grundsätzlich auch nach den Empfehlungen des IQTIG zur Operationalisierung dieses Indikators eine Berechnung eines Qualitätsindikators zur Terminvereinbarung für die ambulante Weiterbehandlung vor Entlassung möglich. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) spricht sich dafür aus, den Indikator in diesem Sinne mit einem Zeitfenster von 14 Tagen nach Entlassung weiterzuentwickeln und den Referenzbereich entsprechend anzupassen.

### 3.3 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Psychoedukation ist ein bedeutsamer Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, der sich in zahlreichen Studien als hochwirksam erwiesen hat. Nicht zuletzt konnte in klinischen Studien nachgewiesen werden, dass über die Durchführung von Psychoedukation die stationäre Wiederaufnahmerate reduziert und die Dauer der Krankenhausbehandlung verkürzt werden kann (Xia et al., 2011). Zutreffend wird in dem Vorbericht dargelegt, dass trotz des vielfach belegten Nutzens der Psychoedukation Patienten mit Schizophrenie weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung dieses Behandlungsangebot regelmäßig erhalten und nach Einschätzung des Expertengremiums ein Verbesserungsbedarf besteht, der in der ambulanten Versorgung noch erheblicher sei. Im Vorbericht wird hierzu dargelegt, dass selbst in Modellen der integrierten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie nur ein kleiner Teil der Patienten in der ambulanten Versorgung eine Psychoedukation erhält. Im stationären Bereich besteht bislang auch die Problematik, dass es an einer spezifischen Dokumentation für Psychoedukation mangelt, sodass z. B. in einer im Vorbericht zitierten Anwendungsstudie eine Auswertung zum Erhalt von Psychoedukation während der stationären Behandlung nicht möglich war.

Bereits im AQUA-Abschlussbericht war darauf hingewiesen worden, dass grundsätzlich hinsichtlich des Angebots wie auch der Inanspruchnahme von Psychoedukation Verbesserungsbedarf besteht. Vor diesem Hintergrund erscheint die Einführung eines Qualitätsindikators zum Erhalt von Psychoedukation sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich erforderlich. Das Expertengremium stellt dabei heraus, dass die Psychoedukation als strukturierte und manualbasierte Leistung durchgeführt werden sollte. Während im Abschnitt „Anmerkungen“ bei der Beschreibung der entsprechenden Indikatoren in den Tabellen 8 und 9 zur Definition von Psychoedukation verdeutlicht wird, dass Psychoedukation 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden sollte, wird dieser quantitative Aspekt in der konkreten Operationalisierung des jeweiligen Indikators stationär bzw. ambulant nicht mehr aufgegriffen. Auf die Definition eines

Mindestumfangs der durchgeführten Psychoedukation wird vielmehr vollständig verzichtet. Für die Berechnung des Indikators soll laut Vorbericht lediglich zugrunde gelegt werden, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation erhalten hat und diese dokumentiert wurde. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Anmerkung aus dem 3. Expertengremium, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann. Nach fachlicher Einschätzung der BPtK kann sich eine leitlinienorientiert durchgeführte Psychoedukation ohnehin nicht auf einen einzelnen Patientenkontakt beschränken – weder in der ambulanten noch in der stationären oder teilstationären Behandlung. Ein solcher Ausfüllhinweis wäre in diesem Sinne missverständlich.

Die BPtK spricht sich vielmehr dafür aus, diese Indikatoren „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“ und „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ stärker quantitativ zu definieren und hierbei einen Mindestumfang der erfolgten Psychoedukation anzugeben. Für den stationären Bereich wäre dabei zu fordern, dass eine Psychoedukation im Umfang von 50 Minuten wöchentlich im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt wird bzw. über den gesamten stationären und ggf. sich unmittelbar anschließenden teilstationären Behandlungsverlauf mindestens 8 Einheiten Psychoedukation à 50 Minuten (auch unterteilbar) durchgeführt worden sind. Hierdurch wäre hinreichend sichergestellt, dass bei kürzerer Behandlungsdauer keine überhöhten Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden.

Auch der im Vorbericht empfohlene Referenzbereich der Indikatoren von  $\geq 50\%$  ist dringend korrekturbedürftig. Die Argumentation im Vorbericht, dass hierüber vor dem Hintergrund einer expertengeschätzten Behandlungsrate von 30 bis 35 % ein guter Anreiz für vermehrte Psychoedukation gesetzt werde, ist unter Qualitätsgesichtspunkten inakzeptabel. Zum einen ist die Validität der Schätzung der Behandlungsrate fraglich, sodass unsicher bliebe, ob über einen Referenzbereich von  $\geq 50\%$  tatsächlich ein positiver Anreiz gesetzt würde. Zum anderen ist es nicht akzeptabel, dass bei einer mit der höchsten Empfehlungsstärke versehene Behandlungsmaßnahme ein Referenzbereich definiert wird, der dazu führt, dass kein Qualitätsdefizit ausgewiesen wird, sobald jeder zweite Patient diese Behandlungsmaßnahme erhalten hat.

Sollte das Expertengremium davon ausgehen, dass der Anteil der Patienten, die während einer stationären Behandlung eine solche Behandlungsmaßnahme ablehnen, tatsächlich so hoch ausfällt, dass ein Referenzbereich von  $\geq 80\%$  oder  $\geq 90\%$  nicht erreichbar ist, sollte diese Ablehnung im Datenfeld aufgenommen und bei der Indikatorberechnung berücksichtigt werden. Dieses Datum der Leistungserbringerdokumentation könnte dann

über entsprechende Indikatoren aus der Patientenbefragung, ob während der stationären Behandlung eine Psychoedukation angeboten und ggf. vom Patienten abgelehnt wurde, validiert werden.

Für den ambulanten Bereich erscheint eine 1:1-Übertragung dieses Indikators nicht zielführend. So kann sich eine gute Prozessqualität in der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie nicht daran bemessen, dass diese jährlich eine ambulante Psychoedukation erhalten. Im Gegensatz zur stationären Behandlung kann auch nicht von jedem einzelnen ambulanten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verlangt werden, dass er für alle seine Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation (mit dem definierten Mindestumfang) selbst durchführt und ihm damit dieser Aspekt der Prozessqualität eindeutig zuschreibbar wäre. Schließlich fehlt es gegenwärtig zumindest auf der Ebene der evidenzbasierten Leitlinien an einer eindeutigen Evidenz für die Frequenz, mit der eine ambulante Psychoedukation wiederholt werden sollte.

Daher sollte dieser Indikator für den ambulanten Bereich aufgeteilt werden in das Qualitätsmerkmal „Information über und Empfehlung von ambulanter Psychoedukation“ als Teil der Prozessqualität, die dem ambulanten Leistungserbringer eindeutig zugeschrieben werden kann, und das Qualitätsmerkmal „Erhalt von Psychoedukation“, welches als Prozessqualität auf der Systemebene zu konzeptualisieren wäre. Für den entsprechenden Qualitätsindikator (Systemindikator) wäre hierbei ein geeigneter zeitlicher Referenzrahmen (z. B. in den letzten zwei Jahren) zu definieren und die Frage des Erhalts von Psychoedukation würde hierbei auch die entsprechende Leistung während einer ggf. stationär erfolgten Behandlung einschließen. Dieser Qualitätsindikator sollte dann regionalisiert ausgewertet, veröffentlicht und den relevanten Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden, damit auf Systemebene die geeigneten Qualitätsverbesserungsprozesse angestoßen werden können. Für den von den ambulanten Leistungserbringern zu dokumentierenden Qualitätsindikator „Erhalt von strukturierter, manualbasierter Psychoedukation“ sollte dabei derselbe quantitative Mindestumfang zugrunde gelegt werden wie beim stationären Qualitätsindikator.

### 3.4 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie wird im Vorbericht vorgeschlagen, diesen zum einen über die Qualitätsindikatoren zum „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“ und „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und

unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ sowie den Indikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ als Systemindikator abzubilden. Der Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“ soll dabei für die Patientengruppe, die während des stationären Aufenthaltes eine oder mehrere Substanzen der Wirkstoffgruppen Antiepileptika, Psycholeptika und Psychoanaleptika erhielten, über das dichotome Kriterium berechnet werden, ob mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgte. Einerseits wird von dem Expertengremium (Zusammenfassung des 2. Expertengremiums) angegeben, dass hinsichtlich der Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht, da diese weder ambulant noch stationär standardisiert erfasst und dokumentiert werden. Andererseits wird von dem Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) angeregt, in einem Ausfüllhinweis zu beschreiben, dass eine Dokumentation zum Status des Patienten, wie er im Rahmen der wöchentlichen Kurvenvisite bezogen auf die aktuelle Psychopharmakotherapie erhoben wird, ausreichend im Sinne des Indikators ist.

Es ist nicht erkennbar, wie bei dieser Form der Operationalisierung des Qualitätsindikators bestehende Defizite beim Monitoring und der Dokumentation der Wirkung und der unerwünschten Wirkungen der Psychopharmakotherapie abgebildet werden könnten. Vielmehr wäre zu erwarten, dass bei dieser Operationalisierung alle stationären Einrichtungen das Referenzkriterium erfüllen, ohne dass es in den Prozessabläufen in den Krankenhäusern diesbezüglich zu einer bedeutsamen Veränderung kommt.

Auch der Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ erscheint in seiner aktuell vorgeschlagenen Operationalisierung für die Zwecke des QS-Verfahrens ungeeignet. Zum einen kann das Ansprechen auf eine Psychopharmakotherapie nur dann systematisch erfasst werden, wenn eine psychopharmakologische Behandlung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Indikation neu angesetzt oder verändert worden ist. Eine systematische Erfassung des Ansprechens auf eine Psychopharmakotherapie bedürfte dabei im Vergleich zur Erfassung der unerwünschten Wirkungen auch eines eigenen diagnostischen Messverfahrens, z. B. wiederholte Messung der Positiv- und Negativsymptomatik mittels der PANSS. Für die unerwünschten Wirkungen ist dagegen eine systematische Erfassung der häufigsten und wichtigsten somatischen und psychischen Nebenwirkungen, u. a. der Behandlung mit Neuroleptika, erforderlich.

Zum anderen erscheint eine zweimal im Erfassungsjahr erfolgende systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Psychopharmakotherapie und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Psychopharmakotherapie unter dem Gesichtspunkt der erforderlichen Prozessqualität als zu selten. Insgesamt erscheinen die beiden für den stationären bzw. ambulanten Bereich vorgeschlagenen Indikatoren als zu unscharf und zu global, als dass sie geeignet sein könnten, bestehende Qualitätsdefizite abzubilden und datengestützt gezielt Verbesserungsprozesse anzustoßen.

Das Qualitätsmerkmal „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“ wurde im Rahmen der Überarbeitungsschritte als Qualitätsindikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ im Sinne eines Systemindikators konkretisiert. Die Problematik, Patienten in Remission im Rahmen des QS-Verfahrens eindeutig zu identifizieren, sodass sowohl die zugrunde zu legende Patientenpopulation als auch der Referenzzeitraum angemessen und eindeutig festgelegt werden können, kann nachvollzogen werden. Daher wird der Ansatz begrüßt, die Patientenpopulation auf die Patientinnen und Patienten nach stationärem Aufenthalt als Indikator für eine neue Krankheitsepisode oder Exazerbation zu beschränken und die vier Quartale nach stationärem Aufenthalt als Referenzzeitraum für diesen Indikator zu verwenden. Auch die Eingrenzung der antipsychotischen Pharmakotherapie auf die Wirkstoffgruppe der Antipsychotika erscheint für diesen Qualitätsindikator angemessen. Da dieser Indikator nicht eindeutig einem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann und maßgeblich auch von den Behandlungsentscheidungen des Patienten abhängig ist, erscheint es auch angemessen, diesen Indikator der Prozessqualität als Systemindikator zu konzipieren. Wünschenswert wäre es allerdings, wenn in dem Vorbericht zumindest skizziert würde, wie dieser Systemindikator hinsichtlich der Auswertungsstrategien und des Reportings in dem geplanten QS-Verfahren für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse auf der Systemebene eingesetzt werden sollte (z. B. Aggregationsebene regional, Zusammenhänge mit anderen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität) und welche Formate das IQTIG (z. B. regionale Qualitätskonferenzen) hierfür als geeignet betrachtet. Eine ausschließliche Rückmeldung der Ergebnisse von Systemindikatoren an die einzelnen Leistungserbringer dürfte unzureichend sein, um die erforderlichen Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen, die nur durch ein Zusammenwirken aller an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie beteiligten Leistungserbringer auf den Weg gebracht werden können. Daher bedarf es dringend einer weiteren Konkretisierung, wie die Systemindikatoren im Rahmen des QS-Verfahrens genutzt werden könnten, welche Analysen und Aggregationen der QS-Daten hierfür erforderlich sind und wie die Ergebnisse an die Leistungserbringer für diese Zwecke rückgemeldet werden sollten.

### 3.5 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Zutreffend stellt das IQTIG in seinem Vorbericht fest, dass Psychotherapie in den evidenzbasierten Leitlinien für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie empfohlen wird (mit der höchsten Empfehlungsstärke) und neben der Psychopharmakotherapie einen Grundpfeiler der Behandlung darstellt. In dem Vorbericht wird weiterhin ausgeführt, dass die Psychotherapie (gemäß den Leitlinienempfehlungen) unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im stationären Setting in dem erforderlichen Umfang stattfinden sollte. Diese Maxime gilt laut Vorbericht auch für die Behandlung in den PIA.

Der Verbesserungsbedarf hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung bei stationären Aufenthalten wird von dem Expertengremium als sehr groß eingeschätzt. Die BPtK befürwortet hierbei den Ansatz des Expertengremiums, für dieses Qualitätsmerkmal auf die systematischen psychotherapeutischen Interventionen abzustellen, die als formalisierte Behandlungsform, beispielsweise im Sinne von verhaltenstherapeutischen Interventionen, zu verstehen sind, wie sie auch in Leitlinien gefordert werden, und diese von den bloßen Gesprächskontakten abzugrenzen.

Auch die vom Expertengremium vorgeschlagene Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale „Angebot stationärer VT für Patienten mit F2-Diagnose“ und „Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt“ zum QI-Entwurf „Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ bzw. als Qualitätsindikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ wird von der BPtK als sachgerecht bewertet.

Hinsichtlich des Referenzbereichs weist das Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) darauf hin, dass hierbei Bedarf, Indikation und Akzeptanz der Intervention berücksichtigt werden sollten. Vor diesem Hintergrund plädiert das Expertengremium für einen Referenzbereich von  $\geq 50\%$ . Diese Absenkung des Referenzbereiches kann aus Sicht der BPtK nicht nachvollzogen werden. Hinsichtlich der Berücksichtigung der Akzeptanz der psychotherapeutischen Interventionen durch die Patientinnen und Patienten bei der Festlegung des Referenzbereichs des Qualitätsindikators spricht sich die BPtK analog dem Vorschlag für den Qualitätsindikator zur Psychoedukation dafür aus, die Ablehnung einer psychotherapeutischen Behandlung während des stationären Aufenthalts im Datenfeld mit aufzunehmen und bei der Indikatorberechnung zu berücksichtigen. Auch dieses Datum der Leistungserbringerdokumentation könnte dann über entsprechende Indikatoren aus der Patientenbefragung, ob während der stationären Behandlung



eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und ggf. vom Patienten abgelehnt wurde, validiert werden. Da darüber hinaus der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, die einer stationären Behandlung bedürfen, bei denen aber kein Bedarf und keine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung vorliegt, als sehr gering einzuschätzen ist, kann der Referenzbereich für diesen Indikator dann mindestens auf  $\geq 80\%$  festgelegt werden.

Besonders kritisch zu bewerten ist weiterhin die geringe Therapiedosis, die für die Berechnung des Qualitätsindikators zugrunde gelegt werden soll. Bei Einschränkung auf die Patientengruppe mit einer Mindestverweildauer von  $\geq 7$  Tagen soll im Ausfüllhinweis eine Therapieeinheit von mindestens 25 Minuten pro Woche definiert werden. Hierbei sind sowohl einzel- als auch gruppenpsychotherapeutische Interventionen berücksichtigungsfähig. Für die Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten soll ferner eine weitere Aufteilung in kleine Einheiten zulässig sein.

Aus Sicht der BPtK ist es grundsätzlich sachgerecht, dass bei diesem Indikator sowohl Therapieeinheiten der Einzelpsychotherapie als auch der Gruppenpsychotherapie berücksichtigt werden sollen. Allerdings ist die hier vorgeschlagene Mindesttherapiedosis von lediglich 25 Minuten Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie pro Woche völlig unzureichend (NICE, 2014: Empfehlung 1.3.7.1: „CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned sessions“). Sie entspricht nicht annähernd der zu fordernden Behandlungsintensität einer stationären Krankenhausbehandlung, schließlich fällt die Mindesttherapiedosis lediglich halb so hoch aus wie die typische Therapiedosis einer ambulanten Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie. Für eine stationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung, bei der die psychotherapeutische Behandlung ein Grundpfeiler der Therapie darstellt, ist dagegen vielmehr eine deutlich höhere psychotherapeutische Behandlungsintensität zu fordern, als sie als Minimum in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bereits als Kurzzeitpsychotherapie realisiert wird. Typischerweise sollte die stationäre psychotherapeutische Behandlung dabei als Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund schlägt die BPtK für diesen Indikator als Mindestumfang der psychotherapeutischen Therapieeinheiten 100 Minuten vor, wovon mindestens 50 Minuten als Einzelpsychotherapie durchzuführen sind. Eine Unterteilung der Therapieeinheiten in Einheiten von unter 25 Minuten wird als fachlich nicht angemessen abgelehnt.

Dabei stimmt die BPtK dem Hinweis des Expertengremiums (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) zu, dass dieser Indikator möglichst über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollte und entsprechend sicherzustellen ist, dass diese Daten in

der erforderlichen differenzierten Form als Teil der Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

### 3.6 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Für diesen Qualitätsaspekt waren zunächst zwei Qualitätsmerkmale abgeleitet worden: „Regelmäßige Erfassung und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten“ und „Angebot von VT für Patienten mit suizidalem Verhalten“. Dabei kann der Empfehlung des Expertengremiums gefolgt werden, das Qualitätsmerkmal „Angebot von VT für Patienten mit suizidalem Verhalten“ mit den Qualitätsmerkmalen zur psychotherapeutischen Behandlung zusammenzuführen. Auch kann die Argumentation des Expertengremiums hinsichtlich der Schwierigkeiten, das Qualitätsmerkmal „Regelmäßige Erfassung und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten“ über eine Leistungserbringerdokumentation angemessen und für die Qualitätssicherung aussagekräftig abzubilden, nachvollzogen werden.

Die Überlegung des Expertengremiums, stattdessen eine neue Operationalisierung dahingehend vorzunehmen, dass in dem QS-Verfahren Suizidkonferenzen als Teil des einrichtungsinternen QM-System adressiert werden, wird daher grundsätzlich positiv beurteilt. Aus Sicht der BPtK sollte bei der Operationalisierung des Indikators jedoch keine Beschränkung auf systematische Fallbesprechungen (unter Beteiligung von ambulanten Leistungserbringern) bei vollendeten Suiziden vorgenommen werden. Vielmehr sollten auch Suizidversuche dazu führen, dass die stationäre oder teilstationäre Einrichtung eine Fallkonferenz zu diesem kritischen Ereignis durchführt. Darüber hinaus sollte dezidiert geprüft werden, ob hierbei auch Suizide und Suizidversuche, die im Umfeld der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung begangen wurden, einzubeziehen sind, da diese Phase des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung entsprechend risikobehaftet sein kann und entsprechende Ereignisse Anlass sein sollten, gemeinsam mit den ambulanten Leistungserbringern Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten des Entlassungsmanagements bei dieser vulnerablen Patientengruppe zu identifizieren. So könnten beispielsweise auch Suizide und Suizidversuche von Patienten, die in den ersten sieben Tagen nach Entlassung begangen wurden, in die Berechnung des Indikators einbezogen werden. Auch sollte nochmals geprüft werden, ob die dichotome Dokumentation (Suizid im Erfassungsjahr – ja/nein und Durchführung einer Fallkonferenz für jeden Suizid – ja/nein) hierfür angemessen ist oder ob für die Indikatorberechnung die Zahl der Suizid und Suizidversuche und die Zahl der durchgeführten Fallkonferenzen zu dokumentieren ist. Der vom Expertengremium vorgeschlagene Referenzbereich von

100 % wird hierbei grundsätzlich befürwortet, sollte bei Erweiterung auf die Suizidversuche jedoch ggf. auf 90 % abgesenkt werden, um die Anreize für eine falsch positive Dokumentation der durchgeführten Fallkonferenzen zu reduzieren.

### 3.7 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Für diesen Qualitätsaspekt waren zunächst drei Qualitätsmerkmale abgeleitet worden: „Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch“, „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“ und „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“. Ähnlich der Einschätzung des Expertengremiums, schätzt die BPtK hinsichtlich der Qualitätsmerkmale „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“ und „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ den Verbesserungsbedarf als zu gering ein, als dass dieser für das QS-Verfahren eine Fokussierung auf diese Qualitätsmerkmale rechtfertigen würde. Die BPtK teilt ferner die Einschätzung, dass der Verbesserungsbedarf hinsichtlich der strukturierten Abklärung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit in der stationären psychiatrischen Versorgung im Vergleich zur ambulanten Versorgung als gering angesehen werden kann, sodass eine Fokussierung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ auf die ambulante Versorgung und eine entsprechende Umbenennung des Indikators in „Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom – ambulant“ befürwortet wird. Hinsichtlich des Datenfeldes für die Indikatorberechnung wird jedoch angeregt, statt nach der regelmäßigen strukturierten anamnestischen Abklärung und Dokumentation des Ergebnisses eine konkrete Mindesthäufigkeit der strukturierten anamnestischen Abklärung abzufragen (z. B. in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres). Die Festlegung des Referenzbereichs auf  $\geq 95$  % erscheint hierbei grundsätzlich angemessen.

### 3.8 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Die defizitäre somatische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehört zusammen mit einer unzureichenden Kontrolle der Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Behandlung auf die körperliche Gesundheit sowie der erhöhten Suizidrate zu den zentralen Ursachen für die erheblich geringere durchschnittliche Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen und Patienten (Walker et al., 2015). Vor diesen Hintergrund befürwortet die BPtK ausdrücklich die systematische Adressierung dieses Qualitätsaspektes in dem geplanten QS-Verfahren. Die Fokussierung auf das Qualitätsmerkmal „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und me-

tabolischen Faktoren“ und dessen Konkretisierung im Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ mit der Vorgabe der für diesen Indikator erforderlichen Abrechnungen von Laborleistungen als Surrogatparameter erscheint angemessen und vor dem Hintergrund der Definition der Indikatorverantwortlichkeit geeignet, auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“ und „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“ die gewünschten Verbesserungsprozesse anzustoßen.

Kritisch erscheint dagegen die Definition des Referenzbereichs bei  $\geq 70\%$ , zumal in dem QS-Verfahren grundsätzlich eine Einschränkung der Patientenpopulation auf diejenigen Patienten vorgesehen ist, die in mindestens zwei Quartalen eines Erfassungsjahres bei dem ambulanten Leistungserbringer in Behandlung waren. Um die gewünschten Qualitätsverbesserungsprozesse wirksam anzustoßen, sollte eine Erhöhung des Referenzbereichs auf  $\geq 80\%$  oder  $\geq 90\%$  geprüft werden. Hierzu sollten explorative Analysen des dem IQTIG zur Verfügung stehenden Datensatzes der Sozialdaten bei den Krankenkassen durchgeführt werden, um besser abschätzen zu können, welcher Referenzbereich bei entsprechender Optimierung der Versorgungsprozesse in einer Praxis durchschnittlich erreichbar ist.

### 3.9 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Zu Recht weist das Expertengremium auf die Bedeutung der 1:1-Betreuung während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen hin. Auch die Notwendigkeit, dass diese 1:1-Betreuung durch qualifiziertes Personal durchgeführt wird und nicht unqualifizierten Sitzwachen überlassen werden kann, wird zu Recht herausgestellt. Im Vorbericht wird in diesem Zusammenhang auch auf die Darstellungen im AQUA-Bericht hingewiesen, die einen wesentlichen Verbesserungsbedarf auf Basis von Befragungsdaten aus dem Jahr 2012 untermauern konnten. Danach fanden 26,1 % der Fixierungen ohne kontinuierliche Überwachung statt, wobei 92 % der Kliniken und Abteilungen angaben, Fixierungen mit kontinuierlicher Überwachung durchzuführen. Isolierungen erfolgten demnach in 35,2 % der Einrichtungen mit kontinuierlicher Überwachung und in 15,9 % der Einrichtungen jedoch ohne kontinuierliche Überwachung (AQUA, 2016).

Insofern ist nicht nachvollziehbar und wird in dem Vorbericht auch nicht detaillierter begründet, warum bei der Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ nicht auf den entsprechenden AQUA-Indikator ID: 41a zurückgegriffen wird, der die Anzahl der Fixierungen und Isolierungen in einer Einrichtung bei Patienten mit einer F2-Diagnose ohne kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonal

(Zähler) in Relation setzt zu der Anzahl der Fixierungen und Isolierungen in einer Einrichtung bei Patienten mit einer F2-Diagnose insgesamt. Stattdessen schlägt das IQTIG einen Strukturqualitätsindikator vor, der lediglich das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patienten mit der Hauptdiagnose einer F20.- nach ICD-10-GM oder F25.- nach ICD-10-GM während indizierter Zwangsmaßnahmen und das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfassen soll. In der vorgeschlagenen Operationalisierung erlaubt der Qualitätsindikator somit keinen Aufschluss über die tatsächliche Betreuungssituation während der Zwangsmaßnahmen, sondern nur über ein klinikinternes Soll und das Vorliegen einer Prüfung der Einhaltung des Solls. Es steht zu befürchten, dass bei Einführung eines solchen Indikators keine relevanten Verbesserungsprozesse angestoßen werden, das QS-Verfahren jedoch einrichtungsbezogenen Ergebnisse produziert, die nahelegen, dass es in diesem Bereich in der stationären Versorgung in Deutschland keine Defizite mehr gibt. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, dieses Qualitätsmerkmal – wie im AQUA-Abschlussbericht vorgeschlagen – über den Indikator ID: 41a abzubilden.

Bei der Begründung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ fällt auf, dass im Vergleich zur Darstellung des parallelen Qualitätsindikators ID: 50c „Deeskalationstraining – stationär“ im AQUA-Abschlussbericht im Vorbericht des IQTIG eine kritische Auseinandersetzung mit der vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit von Fortbildungen zu Deeskalationsstrategien und zur Durchführung von restriktiven Maßnahmen vollständig fehlt. So wird in der Leitlinie der DGPPN (2009) zu „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ dargelegt, dass es bislang keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Krankenhausaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell bestehe 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 komplexen Prozesse reichen, geeignet sind. Vor diesem Hintergrund erscheint fraglich, ob der vorgeschlagene Indikator mit seiner niederschweligen Definition der Teilnahme an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geeignet ist, eine substanzielle Steigerung der Qualifikation des ärztlichen, pflegerischen, psychotherapeutischen und therapeutischen Personals in diesem Bereich zu bewirken, die sich positiv auf patientenbezogenen Outcome-Ebenen bemerkbar machen.

### 3.10 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Die BPtK begrüßt den Vorschlag des IQTIG, den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ über die drei Qualitätsindikatoren „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“ und „Ambulante Psychotherapie“ als Systemindikatoren abzubilden.

Bei dem Indikator „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“ bleibt unklar, warum bei den Datenfeldern zur Indikatorberechnung die GOP für die psychiatrische häusliche Krankenpflege (GOP 01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und GOP 01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege) keine Berücksichtigung finden sollen, obwohl das Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) zu Recht auf die Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege hingewiesen hat, die in der psychosozialen Therapie stark überlappend zur Soziotherapie wichtige Aufgaben in der Versorgung von schwer psychisch kranken Patienten mit einer Schizophrenie übernimmt und die u. a. auch regional bestehende Lücken in der soziotherapeutischen Versorgung kompensiert. Insgesamt ist festzuhalten, dass das Angebot der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und der Soziotherapie regional sehr unterschiedlich entwickelt ist. Soziotherapie ist als ambulantes Versorgungsangebot in einigen Regionen in der Praxis de facto gar nicht vorhanden und auch Angebote der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind zum Teil nicht verfügbar. Umso mehr sollte für die Indikatorberechnung eine vollständige Erfassung dieses Leistungsbereichs unter Berücksichtigung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege erfolgen.

Hinsichtlich der Datenfelder zur Indikatorberechnung für den Indikator „Ambulante Psychotherapie“ befürwortet die BPtK die von dem Expertengremium vorgesehene Berücksichtigung der Akutbehandlung und der GOP 23220 „Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung“, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie insbesondere nach einer psychotherapeutischen Kurz- oder Langzeittherapie zur psychotherapeutischen Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe genutzt wird.

Wie bereits in Abschnitt 3.4 ausgeführt, sollte im Vorbericht stärker skizziert werden, wie diese Systemindikatoren in dem geplanten QS-Verfahren für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse auf der Systemebene eingesetzt werden sollen (z. B. Aggregationsebene regional, Zusammenhänge mit anderen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität) und welche Formate das IQTIG (z. B. regionale Qualitätskonferenzen) hierfür als geeignet betrachtet. Eine weitere Konkretisierung, wie die Systemindikatoren im Rahmen

des QS-Verfahrens genutzt werden könnten, welche Analysen und Aggregationen der QS-Daten hierfür erforderlich sind und wie die Ergebnisse an die Leistungserbringer für diese Zwecke rückgemeldet werden sollen, ist geboten.

### 3.11 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“

Die Abbildung der Ergebnisqualität ist einer der zentralen Aspekte des Weiterentwicklungsauftrags für das vorgesehene QS-Verfahren auf der Grundlage der Vorarbeiten des AQUA-Instituts. Entsprechende Vorschläge fehlten bislang im Vorschlag des AQUA-Instituts für ein Indikatorenset für das QS-Verfahren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.

Vor dem Hintergrund dieses Weiterentwicklungsauftrags wird im Vorbericht eingangs erläutert, dass das Expertengremium den Verbesserungsbedarf hinsichtlich der routinemäßigen Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast als groß einschätzt. Weder stationär noch ambulant erfolge derzeit regelhaft eine standardisierte Erfassung dieser Outcomeparameter. In den Projekten der integrierten Versorgung, aber auch in der PIA und in der ambulanten Versorgung insgesamt werden vor allem die GAF sowie die Clinical Global Impression Scale (CGI) eingesetzt. Diese werden vom Expertengremium zwar als relativ aufwandsarme Verfahren eingeschätzt, die auch für die Behandlungsplanung wertvolle Ergebnisse ermöglichen. Jedoch empfiehlt das Expertengremium, dass das für die Messung der Ergebnisqualität zu verwendende Instrument, welches das psychosoziale Funktionsniveau und die Symptomlast erfassen soll, den Ergebniswert nicht nur als einen Score ausgibt, sondern auch Einzeldimensionen abbildet. Bezogen auf die Abbildung der Symptomlast wird vom Expertengremium betont, dass hierfür ein Instrument erforderlich ist, welches die Psychopathologie erfasst und auf dieser Dimension den Grad der Therapiezielerreichung messbar macht.

Vor diesem Hintergrund wird im Vorbericht vorgeschlagen, zur Abbildung der Outcomebereiche Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast die HoNOS zu verwenden. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass hinsichtlich der Auswahl dieses Messinstruments die wissenschaftliche Begründung der Entscheidung und auch die Auseinandersetzung mit möglichen Alternativen in dem Vorbericht und im Anhang zum Vorbericht ausgesprochen rudimentär ausfallen. Auch im Vergleich zu den wissenschaftlichen Begründungen der Qualitätsindikatoren, einschließlich der zugehörigen Quellenangaben, fällt die Darstellung der Begründung der Entscheidung des IQTIG in dem vorliegenden Vorbericht gegenüber dem AQUA-Abschlussbericht (2016) deutlich zurück.

Dabei kann der Vorschlag vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen mit dem routinemäßigen Einsatz dieses Instruments, insbesondere in Großbritannien im NHS, und den psychometrischen Qualitäten dieses lizenzfreien klinischen Fremdeinschätzungsverfahrens, grundsätzlich nachvollzogen werden. Allerdings wäre auch hier im Vorbericht darzulegen, in welchem Umfang für die valide Anwendung dieses Instrumentes in der Routineversorgung spezifische Schulungen erforderlich sind, welche Expertise in der Anwendung dieses Instruments auf Seiten der relevanten ambulanten und stationären Leistungserbringer gegenwärtig vorhanden ist, welcher Aufwand damit verbunden wäre, die erforderlichen Schulungen der Leistungserbringer durchzuführen, und in welchem Zeitraum das leistbar wäre.

Die weitere Konkretisierung dieser Qualitätsmerkmale auf der Basis des Einsatzes des HoNOS in separate Indikatoren für die Prozessqualität – je einmal für den stationären und den ambulanten Bereich – und für die Abbildung der Ergebnisqualität (als reine Statusmessung) überzeugt dabei nicht. So fehlt es für die stationäre Behandlung an einer überzeugenden Begründung, warum die Ergebnisqualität der stationären Behandlung nicht über eine Zwei-Punkt-Messung mittels HoNOS zum Zeitpunkt der Aufnahme und vor Entlassung auf den beiden aggregierten Dimensionen „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „Symptomlast“ abgebildet werden soll und welcher Mehrwert sich damit verbinden würde, wenn zusätzlich ein Prozessindikator berechnet wird, der im Kern die Einhaltung der erforderlichen Mess- und Dokumentationspflichten für den zugehörigen Indikator der Ergebnisqualität zum Gegenstand hat. Auch sollte eine QS-Auslösung bzw. Dokumentationspflicht für den stationären Bereich nicht über die Entlassungsdiagnose definiert werden, sondern über die Aufnahmediagnose. Für die stationäre Behandlung wäre so eine dem Leistungserbringer zuschreibbare Abbildung der Ergebnisqualität möglich und diese müsste an dieser Stelle nicht allein als Systemindikator konzeptualisiert werden.

Auch die vorgesehene QS-Auslösung im ambulanten Bereich weiß nicht zu überzeugen. Statt eine Erfassung des Psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast für vier Wochen nach dem Patientenkontakt, der zum Erfüllen des M2Q-Kriteriums führt, sollte bereits mit dem ersten Patientenkontakt bei gegebener F2-Diagnose die Dokumentationspflicht beim ambulanten Leistungserbringer ausgelöst werden. Auf den Prozessqualitätsindikator kann auch in diesem Fall verzichtet werden.

Sinnvoll ist sicherlich, die Messung der Ergebnisqualität über die HoNOS im ambulanten Bereich als Systemindikator zu konzeptualisieren, da eine eindeutige Zuschreibbarkeit des Behandlungsergebnisses zum ambulanten Leistungserbringer nicht möglich und im Erfas-



sungsjahr keine Zwei-Punkt-Messung vorgesehen ist. Aber auch hier sollten die (ggf. regionalisierten) Auswertungs- und Rückmeldestrategien für den Systemindikator näher skizziert werden. Dabei sollte auch in Erwägung gezogen werden, diesen Indikator nicht nur gepoolt auszuwerten, sondern über mehrere Erfassungsjahre auch Behandlungsverläufe abzubilden.



**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.**

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik dem G-BA den Auftrag erteilt, ein Qualitätssicherungsverfahren der Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln.

Nach Vorlage einer Vorstudie durch das aQua-Institut Ende 2015 wurde am 6. Juni 2016 das IQTIG vom G-BA beauftragt, eine Weiterentwicklung und Aktualisierung eines spezifischen Qualitätskonzepts für schizophrene Störungen zu entwickeln.

Als Datengrundlage sollen die fallbezogene QS-Dokumentation, eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden.

Das verfahrensspezifische Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik wurde bereits im Zwischenbericht ausführlich dargestellt.

Ziel des vorliegenden Abschlussberichts ist die Darstellung des neu entwickelten Indikatorensets für ein sektorübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen unter Berücksichtigung der komplexen sektorübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten und Patientinnen.

**Bewertung:**

Bereits im Zwischenbericht ist das methodische Vorgehen bei der Erstellung des Qualitätsmodells auf der Basis der Ergebnisse einer Recherche nach aggregierter Evidenz sowie explorativer Analyse von Sozialdaten der kooperierenden gesetzlichen Krankenkassen ausführlich und systematisch beschrieben.

Die Perspektive der Nutzer und Leistungserbringer wurde durch leitfadengestützte Interviews mit Beteiligten aus allen Bereichen des Versorgungsgeschehens und durch kontinuierlichen Einbezug einer Fokusgruppe/Expertengruppe berücksichtigt.

Als dritter Schritt erfolgte die Selektion der Qualitätsaspekte, die in Hinblick auf die Übereinstimmung der Ziele des QS-Verfahrens einen belegbaren Qualitätsverbesserungsbedarf

aus Sicht der Nutzer und ein Qualitätsverbesserungspotenzial aus Sicht der Leistungserbringer aufweisen.

Es wurden zunächst 17 Qualitätsaspekte selektiert, die den Datenquellen – Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei Krankenkassen, Patientenbefragung – zugeordnet wurden.

Das methodische Vorgehen, beschrieben in den methodischen Grundlagen des Vorberichts, ist systematisch, transparent und plausibel dargestellt.

Im vorliegenden Bericht wird die Konkretisierung der Qualitätsaspekte über mehrere Filterschritte bis hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren beschrieben.

Das weitere Vorgehen bestand darin, aus den 17 selektierten Qualitätsaspekten über fünf Filterschritte ein Set aus Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren zu konkretisieren.

Im Filterschritt 1 wurden die Qualitätsaspekte in den einbezogenen aktuellen Leitlinien und Pflegestandards gegengeprüft.

Im Filterschritt 2 erfolgte die Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem, da die herangezogenen Leitlinien und Pflegestandards aus internationalen Leitlinien stammen.

Im Filterschritt 3 erfolgte die Prüfung in Bezug auf adressierte Patienten und Leistungserbringer möglicher Datenquellen, der Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer und der Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer.

Filterschritt 4 galt der Verprobung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfs aus Sicht der Nutzer und aus Sicht der Leistungserbringer unter Einbezug des Expertengremiums und erneuter fokussierter Literaturrecherche und dem Einbezug der Analyse von Sozialdaten der Krankenkassen.

Im Filterschritt 5 erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe inklusive der empirischen Prüfung mittels Sozialdaten eines kooperierenden Krankenhauses.

Unter Einbezug des Expertengremiums wurden die möglichen Qualitätsindikatoren final noch einmal überprüft und kondensiert.

Zusammenfassend ist das Vorgehen, das sich vorwiegend - wie es der Gesetzgeber fordert - an der Prozessqualität und anhand der Leitlinien ausrichtet, in seiner umfassenden Methodik systematisch, strukturiert, transparent und plausibel dargestellt.

In diesem Zusammenhang wäre es als Ergänzung hilfreich gewesen, einen Hinweis darauf zu finden, welcher Methodik sich bei der Definition anderer Qualitätsindikatorensets im In- und Ausland bedient wurde. Eine Erläuterung, warum dieses Vorgehen gewählt wurde und zu

wesentlichen QS-Prozessschritten sowie die Definition zahlreicher verwendeter Begriffe fehlt leider.

#### **Bewertung der Indikatoren im Einzelnen :**

1) **Qualitätsindikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung - stationär“**

Der Indikator ist im Sinne eines strukturierten Entlassungsmanagements, das eine zeitnahe kontinuierliche Weiterbehandlung garantiert, wichtig und bildet eindeutig die Anschlussbehandlung ab.

Bei den Ausschlusskriterien wird nicht deutlich, was „die Behandlung aus sonstigen Gründen beendet“ bedeutet. Wahrscheinlich beinhaltet dieses Item sowohl die Entlassung in Abwesenheit gegen ärztlichen Rat als auch den Therapieabbruch durch Fernbleiben. Besonders bei Therapieabbruch durch Fernbleiben ist in der Regel eine Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung nicht möglich. Auch müsste noch einmal der Umstand dargestellt werden, wie es auch vom Gesetzgeber das vorgeschriebenen Entlassungsmanagement vorsieht, wenn der Patient/die Patientin eine Weitervermittlung ablehnt.

2) **Qualitätsindikator „Strukturierte und manual-basierte Psychoedukation – stationär“**

**Qualitätsindikator „Strukturierte manual-basierte Psychoedukation – ambulanz“**

Psychoedukation ist im Hinblick auf den selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Strukturierte Psychoedukation, auch wiederholt, wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf aus.

Bei den Datenfeldern müsste jedoch berücksichtigt werden, dass Patienten das Angebot der Psychoedukation ablehnen. Dies betrifft zuweilen die hochakute Krankheitsphase, aber auch Patienten, die keine Einsicht in ihre Erkrankung haben, gegebenenfalls richterlich untergebracht sind. Die Berücksichtigung von Patienten, die in der akuten Phase kognitiv und affektiv erheblich beeinträchtigt sind und deswegen an einer strukturierten und manual-basierten Psychoedukation nicht teilnehmen konnten, fehlt.

3) **Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkung – stationäres Monitoring und Dokumentation“**

**Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkung – ambulantes Monitoring und Dokumentation“**

Für die Bedeutung dieses Qualitätsindikators gibt es gute Evidenz und klinische Plausibilität. Die Einbeziehung der Arzneimittelgruppen „Homöopathische und anthropologische Psychoeleptika“



ist überflüssig und fragwürdig, da für derartige Substanzen keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen.

Die im Datenfeld für die Indikatorberechnung ambulant vorgegebene zweimalige Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen ist in ihrer Frequenz zu gering angesetzt. Mindestens einmal im Quartal sollte eine Erhebung erfolgen.

4) Qualitätsindikator **„Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“** (Systemindikator)

Die kontinuierliche Psychopharmakotherapie über einen längeren Zeitraum nach stationärer Behandlung wird in den aktuellen Leitlinien empfohlen.

Eine Prüfung aus den Sozialdaten der Krankenkassen könnte Qualitätsprobleme in der Erhaltungstherapie aufzeigen.

5) Qualitätsindikator **„Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“**

Auch dieser Indikator weist gute Evidenz und klinische Plausibilität auf. Psychotherapie wird als relevante Behandlungsoption neben der Psychopharmakotherapie in den aktuellen Leitlinien empfohlen.

Eine Risikoadjustierung in Bezug auf akut- und schwerkranke Patienten, die kognitiv und affektiv erheblich eingeschränkt sind sowie auf akut-psychotische Patienten, die nicht compliant und ohne Krankheitseinsicht sind und von daher jegliche Interventionen ablehnen, sollte unbedingt erfolgen.

6) Qualitätsindikator **„Fallbesprechung Suizidkonferenz nach Suizid einer Patientin/eines Patienten“**

Auch wenn die Evidenz fehlt, dass Fallbesprechungen/Suizidkonferenzen künftige Suizide verhindern, ist der Indikator plausibel und entspricht dem Expertenkonsens. Bei diesem Indikator ist nicht einsichtig, warum bei Patienten und Patientinnen mit der Begleitdiagnose einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung nach einem Suizid keine Nachbesprechung stattfinden sollte.

7) Qualitätsindikator **„Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom - ambulant“**

Die Komorbidität einer Suchterkrankung hat Auswirkungen auf die Behandlung und in Studien nachgewiesen auf den Verlauf, die Lebensqualität und das Funktionsniveau.



8) Qualitätsindikator „**Jährliche somatische Kontrolluntersuchung - ambulant**“

Bei Patienten und Patientinnen mit einer Schizophrenieerkrankung ist aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens und der häufig begleitenden Psychopharmakotherapie eine regelmäßige Erfassung der körperlichen Gesundheit leitlinienorientiert.

Bei diesem Indikator besteht hohe Evidenz. Die Ausschlusskriterien Demenz und mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung sind nicht plausibel, da gerade bei diesen Patienten und Patientinnen die Beachtung somatischer Komplikationen besonders wichtig ist, weil sie in der Regel verminderte Fähigkeiten haben, ihre Symptome ausreichend zu beschreiben und ihre eigenen Interessen zu vertreten.

Der Indikator soll im ambulanten Bereich erhoben werden. Zu bedenken dabei ist, dass bei Patienten und Patientinnen, wenn sie im Erhebungsjahr voll- oder teilstationär waren, in der Klinik entsprechende Untersuchungen gemacht wurden und diese im Arztbrief mitgeteilt werden. Dies sollte bei der Bestimmung der Grundgesamtheit berücksichtigt werden. Die Erhebung aus den Sozialdaten ist wünschenswert, wird aber bei der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz scheitern, da Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Institutsambulanzen Kontrolluntersuchungen im hauseigenen Labor erhalten.

9) Qualitätsindikator „**1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen**“

Zwangsmaßnahmen sollten nur dann, wenn alle deeskalierenden Maßnahmen bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung scheitern, eingesetzt werden. Die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist anerkanntes Ziel bezugnehmend auf die UN-Behindertenrechtskonvention, die aktuellen Leitlinien und den Expertenkonsens.

Der Indikator differenziert jedoch nicht zwischen den verschiedenen Zwangsmaßnahmen: Isolieren, Fixieren, Zwangsmedikation. Die Maßnahme Isolierung wird häufig zur Reizabschirmung aber auch zur Vermeidung akuter Fremdgefährdung eingesetzt. Die Forderung, dass das Fachpersonal mindestens in Sichtweite im gleichen Raum sein sollte, ist eher unrealistisch und kontraproduktiv und würde eine erhebliche Gefährdung des Pflegepersonals durch angespannte, gereizte, schwer intoxikierte Patienten bedeuten.

Dagegen ist es Expertenkonsens, dass Patienten, die fixiert werden und damit den Status eines Intensivpatienten haben, eine 1:1-Betreuung erhalten sollten. Dennoch gibt es im Einzelfall Konstellationen bei denen eine 1:1-Betreuung auch bei Fixierung nicht zum Wohle des Patienten ist, z. B. brauchen manche Patienten vorwiegend Reizabschirmung und Distanz. Daher sollte bei den zu erfassenden Datenfeldern noch die Ergänzung erfolgen, welche Gründe gegen eine 1:1-Betreuung vorlagen.

In mehreren Bundesländern schreiben die PsychKGs 1:1-Betreuung bei Fixierung vor.



Dies führt vermutlich zur Verkürzung der Fixierungszeiten. Insofern ist der Qualitätsindikator in Bezug auf Fixierung hoch sinnvoll, nicht jedoch in Bezug auf Zwangsmaßnahmen wie der Isolierung. Dies müsste differenziert werden, auch in Hinblick auf das Ausschlusskriterium „Anzahl durchgeführter indizierter Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr“.

10) Qualitätsindikator **„Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“**

Zur Reduktion restriktiver Maßnahmen ist die regelmäßige Fortbildung des multiprofessionellen Personals hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen Expertenkonsens und sollte bei Neueintritt von Personal zeitnah verpflichtend angeboten werden.

11) Qualitätsindikator **„Teambasierte, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator) - ambulant erhoben“**

Die Evidenz für diesen Indikator ist national und international belegt. Im Rahmen des SGB V gibt es in Deutschland abgesehen von wenigen integrierten Versorgungsverträgen sowie Modellprojekten nach §64 keine Möglichkeit teambasierte, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung umzusetzen. Die Erhebung des Indikators könnte somit Defizite dieses Versorgungsangebotes aufdecken.

Bei dem Datenfeld sollte noch ergänzt werden, dass Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auch eine teambasierte multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung ablehnen.

Aktuell werden teambasierte, multiprofessionelle Versorgungsangebote aus der Eingliederungshilfe vorgehalten, die in anderen Sozialgesetzbüchern abgebildet werden (siehe Bundesteilhabegesetz).

12) Qualitätsindikator **„Psychoziale Therapie (Soziotherapie)“ und der Indikator „ambulante Psychotherapie“** sind in diesem Sinne eindeutiger.

Die Evidenz für Psychotherapie bei Patienten und Patientinnen mit Psychoseerkrankungen ist unzweifelhaft und wird in den aktuellen Leitlinien empfohlen. Dennoch muss man im Behandlungsverlauf zwischen Ersterkrankten, bei denen sie dringend indiziert ist und Patienten und Patientinnen, die chronisch seit Jahrzehnten erkrankt sind und mit einem erheblichen Residuum und funktionalen Einschränkungen leben, unterscheiden.

Die Erfassung des Indikators durch Sozialdaten bei den Krankenkassen wird nur die nach Richtlinie durchgeführten Psychotherapien erheben können.

Psychotherapeutische Interventionen in der Facharztpraxis und in der Institutsambulanz können damit nicht dargestellt werden, obgleich diese bei chronisch schwer kranken Patienten und Patientinnen eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung haben.



Der Indikator ist adressiert an niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen und die psychiatrische Institutsambulanz. Bei der Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz sind in vielen Bundesländern so z. B. in Berlin, zusätzliche Verordnung von ambulanter Soziotherapie und Psychotherapie ausgeschlossen, da das multiprofessionelle Team einer Institutsambulanz Soziotherapie und Psychotherapie anbieten sollte. Daher sollte die psychiatrische Institutsambulanz an dieser Stelle ausgenommen werden.

13) Qualitätsindikator „**Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär**“ (Systemindikator)

Qualitätsindikator „**Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant**“ (Systemindikator)

Zum angestrebten Zweck der gleichzeitigen Erhebung von Symptomlast und psychosozialem Funktionsniveau wird der HoNOS bereits z. B. in Großbritannien verwendet. Der Einsatz eines solchen Fragebogens hat jedoch weitreichende Implikationen und müsste daher sorgfältiger abgeleitet werden.

Hier sei erwähnt, dass die deutsche Fassung der allgemeinen Erwachsenen-Skala, die im Rahmen einer Studie von Andreas und Mitarbeitern psychometrisch evaluiert wurde, erhebliche Limitationen zeigt (Psychopathologie 2007; 40:116-125) So wurde sie nur in 11 – in der Veröffentlichung nicht näher charakterisierten – Einrichtungen durchgeführt, so dass unklar ist, ob hier alle erforderlichen Arten der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungseinrichtungen erfasst wurden. Es wurden nur wenige Diagnosegruppen untersucht (F32-F34; F50; F40-F41; F43; F45 sowie nicht näher bezeichnete „others“), so dass unklar ist, inwiefern die Diagnosegruppe Schizophrenie erfasst wurde. Ferner konnte selbst unter Studienbedingungen in 19 % der Fälle keine Einstufung nach HoNOS erfolgen, was für ein flächendeckendes Verfahren eine nicht akzeptable geringere Erfüllungsrate von 81 % ergibt. Auffallend war auch, dass die Dropouts wohl eher die schwer Kranken waren, so dass fraglich ist, ob mit der Studie Betroffene aller Schweregrade erfasst werden konnten.

Als weiteres Problem stellt sich die Erhebung von personenbezogenen Daten und deren Übermittlung dar. Dies könnte ein erhebliches Datenschutz- und Schweigepflichtsproblem ergeben.

Der Qualitätsindikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit HoNOS“ wird im Bericht als Indikator für Ergebnisqualität angegeben. Dies ist irreführend, da die HoNOS-Skala bei Beginn der stationären als auch ambulanten Behandlung durchgeführt werden soll und zu diesem Zeitpunkt eher im Sinne einer Schweregradmessung einzuordnen ist.

Inwieweit alternative Skalen, die in Forschungskontexten üblich sind, wie die SOFAS oder die häufig eingesetzte GAF, geprüft worden sind, wird nicht deutlich, so dass die Entscheidung für den HoNOS noch einmal kritische Auseinandersetzung erfahren sollte.



Unklar bleibt, warum bei beiden Indikatoren (stationär, ambulant) als "Individualindikatoren" (s. 13.) nur Fälle gezählt werden sollen, bei denen der HoNOS dokumentiert durchgeführt wurde, während für den "Systemindikator" (14.) das Statusergebnis (!) dokumentiert erfasst werden soll! Man würde meinen, dass auf Systemebene allein von Interesse wäre, ob die Erhebung überhaupt durchgeführt wurde, während auf "Individualebene" das Statusergebnis von größerer Bedeutung ist. Hier fehlt eine entsprechende Erläuterung, warum umgekehrt vorgegangen werden soll, was nicht zuletzt auch erneut datenschutzrechtliche Fragen aufwirft.

### **Zusammenfassende Beurteilung**

Im Gegensatz zu den 27 Indikatoren, die ursprünglich vom aQua-Institut empfohlen wurden, ist es dem IQTIG gelungen, den Umfang auf 19 Indikatoren zu reduzieren.

Diese entfallen fast hälftig auf den stationären und ambulanten Bereich, so dass beide Sektoren erfasst werden und die Forderung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung erfüllt wird. Die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes entlang des Behandlungsprozesses, orientiert an den aktuellen Leitlinien, hebt wesentliche Marker der Qualität in der Behandlung hervor und könnte den verantwortlichen Leistungserbringern sowohl ambulant als auch stationär Unterstützung zur Qualitätsverbesserung bieten.

Bei aller Anerkennung des sehr engagierten und auf Systematik und Transparenz ausgerichteten Vorgehens sind folgende Aspekte noch nicht ausreichend durchdacht und bedürfen einer Modifizierung:

- 1.) Die Operationalisierung zahlreicher Qualitätsindikatoren (wie oben beschrieben) bedarf einer Anpassung und Differenzierung.
- 2.) Der Auftrag des Gesetzgebers, Qualitätsindikatoren möglichst aus Routinedaten zu entwickeln, ist nicht umgesetzt.

Im stationären und teilstationären Sektor müssen 9 Indikatoren erhoben werden und zwar alle mittels neu einzuführender QS-Dokumentation. 3 der Indikatoren sind dreimal einrichtungsbezogen zu erheben, 5 fordern fallbezogene Einzeldokumentationen, die einen erheblichen Dokumentationsaufwand für diese Patientengruppen nach sich ziehen.

Bei dem bereits vorhandenen erheblich gesteigerten Dokumentationsaufwand in Folge des neuen Entgeltsystems in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und dem damit verbundenen MDK-Prüfaufwand ist eine weitere Steigerung der Dokumentation in Hinblick auf die Reduktion der Zeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sie mit den Betroffenen verbringen, mehr als kritisch zu beurteilen, zumindest solange keine adäquate Aufstockung der Personalressourcen in den Kliniken erfolgt ist.



Die gleiche kritische Beurteilung betrifft auch den ambulanten Bereich, für den 10 Indikatoren vorgesehen sind, 4 mittels Sozialdatenerhebung, die übrigen ebenso als eine fallbezogene Einzeldokumentation.

- 3.) Grundsätzlich sollten die Chancen und Konsequenzen der Einführung eines standardisierten Messinstruments ausführlich diskutiert werden, zudem wird die spezifische Nutzung von HoNOS kritisch gesehen, zumal eine Aufwand-Nutzen-Einschätzung sowie ein plausibles verständliches Auswertungskonzept fehlen.
- 4.) Eine adäquate Risikoadjustierung wird nicht vorgenommen, die wesentlich für die Vergleichbarkeit der Daten auf Landes- und Bundesebene wäre. Zumindest eine Erläuterung der Risikofaktoren, die relevant wären und warum die Erfassung problematisch ist, sollte erfolgen.
- 5.) Die Erfassung der Qualitätsindikatoren auf Systemebene soll auf Landes- bzw. Bundesebene ausgewertet werden. Gerade bei der Auswertung der Systemindikatoren auf Landes- und Bundesebene ist eine Risikoadjustierung notwendig. Ein Konzept bezüglich des Adressats der Systemindikatoren und der möglichen Konsequenzen fehlt.

Zusammengefasst spiegelt der Bericht ein systematisches und strukturiertes Vorgehen und eine enorme Mühewaltung wider. Abgesehen von den zahlreichen noch notwendigen Nachbesserungen bildet das entwickelte Qualitätsindikatorenset leitlinienorientiert alle Versorgungsaspekte und – bereiche gut ab. Zur notwendigen Nachbesserung, Modifikation und Prüfung der Machbarkeit sollte eine Pilotstudie bei einer repräsentativen Stichprobe der Leistungserbringer, bevor sie flächendeckend umgesetzt werden, durchgeführt werden.

Berlin, 17.11.2017

Dr. med. Iris Hauth

---

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Vorbericht der**

---

**„Aktualisierung und Erweiterung des  
QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen  
und wahnhaften Störungen*“**

**des Instituts nach § 137a SGB V**

**16. November 2017**

## Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen .....	3
2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit.....	3
3. Qualitätsindikatorenset .....	4
3.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	5
3.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	5
3.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	6
3.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	6
3.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	6
3.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	7
3.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	7
3.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	7
3.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	8
3.10 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“ .....	9
4. Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer.....	9
5. Fazit.....	10

## 1. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juni 2016 den Auftrag, das vom AQUA-Institut entwickelte Qualitätssicherungsverfahren „*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ zu aktualisieren und zu erweitern.

Das IQTIG hat dazu am 04.10.2017 den Vorbericht zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ (im Folgenden „Vorbericht“) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Absatz 7 SGB V nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Stellung zu diesem Vorbericht.

Das IQTIG legt einen Vorbericht mit 253 Seiten vor (zuzüglich 360 Seiten Anhang mit Zwischenbericht und Recherchebericht sowie 105 Seiten zum Indikatorenset 1.0 zur separaten Übersicht) und ist somit umfangreich und aufwändig erstellt. Die für die Stellungnehmenden zur Verfügung stehende Bearbeitungszeit ist grundsätzlich viel zu kurz, um einer institutionellen Bearbeitung dieser Dokumente angemessen Rechnung tragen zu können. Dem IQTIG sollte daran gelegen sein, die stellungnahmeberechtigten Institutionen zu einer ernsthaften und weiterführenden Beschäftigung mit den bisher vorgelegten Entwicklungsleistungen zu bewegen und eine adäquate Bewertung zu ermöglichen. Daher sollte zukünftig für die Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V mehr Zeit vorgesehen werden.

Aufgrund der kurzen Bearbeitungsfrist wird nur auf ausgewählte Aspekte des Vorberichtes eingegangen.

## 2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit

Für die Neuausrichtung des Verfahrens entwickelte das IQTIG auftragsgemäß ein Qualitätskonzept, welches einem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell in der Methodik des IQTIG entspricht. Auf Basis der Entwicklung des Qualitätsmodells mit den jeweiligen Qualitätsaspekten erfolgte die Herausarbeitung der entsprechenden Qualitätsmerkmale. Ebenso wurden die Qualitätsaspekte definiert, die ausschließlich von der Patientenbefragung zu adressieren sind. Es ist insgesamt festzustellen, dass die wesentlichen Qualitätsaspekte identifiziert wurden.

Die Methodik der Qualitätsindikatoren-Entwicklung gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beinhaltet eine umfassende Berücksichtigung von Evidenz über den gesamten Entwicklungsprozess. Die Ableitung der Qualitätsmerkmale erfolgte ausschließlich auf Basis aggregierter Evidenz, so dass diese die Grundlage für das vorgestellte Qualitätsindikatorenset ist. Während der Entwicklung vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator wurden unterschiedliche Methoden angewandt, um zu gewährleisten, dass die aus aggregierter Evidenz abgeleiteten Qualitätsmerkmale auch im deutschen Versorgungsbereich einen Verbesserungsbedarf aufweisen. Hierbei wurde neben dem eingesetzten Expertengremium auch auf die Sozialdaten einer Krankenkasse und auf eine fokussierte Recherche (Literatur, Leitlinien, Pflegestandards) zurückgegriffen. So wurde das Expertengremium als ein wichtiger Teil im gesamten Prozess der Qualitätsindikatoren-Entwicklung berücksichtigt, aber von anderen Wissensressourcen ergänzt, um Ungleichgewichte zu vermeiden. Allerdings wird dieser Umstand im Vorbericht nicht konkret deutlich. So ist im Grunde anzumerken, dass keiner der formulierten Indikatoren evidenzbasiert ist und die Indikatoren im Wesentlichen aus den – durchaus sorgfältig durchgeführten - Expertenrunden ermittelt wurden. Evaluationsansätze und Möglichkeiten die Validität der Qualitätsindikatoren zu belegen werden nicht aufgezeigt.

### **3. Qualitätsindikatorenset**

Im vorliegenden Vorbericht wird ein Set aus 19 Qualitätsindikatoren vorgelegt, welches in ausgewogenen Anteilen sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich adressiert. Die Qualitätsindikatoren sind praxisorientiert ausgewählt und bilden weitestgehend die Qualität der angebotenen Therapien und der Überleitung in die anschließende ambulante Weiterbehandlung ab. Das Set stellt somit eine erhebliche Verbesserung zum AQUA-Indikatorenset dar. Wenngleich die Qualitätsindikatoren nicht alle Notwendigkeiten einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung abbilden, stellen sie insgesamt ein sehr sinnvolles Maß dar, um zwischen guter und nicht ausreichender psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung unterscheiden zu können. Sie haben somit das Potential, einen wichtigen Beitrag zur weiteren Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beizutragen.

Einige vorgenommene qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen werden nicht nachvollziehbar dargestellt. Es wird nicht klar, mit welcher Intention der Ausschluss der Komorbidität Demenz (F00–F03) und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen (F71–F79) für das gesamte Verfahren erfolgt.

Nicht erläutert wird die Problematik der Fallzusammenführungen und damit zusammenhängenden zu kumulierenden Verweildauern.

### **3.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

Der Qualitätsindikator zur Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung ist gut nachvollziehbar. Es ist bedauerlich, dass keine Lösung für eine weniger aufwändige Dokumentation der Darstellung einer Behandlungskontinuität gefunden wurde.

Nicht berücksichtigt wurde der Umstand, dass Behandlungsabbrüche nicht nur durch den Patienten „gegen ärztlichen Rat“ erfolgen, sondern auch aus disziplinarischen Gründen von Seiten der Klinik (z. B. bei Verstößen gegen ein Abstinenzverbot auf Station). In Abwesenheit des Patienten, nachts oder am Wochenende ist in diesem Fall eine Terminvereinbarung ebenso nicht möglich.

### **3.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“**

Psychoedukation ist weitgehend ein spezifisch deutsches Konzept geblieben. In Deutschland gibt es aktuell noch keine gültige Leitlinie für die Schizophrenie-Behandlung. In der britischen NICE-Leitlinie (Update in 2014), die strikt Evidenz-basiert erstellt wird, wird Psychoedukation nicht empfohlen. Es gibt durchaus ethische Bedenken gegen psychoedukative Gruppen auf psychiatrischen Stationen (z.B. ersterkrankte Patienten und respektive Angehörige werden mit der Aussicht chronischer Verläufe und dauerhafter Rezidivprophylaxe konfrontiert, bis hin zur Gefahr suizidaler Dekompensation). Die Verwendung von stattgehabter Psychoedukation als Qualitätsindikator unterscheidet nicht zwischen Phasen der Erkrankung (Erstepisode, frühe Rezidive, chronische Patienten), was generell als erforderlich angesehen wird. Bei diesem Indikator die Versorgungsbereiche zu trennen ist nicht sinnvoll. Es macht zum Beispiel keinen Sinn, kurz nach einer intensiven ambulant durchgeführten Psychoedukation dieselbe Maßnahme stationär erneut durchzuführen. Und dabei nicht zu berücksichtigen, dass die betreffenden Patientinnen und Patienten eventuell erheblich kognitiv und affektiv beeinträchtigt sind. Das Unterbleiben einer solchen nicht indizierten Maßnahme kann folglich auch kein Zeichen mangelnder Qualität sein und der Referenzbereich noch einmal überdacht werden.

Was eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation genau ist, wird auch in den Ausfüllhinweisen nicht erläutert und lässt somit Spielräume bei der Interpretation.

### **3.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“**

Für die Bedeutung dieses Qualitätsindikators gibt es gute Evidenz und klinische Plausibilität. Allerdings erscheint die Einbeziehung der Arzneimittelgruppe „homöopathische und anthropologische Psycholeptika“ grundsätzlich fragwürdig. Für derartige Substanzen gibt es keine Wirksamkeitsnachweise, eher überzeugende Nachweise der Nicht-Wirksamkeit.

Im Nenner des Qualitätsindikators zwei Aspekte (systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen) in einer Frage zu adressieren, ist eher unglücklich operationalisiert.

Es gibt eine gute Evidenz für eine kontinuierliche (nicht intermittierende) Antipsychotikatherapie. Allerdings wird im Vorbericht nicht deutlich, ob diese auch für den konkreten Zeitraum von 12 Monaten, insbesondere auch bei Ersterkrankten, gilt.

### **3.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

Auf Seite 99 des Vorberichtes wird ausgeführt, dass der Qualitätsindikator nur für den stationären Bereich operationalisiert wird und sich ausschließlich auf voll- oder teilstationäre Aufenthalte bezieht. Demnach ist hier die Überschrift des Qualitätsaspektes zunächst irreführend.

### **3.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

Es fehlt Evidenz und Wirksamkeitsnachweis, dass die Maßnahme geeignet ist, künftige Suizide zu verhindern. Es besteht jedoch hoher Expertenkonsens und Plausibilität. Kritikwürdig sind die schon oben adressierten Ausschlusskriterien (Nebendiagnose Demenz und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen). Es ist nicht nachvollziehbar, warum nach einem Suizid dieser Patientinnen und Patienten keine Nachbesprechung stattfinden sollte. Problematisch an dem Qualitätsindikator ist ferner die sehr geringe Fallzahl, das heißt für nahezu alle behandelten Fälle wird dieser Indikator nicht zur Anwendung kommen.

In der Definition der Fallbesprechung wird ausgeführt „... unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses“ (mit Teilnehmerliste). Dies wird im Einzelfall (z. B. Krankheit, Urlaub, Freizeitausgleich, Kündigung) unmöglich umzusetzen sein.



### **3.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“**

keine Anmerkungen

### **3.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“**

Die Bedeutung der somatischen Versorgung und Kontrolle ist unbestritten. Unklar ist auch hier der Ausschluss bestimmter Patientengruppen (Demenz und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen). Gerade bei diesen ist die Beachtung somatischer Komplikationen sogar besonders wichtig, weil sie verminderte Fähigkeiten haben, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen.

Die Generierung aus Sozialdaten ist grundsätzlich wünschenswert. Allerdings dürfte dies in den Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht gelingen, da die Abrechnungssystematik in der Regel nicht nach GOP gemäß dem EBM erfolgt.

Ferner ist zu kritisieren, dass die Fokussierung ausschließlich auf Laborwerte erfolgt. Große Bedeutung hat bekanntlich auch die Kontrolle des Gewichts, des BMI oder des Bauchumfanges.

Bei der Bestimmung der Grundgesamtheit ist zu berücksichtigen, dass bei voll- oder teilstationären Behandlungen im Erhebungsjahr entsprechende Untersuchungen bereits erfolgen und im Arztbrief mitgeteilt werden. Somit ist in diesen Fällen ein erneutes ambulantes Durchführen nicht erforderlich.

### **3.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“**

Unbestritten ist, dass bei Fixierungen eine 1:1-Betreuung stattfinden sollte. Es gibt aber keine Literatur darüber, dass es besonders wichtig sei, die Art der Interaktion und die Qualifikation des Personals während einer solchen 1:1-Betreuung verbindlich zu regeln und auch nicht, dass dies Auswirkungen auf die Outcomes hätte.

Undurchdacht erscheint auch die Umsetzung bezüglich der Isolierung, wenn gefordert wird, dass eine Betreuung durch „Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte“ stattfindet. Ausdrücklich wird vermerkt: „Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend.“ Wenn Patienten jedoch wegen akuter Fremdgefährdung isoliert werden, wie sollte eine 1:1-Betreuung durch Personal im selben Raum stattfinden? Dies entspricht auch nicht der angeführten Definition von Isolierung (ist es das Qualitätsziel, dass das Personal sich mit einem randalierenden, gereizten, schwer intoxikierten Patienten gemeinsam in einem Zimmer aufhalten soll?). Auch

die Zwangsmedikation als weitere Zwangsmaßnahme wird bei der Umsetzung vernachlässigt.

Es fehlen Ausführungen über die zu erstellende Auswertungsstatistik über die Einhaltung der Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen.

Jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter einmal jährlich zu schulen, ist unrealistisch und dieser geforderten Frequenz auch der Nutzen nicht belegt. Häufig werden mehrtägige Deeskalationstrainings für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten und dann zumeist ein kürzeres Auffrischungstraining alle zwei Jahre.

### **3.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

Der Abschnitt zur Integrierten Versorgung beschreibt, dass diese Modelle „durchweg positive“ Ergebnisse hätten (S. 141), was jedoch nicht belegt wird. Denn in der gegenwärtigen Praxis der Selektion des jeweiligen Patientenlientels sind diese nicht unumstritten. Auf der gleichen Seite heißt es weiter unten beim Qualitätsmerkmal zum Casemanagement: „Es kommt vornehmlich für solche Patientinnen und Patienten infrage, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Therapien oder Behandlungsangebote nicht wahrzunehmen würden (NCCMH 2014).“ Hier ist zu berücksichtigen, welche Patienten in den gegenwärtigen IV-Modellen behandelt werden. Häufig sind es eher die Gesünderen.

Grundsätzlich besteht kein Zweifel, dass es sich um einen wichtigen Qualitätsaspekt handelt. Allerdings geben die Datenfelder für die Indikatorberechnung den Hinweis, dass unbekannt ist, für welchen Anteil der Patienten der genannten Erkrankungsgruppe eine entsprechende Indikation besteht. Auch wenn eine Zielgruppe definiert ist, ist nicht klar, was mit Indikation in diesem Zusammenhang gemeint ist.

Darüber hinaus kennt das SGB V keine gemeindepsychiatrische Versorgung. Viele, aber nicht alle der Organisationsanforderungen und Aufgaben werden durchaus durch eine PIA-Behandlung abgedeckt. Wenn ein Krankenhaus aber nicht selbst ein Modellprojekt mit Hometreatment nach §64b SGB V (dies aber häufig nur mit einzelnen Krankenkassen) anbietet oder mit der PIA aufsuchend tätig sind, werden durch gesetzliche Vorgaben die Kooperationsmöglichkeiten mit gemeindepsychiatrischen Verbänden oder anderen ambulant-komplementären Anbietern deutlich beschränkt. Gemeindepsychiatrische Verbände allerdings beschränken ihre Leistungen in der Regel nicht auf ein SGB.

Das Angebot von Soziotherapien ist in PIAs in vielen Bundesländern ausgeschlossen und somit kann das Nichtstattfinden nicht als mangelnde Qualität angesehen werden.

Dies betrifft ebenso die ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie. Auch ist bei diesem Qualitätsindikator das Stadium der Erkrankung zu differenzieren.

Warum der Referenzbereich entfällt wird nicht erläutert und ist auch nicht nachvollziehbar.

### **3.10 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“**

Es wird eine Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS empfohlen. Der Ausschluss bestimmter Patientengruppen ist erneut nicht nachvollziehbar. Vermutlich ist der HoNOS vermutlich eine geeignete Skala für den angestrebten Zweck, auch wenn er nicht besonders veränderungssensibel ist. Er impliziert jedoch einen erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand handeln und es fehlt jeglicher Nachweis, dass die bloße Erfassung dieser Daten zu irgendwelchen Verbesserungen der Behandlung führt. Ausgeführt wird hierzu im Vorbericht: „(...) sollte regelmäßig erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen.“ Tatsächlich ist aus der klinischen Praxis eher nicht bekannt, dass ausgefüllte Dokumentationen Einfluss auf Therapieverlauf und Behandlungsentscheidungen haben. Hierzu fehlt jeglicher wissenschaftlicher Nachweis.

Trotz der Ausführungen zum Messzeitpunkt wird nicht klar, wie die Behandlung mit dem HoNOS in Bezug gesetzt werden kann.

Nicht erläutert wird, warum die Erhebung im teilstationären Setting nicht erfolgen muss.

## **4. Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer**

Durch gestiegene Anforderungen an die Rechtssicherheit in der Behandlung und durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP / PsychVVG) ist der Aufwand durch Dokumentation in allen Berufsgruppen bereits erheblich gestiegen. Es sollte vermieden werden, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung verhindern, dass qualitativ gut mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet werden kann.

Auch kommen in Bezug auf die Patientenbefragung weitere zusätzliche Aufwände auf die Leistungserbringer zu. Aufwände und Nutzen sind aufzuzeigen und abzuwägen.

Es ist daher dringend zu prüfen, ob für die Zielerreichung tatsächlich alle aufgeführten Qualitätsaspekte erforderlich sind. Die Akzeptanz des Verfahrens ist in höchstem Maße abhängig von einem erträglichen Umfang der Dokumentation. Dies ist auch dringend im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung zu untersuchen.

## 5. Fazit

Die Arbeitsergebnisse aus dem vorliegenden Vorbericht scheinen grundsätzlich als Grundlage für die Nutzung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung eines sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ geeignet zu sein.

Die vorgestellten Qualitätsindikatoren sind zwar noch nicht ausgereift, aber sie stellen zumindest einen guten Anfang dar. Kritisch anzumerken ist, dass im Grunde keiner der formulierten Qualitätsindikatoren evidenzbasiert ist und die Indikatoren im Wesentlichen aus den Expertenrunden ermittelt wurden. Evaluationsansätze und Möglichkeiten die Validität der Qualitätsindikatoren zu belegen werden nicht aufgezeigt.

Zu bedenken ist, dass die Kliniken zukünftig starke Anstrengungen darauf richten werden, sich bezüglich dieser Indikatoren zu optimieren, was sie von vielen Aspekten des Entgeltsystems her bereits gewohnt sind und ihnen voraussichtlich binnen relativ kurzer Zeit in großer Breite gelingen wird. Daraus würde sich wahrscheinlich auch ein verbreitetes Bewusstsein bilden, was Qualität sein soll und eben folglich nicht bzw. nicht relevant ist. Eine solche Entwicklung wäre sehr bedauerlich und daher kann das angestrebte QS-Verfahren auch nur einen Anfang auf dem Weg zur Darstellung guter Versorgungsqualität darstellen.

Alle ausgewählten Qualitätsindikatoren im weiteren Verlauf der Entwicklung auf Sinnhaftigkeit und Verwertbarkeit in Bezug auf damit zusammenhängende Aufwände und auf Qualitätsverbesserungen zu prüfen.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)  
zum Vorbericht des IQTIG zur Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und  
Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften  
Störungen**

Das IQTIG hatte den Auftrag, die vom AQUA-Institut vorgelegten Qualitätsindikatoren (QI) zu aktualisieren und zu erweitern (vgl. Abschlussbericht AQUA-Institut „Versorgung von volljährigen Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 21. Januar 2016“). Der DPR nimmt zum Vorbericht des QS-Verfahrens „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ sowie „Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 4.10.2017 wie folgt Stellung:

**Zur Patientenbefragung**

Das IQTIG konnte in die Entwicklung der Qualitätsindikatoren die Patientenbefragung integrieren, was bei der Auftragserteilung an das AQUA-Institut aus formellen Gründen noch nicht möglich war. Dies ist der entscheidende Punkt, aufgrund dessen das QS-Verfahren des IQTIG einen Quantensprung gegenüber dem AQUA-Modell darstellt. Qualitätsindikatoren allein führen zu einer verzerrten Wahrnehmung der Qualität, da nur messbare Aspekte zur Bewertung berücksichtigt werden. Nicht direkt messbare Aspekte, etwa über Routinedaten, wie z.B. die Qualität der Arbeitsbeziehung zwischen Patientinnen, Patienten und Leistungserbringern, sind für eine gute psychiatrische Versorgung elementar. Sie werden nun über die Patientenbefragung erfahrbar.

Für die Anwendung der Patientenbefragung HoNOS bei akut bzw. chronisch schizophren erkrankten Menschen sollte eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen Bedingung sein. Ansonsten erwarten wir, dass aufgrund von „indizierten“ Zwangsmaßnahmen defizitäre Antworten gegeben werden, da mit hoher Wahrscheinlichkeit bei nicht abschließbaren Behandlungsverläufen (Entlassung gegen ärztlichen Rat) besonders subjektive Bewertungen erfolgen. Auch wird die Erfassung einfach oft nicht möglich sein, z. B. bei Vorführung und Entlassung gegen ärztlichen Rat am Folgetag, Kriseninterventionen von wenigen Tagen etc. - all diese

nicht hinreichend aufzuarbeitenden Situationen würden die Aussagekraft des Befragungsergebnisses beeinflussen.

Die Formulare für die Patientenbefragung liegen uns aktuell nicht vor. Der Fokus aller künftig zu entwickelnden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist u.E. primär auf die Erhebung der Ergebnisqualität zu richten. Sie stellt aus Sicht des DPR den Kern und die Basis des Qualitätssicherungsverfahrens dar. Insofern ist eine abschließende Stellungnahme erst möglich, wenn diese vorliegt. Wir werden bei der Patientenbefragung prüfen, wie die Zugänglichkeit formal geregelt ist, um viele und v.a. auch stark beeinträchtigte Betroffene zur Teilnahme zu motivieren. Inhaltliche Aspekte sind auf Seite 14 des Vorberichts skizziert. Hier fehlen u. E. die Abbildung der subjektiven Lebensqualität, das Thema der Vermittlung von Hoffnung, Selbstwirksamkeit/Empowerment und persönlicher Recovery, sowie die Frage nach dem Einbezug von Angehörigen in die Behandlung und Hilfeplanung.

Ob die genannten Qualitätsaspekte dann wirklich abprüfen, wie die Betroffenen im Management ihrer Symptome und ihrer Alltagsanforderungen Unterstützung erfahren, ob sie ausreichend außerklinische Hilfeangebote erhalten und sich umfänglich beraten fühlen etc., können wir aktuell nicht bewerten.

Aus Sicht des DPR sollte weiter geprüft werden, ob neben der Patientenbefragung auch die Option der Angehörigenbefragung geschaffen werden kann. Wir wissen, dass Angehörige genauso betroffen sind, gleichwohl aber seltener angemessene Hilfen erfahren. Sie stellen in aller Regel das bedeutsamste Unterstützungssystem der psychisch kranken Menschen dar.

### **Zum Indikatorenset und Outcomekriterien**

Qualitätsindikatoren messen keine Qualität, sondern Erreichungsgrade von sichtbaren Details aus komplexen Prozessen. Sie beinhalten immer die Notwendigkeit von Dokumentation und müssen formalen Aspekten genügen. Bei der Definition von Qualitätsindikatoren sind demnach vielfältige und teilweise widersprüchliche Anforderungen zu würdigen. Der DPR erkennt im Vorbericht, dass hierfür sorgsame Überlegungen angestellt wurden.

Von den 19 definierten Qualitätsindikatoren entfällt einer auf die Kategorie Strukturqualität, 16 auf die Prozess- und nur zwei auf die Ergebnisqualität. Damit wird kein ausgewogenes Verhältnis erreicht.

Die Strukturqualität ist leicht zu erheben. Es verwundert uns daher immer wieder, dass in Deutschland eine grundlegende Datenlage nur rudimentär vorhanden ist. Die Unterfinanzierung des Personals in Kliniken, die Größe und Überbelegung von Stationen, das Nichtvorhandensein Ambulanter Psychiatrischer Pflege in vielen Regionen, hohe „Caseload-Daten“ einzelner Anbieter u.a.m. stellen gerade in der Psychiatrischen Versorgung Kernmerkmale einer unzureichenden Versorgung dar. Im klinischen Bereich mag die Personalausstattung durch die geplante

Personalmindestverordnung und die Nachweispflicht zukünftig transparent werden; doch sehr viele weitere Aspekte von Strukturqualität bleiben unberücksichtigt.

Die Ergebnisqualität ist für die Betroffenen das wichtigste Kriterium der Behandlung und gleichsam am schwersten zu messen, hier ist die genannte Patientenbefragung sehr bedeutsam. Wichtige Parameter sind für die Betroffenen die Inklusion und die subjektive Lebensqualität.

Dass zusätzlich die Stuserhebung von Symptomlast und Funktionsniveau über den HoNOS-D (ambulant und stationär) eingeführt werden soll, halten wir neben der Patientenbefragung für den zweiten zentralen Verbesserungsfaktor gegenüber dem Indikatorset des AQUA-Instituts. Mit der Erfassung des HoNOS und der Patientenbefragung ist die Ergebnisqualität immerhin gut berücksichtigt.

Darüber hinaus wären weitere Ergebnisindikatoren denkbar und sinnvoll (z.B. bezüglich der Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen, Wiederaufnahmeraten, beruflichen Integration, Wohnsituation und andere Sozialindikatoren, etc.).

### **Zum Thema „Restriktive Maßnahmen“**

Zum Thema Restriktive Maßnahmen überrascht, dass auf die Erfassung von Anzahl, Häufigkeit pro Fall und Dauer gänzlich verzichtet wird, obschon in der Praxis erhebliche Unterschiede auszumachen sind, die nicht über Patientenmerkmale erklärt werden können. Es ist die am stärksten beeinträchtigende Maßnahme für die Patientinnen und Patienten, mit vielen Folgen einschließlich dem Risiko einer (Re-)Traumatisierung. Auch andere Aspekte sehen wir unzureichend abgebildet (wir wissen um den Nutzen der Nachbesprechung, um nur ein Beispiel zu nennen). Die vorliegenden beiden Indikatoren sind beide nicht sehr konkret in der Ausführung und lassen viel Raum für eine sinnvolle oder sinnfreie Umsetzung. Auch hier ist nicht erkennbar, dass die Qualitätsindikatoren zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen könnten.

### **Zu den Qualitätsindikatoren**

Bei grundsätzlicher Zustimmung zu den Inhalten des Vorberichts, unter Vorbehalt der im allgemeinen Teil beschriebenen Bedenken, sind uns bei der Sichtung des Indikatorensets folgende Aspekte prominent aufgefallen:

#### *Zu 5.12.4 Tabelle 17 „1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“*

In der Tabelle wird beschrieben, wie eine 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen [hier stellt sich die Frage, ob es nicht indizierte Zwangsmaßnahmen gibt] in einer Arbeitsanweisung verfasst werden soll. Ein personelles Korrelat zu dieser Anforderung, zumal dieses "in Sichtweite im Raum" zu sein hat und im Hintergrund weiteres zur Verfügung stehendes Personal gefordert

wird, muss hinreichend refinanziert sein. Aufgrund der Unberechenbarkeit des Auftretens von 1:1 Betreuung, ist zusätzlich eine Bedarfsvorhaltung von Pflegepersonal erforderlich, das bisher und vor allem hinsichtlich des im Hintergrund zur Verfügung stehenden Personals zukünftig nicht von den Kostenträgern finanziert wird. Eine Arbeitsanweisung hierzu bringt die psychiatrisch Pflegenden in ein Dilemma, das grundsätzlich zu Lasten der Versorgung aller anderen Patientinnen und Patienten geht. In der Festschreibung von Qualitätsindikatoren ist also zwingend eine Refinanzierung der Umsetzung von den an die Leistungserbringer gestellten Anforderungen sicher zu stellen. Zu bedenken ist auch, dass bei paranoid-wahnhafter Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten, durch die ständige Anwesenheit einer beobachtenden Person Exazerbationen des Krankheitsverlaufes auftreten können. Die optische Kontrolle von außerhalb des Behandlungsraums liegenden Orten, durch Sichtfenster oder elektronische Einsichtnahme, muss als individuelle Behandlungsoption erhalten bleiben. Andernfalls ist die pflegerische Betreuung aller Patientinnen und Patienten zu allen Tageszeiten zu refinanzieren und sicher zu stellen.

#### *Zu 5.16. Tabelle 26*

Für den Aspekt der systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei stationärem Aufenthalt fragen wir uns, ob sich dieser Indikator insbesondere für chronisch schizophren erkrankte Patientinnen und Patienten in der ersten Woche nach (Akut-)Aufnahme eignet. Zwar ist hier der Referenzbereich mit der Rationale bereits auf  $\geq 50\%$  (das wäre schon besser als bisher), angesetzt, dennoch glauben wir, dass vornehmlich Fachkrankenhäuser in eine problematische Lage gedrängt werden, indem sie unnötige Ressourcen dafür aufwenden müssen. Es sollten Antwortmöglichkeiten im Sinne von „nicht indiziert“ und „abgelehnt“ geben. Es ist sinnvoll, diesen Indikator nur anzuwenden, wenn die Verweildauer  $\geq 7$  Tage beträgt. Hierfür wäre u. E. eine längere Frist durchaus erforderlich.

#### *Zu 5.9.3.2 Zusammenfassung zu „Fallbesprechungen (Suizidkonferenz)“*

Zum Thema Suizidalität wird die Suizidkonferenz nach erfolgtem Suizid genannt. Das sollte eine Selbstverständlichkeit sein, auch wenn es Klinikintern ein eher seltenes Ereignis ist. Unberücksichtigt bleibt das große und unbefriedigend gelöste Thema des Ansprechens von Suizidalität durch alle Leistungsanbieter und der systematischen Risikoerfassung. Dieser noch nicht operationalisierte Qualitätsindikator dürfte alleinstehend kaum Impulse für eine Verbesserung der Versorgung bieten.



## **Sonstige Anmerkungen**

### *Vorgehensweisen*

Die Vorgehensweisen sind gut berichtet und erfüllen die Anforderungen. Der Einbezug des Expertenpanels und das Konsentierungsverfahren im Panel werden begrüßt. Betroffene sind ebenfalls einbezogen. Die Empfehlung des IQTIG, das Verfahren zunächst einer Machbarkeitsprüfung zu unterziehen, teilen wir explizit.

### *Fehlende Unterlagen - Transparenz*

Gerne hätten wir in die Stellungnahme des DNVF zu dem von IQTIG vorgelegten Zwischenbericht (eingestellt am 29.06.2017) Einsicht genommen. Die DNVF-Stellungnahme wurde unter Federführung des Vorstandsmitglieds Herrn Prof. Falkai erstellt und am 14.06.2017 verabschiedet. Diese Stellungnahme wird auf Wunsch des IQTIG aus Gründen der Vertraulichkeit nicht veröffentlicht. Vermutlich trifft dies auf weitere Stellungnahmen zu. Dies befremdet uns, da nur transparente Verfahren und ein offener Diskurs zu einem systemisch ausgewogenen Ergebnis führen. Hierzu wünschen wir uns eine weitere Öffnung der Beteiligung, insbesondere zur Vertretung der Perspektiven psychiatrischer Pflegefachpersonen.

### *Dokumentationsaufwand*

Dieses Kriterium wurde sorgsam geprüft. Der DPR hält den neu entstehenden Dokumentationsaufwand für angemessen hinsichtlich der verfolgten Ziele. Wir teilen die Einschätzung des IQTIG bezüglich des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses bei der Anwendung des HoNOS-D. Solange jedoch Konnexitätsprinzipien für den finanziellen Ausgleich des zusätzlichen Aufwands in der Dokumentation von Qualitätsindikatoren unberücksichtigt bleiben, wird der damit verbundene Personaleinsatz weitere Ressourcen zu Lasten der Patientenversorgung binden. Wie schon in der Vergangenheit wird sich diese Bindung von Personalressourcen vor allem negative Auswirkungen auf pflegerische Versorgung haben. Daher erwarten wir eine dezidierte Darstellung der zusätzlichen Aufwände sowie von anderer Stelle eine entsprechende Refinanzierung des Personal- und Sachaufwands. Dafür muss dieser nachvollziehbar dargestellt sein.

### *Begriff Compliance*

Im Dokument findet sich mehrfach der in der (psychiatrischen) Behandlung zunehmend obsoleter Begriff der „Compliance“. Er drückt eine paternalistische Grundhaltung der Helferinnen und Helfer aus, die ein kooperatives Verhalten der Patientinnen und Patienten voraussetzen und erwarten, dass die an sie gestellten Erwartungen erfüllt werden. Hier sollte geprüft werden, ob der Begriff der „Compliance“ durch das Konzept der „Adhärenz“ ersetzt werden kann. Dabei werden die gemeinsame Entscheidungsfindung und eine im Dialog entwickelte

Therapiezielvereinbarung in den Vordergrund gestellt. Insofern ist mit dem Begriff auch eine Selbstbestimmungsstärkung der Patientinnen und Patienten verbunden.

## **Zusammenfassung**

Das Ziel eines QS-Verfahrens im Gesundheitswesen ist, relevante Verbesserungen der Versorgung Betroffener zu bewirken. Erst das Ausrollen des Verfahrens kann zeigen, welche Fehlanreize möglicherweise innewohnen. Es müssen daher geeignete Verfahren etabliert werden, welche das Erreichen des Verfahrensziels fortlaufend kritisch prüfen und eine entsprechende Weiterentwicklung des Verfahrens gewährleisten.

Das Indikatorenset bedarf aus Sicht des DPR einer detaillierten Prüfung durch unabhängige Expertinnen und Experten. Nicht alle Indikatoren scheinen sinnvoll zu sein (ohne ableitbares Verbesserungspotenzial).

Im vorliegenden Vorbericht gibt es neben vielen positiven Elementen einige kritische Aspekte.

Eine abschließende Bewertung des vom IQTIG am 04.10.2017 im Vorbericht vorgelegten Verfahrens können wir erst vornehmen, wenn das Verfahren und die Arbeitsmittel der Patientenbefragung vorliegen.

Berlin, 13.11.2017



Franz Wagner  
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:  
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

DNVF e.V.  
c/o IMVR, Eupener Str. 129, 50933 Köln

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz  
im Gesundheitswesen

Per Email : Stellungnahmeverfahren-QS-  
Schizophrenie@iqtig.org

cc: Frau Dr. med. M. Nothacker, AWMF  
(office@awmf.org)

DNVF e.V.

c/o IMVR  
Eupener Str. 129  
50933 Köln

Fon 0221 478 97111  
Fax 0221 478 1497111

E-Mail: dnvf@uk-koeln.de

Amtsgericht Köln, VR.Nr. 15170

Köln, 22.11.2017

**Unterstützung der AWMF-Stellungnahme zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ in der Fassung vom 13. November 2017**

Sehr geehrter Herr Veit,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Zusendung des o.g. Vorberichts und die Einladung zur Stellungnahme. Nach Vorlage der Stellungnahme der AWMF möchten wir Ihnen mitteilen, dass wir diese Stellungnahme in allen Punkten unterstützen. Da wir keine weiteren Punkte zu ergänzen haben, verzichten wir auf die Abgabe einer separaten Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen im Namen des Vorstands

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer  
- Vorsitzender -

PD. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke  
- Stellvertretende Vorsitzende -

**Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2016-2018:** Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender), PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Dr. Felix Hoffmann, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Jochen Schmitt, Prof. Dr. Matthias Schrappe und Prof. Dr. Peter G. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

**Geschäftsführerin n. § 30 BGB:** Dr. Gisela Nellesen-Martens

**Bankverbindung:** DNVF e.V., Sparkasse KölnBonn, IBAN: DE20 3705 0198 1900 5646 08, BIC: COLSDE33

**Stellungnahme  
des GKV-Spitzenverbandes  
vom 13.11.2017**

**zum Vorbericht**

**„Aktualisierung und Erweiterung des QS-  
Verfahrens Versorgung von volljährigen Pati-  
enten und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen“  
des Institutes für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)**

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Allgemeine Stellungnahme.....</b>	<b>5</b>
<b>III. Stellungnahme zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.....</b>	<b>12</b>
<b>IV. Stellungnahme zur methodischen Durchführung .....</b>	<b>..25</b>

<b>Anhang 1: Methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells.....</b>	<b>32</b>
---	-----------



# I. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung

## I.1. Hintergrund

Mit Datum vom 16. Juni 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut nach § 137 a SGB V (IQTIG) beauftragt, das primär vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz QS-Verfahren Schizophrenie) zu aktualisieren und zu erweitern. Das AQUA-Institut als vormalige Institution nach § 137 a SGB V hatte im Auftrag des G-BA ein entsprechendes sektorenübergreifendes QS-Verfahren entwickelt und am 15. Juli 2015 einen Abschlussbericht mitsamt eines 27 Qualitätsindikatoren umfassenden Indikatoren-Sets vorgelegt. Dieses war am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen worden.

Das von AQUA-Institut 2016 vorgeschlagene Konzept bewertete der GKV-Spitzenverband damals als sachgerecht, aber als nicht vollständig. Zwar adressierten die vorgeschlagenen Indikatoren relevante Qualitätsaspekte und ließen u. E. eine valide Beurteilung dieser Aspekte (etwa restriktive Maßnahmen/Pharmakotherapie/Entlassungsmanagement) zu, insgesamt wurde das Indikatoren-Set vom GKV-Spitzenverband aber als noch unausgewogen eingeschätzt. Wesentliche patientenrelevante Prozess- und Ergebnisindikatoren fehlten. Dies war umso bemerkenswerter, als das vom AQUA-Institut entwickelte, evidenzbasierte Indikatorenregister noch die ganze Bandbreite der wesentlichen Qualitätsaspekte widergespiegelt hatte. Ohne für den GKV-Spitzenverband nachvollziehbare, transparente Begründung, hatte das vom AQUA-Institut einberufene Expertenpanel u. a. evidenzbasierte Indikatoren zur Messung von patientenrelevanten Endpunkten und damit zur Messung der Ergebnisqualität als nicht relevant eingestuft und Prozessindikatoren abgeschwächt.

Der frühe und unbegründete Ausschluss von evidenten Indikatoren auf der Grundlage eines Expertenkonsenses wurde vom GKV-Spitzenverband damals als methodisch problematisch angesehen. Die Methodik erschien anfällig für Einflussnahmen im Hinblick auf Interessenskonflikte. Es entstand der Eindruck (auch durch die zum Teil nicht transparente oder nicht nachvollziehbare Dokumentation), dass ein Expertenkonsens höherwertige Evidenz überstimmen konnte.

Zudem hatte das AQUA-Institut keine Indikatoren für die teilstationäre Behandlung entwickelt. Auch analysierte es weder die Potentiale von Patientenbefragungen, noch berücksichtigte es Messungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Qualitätspotenziale durch eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich.

Es folgte daraufhin – auch vor dem Hintergrund der Übergabe der Aufgaben des AQUA-Institutes an das IQTIG und der neuen gesetzlichen Möglichkeit zur Erhebung von Patientenbefragungen –



die im ersten Absatz beschriebene Beauftragung des IQTIG zu einer Neuausrichtung des Verfahrens.

## **I.2. Auftrag und Zielsetzung**

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als Institut nach § 137a SGB V wurde am 16. Juni 2016<sup>1</sup> durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt – basierend auf den Vorarbeiten des AQUA-Instituts das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu aktualisieren und zu erweitern. Laut Beauftragung soll hierzu

1. ausgehend auf den vom AQUA-Institut bereits recherchierten Qualitätspotentialen, Versorgungszielen und Evidenzlagen ein spezifisches Qualitätskonzept (im Vorbericht Qualitätsmodell genannt) aktualisiert und weiterentwickelt werden.

2. das vom AQUA-Institut vorgeschlagene Indikatoren-Set geprüft und weiterentwickelt werden hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit des Indikatoren-Sets bezüglich der Adressierung unterschiedlicher Qualitätsaspekte, insbesondere:

- stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität inkl. patientenrelevanter Endpunkte
- Berücksichtigung des neu zu entwickelnden Instrumentes Patientenbefragung
- stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (Krankenhäuser, teilstationäre Einrichtungen, psychiatrische Institutsambulanzen und Vertragsärzte, )
- des Umfangs der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen in Bezug und Relation zu den identifizierten Qualitätszielen
- stärkere Berücksichtigung der Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung.

Es soll geprüft werden, ob die Darstellung der Ergebnisqualität (Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau) mittels eines Messinstrumentes erfolgen kann. Aktualisierte Leitlinien und neue Dokumentationsvorgaben sind einzubeziehen. Die mit den Indikatoren adressierten QS-Ziele sollen von patientenbezogener und medizinischer Relevanz und von Relevanz für das deutsche Versorgungssystem sein, sollen verständlich und nachvollziehbar sowie operationalisierbar sein, sollen konkrete Hinweise auf eine QS-Verbesserung geben und damit zuschreibbar sowie vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

Darüber hinaus soll geprüft werden, ob angesichts der komplexen, sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe auch Area-Indikatoren verwendet werden könnten.

Es wurde eine Patientenbefragung beauftragt, die aber nicht Gegenstand dieses Vorberichtes ist.

---

<sup>1</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2633/2016-06-16\\_Qesue-RL\\_Beauftragung\\_IQTIG\\_Schizophrenie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2633/2016-06-16_Qesue-RL_Beauftragung_IQTIG_Schizophrenie.pdf)

## II. Allgemeine Stellungnahme

Das im Zwischen- und Vorbericht vorgestellte „Qualitätsmodell“ des IQTIG bildet mit seinen zehn Qualitätsaspekten<sup>2</sup> relevante Versorgungsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit F.2 Störungen ab. Eine recht umfangreiche Betrachtung der Versorgungssituation scheint damit gegeben – insbesondere unter Berücksichtigung der noch in Entwicklung befindlichen Aspekte, die mittels Patientenbefragung abgebildet werden sollen.

Für die zehn Qualitätsaspekte empfiehlt das IQTIG zur datengestützten QS-Erhebung 19 Qualitätsindikatoren.<sup>3</sup> Fünf dieser Indikatoren erfassen die ambulante Behandlung, acht Indikatoren die stationäre Behandlung und sechs Indikatoren werden als „Systemindikator“ bezeichnet. Die „Systemindikatoren“ adressieren keine klar umschriebene verantwortliche Einrichtung oder Ebene, sondern liefern letztlich Informationen, auf deren Grundlage weitere Analysen und Forschung erfolgen müssen.

Allerdings werden für die jetzt vorgestellten einzelnen Qualitätsaspekte durch die jeweils zugehörigen Indikatoren teilweise nur sehr schmale Ausschnitte erfasst (Beispiel: zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ wird lediglich erfasst, ob bei Entlassung aus stationärer Behandlung ein ambulanter Folgetermin vereinbart wurde; dies ist kein ausreichendes Entlassungsmanagement). Problematisch erscheint ferner, dass ein großer Teil der Indikatoren aufgrund der geplanten Erfassungsmethodik faktisch lediglich absolute Minimalstandards erfasst und nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes wenig valide Ergebnisse liefern wird.

Die Bezeichnungen einzelner Indikatoren können darüber hinaus als fehlleitend angesehen werden (Beispiel: Indikator „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ erfasst nicht, ob eine 1:1-Betreuung im konkreten Fall auch tatsächlich gewährleistet wird).

In der Konsequenz ist zu erwarten, dass aufgrund des relativ umfassenden „Qualitätsmodells“ der Eindruck erweckt wird, dass eine umfassende Qualitätsbetrachtung erfolgen kann. Praktisch hingegen werden mit den empfohlenen Indikatoren auf jedoch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wesentliche Qualitätsaspekte nur marginal abgebildet und häufig nur Mindestanforderungen erfasst. Darüber hinaus sind aufgrund der Erhebungsmethodik wenig valide Ergebnisse zu erwarten. Eine valide Beurteilung der realen Versorgungssituation wird daher nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich sein.

---

<sup>2</sup> Zu den selektierten zehn Qualitätsaspekten gehören: Entlassungsmanagement (1), Psychoedukation (2), Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie (3), Psychotherapie (stationär/PIA) (4), Suizidalität-Umgang und Prävention (5), Somatische Versorgung (6), Restriktive Maßnahmen (7), Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (8), Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (9), Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau (10).

<sup>3</sup> Die mittels der Patientenbefragung zu erfassenden Indikatoren werden getrennt entwickelt und in einem Abschlussbericht am 15. Dezember 2018 vorgelegt.





Das empfohlene Konzept könnte dazu führen, dass insbesondere die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Indikatoren ein realitätsfernes, positives Bild der Versorgung zeichnen und die primäre Zielsetzungen der Qualitätssicherung – Herstellen von Transparenz über die Versorgung und Ermöglichung der Einleitung gezielter qualitätsverbessernder Maßnahmen – dadurch nicht erreicht werden können.

Kritisch soll hier auch bemerkt werden, dass eine Weiterentwicklung eines Verfahrens zur Qualitätssicherung von Patientinnen und Patienten mit F.2 Störungen beauftragt wurde, die meisten Indikatoren aber nur Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen adressieren.

Grundsätzlich positiv erscheint die Einführung der sogenannten „Systemindikatoren“. In einem diagnosebezogenen, sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren besteht die Notwendigkeit, Behandlungsepisoden zu definieren und Schnittstellen in die Betrachtung einzubeziehen. Daher liefern die vorgeschlagenen „Systemindikatoren“ voraussichtlich erste Informationen, die ggf. für eine Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen genutzt werden können. Hierfür sind jedoch in erheblichem Umfang weitere Analysen und Forschungsansätze erforderlich. Das IQTIG schlägt als Auswertungsebenen hierfür zunächst lediglich Auswertungen auf Bundes- und Bundeslandebene vor. Hier besteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes noch erheblicher Konkretisierungsbedarf.

Positiv erscheint auch die Einführung eines Instruments (HoNOS), mit dem die Symptomlast systematisch erfasst werden soll. Es erscheint angemessen, dies zunächst auf Systemebene zu implementieren. In der Zukunft könnte geprüft werden, ob sich dieses Instrument auch für die Abbildung von Ergebnisqualität nutzen lässt. Die Einführung des HoNOS schätzt der GKV-Spitzenverband als wirklichen Fortschritt ein.

## **II.1. Die Indikatoren**

In einer Gesamtschau sind insbesondere für die Leistungserbringer-Indikatoren relevante Schwächen festzustellen:

- Entlassungsmanagement (stationär):  
fordert lediglich eine Terminvereinbarung mit einem Arzt ohne zeitliches Limit.
- Psychoedukation (stationär und ambulant):  
Obwohl alle Patienten eine regelmäßige, strukturierte Psychoedukation erhalten sollen, liegt der Referenzbereich nur bei 50 Prozent. Der Indikator scheint wenig valide: schon die Teilnahme an einer einzigen Psychoedukationsstunde kann zu einem positiven Ergebnis führen; erfasst wird faktisch nur ein Minimalstandard.



- **Psychotherapie (stationär):**  
Der Indikator erfasst, ob bei jedem zweiten Patienten mit einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen mindestens 25 Minuten psychotherapeutische Interventionen pro Woche stattfinden. Die Aufteilung der 25 Minuten auf mehrere Termine in der Woche ist erlaubt. Diese Aufteilung ist fachlich bedenklich. Der Indikator verlangt zudem weniger als die derzeit gültige Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt (25 Minuten Psychotherapiegespräch einzeln und ein weiteres in der Gruppe pro Woche). Ein Qualitätskriterium sollte die in die gesetzlichen Vorgaben eingeflossenen Personalkontingente nicht unterschreiten. Eine Gruppe von Psychiatern beschreibt in einer Publikation im Nervenarzt<sup>4</sup> zur künftigen Personalaufwandsbestimmung gar eine Einzeltherapiedosis von 2,5 x 50 min /Woche stationär für Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Störung.
- **Monitoring Pharmakotherapie (ambulant und stationär):**  
Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen während des Krankenhausaufenthaltes die Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde.  
Der Indikator ist wenig valide und erhebt einen absoluten Mindeststandard. Wöchentliche strukturierte Erhebung der Nebenwirkungen auf der Station, z. B. während der Visite, ist Standard und kein Qualitätskriterium, da das Unterlassen einer solchen Erfassung ein Kunstfehler wäre.
- **Abhängigkeitssyndrom / Substanzmissbrauch (ambulant):**  
Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine mögliche Suchterkrankung strukturiert abgeklärt wurde. Der Indikator erfasst einen Minimalstandard; die Suchtanamnese nicht zu erheben, gleiche einem ärztlichen Kunstfehler. Die Abfrage beim Niedergelassenen ist zudem nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.
- **Somatische Kontrolluntersuchung (ambulant):**  
Im Qualitätsziel wird gefordert dass „möglichst alle“ Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen somatische Kontrolluntersuchungen erhalten sollen, der Referenzbereich liegt jedoch bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich. Der Indikator fordert „die erforderlichen“ Untersuchungen. Die Darstellung des Auswertungskonzepts ist unklar; es kann nicht abgeleitet werden, ob es sich bei der Erfassung um „die erforderlichen“ Untersuchungen gehandelt hat. Die Erfassung erscheint entsprechend wenig valide.

---

<sup>4</sup> S. Mehl, P. Falkai, M. Berger, M. Löhr, D. Rujescus., J. Wotffr., T. Kircher: Leitlinienkonforme psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 2016, 87: Seite 286–294. Springer-Verlag.

- 1:1 Betreuung bei Zwangsmaßnahmen (stationär):  
Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während indizierter Zwangsmaßnahmen einmal jährlich auf Einrichtungsebene. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst. Das für die Qualitätssicherung wichtige Ergebnis der Auswertung wird nicht erfasst. Die Umsetzung fallbezogen im konkreten Fall wird nicht erfasst. Der Indikator ist damit fehlleitend bezeichnet und erfasst faktisch einen Minimalstandard.
- Qualifizierung Personal für Deeskalation und restriktive Maßnahmen (stationär):  
Der Indikator erfasst, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden. Eine Mindestanforderung an die Schulungen auch in Bezug auf die Dauer wird nicht vorgegeben. Die im Ausfüllhinweis genannten Anforderungen könnten theoretisch auch in extrem knappen informellen Ansprachen erfüllt werden. Die Abfrage ist daher als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.
- Teambasierte gemeindepsychiatrische Versorgung (ambulant):  
Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten. Der sehr komplexe Sachverhalt, der Anforderungen qm mehrere Ebenen stellt, wird im Datenfeld lediglich mit „ja/nein“ abgefragt. Die Abfrage erscheint dadurch in erheblichem Maße invalide.

Im Vergleich zum Indikatoren-Set, welches das AQUA-Institut vorgeschlagen hatte, erscheinen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere folgende Änderungen als fachlich nicht nachvollziehbarer Rückschritt:

- Zum Entlassungsmanagement (vom AQUA-Institut unter „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ gefasst) hatte das AQUA-Institut erstens denselben Indikator empfohlen wie das IQTIG (Terminvereinbarung mit einem Arzt) – aber mit einer Frist von sieben Tagen nach Entlassung – was dem Qualitätsziel einer zeitnahen Weiterbehandlung gerechter wird und zweitens den Ergebnisindikator "Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme" empfohlen, mit Hilfe dessen aufwandsarm das o. g. Qualitätsmerkmal erfasst werden sollte.
- Am relevantesten erscheinen die Änderungen in Bezug auf die Pharmakotherapie.  
Das AQUA-Institut hatte hierzu mehrere leitlinienbasierte Indikatoren empfohlen, die hoch relevante Qualitätsmerkmale aufwandsarm und voraussichtlich valide mittels Krankenkassendaten abbilden konnten, u. a. das „Vermeiden von psychotroper Kombinations-



therapie“, das „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“ oder das „Vermeiden von Benzodiazepinüberversorgung“. Eine klare fachliche Begründung für diesen Verzicht ist dem Zwischen- und Vorbericht nicht zu entnehmen.

Hierdurch wird ohne eine Reduktion des Aufwandes bei den Einrichtungen scheinbar ohne Not auf potentiell in hohem Maße nützliche und für die Qualitätssicherung notwendige Informationen verzichtet.

- Auch in Bezug auf restriktive Maßnahmen erscheint das Konzept des AQUA-Instituts „schärfer“ und umfassender, insbesondere durch die Verwendung von Ergebnisindikatoren. So umfasste das Aqua-Indikatoren-Set die Anzahl der „von Zwangsmedikation betroffenen Patienten“ und „die von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten“ als Ergebnisindikatoren. Zusätzlich die Indikatoren „Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ und „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“ für die Prozessqualität und „Unterbringungen“ und „Deeskalationstraining stationär“ als Strukturindikatoren. Fünf dieser hoch patientenrelevanten, fallbezogen erhobenen, validen QS-Indikatoren wurden durch einen wenig validen QS-Indikator auf der Einrichtungsebene ersetzt. Dies entspricht nicht der Bedeutung, die eine Zwangsmaßnahme für das Erleben und die spätere Compliance des Patienten hat. Eine Zwangsmaßnahme ist ein schwerer Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung und nur im äußersten Notfall zulässig. Auch vor dem Hintergrund der Stärkung der Rechte behinderter Menschen, der UN-Behindertenrechtskonvention mit der Betonung der Selbstbestimmungsrechte der Patienten, der Patientencharta oder der Diskussion um den mündigen Patienten ist diese Neuorientierung des Verfahrens unverständlich.

## **II.2. Die Methodik:**

Es stellt sich die Frage, wie es dazu kommen konnte, dass die Beauftragung des IQTIG mit der Neuausrichtung des QS-Verfahrens Schizophrenie zu einem Indikatoren-Set führen konnte, das zwar nun bezogen auf die Qualitätsaspekte vollständiger geworden ist, deren Indikatoren jetzt aber vager, leichter zu erfüllen und weniger spezifisch, weniger differenziert und weniger valide sind, als die des ursprünglichen AQUA-Konzeptes.

Die Antwort findet sich unseres Erachtens in erster Linie in der Methodik des Verfahrens und in zweiter Linie evtl. auch in fehlender fachpsychiatrischer Expertise auf Seiten des IQTIG.



Zur Methodik: Die Methodik zur Entwicklung des Verfahrens und der Indikatoren ist in einigen Punkten nicht ausreichend transparent und umfänglich im Zwischen- und Vorbericht dargestellt.

Die Entwicklung des Qualitätsmodells einschließlich der Qualitätsaspekte ist insgesamt als sehr gelungen zu bezeichnen. Auf der Basis von systematischen Literaturrecherchen (wissenschaftliche Perspektive) und Fokusgruppen und Interviews mit Patienten, Pflegenden und Ärzten (Erfahrungswissen) entschieden die Wissenschaftler/innen des IQTIG in einem strukturierten Prozess mittels Auswahlkriterien welche Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell aufgenommen wurden.

Bei der weiteren Entwicklung des Verfahrens wurde dagegen dem Erfahrungswissen von Experten gegenüber der wissenschaftliche Perspektive aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes übermäßig viel Gewicht eingeräumt. In gleich vier aufeinanderfolgenden Expertenrunden hat das vom IQTIG einberufene Expertengremium

- bewertet, ob die einzelnen AQUA-Indikatoren in das Verfahren übernommen wurden, ausschieden, oder als Merkmal weitergeführt werden sollten,
- bewertet, welche Qualitätsmerkmale (QI-Entwürfe) in das weitere Verfahren eingehen sollen,
- besprochen, ob die vom IQTIG vorgeschlagene Operationalisierung der verbliebenen Qualitätsmerkmale u. a. in Hinblick auf die Grundgesamtheit, die Korrektheit der Kodierungen, der Datenfelder, den Referenzbereichen und Risikoadjustierungen nach Ansicht der Experten korrekt waren. Dabei haben die Experten die Gelegenheit in Anspruch genommen, u. a. die Grundgesamtheiten, die Referenzbereiche und Datenfelder zu ändern, ohne dass dafür in vielen Fällen ein hinreichender Grund zu erkennen war,
- final bewertet, ob das neue Indikatoren-Set und die Messinstrumente auch hinsichtlich der Beauftragung einer Neuausrichtung des QS-Verfahrens ausgewogen sind, es keine Überschneidungen gibt und das Qualitätsmodell mit seinen Qualitätsaspekten angemessen abgebildet wird.

Die Bewertungsfragen, die die Experten bei den Bewertungen beantworten mussten, waren dabei vage formuliert und durch keine weiteren Kriterien gestützt. Es handelt sich dabei genau um zwei Fragen: Frage 1: Ist der Indikator/das Merkmal patientenbezogen bedeutsam für den Qualitätsaspekt und Frage 2: Ist der Indikator/das Merkmal einem verantwortlichen Leistungserbringer zuschreibbar?

Dies führte dazu, dass allein von den 22 vom AQUA-Institut übrig gebliebenen Indikatoren, 21 nicht als Indikatoren in das neue Set aufgenommen wurden, weil ihre Bedeutsamkeit hinsichtlich der Frage, ob sie einem verantwortlichen Leistungserbringer zuzuordnen sind, im Expertengremium nicht konsentiert werden konnte. Dies betrifft u. a. für die QS-relevanten Indikatoren wie



„Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Dokumentation des Körpergewichtes“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“, „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“, „Einbezug von Angehörigen“, „Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme“ (siehe dazu Seite 76, 79 und 80 des Zwischenberichtes). Dies ist umso unverständlicher, als bei der Entwicklung der AQUA-Indikatoren eine Vielzahl fachqualifizierter Experten aus der psychiatrischen Versorgung beteiligt gewesen sind.

Solche aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbaren und fachlich nicht begründeten Beurteilungen des Expertengremiums führen zu der grundsätzlichen Frage, wie es zu solchen Fehleinschätzungen kommen konnte und warum das IQTIG nicht von seinem im Methodenpapier verankerten Recht Gebrauch gemacht hat, seine wissenschaftliche Expertise bei der Gesamtbewertung über die Bewertung des Expertengremiums zu stellen.

Diese Frage leitet zur Besetzung des Expertengremiums. 11 von 13 Experten (ausgenommen sind die Patientenvertreter) sind dem Krankenhausbereich zuzuordnen. Ausnahmslos alle Krankenhaus-Ärzte und -Ärztinnen und -Psychologen leiten entweder eine Klinik (4 Ärzte) oder arbeiten in leitender Position. Auch für die Vertreter der Pflege ist jeweils eine leitende Position zu erkennen. Eine solche Besetzung des Gremiums macht es anfällig für das Interesse der bewertenden Experten neben einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten auch die von Ihnen persönlich zu verantwortenden Krankenhäuser in einem QS-Verfahren eher schützen zu wollen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse des oben geschilderten Bewertungsprozesses in erster Linie die Interessen von Krankenhausträgern nach möglichst leicht zu erfüllenden Qualitätsindikatoren abbilden. Darüber hinaus neigen Gruppenprozesse, die auf Konsens ausgerichtet sind und in denen sich die Teilnehmer aus mehreren Treffen bereits kennen, dazu, den minimalsten Konsens zu eimen.

Die zweite Frage kann möglicherweise vor dem Hintergrund beantwortet werden, dass im IQTIG-Entwicklungsteam für das QS-Verfahrens Schizophrenie keine Fachärzte mit praktischer Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven und wahnhaften Störungen als Berater eingebunden waren, die die Entwicklungen im Expertengremium inhaltlich hätten begleiten und bewerten können und so an den evidenten Stellen, die wissenschaftliche Expertise dem Votum des Expertengremiums gegenübergestellt hätten. Zwar ist nicht zu verlangen, dass das IQTIG für jedes spezifische QS-Thema entsprechende Fachärzte einstellt, bei einem derart komplexen und umfangreichen QS-Verfahren sollte aber entsprechender Sachverstand gewährleistet sein z. B. durch Beraterverträge auf Honorarbasis oder Kooperationsverträge.

Die mangelnde fachpsychiatrische Expertise bei der Behandlung o. g. Patienten mag dazu beigetragen haben, dass das IQTIG in dem Entwicklungsprozess nach Erstellung des Qualitätsmodells in erster Linie eine recherchierende und moderierende Rolle eingenommen und das Expertengremium so übermäßiges Gewicht erlangte – so stellt es sich für uns zumindest im Vorbericht dar.

### III. Stellungnahme zu den entwickelten QS-Indikatoren für die selektierten Qualitätsaspekte

#### III.1. Qualitätsaspekt Entlassungsmanagement

##### *Indikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“*

###### *(stationärer fallbezogener Indikator)*

- Der Indikator erfasst, wie viele Patienten und Patientinnen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung zum Zeitpunkt der Entlassung aus der voll- oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlussstermin) hatten. Eine zeitliche Vorgabe bzw. eine Operationalisierung für das QS-Ziel eines zeitnahen Termins erfolgen nicht. Jedoch wird das Datum des Termins erfasst.
- Der Indikator erfasst praktisch einen Minimalstandard, da auch eine hausärztliche Weiterbehandlung akzeptiert wird und kein zeitliches Limit für den Termin gesetzt wird. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Qualitätsaspekt Entlassungsmanagement noch die „frühzeitige“ Kontaktaufnahme zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität umfasst, dies im Indikator durch einen konkretes Zeitziel aber nicht operationalisiert wurde, wie dies der vom AQUA-Institut entwickelte Indikator noch getan hat (Anschlussstermin innerhalb von sieben Tagen). Der Verweis auf die AOK-Anwenderstudie verfängt nicht: wenn die aktuelle Versorgungssituation eine wissenschaftlich begründete Messlatte nicht erreicht, ist es nicht sachgerecht, die Messlatte zu senken. Vielmehr ist es die Aufgabe der Qualitätssicherung, das Defizit deutlich zu machen und darauf hinzuwirken, dass die Anforderungen zukünftig erfüllt werden.
- Dieser Indikator wird möglicherweise durch das verpflichtende Entlassungsmanagement ohnehin erfasst (Einführung des verpflichtenden Qualitätsmanagement in 2017).
- Einen Termin im ambulanten Setting zu vereinbaren, ist ein in keiner Weise ausreichendes Entlassungsmanagement für schizophrene Patienten. Untersuchungen zeigen, dass zwi-



schen 40–50 Prozent der Patienten weder den Termin wahrnehmen, noch ein Rezept im ambulanten Bereich abholen.

- Dieser Qualitätsaspekt wird daher nur marginal abgebildet. Es könnte zu ggf. fehlleitenden Interpretationen führen, wenn die Erfüllung der Anforderungen dieses Indikators mit einem guten Entlassungsmanagement gleichgesetzt wird.
- Im Indikatoren-Set des AQUA-Instituts wurde dieser Qualitätsaspekt umfassender mittels mehrerer Datenquellen abgebildet. Diese Aspekte könnten evtl. mittels Indikatoren der Patientenbefragung abgebildet werden.

## III.2. Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

*Indikator: Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär*

*(stationärer fallbezogener Indikator)*

- Das entsprechende Datenfeld erfragt recht undifferenziert, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation während des stationären bzw. teilstationären Aufenthalts erhalten hat. Der Umfang und die Regelmäßigkeit, die in den Anmerkungen zum Indikator gefordert werden, werden zwar im Ausfüllhinweis erwähnt, der Ausfüllhinweis macht jedoch nicht klar, dass nur dann ein „ja“ anzugeben ist, wenn Umfang und Regelmäßigkeit erfüllt sind (d.h. mindestens 8–16 Sitzungen, 1–2 mal wöchentlich). Es ist nicht klar, welche inhaltlichen Anforderungen zwingend erfüllt werden müssen, um „ja“ anzugeben.

In der aktuellen Modellierung könnte bei diesem Datenfeld „ja“ angegeben werden, wenn nur einmal während eines stationären Aufenthalts eine Psychoedukation durchgeführt wurde. Daher ist die Validität („misst der Indikator was er messen soll“) als gering einzuschätzen. Die Ergebnisse des Indikators werden voraussichtlich keine valide Beurteilung zulassen, ob und in welchem Ausmaß die wissenschaftlich begründeten Anforderungen an die Psychoedukation tatsächlich in der Versorgungspraxis umgesetzt werden. Der Aufwand für eine fallbezogene Dokumentation in jedem Einzelfall wäre gerechtfertigt, wenn dadurch eine valide Qualitätsbewertung ermöglicht wird. Angesichts der zu erwartenden geringen Validität ist der Aufwand für die Einzelfalldokumentation jedoch kritisch zu hinterfragen.

- Das Qualitätsziel fordert, dass „alle“ Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 50 Prozent. Die Begründung für die Festlegung des Referenzbereichs erscheint schwer nachvollziehbar. In den Ausführungen zum Indikator wird wissenschaftlich begründet dargelegt, dass alle Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Die geäußerte Vermutung, dass die aktuelle Versorgungssituation diese Qualitätsanforderung nicht erfüllt (4. Sitzung des Expertenpanels) rechtfertigt einen niedrigen Re-





ferenzbereich nicht – insbesondere nicht, da durch die Abfrage letztlich auch eine einmalige Sitzung als Erfüllung der Anforderung des Indikators angesehen würde.

Wenn die aktuelle Versorgungssituation eine wissenschaftlich begründete Messlatte nicht erreicht, ist es nicht sachgerecht, die Messlatte niedriger zu legen. Vielmehr ist es die Aufgabe der Qualitätssicherung, das Defizit deutlich zu machen und darauf hinzuwirken, dass die Anforderungen zukünftig erfüllt werden.

Referenzbereiche können genutzt werden, um indirekt „die Grundgesamtheit zu bereinigen“, d.h. um seltene Fälle zu berücksichtigen, die in der Grundgesamtheit erfasst werden, aber sachgerechterweise keine Psychoedukation erhalten. Dies sollte allerdings nur erfolgen, wenn relativ wenige Fälle betroffen sind. Falls es Gründe geben sollte, in 50 Prozent der Fälle auf eine Psychoedukation zu verzichten, spricht dies für einen in erheblichem Maße unspezifischen Indikator, dessen Modellierung (Definition der Grundgesamtheit) verbessert werden sollte – und nicht für einen Referenzbereich von 50 Prozent.

- Es wird nicht begründet, warum für diesen Indikator eine stationäre Mindestverweildauer von 7 Tagen festgelegt wurde
- Beim Indikator wird teilweise „manualbasiert“ und teilweise „manualisiert“ verwendet; eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten sollte sichergestellt werden.
- Prinzipiell ist anzumerken, dass bei verkürzten Liegezeiten der stationären Psychoedukation weniger Relevanz als einer strukturiert übergreifenden Psychoedukation nachstationär zukommt.

***Indikator: Strukturierte und manualbasierte Psychodukation – ambulant***

***(ambulanter, fallbezogener Indikator)***

- Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patienten und Patientinnen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
- Wie beim entsprechenden stationären Indikator gilt: Das entsprechende Datenfeld erfragt recht undifferenziert, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation im Erfassungsjahr ambulant erhalten hat. Hier wird nur einmal jährlich eine nicht weiter quantifizierte Psychoedukation gefordert. Es ist nicht klar, welche inhaltlichen Anforderungen zwingend erfüllt werden müssen, um „ja“ anzugeben.
- Das Qualitätsziel fordert, dass „alle“ Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 50 Prozent. In der Gesamtschau spricht dies für einen in erheblichem Maße unspezifischen Indikator (siehe Argumentation beim entsprechenden stationären Indikator weiter oben).



- Die Validität der Erfassung erscheint in erheblichem Maße problematisch. In der Indikato-  
renbeschreibung wird differenziert dargestellt, welche Anforderungen an die Durchfüh-  
rung der Psychoedukation zu stellen sind. Diese Anforderungen werden durch die Erfas-  
sung jedoch nur marginal abgebildet. Daher ist die Validität („misst der Indikator was er  
messen soll“) als gering einzuschätzen.

### III.3. Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmako- therapie“

Es ist unverständlich warum die evidenzbasierten AQUA-Indikatoren „Vermeiden von Benzodiaze-  
pinübersorgung“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“ und „Vermeiden  
von psychotroper Kombinationstherapie“ nicht weitergeführt wurden. Beide Indikatoren haben  
hohe Patientenrelevanz und sind dem Leistungserbringer klar zuordenbar. Es erschließt sich auch  
Nicht-Psychiatern, dass erstens wegen der schweren kardiovaskulären Risikofaktoren die Ver-  
schreibung von mehr als drei Neuroleptika<sup>5</sup> bei Entlassung und zweitens wegen des Suchtrisikos  
die Verschreibung von Benzodiazepinen über mehrere (etwa 6) Wochen erfasst werden sollte.  
Beide Indikatoren adressieren ein hoch relevantes Qualitätsmerkmal.

***Indikator: „Ansprechen auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen –  
stationäres Monitoring und Dokumentation“***

***(stationärer fallbezogener Indikator)***

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie  
oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes die  
Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde.
- Der Indikator erhebt einen absoluten Mindeststandard. Wöchentliche strukturierte Erhe-  
bung der Nebenwirkungen auf der Station ist Standard und kein Qualitätskriterium, da das  
Unterlassen einer solchen Erfassung ein Kunstfehler wäre.
- In der Rationalen werden klare Anforderungen an das Monitoring dargestellt, die durch  
die Datenfelder zur Erfassung jedoch nur marginal abgebildet werden. Das Datenfeld  
selbst erfragt entsprechend undifferenziert, ob eine Erfassung und Dokumentation wö-

---

<sup>5</sup> Die APA (American Psychiatric Association) empfiehlt u. a. deshalb im Rahmen der „Choosing Wisely Initiative“ in ihrer TOP-5 Liste den Ärzten, nicht routinemäßig zwei oder mehr Antipsychotika zu verschreiben und führt dazu aus „ Research shows that use of two or more antipsychotic medication occurs in 4 to 35 % of outpatients and 30 to 50% of inpatients. However, evidence für the efficacy and safety of using multiple antipsychotic medications is limited, and risk for drug interactions, noncompliance and medication errors ist increased. Generally, the use of two or more antipsychotic medications currently should be avoided except in cases of three failed trials of monotherapy, which included one failed trail of Clozapine where possible, or where a second antipsychotic medication is added with a plan to cross-taper to monotherapy.“ Kern der in den USA gestartete Choosing Wisely Initiative sind Top-5 Listen aus jeder klinischen Fachdisziplin. Top-5 Listen enthalten fünf medizinische Maßnahmen, bei der gegenwärtig eine Überversorgung festzustellen ist und deshalb ein verstärkter Bedarf an Information und "Shared Decision Making" besteht. Diese Listen werden in enger Kooperation mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen und mit Unterstützung öffentlicher Medien verbreitet.



chentlich erfolgt ist. In der aktuellen Modellierung könnte bei dem Indikator jeweils nach jeder Visite „ja“ angekreuzt werden.

- Ein Ausfüllhinweis liegt nicht vor.
- Aufgrund der undifferenzierten Abfrage erscheint die Erfassung wenig valide und zudem manipulationsanfällig.

***Indikator: „Ansprechen auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“***

***(ambulanter, fallbezogener Indikator)***

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde. Im Datenfeld wird nachgefragt, ob zwei Mal im Jahr eine diesbezügliche systematische Erfassung und Dokumentation stattgefunden hat.
- Der Indikator erhebt einen absoluten Mindeststandard. Quartalsmäßige strukturierte Erhebung der Nebenwirkungen ambulant sind Standard und kein Qualitätskriterium.
- In der Rationalen werden klare Anforderungen an das Monitoring dargestellt, die durch die Datenfelder zur Erfassung jedoch nur marginal abgebildet werden.
- Ein Ausfüllhinweis liegt nicht vor. Die Begründung, warum für die ambulante Erfassung auf einen Ausfüllhinweis verzichtet wurde (Seite 35 im Indikatoren-Set 1.0) erscheint nicht nachvollziehbar. Aufgrund der undifferenzierten Abfrage erscheint die Erfassung wenig valide und zudem manipulationsanfällig.

***Indikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“***

***(Systemindikator, Erhebung durch Sozialdaten bei den Krankenkassen)***

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung in den ersten 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine antipsychotische Medikation als Erhaltungstherapie durchgeführt wurde.
- Es ist unklar, wie hier die Berechnung des Zählers erfolgen soll. Mindestens eine Verordnung (unabhängig von der Menge) pro Quartal?
- Der Indikator ist problematisch, da die kontinuierliche Therapie mit Neuroleptika auf Grund aktueller Daten zur Wirksamkeit intermittierender Gabe, der dosisabhängigen Hirnvolumenminderungen unter Neuroleptika und der Langzeitverläufe ohne Medikation bzw. mit nur geringen und gegebenenfalls intermittierend verabreichten Dosierungen ein in der Fachwelt umstrittenes Qualitätskriterium darstellt. Patienten haben zudem ein Recht auf



informiertes Absetzen ihrer Medikation. Dies wäre dann kein Verstoß gegen eine qualitativ hochwertige Behandlung.

- Grundsätzlich ist anzumerken, dass die reine Verordnung nicht die Einnahme sichert. In der Regelversorgung brechen etwa 25 Prozent der Patienten die Behandlung ganz ab und etwa 60 Prozent unterbrechen mindestens einmal die Medikation.

### III.4. Qualitätsaspekt Psychotherapie (stationär/PIA)

#### *Indikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“*

##### *(stationärer fallbezogener Indikator)*

- Der Indikator umfasst den Erhalt von systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes.
- Der Indikator bildet nur unzureichend den Qualitätsaspekt und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale ab: Danach ist die Psychotherapie (nicht die psychotherapeutische Intervention) neben der Psychopharmakotherapie die zentrale Rolle der Behandlung – unabhängig von der Erkrankungsphase – und sollte von allen Patienten stationär erhalten werden.
- Der Indikator erfasst konkret, dass bei jedem zweiten Patienten mit einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen mindestens 25 Minuten psychotherapeutische Interventionen pro Woche (ggf. aufgeteilt) durchgeführt werden sollen. Dies ist weniger als die derzeit gültige Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt (25 Minuten Psychotherapiegespräch einzeln und ein weiteres in der Gruppe pro Woche). Ein Qualitätskriterium sollte die in die gesetzlichen Vorgaben eingeflossenen Personalkontingente nicht unterschreiten. Eine Gruppe von Psychiatern beschreibt in einer Publikation im Nervenarzt<sup>6</sup> zur künftigen Personalaufwandsbestimmung gar eine Einzeltherapiedosis von 2,5 x 50 min /Woche stationär für Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Störung als leitliniengerecht. Dies hält der GKV-Spitzenverband bei akut kranken psychotischen Patienten zwar für nicht fachgerecht – auf die Literaturstelle sei jedoch hingewiesen werden um die Interessenskonflikte zu verdeutlichen.

---

<sup>6</sup> S. Mehl, P. Falkai, M. Berger, M. Löhr, D. Rujescus., J. Wotffr., T. Kircher: Leitlinienkonforme psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 2016, 87: Seite 286–294. Springer-Verlag.

- Nicht nachvollziehbar ist die nicht näher definierte Aufteilung der Mindesttherapiezeit von 25 Minuten/Woche auf mehrere Termine. In dieser Modellierung könnte das Datenfeld mit „Ja“ beantwortet werden, wenn im Rahmen von mehreren fünfminütigen „Tür- und Angelgesprächen“ auf der Station oder Visiten insgesamt 25 Minuten Gespräch mit dem Patienten erreicht werden. Eine solche Reduktion der psychotherapeutischen Interventionszeit pro Kontakt ist fachlich zu hinterfragen; dies sind keine systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen, sondern unterstützende/supportive Gespräche. Solche kleinere Zeiteinheiten sind bei Patientinnen und Patienten mit akuten unipolar affektiven, bipolaren oder schizophrenen Psychosen sinnvoll, sind dann aber als supportive Gespräche zu kennzeichnen.
- Angesichts der Mindestverweildauer von 7 Tagen stellt sich die Frage nach dem niedrigen Referenzbereich von 50 Prozent
- Der Ausfüllhinweis erscheint wenig präzise.

### **III. 5. Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

*Indikator: Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten (stationärer Einrichtungsindikator)*

- Der Indikator umfasst, ob regelhaft nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Angebotes eine Fallbesprechung (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten durchgeführt hat.
- Es ist zu fragen, warum in den Indikator nicht auch Fallbesprechungen bei Suizidversuch eingehen. Diese könnten das Qualitätsziel, Identifikation mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention, ebenfalls stützen und präventive Wirkung auch im konkreten Fall entfalten.

### **III.6. Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“**

*Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ (ambulanter, fallbezogener Indikator)*

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher



Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom strukturiert anamnestisch abgeklärt wurde.

- Im Datenfeld wird abgefragt, ob die Abklärung „regelmäßig“ und „strukturiert“ erfolgt ist. Dies wird im Ausfüllhinweis nicht erläutert. Daher ist die Abfrage als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen. Der Indikator könnte schon dann als erfüllt eingeschätzt werden, wenn der niedergelassene Arzt das Messinstrument HoNOS einmal im Jahr einsetzt, in dem eine Frage zur Komorbidität Sucht (problematischer Alkohol- und Drogenkonsum) enthalten ist.
- Der so operationalisierte Indikator erfasst faktisch weniger als einen Minimalstandard; die Suchtanamnese nicht zu erheben, gleiche einem ärztlichen Kunstfehler – ob stationär oder ambulant.
- Im Qualitätsziel steht, dass bei alle o. g. Patienten der Substanzmissbrauch erfasst werden soll. Der Referenzbereich liegt aber bei 95 Prozent. Warum bleibt unklar.
- Grundsätzlich ist der Qualitätsaspekt Sucht von hoher Patientenrelevanz, da Studien das erhöhte Vorkommen von Suchterkrankungen bei o. g. Patienten belegen, diese Suchterkrankungen negativen Einfluss auf die antipsychotische Therapie und deren Nebenwirkungen haben und die Lebenserwartung von o. g. Patienten u. a. wegen der Tabakabhängigkeit deutlich verkürzt ist. Dies anzusprechen und therapeutische Hilfen anzubieten bzw. entsprechende Maßnahmen einzuleiten ist qualitativ sehr wichtig – die Eingrenzung dieses Qualitätsaspekt auf die ambulante Versorgung erschließt sich deshalb nicht.

### III.7. Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

#### *Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“*

##### *(ambulanter, fallbezogener Indikator, Erhebung durch Sozialdaten bei den Krankenkassen)*

- Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung mindestens einmal während des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden.
- Im Qualitätsziel wird gefordert, dass „möglichst alle“ Patienten die Versorgung erfahren sollen. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich.
- Der Indikator fordert „die erforderlichen“ Untersuchungen. Die Darstellung des Auswertungskonzepts ist unklar. Sie legt nahe, dass die genannten Untersuchungen so ausgewertet werden, dass entweder ein kleines Blutbild oder eine hausärztliche oder internistische Grundpauschale abgerechnet wurde.



Aus dieser Auswertung kann nicht abgeleitet werden, ob es sich dabei um „die erforderlichen“ Untersuchungen gehandelt hat.

Die hausärztliche Pauschale hat als obligaten Leistungsinhalt lediglich einen Arzt-Patientenkontakt ohne weitere Differenzierung, so dass es spekulativ erscheint, aus der Abrechnung dieser Ziffer die Durchführung der „erforderlichen“ somatischen Kontrolluntersuchung abzuleiten.

- Die erwähnte EKG-Untersuchung (Seite 57) ist in den „Datenfeldern zur Indikatorberechnung“ nicht ersichtlich.
- Der Indikator erfasst somit voraussichtlich nicht das, was gemäß der Formulierung des Qualitätsziels erfasst werden soll („erforderliche Kontrolluntersuchungen“) und ist damit als wenig valide anzusehen.

### III.8. Qualitätsaspekt Restriktive Maßnahmen

#### *Indikator „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“*

##### *(stationärer Einrichtungsindikator)*

- Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während indizierter Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst.
- Die Bezeichnung des Indikators („1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“) lässt erwarten, dass erfasst wird, ob eine 1:1 Betreuung im konkreten Fall gewährleistet wird. Tatsächlich erfasst der Indikator aber „nur“, ob die 1:1 Betreuung in einer Arbeitsanweisung vorgegeben wird und ob deren Einhaltung ausgewertet wurde. Das für die Qualitätssicherung relevante Ergebnis der Auswertung wird nicht abgefragt. Der Indikator wird einrichtungsbezogen erhoben, nicht fallbezogen.  
Der Indikator erfasst ausdrücklich nicht, ob in jedem Fall eine 1:1 Betreuung gewährleistet wurde. Die Bezeichnung des Indikators erscheint daher fehlleitend.
- Die fallbezogene Erfassung von Zwangsmaßnahmen ist ein aussagekräftiger QS-Indikator, die von dem Expertengremium empfohlene Erfassung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen als „kumulierte Anzahl“ ist wenig aussagekräftig.
- Wie oben schon besprochen sollten die Qualitätskriterien bei Zwang die Zahl der behandelten Patienten, den Prozentsatz der Notaufnahmen im Nachtdienst, die Zahl der Unterbringungen, die Zahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und der Zwangsmedikationen erfassen, sowie neben der 1:1 Betreuung die Zahl der regelhaft vor Zwangsmaßnahmen notwendigen deeskalierenden Maßnahmen sowie die Zahl der nach Zwangsmaßnah-



men notwendigen Nachbesprechung des Teams mit dem Betroffenen, siehe dazu auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

#### ***Indikator „Qualifizierung Personal hinsichtlich restriktiver Maßnahmen“***

##### ***(stationärer Einrichtungsindikator)***

- Der Indikator erfasst den Anteil der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden.
- Der Indikator erfasst, wie viele der Mitarbeiter an mindestens einer Schulungsmaßnahme teilgenommen haben. Die Beschreibung der Schulungsmaßnahmen im Ausfüllhinweis erscheint wenig präzise. Für eine valide Erfassung wäre es sinnvoll, Mindestanforderungen an die Schulungen auch in Bezug auf die Dauer klarer vorzugeben. Es sollte klargestellt werden, ob es sich um gezielt auf diese Thematik fokussierte Schulungen handeln muss oder ob punktuelle Ansprachen (z. B. im Rahmen von Abteilungsbesprechungen) auch als ausreichend angesehen werden. Die im Ausfüllhinweis genannten Anforderungen könnten theoretisch auch in extrem knappen informellen Ansprachen erfüllt werden.
- Die Abfrage ist daher als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.

### **III. 9. Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen**

#### ***Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“***

##### ***(Systemindikator, Erhebung ambulanter Leistungserbringer und PIA/fallbezogen)***

- Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten.
- Es wird ein sehr komplexer Sachverhalt/eine komplexe Behandlungskonstellation, die Anforderungen an mehrere Ebenen stellt, im Datenfeld lediglich mit „ja/nein“ abgefragt. Die Abfrage erscheint dadurch in erheblichem Maße invalide.

Der Ausfüllhinweis enthält beispielsweise die Formulierung „Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter Versorgung in allen Phasen der Erkrankung ...“. Diese For-





mulierung ist einerseits unspezifisch, kann andererseits aber als extrem umfassend interpretiert werden. Insgesamt werden zwölf verschiedene Anforderungselemente formuliert, diese bleiben dann aber wiederum wenig differenziert („teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste“). Die Erfüllung der Vielzahl dieser Sachverhalte ist dann mit „ja“ oder „nein“ zu bewerten. Darf „ja“ nur angegeben werden, wenn alles erfüllt ist? Oder wenn einzelne Elemente erfüllt sind?

- Die Abfrage erfasst: „wurde die Patienten/ der Patient im Erfassungsjahr ...“ entsprechend versorgt. Es bleibt damit unklar, ob die Patientin/ der Patient das ganze Jahr oder nur punktuell entsprechend versorgt wurde.
- Das Expertengremium hat darauf hingewiesen, dass diese Behandlungsform nicht für alle Patienten indiziert ist und darauf im Qualitätsziel hingewiesen werden sollte. Dies wurde durch die Formulierung „bei entsprechender Indikation“ umgesetzt. Allerdings wird weder in der Rationalen noch im Ausfüllhinweis deutlich gemacht, wann eine solche Indikation als gegeben angesehen wird (es gibt keinen entsprechenden Ausfüllhinweis).

#### ***Indikator „Ambulante Psychotherapie“***

##### ***(Systemindikator / Erhebung durch Sozialdaten bei den Krankenkassen)***

- Der Indikator erfasst wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) erhalten haben.
- Da eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie auch von psychologischen Psychotherapeuten angeboten wird ist die hier gewählte Grundgesamtheit zu klein.

### **III.10. Qualitätsaspekt „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“**

#### ***Indikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“***

##### ***(stationärer Indikator, fallbezogen)***

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei stationärer Aufnahme die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.



- Im Grundsatz ein valider und ausreichend differenzierter Indikator, der im Datenfeld korrekt abgefragt wird.
- Aus dem Qualitätsziel geht hervor, dass möglichst bei allen o. g. Patienten routinemäßig Symptomlast und Funktionsniveau dokumentiert werden sollen. Der Referenzbereich wird dann ohne nähere Erläuterung der Gründe bei 80 Prozent angesetzt.
- Aus der Indikatorenbeschreibung geht nicht hervor, ob es ausreichend ist, das Instrument einmalig einzusetzen („regelhaft“). Es wird nicht beschrieben, warum das Instrument nicht auch bei Entlassung angewendet wird.

***Indikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“***

***(ambulanter Indikator, fallbezogen)***

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
- Im stationären Bereich liegt der Referenzbereich bei 80 Prozent, im ambulanten Bereich bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich.

***Indikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“***

***(Systemindikator/ Erhebung stationäre fallbezogene QS-Dokumentation)***

- Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei stationärer Aufnahme.
- Wie ist die Auswertung vorgesehen? Die Patienten werden ja in sehr unterschiedlichen Krankheitsepisoden erfasst, aber scheinbar undifferenziert ausgewertet. Wird ein Patient nur einmal oder mehrfach ausgewertet?
- Das IQTIG schlägt als Auswertungsebenen für die Systemindikatoren zunächst lediglich Auswertungen auf Bundes- und Bundeslandebene vor. Hier besteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes noch erheblicher Konkretisierungsbedarf.



***Indikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“***

***(Systemindikator/ Erhebung fallbezogen durch Niedergelassene und PIA)***

- Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
- Ist es richtig, dass die Erfassung nur dann erfolgen soll, wenn innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung der HoNOS erhoben wurde und erst ab dem zweiten Quartal?

### **III.11. Weiter Anmerkungen zum Indikatoren-Set 1.0**

- Problematisch erscheint das Vorgehen bei der Festlegung der Referenzbereiche. Es gibt Festlegungen auf 50 Prozent, 70 Prozent, 80 Prozent, 95 Prozent, ohne dass klare Begründungen oder Regeln erkennbar sind. Es sollte im Abschlussbericht dargestellt werden, warum so unterschiedliche Grenzen für Indikatoren festgelegt werden, bei denen aus der Indikatorbeschreibung und -begründung ersichtlich ist, dass die Anforderung eigentlich in allen Fällen erfüllt werden sollte.
- Die Überprüfbarkeit der Angaben in der fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentation erscheint aufgrund der wenig differenzierten Erfassung fraglich. Wenn das IQTIG jetzt ein Handbuch für die Datenvalidierung erstellen müsste, in dem klar beschrieben wird, aufgrund welcher Angaben in der Patientendokumentation eine Dokumentation für die Qualitätssicherung durch einen Prüfer als korrekt zu bewerten ist, würde deutlich, dass viele Datenfelder und deren Ausfüllhinweise zu undifferenziert sind (bzw. zu viele einzelne Vorgaben erhalten, von denen unklar ist, ob alle erfüllt sein müssen) und einige Felder praktisch nicht überprüfbar scheinen (z. B. teambasierte gemeindepsychiatrische Versorgung).
- Optimierbar erscheint das Konzept der Definition von Behandlungsepisoden und deren Berücksichtigung in den Auswertungskonzepten. Die Indikatoren scheinen derzeit lediglich nach ambulant und stationär zu differenzieren. Es werden ansonsten scheinbar alle Behandlungsepisoden gleichgesetzt. Die in den Indikatoren genannten Anforderungen gelten somit bei allen stationären Aufenthalten und bei ambulanten Behandlungen, die in mindestens zwei Quartalen eines Jahres stattfinden. Es könnte somit im ambulanten Bereich für einen Patienten ein Datensatz ggf. unmittelbar vor oder unmittelbar nach einer stationären Behandlung ausgelöst werden, diese werden in den Auswertungen jedoch



gleichgesetzt. Es erscheint auch nicht ersichtlich, ob es sich bei den Episoden um Erstbehandlungen oder Folgebehandlungen handelt.

Auch erscheint derzeit nicht klar, ob eine patientenbezogene Longitudinalbetrachtung erfolgen soll, oder ob jede Behandlungsepisode eines Patienten als nicht verknüpfter Fall ausgewertet wird.

- Nicht ganz klar erscheint auch das Konzept der Auslösung im ambulanten Bereich. Ist für einen Patienten in einem Jahr von einer Einrichtung höchstens ein Datensatz zu erheben (wenn ein Patient in vier Quartalen behandelt wird, könnte er aufgrund der Regel „in mindestens zwei Quartalen“ ggf. mehrfach ausgelöst werden?)  
Möglicherweise könnte auch eine Differenz von Datensätzen bei Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ausgewertet werden und Indikatoren, für die eine fallbezogene Erfassung erfolgt, entstehen. Die Regel „ambulante Behandlung in mindestens zwei Quartalen“ gilt für die fallbezogene Dokumentation für einen einzelnen Leistungserbringer, bei den Krankenkassen könnte ggf. auch bei Therapeutenwechsel ein Fall ausgelöst werden, für den keine fallbezogene Dokumentation ausgelöst wird.
- Wann soll ein Datensatz im ambulanten Bereich abgeschlossen werden? Nach Auslösung muss mindestens vier Wochen gewartet werden (dies erfordert die Abfrage zu HoNOS). Gibt es hierzu weitere Vorgaben?
- Einige Begrifflichkeiten im vorliegenden Dokument „Indikatoren-Set 1.0“ entsprechen nicht den Ausführungen im Methodenpapier des IQTIG. Im Methodenpapier werden beispielsweise Sozialdaten bei den Krankenkassen als „Datenquelle“ bezeichnet (z. B. Seiten 21, 40), im vorliegenden Dokument als „Instrument“ (als Datenquelle werden dort Daten gemäß bestimmter Paragraphen des SGB V bezeichnet).
- Im Datensatz „fallbezogen ambulant“ scheint die Angabe nach Feld 22 fehlerhaft. Statt „wenn Feld 23=1“ scheint „wenn Feld 22=1“ richtig.
- Im Datensatz „stationär fallbezogen“ scheint die Angabe nach Feld 27 fehlerhaft. Statt „wenn Feld 23=1“ scheint „wenn Feld 27=1“ richtig.

## IV Stellungnahme zur methodischen Durchführung

Das IQTIG beschreibt in dem vorliegenden Bericht umfangreich das methodische Vorgehen anhand von Tabellen und erläuternder Textform. Das Vorgehen erschließt sich trotzdem nicht in allen Fällen, etwa bei der Selektion der Qualitätsmerkmale durch die Experten. Der in Anlage E1 vorliegende Zwischenbericht vom 31.12.2016 bildet die Grundlage zum Verständnis des hier zu beurteilenden Vorberichts.



## IV.1. Erstellung des Qualitätsmodells

Die Erstellung des Qualitätsmodells für das Verfahren umfasst die Recherche, Identifikation und Selektion von Qualitätsaspekten (also verfahrensspezifischen Qualitätsthemen mit berichteten Defiziten und Verbesserungspotentialen z. B. Psychotherapie, Pharmakotherapie, Entlassungsmanagement) die zu einem Qualitätsmodell zusammengefasst werden, das die Grundlage für die Entwicklung des QS-Verfahrens darstellt.

Sie erfolgte systematisch in drei Schritten:

1. die Themenerschließung (wissenschaftliche Perspektive durch Literaturrecherche),
2. die Identifikation von Qualitätsaspekten (Einschluss der Patienten- und Leistungserbringerperspektive durch Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews),
3. die Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell anhand von definierten Auswahlkriterien durch das IQTIG.

*Die Entwicklung des Qualitätsmodells mitsamt der Qualitätsaspekte ist insgesamt als gelungen zu bezeichnen. Positiv zu erwähnen ist, dass sowohl die wissenschaftliche Perspektive als auch das Erfahrungswissen der Experten als „Wissensquellen“ gleichrangig abgefragt wurden und in den Prozess einfließen. Auf der Basis dieser „Wissensquellen“ wurde dann von den Wissenschaftlern des IQTIG in einem strukturierten Prozess mittels Auswahlkriterien eine eigene wissenschaftlich begründbare Entscheidung bezüglich der aufzunehmenden Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell getroffen.*

Für eine ausführlichere methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells lesen Sie bitte Anhang 1

## IV.2. Bewertung des Indikatoren-Sets des AQUA-Instituts

Auftragsgemäß hatte das IQTIG das von AQUA vorgeschlagene Indikatoren-Set zu prüfen und weiter zu entwickeln. Und zwar hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit des Indikatoren-Sets bezüglich der Adressierung unterschiedlicher Qualitätsaspekte, insbesondere:

- stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität einschließlich patientenrelevanter Endpunkte
- Berücksichtigung des neu zu entwickelnden Instrumentes Patientenbefragung
- stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (Krankenhäuser, Vertragsärzte, PIAs, teilstationäre Einrichtungen)
- des Umfangs der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen in Bezug und Relation zu den identifizierten Qualitätszielen



- stärkere Berücksichtigung der Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung

Das IQTIG entschied sich, das AQUA-Indikatoren-Set durch ein neu einberufenes Expertengremium prüfen zu lassen. Dabei scheint die Bewertung der Experten darüber, welche AQUA-Indikatoren in das Verfahren übernommen wurden, welche ausschieden, oder als Merkmal weitergeführt wurden die entscheidende Größe gewesen zu sein.

Konkret bewertete das Expertengremium die AQUA-Indikatoren im Rahmen eines zweischrittigen Vorgehens:

1. Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den vom IQTIG ausgewählten Qualitätsaspekten durch das Expertengremium nach Diskussion und Abstimmung im Gremium. Alle Zuordnungen erfolgten im Konsens.
2. Bewertung der nach Zuordnung übrig gebliebenen AQUA-Indikatoren durch das Expertengremium in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Jeder einzelne Indikator wurde mithilfe einer 9-stufigen Skala für folgende zwei Kriterien bewertet:

- patientenbezogene Bedeutsamkeit des Indikators für den Qualitätsaspekt
- Zuschreibbarkeit des Indikators zu einem verantwortlichen Leistungserbringer

Eine konsentierete Empfehlung, den AQUA-Indikator in das neue IQTIG-Indikatoren-Set unverändert zu übernehmen, bestand, wenn > 75 Prozent der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben.<sup>7</sup>

Wurde in diesem Schritt ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für eines der oben genannten Kriterien konsentiert, so wurde nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt.

Im Ergebnis (siehe Tabelle 1 zur Übersicht) führte dieses Vorgehen in Schritt 1 dazu, dass

- 5 evidenzbasierte und bereits durch einen Expertenprozess konsentierete AQUA-Indikatoren von den Experten keinem IQTIG-Qualitätsaspekt zugeordnet wurden (Schritt 1) und damit weder übernommen noch in die weitere Entwicklung einbezogen wurden.

Schritt 2 führte dazu, dass

- ein AQUA-Indikator als Indikator von den Experten für das neue QS-Verfahren empfohlen wurde,

---

<sup>7</sup> Auf der neunstufigen Skala konnte von 1 (=überhaupt nicht bedeutsam bzw. zuschreibbar) bis 9 (= sehr bedeutsam bzw. sehr gut zuschreibbar) von den Experten bewertet werden.



- 21 AQUA-Indikatoren nicht als Indikatoren übernommen wurden. Diese 21 Indikatoren konnten allesamt nicht als Indikator übernommen werden, weil sie von den Experten bezüglich des Kriteriums „Zuschreibung zu einem Leistungserbringer“ nicht empfohlen wurden<sup>8</sup>. Nach Einschätzung des Expertengremiums waren diese Indikatoren also nicht gut dem behandelnden Leistungserbringer, also dem Krankenhaus oder dem niedergelassenen Facharzt zuschreibbar. Dies betrifft u. a. Indikatoren wie „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Dokumentation des Körpergewichtes“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“, „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“, „Einbezug von Angehörigen“, „Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme“.
- von diesen 21 Indikatoren 9 Indikatoren auch in dem Kriterium patientenbezogene Bedeutung von den Experten nicht empfohlen wurden (u. a. der Indikator „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“) und somit auch nicht in die weitere Entwicklung als Qualitätsmerkmal aufgenommen wurden.
- die restlichen 13 von den 21 Indikatoren von den Experten hinsichtlich der patientenbezogenen Bedeutung empfohlen wurden. Sie gingen damit in die weitere Entwicklung als Qualitätsmerkmal ein. Das heißt, sie waren dem Prozess noch nicht entzogen, sondern gingen als Qualitätsmerkmal, aber ohne Operationalisierung, in den weiteren Entwicklungs-, Bewertungs- und Auswahlprozess ein.

*Die Methodik ist problematisch, da hier Erfahrungswissen von einer kleinen Expertengruppe über die gefundene höherwertige Evidenz gestellt wird. Zwar wurde bei der Neuausrichtung des Verfahrens das IQTIG beauftragt, das AQUA-Indikatoren-Set nach den auf Seite 3 genannten Kriterien zu prüfen, warum aber das IQTIG zur Prüfung der bereits evidenzbasiert entwickelten und durch Experten bereits konsentierten AQUA-Indikatoren neuerlich ein Expertengremium in einen Prozess eintreten lässt, um diese Indikatoren hinsichtlich ihrer patientenrelevanten Bedeutsamkeit oder Zuschreibbarkeit der Verantwortung zu bewerten, erschließt sich nicht.*

Dies wird auch nicht durch das Methodenpapier des IQTIG vorgeschrieben. Darin findet sich war auf S. 51 die Erfassung der Expertenmeinung hinsichtlich der Priorisierung von Qualitätsmerkmalen das oben beschriebene Bewertungsverfahren. Dies dient aber dazu, eine Einschätzung der Experten zu erhalten, um dann eine zielgerichtete Reduzierung der QI-Entwürfe zu ermöglichen. Entsprechend heißt es auch auf S. 102 des Methodenpapiers zu den Aufgaben von externen Experten, dass sie bei der Anpassungs- und Entwicklungsbedarf von Indikatoren beratend (und

---

<sup>8</sup> 75% der Experten rateten nicht über 7 Punkte ( S. 79/ 80 Zwischenbericht)

nicht entscheidend) tätig sein sollen, ebenso bei der Entwicklung von Qualitätsmodellen und Instrumenten.

*Spätestens bei der Bewertung des Expertengremiums von eindeutig den Leistungserbringern zuzuschreibenden Indikatoren wie etwa „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“ oder „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“ als nicht gut den Leistungserbringern zuschreibbar hätte das IQTIG u. E. von seiner im Methodenpapier niedergelegten Möglichkeit Gebrauch machen müssen, eine eigene wissenschaftliche Bewertung und Entscheidung zu treffen, die das Votum des Expertengremiums kritisch hinterfragt und bei Bedarf solche Voten nicht übernimmt.*

### **IV.3. Entwicklung der Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren**

In einem ersten Schritt wurden die Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen konkretisiert. Diese Merkmale wurden gemäß der „Methodischen Grundlagen“ hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem und ihrer Eignung für die Qualitätssicherung überprüft. In diesen Schritt gingen Indikatoren aus dem AQUA-Abschlussbericht als Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess mit ein.

Es erfolgte eine Entwicklung der Qualitätsmerkmale für dieses QS-Verfahren über mehrere Filterschritte hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“. Die einzelnen Schritte wurden für das einzelne Merkmal bzw. den Indikator nicht immer nachvollzogen werden. So ließ sich u. E. weder aus dem Zwischen- noch dem Vorbericht entnehmen, wo etwa der AQUA-Indikator „Vermeiden psychotroper Kombinationstherapie“, der vom Expertengremium als Merkmal für die Weiterentwicklung empfohlen worden war, aus dem Entwicklungsprozess ausgeschieden ist und warum. Auf Seite 76 des Vorberichtes zur Konkretisierung der Qualitätsmerkmale für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ wird dieses Merkmal nicht mehr erwähnt.

In weiteren Schritten wurden die Qualitätsmerkmale priorisiert und es wurde eine Anzahl von QI-Entwürfen für die Operationalisierung festgelegt. Die Beurteilung des Expertengremiums bezüglich der Qualitätsindikatoren wurde um eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche ergänzt. Eine Prüfung der Nutzung von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse als potenzielle Datenquelle für alle zu entwickelnden QI-Indikatoren erfolgte. Des Weiteren erfolgten im Rahmen der Operationalisierung der QI-Entwürfe die Festlegung der Grundgesamtheiten und





die Merkmalsausprägungen je QI-Entwurf. Die Erfassungsinstrumente wurden festgelegt. Ein erster Vorschlag für den Referenzbereich wurde gemacht. Für die Indikatoren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können, erfolgte eine empirische Prüfung mit dem vorliegenden Sozialdatenpool für dieses Verfahren. In mehreren, methodisch festgelegten Schritten, wurden die Expertinnen und Experten einbezogen, um innerhalb der Rahmenvorgaben des Methodenpapiers die Entwicklungen zu diskutieren und zu reflektieren.

Um Messinstrumente, die ggf. Ergebnisqualität abbilden können, zu berücksichtigen, erfolgte eine fokussierte Recherche zu standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus und eine kriteriengeleitete Aufbereitung der Ergebnis. Auch dies wurde im Expertengremium diskutiert und eine Empfehlung für den Einsatz des Messinstrumentes HoNOS gegeben.

Am Ende des gesamten Prozesses bewertete das Expertengremium das so entwickelte Qualitätsindikatoren-Set final auf Ausgewogenheit.

Es stellen sich mehrere Fragen: Die am Gremium beteiligten Expertinnen und Experten geben während der 3. Gremiumssitzung am 13.06.2017 ihre Einschätzung zu möglichem Verbesserungsbedarf und zur Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer für jedes Qualitätsmerkmal auf einer 9-stufigen Skala ab. Konsens der Gruppe hinsichtlich der Bewertung wird dann angenommen, wenn mehr als 75 Prozent der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten (S. 17 Anhang).

Wie wurde mit einem Q-Merkmal verfahren, bei dem bei einem Eignungskriterium Konsens erzielt wurde, dass es beibehalten werden soll- und bei dem anderen Eignungskriterium nicht?

*Angesichts der großen Bedeutung des Expertenpanels für die Weiterentwicklung oder Streichung von Q-Merkmalen bleibt zu vage, wie die Experten für ihre Bewertungsaufgaben instruiert wurden. Das Eignungskriterium „Bedeutung“ ist eigentlich mehrdimensional: hier fließen Überlegungen zur Relevanz für Patienten und zum Verbesserungspotenzial zusammen - und zum Qualitätsziel. Im IQTIG-Methodenpapier auf S. 111 sind die Eignungskriterien zwar deutlicher aufgeschlüsselt - das heißt jedoch nicht, dass zwei Kriterien von den Experten quantitativ eingeschätzt werden sollen, hinter denen sich eigentlich noch mehr Kriterien verbergen. Wie wurde angesichts dieser Problematik den Experten erklärt, was sie unter „Bedeutung“ zu verstehen und zu bewerten hatten?*

*Insgesamt scheint auch bei diesem Teil des Verfahrens dem Erfahrungswissen von Experten gegenüber der wissenschaftlichen Perspektive zu viel Gewicht eingeräumt worden zu sein.* In insgesamt drei aufeinanderfolgenden Expertenrunden hat das vom IQTIG einberufene Expertengremium

- bewertet, welche Qualitätsmerkmale (QI-Entwürfe) in das weitere Verfahren eingehen sollen
- besprochen, ob die vom IQTIG vorgeschlagene Operationalisierung der verbliebenen Qualitätsmerkmale u. a. in Hinblick auf die Grundgesamtheit, die Korrektheit der Kodierungen, der Datenfelder, den Referenzbereichen und Risikoadjustierungen nach Ansicht der Experten korrekt waren. Dabei haben die Experten die Gelegenheit in Anspruch genommen, u. a. die Grundgesamtheiten, die Referenzbereiche und Datenfelder zu ändern, ohne das dafür in vielen Fällen ein hinreichender Grund zu erkennen war.
- final bewertet, ob das neue Indikatoren-Set und die Messinstrumente auch hinsichtlich der Beauftragung einer Neuausrichtung des QS-Verfahrens ausgewogen sind, es keine Überschneidungen gibt und das Qualitätsmodell mit seinen Qualitätsaspekten angemessen abgebildet wird.

## **VI.4. Die Rekrutierung des Expertengremiums**

Die Rekrutierung des Expertengremiums wird im Zwischenbericht (Anhang E1) beschrieben. Die ausgeschriebenen Bewerbungskriterien umreißen die Einschlusskriterien. Nicht klar beschrieben ist, ob es sich dabei um eine „und“- oder eine „oder“-Verknüpfung der Bedingungen handelt. Die Veröffentlichung für das öffentliche Bewerbungsverfahren und die nachfolgende Auswahl der Experten nebst den Auswahlkriterien werden nachvollziehbar beschrieben. Die Kriterien für die Auswahl fanden sich zum einen auf der individueller Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärzte – Psychologen – Pflege – Wissenschaftler), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet werden soll. Die ausgewählten Experten werden tabellarisch in Form eines Kurzportraits vorgestellt.

Das Expertengremium besteht aus 15 Mitgliedern. Hinsichtlich der Auswahl auf der Ebene des Expertengremiums wurden 6 Fachärzte, 4 Psychologen und 3 Mitglieder aus der Pflege und zwei Patientenvertreter benannt. 1 weiterer Psychologe wird ausschließlich der wissenschaftlichen Expertise zugeordnet. Auffallend ist, dass vorrangig Vertreter ausgewählt wurden, die dem Krankenhausbereich zuzuordnen sind (11 von 13 professionell in der psychiatrischen Behandlung Tätiger). Im Fall einer Ärztin wird die Tätigkeit an einer PIA fälschlich dem Bereich der Niedergelassenen zugeordnet (korrekt wäre: ambulante Krankenhausleistung). Im Fall einer Pflegekraft ist



durch die Beschreibung ihres Arbeitsfeldes ebenfalls die ambulante Tätigkeit im Rahmen einer Krankenhausleistung anzunehmen. Somit verbleiben 1 Ärztin, die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beschäftigt ist sowie 1 Ärztin und 1 Pflegekraft, die ambulante Krankenhausleistungen erbringen (3 von 13 erbringen ambulante Leistungen). Erwähnenswert erscheint weiterhin, dass ausnahmslos alle Krankenhaus-Ärzte und -Ärztinnen und -Psychologen entweder eine Klinik leiten (4 Ärzte) oder aber in leitender Position arbeiten. Auch für die Vertreter der Pflege ist jeweils eine leitende Position zu erkennen. Das Anliegen einer ausgewogenen geographischen Verteilung wird über die Bezeichnung: urbane/ländliche Region abgebildet und zeigt nominell eine Verteilung von 8/5 und damit einen leichten Schwerpunkt auf der Versorgung im urbanen Bereich. Die Tätigkeitsschwerpunkte bilden sich hinsichtlich der Versorgung von Patienten und wissenschaftlicher Erfahrungen ausgewogen ab.

*Das Expertengremium imponiert durch die starke Präsenz von Krankenhausmitarbeitern und kann im Hinblick auf die Bewertung einer Ausgewogenheit kritisch betrachtet werden. Aufgrund der ausnahmslos leitenden Funktion aller Krankenhausärzte und -ärztinnen ist eine Kollision von Interessenskonflikten nicht ausgeschlossen.*

# Anhang 1

## Methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells<sup>9</sup>

Die Entwicklung des Qualitätsmodells mitsamt der Qualitätsaspekte ist – trotz kleiner Kritikpunkte – als insgesamt sehr gelungen zu bezeichnen. Sie erfolgte systematisch in drei Schritten:

1. die Themenerschließung (wissenschaftliche Perspektive durch Literaturrecherche),
2. die Identifikation von Qualitätsaspekten (Einschluss der Patienten- und Leistungserbringerperspektive durch Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews)
3. die Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell anhand von definierten Auswahlkriterien durch das IQTIG.

Hier ist äußerst positiv zu erwähnen, dass die wissenschaftliche Perspektive als auch das Erfahrungswissen der Experten als „Wissensquellen“ gleichrangig abgefragt wurden und in den Prozess einfließen. Auf der Basis dieser „Wissensquellen“ wurde dann von den Wissenschaftlern des IQTIG in einem strukturierten Prozess eine eigene Entscheidung bezüglich der aufzunehmenden Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell getroffen.

Unklar bleibt, wie die Relevanz der QS-Aspekte untereinander priorisiert wurde. Praktisch scheint sich diese Relevanz in der Anzahl der für den jeweiligen Aspekt entwickelten Indikatoren auszudrücken. Der komplizierte Prozess dorthin (mittels fünf Filterschritten) wird aber von vielen Variablen beeinflusst und ist nicht nachvollziehbar dargestellt, am Ende prüft das Expertengremium die Ausgewogenheit des Sets. Es stellt sich die Frage, ob die Bedeutung des Aspektes für das spätere Set nicht mithilfe der erhobenen wissenschaftlichen und empirischen Perspektive vom IQTIG selbst hätte festgelegt werden sollen.

### Themenerschließung

Auf der Grundlage der Literaturrecherche des AQUA-Instituts wurde eine zeitliche Aktualisierung ab dem Jahr 2014 vorgenommen. Die gefundenen Ergebnisse wurden um eine Patientenperspektive und um die Ergebnisse evaluierter Modelle ergänzt. Die Literaturrecherche erfolgte systematisch. Die Fragestellungen sind nachvollziehbar gewählt. Die Formulierung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte vor dem Hintergrund des Methodenpapiers und sind im Recherchebericht nachvollziehbar abgebildet. Die gewählten Datenbanken sind hinsichtlich der Fragestellungen als sinnvoll zu bewerten. Bereits hier findet sich der Hinweis auf einen limitierenden Faktor:

---

<sup>9</sup> Zur Erläuterung: Die Erstellung des Qualitätsmodells umfasst die Recherche, Identifikation und Selektion von Qualitätsaspekten (hier z. B. Psychotherapie, Entlassungsmanagement) die zu einem Qualitätsmodell zusammengefasst werden, welches die Grundlage für die Entwicklung des QS-Verfahrens darstellt.



Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als maßgebliche Leitlinie für die Versorgung von Patienten mit schizophrenen Störungen in Deutschland konnte formal nicht berücksichtigt werden, weil sich diese Leitlinie noch in Überarbeitung befand und keine gültige, zitierfähige Fassung vorliegt. Auch wenn, wie berichtet, mehrere Experten des Expertengremiums persönlich in die Leitlinienüberarbeitung einbezogen waren, ist die Möglichkeit der Entwicklung der Qualitätsindikatoren anhand eines nicht mehr aktuellem Wissensstands in Betracht zu ziehen.

### **Identifikation von Qualitätsaspekten**

Bei der Identifikation von patientenrelevanten Qualitätsaspekten wurde neben der wissenschaftlichen Perspektive die Patienten – und Leistungserbringerperspektive aufgegriffen. Erstens im Rahmen von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Pflegekräften und zweitens im Rahmen von Interviews mit Fachärzten und Therapeuten.

#### Fokusgruppen

Die Ziele, das methodische Vorgehen und die Auswertung des Materials der Fokusgruppen werden nachvollziehbar beschrieben.

Der Vorgang der Rekrutierung der Teilnehmer der Fokusgruppen durch einen externen Dienstleister wird nicht konkret beschrieben. Ein- und Ausschlussgründe für die Pflegekräfte beinhalten lediglich ein Mindestmaß an beruflicher Erfahrung (mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und aktive Pflege von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen). Die Personen durften in den letzten drei Monaten nicht an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen haben.

Tabelle 3 listet die Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen.

Auffallend ist das nicht ausgewogene Verhältnis von weiblichen und männlichen Pflegekräften.

Obwohl die Pflege ein frauendominierter Beruf ist, finden sich doppelt so viele Männer in den Gruppen. Da der Modus der Rekrutierung nicht differenziert abgebildet ist lässt sich nur mutmaßen, dass in die Teilnehmer in den Fokusgruppen sich verstärkt aus der Leitungsebene der Pflege rekrutiert hat.

Für die Teilnahme der Patienten wird auf einen Ethik-Antrag verwiesen, in dem die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patienten, zur Durchführung der Fokusgruppen und zum Umgang mit Patientendaten und dem Diskussionsmaterial dargelegt seien. Dieser liegt dem aktuellen Papier nicht bei. Die tabellarische Abbildung der Charakteristika der Teilnehmer (Tabelle 3) zeigt für die Patientinnen und Patienten eine starke Präsenz von männlichen Teilnehmern (m/w=16/6), was nicht dem realen Geschlechterverhältnis bei Menschen mit einer schizophrenen Störung entspricht. Bei einer Ersterkrankung wird von einem nur leicht höheren Anteil von 1,4:1 bei Männern gegenüber Frauen ausgegangen.

Auffallend ist auch der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten in der Fokusgruppe, die einen Schulabschluss der 10. Klasse oder Abitur haben (82 Prozent). Verschiedenen Studien aus dem



deutschen Sprachraum ist zu entnehmen, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der Anteil an Patienten ohne Schulabschluss vergleichsweise hoch war (z. B. 19 Prozent in: Reichert et al. 2008<sup>10</sup>). Die Tatsache, dass keine(r) der Teilnehmerinnen oder Teilnehmer in einer Wohngruppe oder einem Wohnheim wohnte hinterlässt ebenfalls den Eindruck einer Selektion von Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Zu hinterfragen ist bei einem mittleren Alter der befragten Patientinnen und Patienten von 44,9 Jahren auch die Richtigkeit der Angabe eines beruflichen Status „in Rente/Pension/Vorruhestand“ bei 13 (von insgesamt 22) Teilnehmern, wohingegen nur 2 Teilnehmer als „berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)“ vermerkt waren. Vermutlich handelt es sich hier um einen Erfassungsfehler.

*Insgesamt erscheint die Rekrutierung, einem Trend zu unterliegen, der sozial besser integrierte und intellektuell differenziertere Patientinnen und Patienten bevorzugt in die Auswahl gebracht hat. Somit ist die Repräsentativität der Fokusgruppen für Patientinnen und Patienten zumindest zu diskutieren.*

#### Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten

Es wurden 12 leitfadengestützte Interviews mit 10 Fachärzten, einem Psychotherapeuten und einem Soziotherapeuten geführt, die an der unmittelbaren Versorgung der Patienten mitwirken und in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten, durchgeführt. Von den Fachärzten waren 6 im Rahmen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Krankenhausversorgung tätig, 4 waren niedergelassen. Die Ziele, das methodische Vorgehen und die Auswertung des Materials der Interviews werden nachvollziehbar beschrieben. Für die Rekrutierung der Interviewpartner wurde wiederum auf die Unterstützung eines externen Dienstleisters zurückgegriffen, der Modus der Rekrutierung ist nicht erläutert. Auch zwei direkte Anfragen des IQTIG über Berufsverbände werden berichtet. Die Einschlusskriterien sind nachvollziehbar gewählt. *Somit kann hier ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Leistungsanbietern aus dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung und dem Krankenhausbehandlungsbereich festgestellt werden.*

---

<sup>10</sup> Reichert et al. 2008 in: Schizophrenie von Helmut Remschmidt, Frank Theisen, Springer-Verlag

## Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Zum Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen*“ des IQTIG vom 4. Oktober 2017

Stellungnahme vom 13.11.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitätsförderung  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Tel. 030 4005-1213  
Dezernat7@kbv.de

## Inhalt

<b>1</b>	<b>PRÄAMBEL</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR METHODIK (KAPITEL 1 BIS 4)</b> .....	<b>4</b>
3.1	QUALITÄTSASPEKTE DES VERFAHRENSSPECIFISCHEN QUALITÄTSMODELLS .....	4
3.2	METHODISCHES VORGEHEN.....	4
3.3	STANDARDISIERTE MESSINSTRUMENTE .....	4
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN (KAPITEL 5)</b> .....	<b>5</b>
4.1	VOM QUALITÄTSMERKMAL ZUM QUALITÄTSINDIKATOR .....	5
4.2	QUALITÄTSINDIKATORENÜBERGREIFENDE ANPASSUNGEN .....	5
4.3	QUALITÄTSASPEKT „KONTINUITÄT, KOORDINATION UND KOOPERATION“ .....	5
4.4	QUALITÄTSASPEKT „ENTLASSUNGSMANAGEMENT“ .....	6
4.5	QUALITÄTSASPEKT „PSYCHOEDUKATION“ .....	6
4.6	QUALITÄTSASPEKT „SICHERHEIT UND MONITORING DER PHARMAKOTHERAPIE“ .....	8
4.7	QUALITÄTSASPEKT „PSYCHOTHERAPIE (STATIONÄR/PIA)“ .....	10
4.8	QUALITÄTSASPEKT „SUIZIDALITÄT - UMGANG UND PRÄVENTION“ .....	11
4.9	QUALITÄTSASPEKT „KOMORBIDITÄT SUCHT“ .....	11
4.10	QUALITÄTSASPEKT „SOMATISCHE VERSORGUNG“ .....	12
4.11	QUALITÄTSASPEKT „RESTRIKTIVE MAßNAHMEN“ .....	14
4.12	QUALITÄTSASPEKT „ANGEBOT UND NUTZUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN“ .....	15
4.13	QUALITÄTSASPEKTE „PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU“ UND „SYMPTOMLAST“ .....	18
4.14	TABELLARISCHE ÜBERSICHT DER QUALITÄTSINDIKATOREN.....	20
<b>5</b>	<b>ANMERKUNGEN ZU DEN WEITEREN ENTWICKLUNGSSCHRITTEN (KAPITEL 6 BIS 14)</b> .....	<b>20</b>
5.1	ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN SOZIALDATENANALYSE .....	20
5.2	ERGEBNIS DER THEMENSPECIFISCHEN RECHERCHE NACH BEREITS VORHANDENEN QUALITÄTSINDIKATOREN	21
5.3	SYSTEMQUALITÄT.....	21
5.4	NUTZUNG VON STANDARDISIERTEN MESSINSTRUMENTEN .....	22
5.5	QUALITÄTSASPEKT „TEILHABE“ .....	23
5.6	REFLEXION DES INDIKATORENSETS .....	23
5.7	DATENQUELLEN UND ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	24
5.8	DATENFLÜSSE.....	25
5.9	SCHRITTE BIS ZUM REGELBETRIEB .....	26
<b>6</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT</b> .....	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT</b> .....	<b>27</b>



## 1 Präambel

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewertet den Vorbericht zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde mit Beschluss vom 16. Juni 2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern und das Ergebnis der Beauftragung bis zum 30. September 2017 dem G-BA in Form eines Abschlussberichtes vorzulegen. Abweichend davon erfolgte in Abstimmung mit dem G-BA die Vorlage des Vorberichtes erst zum 4. Oktober 2017. Auf die daraus resultierende nicht fristgerechte Abgabe bzw. Verschiebung der Abgabefrist des Abschlussberichtes (auf voraussichtlich den 31. Dezember 2017) wurde nicht eingegangen. Aus Sicht der KBV sollte dieser Sachverhalt zumindest dargelegt und kurz begründet werden.

Insgesamt liefert der eingereichte Vorbericht einen guten Überblick über das methodische Vorgehen und die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes. Die Inhalte der regelmäßigen Rückkopplung mit dem G-BA während des Entstehungsprozesses haben größtenteils Eingang gefunden. Die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes und der dazugehörigen Erhebungsinstrumente ist auftragsgemäß erfolgt, dennoch verbleibt umfangreicher Klärungsbedarf bereits vor der Machbarkeitsprüfung. Dieser wird im Folgenden mit der deutlichen Bitte um Nachbesserung bzw. Ergänzung dargelegt.

## 2 Anmerkungen zur Zusammenfassung

Die Auflistung der Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (S. 14) stimmt hinsichtlich der Zuordnung zur Datenquelle (wie z. B. Patientenbefragung) nicht mit der Zuordnung auf S. 82/83 des Zwischenberichtes vom 31. Dezember 2016 überein. Die KBV bittet um Klarstellung, welchem Entwicklungsland diese Auflistung entspricht.

Die Tabelle 1 auf S. 16 - 18 bedarf aus Sicht der KBV hinsichtlich der Bezeichnung sowie Zuordnung der Qualitätsindikatoren (QI) zur Ebene der Qualitätssicherung dringender Überarbeitung. So geben die Systemindikatoren des Qualitätsaspektes „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ sowie der QI „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ nicht nur Prozesse der Versorgung sondern auch - wie die Bezeichnung schon sagt - das Angebot bzw. die Inanspruchnahme und somit Strukturqualität wieder. Des Weiteren sollte der QI „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ zusätzlich der Prozessqualität und der QI „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ eher der Strukturqualität zugeordnet werden. Bei dem QI „Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor Entlassung“ müsste „fach“ (analog der Bezeichnung des QI auf S. 58) gestrichen und bei den beiden Systemindikatoren zur „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)“ müsste dieser Begriff in der Bezeichnung (wie auch bei den anderen Systemindikatoren) ergänzt werden.

### **3 Anmerkungen zur Methodik (Kapitel 1 bis 4)**

#### **3.1 Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells**

Aus Tabelle 2 (S. 26/27) bzw. dem einführenden Text dazu wird nicht deutlich, welchen Entwicklungsstand die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen darstellt. Es handelt sich zumindest nicht um - wie anzunehmen wäre - die erste Zuordnung, die im Zwischenbericht beschrieben wird. Die KBV bittet um Klarstellung und nähere Erläuterung.

Der bisher nicht berücksichtigte Qualitätsaspekt zur Teilhabe soll perspektivisch von der datengestützten Qualitätssicherung adressiert werden (S. 29), ohne dass weder an dieser Stelle noch in der Zusammenfassung der noch vorhandene Entwicklungsbedarf zum QI näher erläutert wird. Zudem fehlt hier wie auch in Kapitel 10 die zeitliche Einordnung, wann dies geschehen soll. Die KBV bittet um eine ausführliche Erläuterung.

#### **3.2 Methodisches Vorgehen**

Die einzelnen methodischen Schritte vom Qualitätsaspekt zum Qualitätsindikator werden teilweise nur sehr oberflächlich beleuchtet. Auch ein Blick in die Veröffentlichung des IQTIG zu den „Methodischen Grundlagen“ (2017), auf die mehrfach verwiesen wird, gibt keinen näheren Aufschluss z. B. über das konkrete Vorgehen der Extraktion aus Leitlinien und Pflegestandards und den Syntheseprozess bis hin zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen (Filterschritt 1). Ebenso wird der Filterschritt 2 nur mit einem Satz wiedergegeben. Die KBV bittet darum, insbesondere diese ersten beiden Entwicklungsschritte nachvollziehbar und für jeden Qualitätsaspekt im Einzelnen darzustellen.

Des Weiteren würde es der Nachvollziehbarkeit des Entwicklungsprozesses dienen, wenn z. B. die Abbildung 1 auf S. 32 zumindest Datumsangaben der Sitzungen des Expertengremiums enthalten.

#### **3.3 Standardisierte Messinstrumente**

Mit der Beauftragung des G-BA vom 16. Juni 2016 wurde der Auftrag erteilt „zu prüfen, ob zur Darstellung der Ergebnisqualität Instrumente (ggf. Item-reduziert) genutzt werden können, die die Veränderungen der Symptombelastung bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus abbilden“. Aus Sicht der KBV gibt die Formulierung „Gemäß der Beauftragung des QS-Verfahrens sind Messinstrumente, die eine Outcome-Messung vornehmen, zu berücksichtigen“ diesen Sachverhalt nicht korrekt wieder. Damit wird vorausgesetzt, Messinstrumente benutzen zu müssen, ohne ihren Einsatz in der psychiatrischen Behandlung und seine Auswirkungen kritisch zu hinterfragen. Weitere Anmerkungen zu diesem Thema werden in Zusammenhang mit Kapitel 9 gegeben.

## 4 Anmerkungen zu den Ergebnissen (Kapitel 5)

### 4.1 Vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator

In Tabelle 6 wird eine Übersicht über die Anzahl der Qualitätsmerkmale über die jeweiligen Filterschritte hinweg und zuletzt die Anzahl der Qualitätsindikatoren je Qualitätsaspekt gezeigt. Auch wird im Text beschrieben, dass das inhaltliche Ergebnis des beschriebenen methodischen Vorgehens bei der Qualitätsindikatorenentwicklung für jeden Qualitätsaspekt umfassend dargestellt (S. 47) sowie die Evidenzbasis für jedes Qualitätsmerkmal aufgeführt (S. 49) wird. Ebenso soll laut Vorbericht anschließend der nächste Filterschritt - die Priorisierung von den einbezogenen Qualitätsmerkmalen - dargestellt werden (S. 49). Leider werden aber in den folgenden Kapiteln 5.4 bis 5.15 zu keinem Qualitätsaspekt die Filterschritte 1 bis 3 umfassend beschrieben. Auch im Anhang findet sich hierzu nur eine tabellarische Nennung der Qualitätsmerkmale zu diesen Filterschritten. Die Beschreibung der jeweiligen Qualitätsaspekte startet erst mit der Darstellung der Evidenzbasis der Qualitätsmerkmale, die nach Filterschritt 3 noch vorhanden sind. Wo bzw. wie also lassen sich diese Entwicklungsschritte nachvollziehen? Die KBV bittet um eine Erklärung bzw. ergänzende Darstellung.

### 4.2 Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen

Die KBV bittet um Darstellung der Ergebnisse des 3. Expertengremiums mit einer ausführlichen Begründung für die getroffenen Anpassungen für alle Qualitätsindikatoren hinsichtlich dem Einschluss von Facharztgruppen, dem Ausschluss von Erkrankungen innerhalb der Diagnosegruppe F20.-F29 nach ICD-10-GM sowie dem Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.-F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.-F79.-). Aus fachlicher Sicht sind die ersten beiden Aspekte zwar gut nachvollziehbar, aber insbesondere der Aspekt der Komorbidität lässt sich ohne Begründung nicht nachvollziehen. Sicher ist die Indikation für einige Behandlungsaspekte wie z. B. die Psychoedukation oder Psychotherapie für dieses Patientenkollektiv nicht gegeben, aber z. B. hinsichtlich der teambasierten, multiprofessionellen Versorgung oder einer kontinuierlichen Psychopharmakotherapie ist gerade bei schwer Erkrankten von einem Qualitätsdefizit auszugehen und der Einbezug in das QS-Verfahren umso mehr geboten. Zudem werden nach ICD-10-GM unter F71. - F79.- nicht nur die mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung, sondern auch weitere Formen der Intelligenzminderung kodiert. Die KBV bittet um Klarstellung, welche Diagnosen tatsächlich ausgeschlossen werden sollen.

### 4.3 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Aus fachlicher Sicht wäre zumindest ein Qualitätsindikator, der diesen Qualitätsaspekt abbildet, wie z. B. zur „Planung und Informationsaustausch bei Wechsel des Leistungserbringers“ wünschenswert gewesen. Die Begründung mit den grundlegenden Problemen bei der Operationalisierung und der Verantwortungszuweisung wird jedoch nachvollziehbar geschildert und auch von der KBV geteilt.

#### 4.4 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Bezeichnung QI	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
<b>Ausschlusskriterien</b>	<p>Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p> <p>Aus Sicht der KBV ist es nicht verständlich, wieso beim Ausschluss der Entlassungsgründe z. B. die „Behandlung aus sonstigen Gründen beendet“ mit aufgeführt ist, die „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ (Nr. 04 nach Schlüssel 5) jedoch nicht und dies über den Referenzbereich berücksichtigt werden soll. Da eine Entlassung aus solchen Gründen häufig sehr kurzfristig erfolgt, ist es wahrscheinlich, dass eine Terminvereinbarung aus zeitlichen Gründen nicht mehr umsetzbar ist oder der Patient mit einer Terminvereinbarung nicht einverstanden ist. Des Weiteren müssten auch weitere Entlassungs-/Verlegungsgründe nach Schlüssel 5, wie z. B. die interne Verlegung (Nr. 12 nach Schlüssel 5) usw. ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Überprüfung und Begründung der Ein- bzw. Ausschlüsse.</p>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Aus Sicht der KBV sollte im Sinne einer Qualitätsverbesserung der ambulanten Versorgung der Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung unbedingt eine fachärztliche Behandlung im Vordergrund stehen. Mit der Sicherstellung lediglich eines ersten Arztkontaktes ist eine entsprechende notwendige Nachbehandlung nicht gewährleistet. Die KBV bittet daher um Anpassung des Indikators mit Eingrenzung auf die fachärztlichen Leistungserbringer bzw. die PIA, zumal die Hausärzte auch nicht mit diesem QS-Verfahren adressiert werden.</p>
<b>Referenzbereich</b>	<p>Der Referenzbereich von <math>\geq 95\%</math> erscheint sehr hoch, insbesondere wenn dabei irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten sowie solche mit Entlassung gegen ärztlichen Rat berücksichtigt werden sollen. Hier stellen sich zudem zwei Fragen: Mit welchem Entlassungsgrund werden irregulär entlassene oder entweichende Patienten in der Regel kodiert? Wie hoch ist die Anzahl dieser Patientengruppe?</p>

#### 4.5 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Der Verbesserungsbedarf hinsichtlich Psychoedukation wird - mit einem Verweis auf den Anhang - in der ambulanten Versorgung im Gegensatz zum stationären als deutlich höher eingeschätzt. Aus diesem geht leider keine differenzierte Betrachtung der Sektoren hervor. Die KBV bittet um entsprechende Literaturangaben, die diese Aussage belegen, zumal der vertragsärztliche Bereich im Expertengremium nicht repräsentativ vertreten wurde (vgl. Stellungnahme Kapitel 6) und somit die Aussagekraft des Expertengremiums hier kritisch zu bewerten ist.

Bezeichnung QI	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant/stationär
<b>Beschreibung</b>	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der strukturierten und manualbasierten Psychoedukation erfolgen? Die KBV bittet um die Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
<b>Anmerkungen</b>	Aus Sicht der KBV sollte bei der Definition zur Psychoedukation, die sich dann genauso in dem zugehörigen Ausfüllhinweis wiederfindet, nicht nur auf eine einzelne Veröffentlichung (in diesem Fall von Bäuml und Pitschel-Walz, 2008) verwiesen werden. Eine Psychoedukation muss nicht zwingend 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden. Dies ist weder im stationären noch ambulanten Bereich grundsätzlich so umzusetzen, insbesondere bei kürzeren stationären Aufenthalten oder Patienten mit einer ambulanten fachärztlichen Behandlung, die nicht zusätzlich eine wöchentliche Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting nach Psychotherapie-Richtlinie erhalten, und somit eher selten wöchentliche Termine wahrnehmen. Welche Abrechnungsgrundlage gibt es für die Psychoedukation? Die Durchführung strukturierter und manualbasierter Psychoedukation erfolgt aufgrund bisher fehlender Abrechnungsmöglichkeiten daher hauptsächlich im Rahmen von Selektivverträgen statt. Aus Sicht der KBV wird es aus diesem Grund sehr problematisch gesehen, vorauszusetzen, dass die Psychoedukation immer strukturiert und manualbasiert durchgeführt werden muss. Zudem ist die Familientherapie kein anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren. Es ist außerdem nicht klar ersichtlich, ob die zeitlichen Angaben als Vorgabe für eine positive Beantwortung dieses Indikators einzuordnen sind. Die KBV bittet um eine grundsätzliche Überarbeitung des Indikators.
<b>Referenzbereich/ Datenfelder für die Indikator- berechnung</b>	Es erscheint nicht sinnvoll, Patienten, die eine Psychoedukation ablehnen oder bei denen eine solche aufgrund von kognitiven Einschränkungen oder dem Schweregrad der Erkrankung aktuell nicht durchgeführt werden kann, alleine über den Referenzbereich zu berücksichtigen. Die Befürchtung, dass mit einer möglichen Angabe dazu in den Datenfeldern für den Leistungserbringer ein Anreiz entstehen würde, keine Psychoedukation anzubieten, ist nicht nachvollziehbar. Somit ist keine differenzierte Auswertung und Rückmeldung an den Leistungserbringer und die Einleitung entsprechender qualitätsfördernder Maßnahmen möglich. Des Weiteren haben sicher auch die Dauer der Erkrankung, bereits erfolgte Psychoedukation in der Vergangenheit, die Dauer der stationären Behandlung oder die Stationsart - insbesondere die Behandlung auf einer Akut- oder geschlossenen Stationen - Einfluss auf das Ergebnis dieses QI. Die KBV sieht diese Aspekte alleine über den Referenzbereich nicht ausreichend abgebildet bzw. schätzt den gewählten Referenzbereich als zu hoch ein und befürwortet eine entsprechende Überarbeitung und Anpassung der zugehörigen Datenfelder.
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Der aktuelle Ausfüllhinweis enthält 1:1 die Definition der Psychoedukation aus den Anmerkungen, die bereits dort von der KBV kritisch hinterfragt wurden. Die KBV bittet um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises. Dieser sollte dem Leistungserbringer in einer verständlichen Form einen Hinweis zu einer angemessenen und praktikablen Ausgestaltung der Psychoedukation und den vorgegebenen Rahmenbedingungen geben.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

#### 4.6 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Bezeichnung QI	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - ambulantes Monitoring und Dokumentation
<b>Beschreibung</b>	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der Überprüfung der Psychopharmakotherapie erfolgen? Die KBV bittet um die Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
<b>Zähler</b>	Die KBV bittet um Erklärung, zu welchem Zeitpunkt die QS-Dokumentation für diesen Indikator erfolgen und wie die praktische Umsetzung aussehen soll. Wie wird sichergestellt, dass nach QS-Auslösung dieses Patienten eine erneute Vorstellung bei dem Leistungserbringer erfolgt? Müsste sonst nachträglich für die zwei Quartale, die zur Auslösung geführt haben, oder z. B. zum Ende des Erfassungsjahres dokumentiert werden, um das Indikatorziel mit einer mindestens zweimal jährlichen Überprüfung der Psychopharmakotherapie zu erreichen?
<b>Ausschlusskriterien</b>	Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	Die KBV bedauert, dass zum jetzigen Zeitpunkt auf einem Ausfüllhinweis zur Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente verzichtet wurde. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso dieser erst im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erstellt wird. Bereits dafür wären einheitliche Erläuterungen sicher hilfreich und sinnvoll.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

Bezeichnung QI	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
<b>Grund-gesamtheit</b>	<p>Wieso werden hier nur die Patienten mit einbezogen, die sich in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Behandlung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA) befanden? Dies erscheint nicht sinnvoll, zumal - sollte der stationäre Aufenthalt, insbesondere bei Erstdiagnose, im letzten Quartal des Erfassungsjahres erfolgt sein - eine ambulante Behandlung evtl. im Vorfeld nicht stattgefunden hat und erst im nächsten Erfassungsjahr erfolgt, der Patient aber so nicht zur Grundgesamtheit gezählt werden würde. Außerdem wird in keiner Weise bei diesem Indikator abgebildet, ob bei den Patienten überhaupt eine Indikation für eine kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie vorgelegen hat, die sicher nicht per se bei allen Patienten vorausgesetzt werden kann. Ebenso ist dieser Indikator nicht konsistent zum QI „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“, bei dem auch die Hausärzte mit einbezogen werden, und diese ebenso eine antipsychotische Pharmakotherapie verordnen können. Zudem wird die Grundgesamtheit bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung (S. 96) ohne diese Einschränkung angegeben. Die KBV stellt grundsätzlich die Frage, welche Patienten bei den Systemindikatoren sinnvollerweise die Grundgesamtheit darstellen sollen und bittet um Überarbeitung.</p>
<b>Ausschluss-kriterien</b>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p> <p>Da der Indexaufenthalt hier als der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr definiert wird, bedeutet dies, dass dieser Indikator grundsätzlich als Follow-Up erst im Erfassungsjahr +2 ausgewertet wird? Die KBV bittet um Erklärung.</p>
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	<p>Die KBV bittet um Erklärung, wieso der ambulante fachärztliche Leistungserbringer oder die Psychiatrische Institutsambulanz für die Dokumentation verantwortlich sein sollen. Aus welchen Daten genau wird die Information für diesen Indikator erhoben? Mit der Beschreibung „Verordnung von Antipsychotika (N05A) in den vier Folgequartalen nach stationärer Entlassung“ bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung (S. 96) wird dies nicht deutlich. Die KBV bittet um Präzisierung der für den Zähler zu nutzenden Daten. Für die Daten nach § 300 SGB V sind die ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer oder die Psychiatrischen Institutsambulanzen z. B. nicht verantwortlich. Auch wird mit diesem Indikator nicht zwingend das Ordnungsverhalten der Ärzte abgebildet, sondern die Compliance der Patienten hinsichtlich der Einnahme der antipsychotischen Medikation, da nur eingelöste Rezepte auch abgerechnet werden können. Die KBV bittet dies hinsichtlich der Aussagekraft des Indikators zu beachten.</p>
<b>Adressat der Ergebnis-rückmeldung</b>	<p>In Übereinstimmung mit den anderen Systemindikatoren und auch der Beschreibung zu diesem Indikator auf S. 196 müsste aus Sicht der KBV hier „Systemebene“ statt „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ stehen. Die KBV bitte um Überprüfung und ggf. Korrektur.</p>

<b>Anmerkungen</b>	Da bei der Grundgesamtheit (S. 94) davon gesprochen wird, dass die Patienten sich in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Behandlung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA) befinden müssen, ist nicht verständlich, was an dieser Stelle mit „Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit ...“ gemeint ist. Die KBV bittet um Erläuterung.
--------------------	--

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

#### 4.7 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

<b>Bezeichnung QI</b>	<b>Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt</b>
<b>Anmerkungen</b>	Die KBV hinterfragt, welche Relevanz und Bedeutung die Aussage der Definition der Psychotherapie „Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten ...“ hat. Ist davon auszugehen, dass Psychotherapie im Sinne eines positiven Indikatorergebnisses immer von ausgebildeten Therapeuten erbracht werden muss? Was ist mit Assistenzärzten in Facharztweiterbildung oder Psychotherapeuten in Ausbildung, die in der täglichen Praxis in Krankenhäusern sehr häufig diese Behandlung übernehmen? Die KBV bittet um Erläuterung, wie dies zu verstehen ist, zumal der Ausfüllhinweis bisher auch nur exakt diese Formulierung enthält und damit evtl. irreführend ist.
<b>Referenzbereich/ Datenfelder für die Indikator- berechnung</b>	Aus Sicht der KBV erscheint es ebenso wie bei dem QI zur Psychoedukation nicht sinnvoll, den Bedarf, die Indikation und die Akzeptanz (S. 100) für eine Psychotherapie alleine über den Referenzbereich zu berücksichtigen. Somit ist auch für diesen QI keine differenzierte Auswertung und Rückmeldung an den Leistungserbringer und die Einleitung entsprechender qualitätsfördernder Maßnahmen möglich. Die KBV sieht diese Aspekte alleine über den Referenzbereich nicht ausreichend abgebildet und befürwortet eine entsprechende Überarbeitung und Anpassung der zugehörigen Datenfelder
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Der aktuelle Ausfüllhinweis enthält 1:1 die Definition der Psychotherapie aus den Anmerkungen, die bereits an dieser Stelle von der KBV kritisch hinterfragt wurde. Die KBV bittet um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises. Dieser sollte dem Leistungserbringer in einer verständlichen Form einen Hinweis zu einer angemessenen Ausgestaltung der Psychotherapie und den vorgegebenen Rahmenbedingungen geben.



#### 4.8 Qualitätsaspekt „Suizidalität - Umgang und Prävention“

Bezeichnung QI	Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
<b>Beschreibung/ Datenfelder für die Indikator- berechnung</b>	Bei den Datenfeldern wird im Gegensatz zur Beschreibung nicht differenziert, dass der Suizid nur von Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung während eines voll- oder teilstationären Aufenthalts begangen wurde. Die KBV bittet um Klarstellung, welche Patienten in den QI mit einbezogen werden sollen, und dementsprechend evtl. um Anpassung der Datenfelder.
<b>Zähler/Grund- gesamtheit/ Datenfelder für die Indikator- berechnung</b>	Dieses Konstrukt ist hier nicht nachvollziehbar, wenn in den Datenfeldern gefragt wird, ob für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert wurde. Anstelle dessen müsste dann erfasst werden, wie viele Patienten während eines voll- oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben und bei wie vielen Patienten eine entsprechende Suizidkonferenz durchgeführt wurde. Die KBV bittet um Klarstellung, wie dieser QI berechnet und dargestellt werden soll, und dementsprechend evtl. um Anpassung der Datenfelder.
<b>Ausschluss- kriterien</b>	Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung hier ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
<b>Anmerkungen</b>	Die KBV begrüßt die Erstellung einer Definition für eine Fallbesprechung (Suizidkonferenz) und die entsprechenden Vorgaben zur Dokumentation. Unklar bleibt aber z. B., ob diese Protokolle separat gesammelt werden oder jeweils der entsprechenden Patientenakte zugeordnet werden. Des Weiteren ist die Aussage, möglichst auch die ambulanten behandelnden Leistungserbringer einzubeziehen, aus Sicht der KBV äußerst problematisch. Welche ambulanten Leistungserbringer sind im Einzelnen davon betroffen (Hausärzte, Fachärzte, Pflege, Ergotherapie, etc.)? Wie wird dies praktisch umgesetzt hinsichtlich Vergütung, Konsequenzen, weiteren Maßnahmen, etc.? Die KBV bittet um Überarbeitung und Konkretisierung der Definition und Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises, der bisher nur diese Definition enthält.

#### 4.9 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Bezeichnung QI	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
<b>Bezeichnung</b>	Angelehnt an die Definition für den schädlichen Substanzgebrauch nach ICD-10-GM und zur besseren Verständlichkeit und Abgrenzung der Begrifflichkeiten empfiehlt die KBV eine Umbenennung des Indikators in „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von psychotropen Substanzen“.

<b>Beschreibung</b>	<p>Die KBV bittet um ausführliche Begründung, wieso sich dieser Indikator nur auf die ambulante fachärztliche Versorgung bezieht. Die Argumentation des Expertengremiums (S. 112), dass dies bei stationärer Aufnahme bereits routinemäßig geprüft wird, erscheint als Begründung nicht ausreichend.</p> <p>Des Weiteren bittet die KBV um eine Erklärung, was genau unter „strukturiert anamnestisch abgeklärt“ zu verstehen ist. Gibt es hierzu eine Definition oder ist z. B. ein entsprechender Ausfüllhinweis angedacht oder wird auf die Beschreibung „strukturiert“ vielleicht sinnvollerweise eher verzichtet?</p> <p>Zudem überschneidet sich dieser Indikator mit dem Item „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“ aus dem HoNOS. Sollte der HoNOS Teil des QS-Verfahrens werden, sollte aus Sicht der KBV aufgrund der Überschneidung und Gründen der Datensparsamkeit auf diesen QI verzichtet werden. Die KBV bittet um Überprüfung und ggf. Anpassung des QI-Sets.</p>
<b>Ausschlusskriterien</b>	Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patientinnen und Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der anamnestischen Abklärung erfolgen? Die KBV bittet um Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Die KBV bittet darum, den Ausfüllhinweis angelehnt an die oben aufgeführten Anmerkungen zur Bezeichnung des Indikators abzuändern sowie ihn hinsichtlich der Verständlichkeit und des Praxisbezuges zu überarbeiten.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung - u. a. mit Übernahme auch für den stationären Bereich - erfolgt, und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

#### 4.10 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Bezeichnung QI	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
<b>Beschreibung/ Zähler/Grundgesamtheit</b>	<p>Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso sich dieser Indikator nur auf die ambulante fachärztliche Versorgung bezieht. Was ist mit Patienten, bei denen während eines stationären Aufenthalts eine somatische Abklärung stattgefunden hat? Eine solche Abklärung wäre insbesondere bei Patienten mit Erstdiagnose vor erstmaliger psychopharmakotherapeutischer Behandlung notwendig. Müssten Patienten mit einem stationären Aufenthalt im Erfassungsjahr dann nicht evtl. aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden? Oder wie könnte die stationäre somatische Abklärung mit erfasst und bei der Berechnung des Indikators berücksichtigt werden, wenn diese Informationen nicht in den Sozialdaten enthalten sind? Die KBV bittet, zudem zu überprüfen, ob nicht auch die Patienten, die während des Erfassungsjahres voll- oder teilstationär behandelt wurden, oder sich zwar in ärztlicher, aber nicht fachärztlicher Behandlung befanden, in die Grundgesamtheit einbezogen werden sollen.</p>
<b>Ausschlusskriterien</b>	Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.

<b>verantwortlich für Indikatorergebnis/ Dokumentation</b>	<p>Aus Sicht der KBV wäre zu bedenken, diesen Indikator auf Systemebene zu betrachten, da z. B. der ambulante fachärztliche Leistungserbringer die bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung angegebenen Gebührenordnungspositionen (GOP) in der Regel nicht abrechnet. Zudem werden diese GOP laut Kenntnisstand der KBV von Psychiatrischen Institutsambulanzen überhaupt nicht abgerechnet. Der Indikator berücksichtigt auch in keiner Weise, ob der Patient sich z. B. aufgrund einer somatischen Erkrankung bereits in hausärztlicher oder internistischer Behandlung befindet und deswegen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden oder inwieweit der ambulante fachärztliche Leistungserbringer eine entsprechende Kontrolluntersuchung empfohlen hat. Auch kann davon ausgegangen werden, dass Patienten nach stationärem Aufenthalt mit der Empfehlung der Durchführung einer somatischen Kontrolluntersuchung entlassen werden, die dann unabhängig vom ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer stattfinden kann. Die Zuschreibbarkeit dieses QI dem ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer oder der Psychiatrischen Institutsambulanz ist nach Ansicht der KBV daher nicht ausreichend gegeben. Die KBV bittet um Überprüfung dieser Aspekte und ggf. um entsprechende Anpassung oder gar Streichung dieses Indikators. Zu überlegen wäre aus Sicht der KBV aber auch, ob statt der beschriebenen Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmal nicht eher mit einer fallbezogenen Dokumentation beim Leistungserbringer (aller Sektoren) angelehnt, z.B. an die Operationalisierung des QI „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - Monitoring und Dokumentation“, abgebildet werden könnte.</p>
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	<p>Hier müsste - anlehnend an die Anmerkungen der KBV zur Verantwortlichkeit für das Indikatorergebnis bzw. die Dokumentation - ggf. der Adressat angepasst und in Systemebene geändert werden.</p>
<b>Datenquelle</b>	<p>In der Auflistung fehlen die Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM und das Behandlungsdatum sollte sich auf die GOP (und nicht die Gebührennummer) beziehen. Die KBV bittet um entsprechende Überarbeitung der Datenquellen.</p>
<b>Referenzbereich</b>	<p>Der Referenzbereich müsste aus Sicht der KBV entsprechend der oben aufgeführten Anmerkungen bei Auswertung des QI auf Systemebene entfallen.</p>
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	<p>Was genau ist mit der Formulierung „mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen“ gemeint? Was definiert in dieser Auflistung eine Gruppe? Wie verhält es sich mit den Grundpauschalen, müssen diese vorliegen? Die KBV bittet um Erläuterung sowie verständliche und eindeutige Darstellung.</p>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	<p>Die KBV hinterfragt die Haltung des Expertengremiums, den Indikator nicht auf Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie einzuschränken. Aus fachlicher Sicht ist insbesondere die Psychopharmakotherapie ein Faktor für die erhöhte Morbidität der Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung. Zudem spielen z. B. das Alter des Patienten oder das Vorliegen weiterer somatischer Erkrankungen eine Rolle. Die KBV bittet, diese Anmerkungen zu überprüfen und z. B. mit einer Risikoadjustierung oder zumindest einer stratifizierten Auswertung zu berücksichtigen.</p>

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung - u. a. mit Einbezug der stationären

somatischen Versorgung - erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

#### 4.11 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Bezeichnung QI	1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
<b>Ausschlusskriterien/Grundgesamtheit/Datenfelder</b>	In welcher Form wird die Anzahl der im Erfassungsjahr durchgeführten indizierten Zwangsmaßnahmen erfasst? Aus den aufgeführten Datenfeldern lässt sich diese Information aktuell nicht generieren. Die KBV bittet um Erläuterung und ggf. Anpassung der Datenfelder.  Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.
<b>Qualitätsziel/Anmerkungen</b>	Dieses Qualitätsziel („immer eine 1:1-Betreuung“) ist weder fachlich nachvollziehbar noch aus Sicht der KBV praktisch umsetzbar. Für Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen ist eine 1:1-Betreuung sicher indiziert. Wie jedoch soll z. B. ein Patient isoliert (Definition Isolierung S. 135: ... „die räumliche Absonderung von Patienten ... z. B. gegenüber Mitpatienten oder Personal ...“) und gleichzeitig 1:1-betreut werden? Des Weiteren werden im Kapitel 5.12.1 bei der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale zur 1:1-Betreuung für die Zwangsmedikation keine Angaben gemacht bzw. keine Begründung für eine solche Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit geliefert. Zudem fehlt bei der Definition der Zwangsmaßnahmen eine Beschreibung für die Zwangsmedikation, obwohl sie beim Qualitätsziel mit aufgelistet wurde. Die KBV bittet um Ergänzung einer Definition zur Zwangsmedikation und grundsätzliche, fachliche Überprüfung sowie ggf. Überarbeitung dieses Indikators. Es wäre vorstellbar, sich z. B. bei den Zwangsmaßnahmen ausschließlich auf Fixierungen zu beschränken.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	Wie sieht eine solche Auswertungsstatistik aus? Was genau soll für diese alles erfasst werden? Gibt es dafür Vorgaben? Die KBV bittet um nähere Erläuterung.
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Die KBV bittet darum, die aus den Anmerkungen übernommene Definition zu Zwangsmaßnahmen entsprechend der oben aufgeführten Aspekte anzupassen und grundsätzlich den Ausfüllhinweis bezüglich seiner Verständlichkeit für den Leistungserbringer zu überarbeiten.

Bezeichnung QI	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
<b>Anmerkungen</b>	Werden bei der vorliegenden Definition des Personals z. B. auch psychologische Psychotherapeuten oder Spezialtherapeuten in Ausbildung, Studenten oder Praktikanten mit einbezogen? Beinhaltet die Definition eine abschließende Aufzählung? Wie ist es mit der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder den Mitarbeitern des Sozialdienstes? Die KBV bittet um Klarstellung und ggf. Ergänzung der Definition.  Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.

<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Die KBV bittet darum, die aus den Anmerkungen übernommene Definition zum Personal entsprechend der oben aufgeführten Aspekte anzupassen und grundsätzlich den Ausfüllhinweis bezüglich seiner Verständlichkeit für den Leistungserbringer zu überarbeiten. Des Weiteren fehlt die angekündigte Ergänzung, wie die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiter definiert ist und gezählt wird.
------------------------------------	--

#### 4.12 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

<b>Bezeichnung QI</b>	<b>Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)</b>
<b>Ausschlusskriterien</b>	Gerade bei schwerkranken Patienten, zu denen häufig auch Patienten mit einer Demenz oder einer Intelligenzminderung zählen, ist aus fachlicher Sicht eine teambasierte, multiprofessionelle Versorgung indiziert. Es ist daher umso weniger nachvollziehbar, wieso diese Patienten hier ausgeschlossen werden sollen. Die KBV bittet um Begründung und ggf. Anpassung der Ausschlusskriterien.
<b>Anmerkungen</b>	Ist dies eine abschließende Auflistung der Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V? Müssen alle oder welche dieser Merkmale müssen erfüllt sein, um im Sinnes dieses Indikators die Frage mit „Ja“ beantworten zu können? Welche konkreten Versorgungsmodelle bzw. -formen erfüllen diese Merkmale und können dazugezählt werden? Werden gemeindenahere Komplexangebote oder Angebote zur psychosozialen Versorgung nicht häufig außerhalb der Versorgung im Rahmen des SGB V erbracht? Was ist z. B. mit Versorgungsangeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Gesundheitsämter, dessen Gesetzesgrundlage nicht das SGB V ist? Ist die Einschränkung auf das SGB V an dieser Stelle tatsächlich sinnvoll? Sollten diese Versorgungsangebote bzw. Leistungen nur auf dem SGB V basieren, müssten dann nicht zudem die Krankenkassen auch jeweils Kostenträger sein und diese Information somit aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar sein? Wieso wird dann hier auf eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer zurückgegriffen? Die KBV bittet um eine Konkretisierung, was, wann und wie unter einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verstehen ist und um Begründung der weiteren Fragen.
<b>Instrument</b>	Anstelle von „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ müsste hier nach Ansicht der KBV „ambulante fallbezogene QS-Dokumentation“ stehen. Die KBV bittet um Korrektur.
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	Hier wurde lediglich die Auflistung der Merkmale 1:1 aus den Anmerkungen übernommen, die die KBV bereits dort hinsichtlich ihrer Verständlichkeit hinterfragt hat. Die KBV bittet daher um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises hinsichtlich einer konkreten Beschreibung der mit dem Indikator adressierten Versorgungsangebote.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aus Gründen der unklaren Operationalisierung und Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der

grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)
<b>Bezeichnung/ Anmerkungen</b>	Die KBV regt an, die Bezeichnung des Indikators in „Soziotherapie“ zu ändern, da der Begriff „psychosoziale Therapie“ überflüssig erscheint und so weder in der Soziotherapie-Richtlinie noch in den entsprechenden GOP vorkommt. Somit ist auch keine weitere Definition - wie sie in den Anmerkungen ausgeführt wird - notwendig, da der Begriff Soziotherapie durch die Richtlinie bereits eindeutig definiert ist.
<b>Beschreibung/ Zähler/Grund- gesamtheit</b>	Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso bei diesem Indikator nur Patienten, die sich während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung befinden, eingeschlossen werden. Soziotherapie kann ebenso von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, weiteren Fachärzten wie z. B. Fachärzten für Neurologie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie im Rahmen des Entlassmanagement von Krankenhäusern verordnet werden. Es ist daher nicht nachvollziehbar, insbesondere da die Auswertung des Indikators auf Systemebene erfolgt, wieso nicht alle Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoauffektiven Störung in die Grundgesamtheit einbezogen werden. Aus Sicht der KBV ist eine Überarbeitung des Indikators wünschenswert.
<b>Ausschluss- kriterien</b>	Gerade bei schwerkranken Patienten, zu denen insbesondere auch Patienten mit der Komorbidität einer Demenz oder einer Intelligenzminderung zählen, ist eine Soziotherapie indiziert. Es ist daher umso weniger nachvollziehbar, wieso diese Patienten hier ausgeschlossen werden sollen. Die KBV bittet um Begründung und ggf. Anpassung der Ausschlusskriterien.
<b>Qualitätsziel</b>	Die Indikation für eine Soziotherapie ist in § 2 der Soziotherapie-Richtlinie klar beschrieben und auch der Vorbericht weist auf S. 218 darauf hin, dass diese geprüft werden muss. Aus dieser Regelung zur Indikation geht nicht hervor, dass grundsätzlich alle Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoauffektiven Störung Soziotherapie erhalten sollen. Aus Sicht der KBV ist daher das Qualitätsziel, dass Soziotherapie bei möglichst vielen Patienten Bestandteil der Behandlung sein sollte, nicht nachvollziehbar. Interessant wäre hier auch eine Angabe zur Anzahl der Patienten, für die diese Indikation gegeben ist. Zudem gibt es nach Soziotherapie-Richtlinie und damit für die Kostenübernahme Vorgaben bzw. Begrenzungen zu Umfang und Dauer der Soziotherapie, was wiederum dazu führen kann, dass Patienten diese nicht erhalten. Diese Limitationen sollten aus Sicht der KBV bei der Formulierung des Qualitätsziels deutlich werden bzw. differenziert dargestellt werden, die KBV bittet um eine entsprechende Überarbeitung.
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Die Verantwortlichkeit „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ müsste hier, insofern die obigen Anmerkungen umgesetzt werden, geändert werden in „Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie verordnet (über Sozialdatenspezifikation)“.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine Soziotherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorensatz zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
<b>Beschreibung/ Zähler/Grund- gesamtheit</b>	Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso bei diesem Indikator nur Patienten, die sich während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung befanden, eingeschlossen werden, und ggf. um Anpassung des Indikators. Bei Patienten, die sich nicht in ambulanter fachärztlicher Behandlung (Facharztgruppe 51/58 oder PIA) befanden, sondern von einem anderen Arzt oder teil-/vollstationär behandelt wurden, kann ebenso eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bestehen. Um die gesamte Versorgungssituation der Patienten zu beurteilen, wäre aus Sicht der KBV daher der Einbezug aller Patienten notwendig.
<b>Qualitätsziel</b>	Nach Ansicht der KBV ist bei dem Qualitätsziel, dass ambulante Psychotherapie bei allen Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung Bestandteil der Behandlung sein sollte, nicht berücksichtigt, dass auch eine entsprechende Motivation, Indikation und Therapiefähigkeit vorliegen muss, die nicht per se vorausgesetzt werden kann. Zudem gibt es nach Psychotherapie-Richtlinie und für die Kostenübernahme Vorgaben bzw. Begrenzungen zu Umfang und Dauer der ambulanten Psychotherapie, was wiederum dazu führen kann, dass Patienten keine Psychotherapie erhalten. Diese Limitationen sollten aus Sicht der KBV bei der Formulierung des Qualitätsziels deutlich werden bzw. differenziert dargestellt werden.
<b>Datenfelder für die Indikator- berechnung</b>	Die KBV kritisiert, dass bei der Auflistung der GOP für den Zähler keine Systematik erkennbar ist und zudem einzelne GOP fehlen, insbesondere diejenigen für die Gruppentherapien. Die KBV bittet daher um eine Überarbeitung der Auflistung und würde es begrüßen, wenn Reihenfolge und Darstellung der GOP aus dem aktuellen EBM-Katalog übernommen werden.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorensatz zu übernehmen.

#### 4.13 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „Symptomlast“

Bezeichnung QI	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär
<p><b>Beschreibung</b></p>	<p>In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation zur stattgefundenen Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS erfolgen? Die KBV bittet um Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.</p> <p>Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.</p> <p>Wie ist der Ausdruck „bei stationärer Aufnahme“ zu verstehen? Im Aufnahmegespräch? Innerhalb einer bestimmten Anzahl von Tagen? Gibt es Einschränkungen bei notfallmäßiger Aufnahme oder auf eine Mindestaufenthaltsdauer? Wie wird im ambulanten Bereich sichergestellt, dass der HoNOS innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung durchgeführt wird? Muss der ambulante Leistungserbringer explizit dafür einen ambulanten Behandlungstermin vereinbaren? Wie ist die praktische Umsetzung angedacht? Wie wird dieser Termin abgerechnet? Was ist, wenn ein Termin innerhalb von 4 Wochen aus organisatorischen Gründen nicht möglich oder aus inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll ist oder die ambulante Behandlung beendet wurde oder der Patient die Messung mit dem HoNOS verweigert? Spielt bei der ambulanten Messung der Abstand zu einem stationären Aufenthalt eine Rolle? Wie kann hier sinnvoll eine Verlaufsbetrachtung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erfolgen, wenn die Messung einmal ambulant im 3. oder 4. Quartal des Erfassungsjahres und bei Aufnahme jedes stationären Aufenthaltes erfolgt? Wie wird dies in einen Zusammenhang gestellt hinsichtlich der Verantwortlichkeit der Behandlung und ihres Ergebnisses? Die KBV bittet um ausführliche Erläuterung sowie Überarbeitung der Operationalisierung des QI, insbesondere hinsichtlich der Praktikabilität der Durchführung der Messung und der Messzeitpunkte.</p> <p>Grundsätzlich ist aus Sicht der KBV - wie auch vom Expertengremium als Nachteil angemerkt - zu betonen, dass der HoNOS sich zwar zur Erfassung einer allgemeinen Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus eignet, jedoch kein diagnosespezifisches Instrument ist. Wie kann hiermit also eine Aussage über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik und demzufolge auch über die diagnosespezifische Behandlung getroffen werden? Die KBV bittet um Erläuterung.</p>
<p><b>Ausschlusskriterien</b></p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung hier ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p>



<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	<p>Erfolgt eine Auswertung hinsichtlich des Datums, an dem die Messung durchgeführt wurde? Folgt eine Konsequenz, wenn der HoNOS nicht am Aufnahme- tag bzw. innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung durchgeführt wurde? Soll der ambulante LE händisch ausrechnen, ob der HoNOS innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung erhoben wurde? Was ist der Sinn hinter diesem Datenfeld? Die KBV bittet um ausführliche Erläuterung und ggf. Anpassung der Messzeitpunkte und Datenfelder.</p> <p>Bis auf das Item „Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten“, das am ehesten alleine durch Beobachtung eingeschätzt werden kann, ist für die weiteren 11 Items ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten notwendig. Wie wird damit umgegangen bzw. wie wird dies dokumentiert, wenn der Patient ein solches Gespräch oder bestimmte Angaben verweigert? Ist in diesem Fall „9 = nicht bekannt, nicht anwendbar“ anzukreuzen, was jedoch nicht den Sachverhalt angemessen wiedergibt? Die KBV bittet um Überprüfung und nähere Erläuterung sowie ggf. Anpassung der Datenfelder.</p> <p>Das Item „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“ überschneidet sich aus Sicht der KBV mit dem QI „Substanzmissbrauch und Abhängigkeits- syndrom“, der nur für den ambulanten Bereich erhoben wird. Da der Sach- verhalt hier abgeklärt wird, erübrigt sich nach Ansicht der KBV der genannte Indikator. Die KBV bittet um Überprüfung und nähere Erläuterung sowie ggf. Anpassung des QI-Sets.</p>
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	<p>Die Empfehlung des Expertengremiums, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durch- zuführen ist, wurde leider bisher nicht umgesetzt. Die KBV bittet dahingehend um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises und begrüßt es, dass an dieser Stelle perspektivisch ein Manual zur vereinheitlichten Vorgehensweise in der Datenerfassung als Referenz genannt werden soll.</p>

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär
<b>Beschreibung</b>	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
<b>Ausschlusskriterien</b>	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
<b>Datenfelder</b>	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
<b>Ausfüllhinweis (aus Anhang)</b>	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der grundsätzlichen Bedenken

zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

#### **4.14 Tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren**

Die KBV bittet um eine Überarbeitung der Tabellen 26 (S. 190/191) und 27 (S. 192/193) hinsichtlich der Bezeichnung der QI sowie der Auswertungsebene. Bei dem QI „Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor Entlassung“ müsste in beiden genannten Tabellen „fach“ (analog der Bezeichnung des QI auf S. 58) gestrichen werden. Des Weiteren müsste in Tabelle 26 der QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - stationär“ der Auswertungsebene „Leistungserbringer“ und der QI „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - stationär (Systemindikator)“ der Auswertungsebene „Systemebene“ zugeordnet werden. Die Zuordnung zur Ebene der Qualitätssicherung in Tabelle 27 sollte aus Sicht der KBV - wie bereits in Kapitel 2 Absatz 2 der Stellungnahme angemerkt - noch einmal überprüft und ggf. angepasst werden. Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Informationen dieser beiden Tabellen zur besseren Übersichtlichkeit in einer Tabelle zusammengefasst werden.

## **5 Anmerkungen zu den weiteren Entwicklungsschritten (Kapitel 6 bis 14)**

### **5.1 Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse**

Bei der Darstellung der QS-dokumentationspflichtigen Fälle und Leistungserbringer stellen sich für die KBV einige Fragen bzw. Anmerkungen:

- Wieso werden für die Zahlen aus dem vertragsärztlichen Bereich nicht die Zahlen der KBV bzw. des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) genutzt? Die Anzahl der Patienten sowie der betroffenen Leistungserbringer nach eigenen Berechnungen stimmt nicht mit den im Vorbericht angegebenen Zahlen überein und wird somit deutlich unterschätzt.
- Da es sich im vertragsärztlichen Bereich bei Fällen in der Regel um Behandlungsfälle (pro Quartal) handelt, bittet die KBV darum, bei der Verwendung der Bezeichnung „Fälle“ dies eindeutig dazulegen bzw. alternativ eher von Patienten zu sprechen, wenn jeder Patient genau einen QS-dokumentationspflichtigen Fall darstellt.
- Welcher Quelle entsprechen die Zahlen in den Tabellen 28 bis 30? Ist dies eine Hochrechnung der Daten der einen Krankenkasse?
- Wieso stimmen die Zahlen im Vorbericht nicht mit den Angaben im Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (S. 65/66) überein? Welche Zahlen sind korrekt?
- Auf welcher Datenbasis wurden für die mittels Sozialdaten zu erhebenden Qualitätsindikatoren mit welcher Rechenregel Zähler und Grundgesamtheit berechnet? Mit

der Interpretation der Ergebnisse ist ohne diese Information erst einmal vorsichtig umzugehen.

- In der Beschreibung und den jeweiligen Abbildungen fehlen die Quellenangaben. Des Weiteren fehlt bei den Abbildungen 2 bis 4 (S 197/198) die Beschriftung der x-Achse, so dass die Darstellung zur Verteilung der Leistungserbringer nicht nachvollziehbar ist.

Die KBV bittet um eine Erläuterung sowie Überprüfung bzw. Überarbeitung der Angaben und dazugehörigen Tabellen und Abbildungen.

## **5.2 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren**

Die Indikatorenrecherche wird insbesondere mit der Abbildung 5 (S. 200) plausibel und nachvollziehbar dargestellt. Die Anzahl der recherchierten bestehenden Indikatoren je Qualitätsindikator aus Tabelle 31 (S. 201) stimmt jedoch nicht mit denen im Anhang A.5 aufgeführten überein (die Tabelle 42 im Anhang zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ enthält z. B. 32 recherchierte Indikatoren). Die KBV bittet um Überprüfung und ggf. Korrektur der Tabelle 31 bzw. des Anhangs.

## **5.3 Systemqualität**

Als ein Problem bei der Erfassung der Ergebnisqualität wird beschrieben, dass derzeit die Möglichkeit einer adäquaten Risikoadjustierung fehle. Die KBV würde es begrüßen, wenn dies näher erläutert werden würde, z. B. welche Risikofaktoren relevant wären und in welcher Weise die Erfassung dieser Risikofaktoren problematisch ist. Des Weiteren stellt sich bei der Systemqualität aus Sicht der KBV trotz dessen die Frage nach der Notwendigkeit einer Risikoadjustierung. Als Aggregationsebene wird zwar auf S. 204 die Grundgesamtheit auf Bundesebene genannt, ein Absatz weiter oben im Bericht wird aber als Auswertungsebene unter Systemebene sowohl die Landes- als auch die Bundesebene aufgeführt und auch auf S. 205 wird beschrieben „Die Auswertung erfolgt nur auf Landes- bzw. Bundesebene“. Hier stellen sich folgende Fragen, um deren Erläuterung die KBV bittet:

- Wer ist der Adressat auf Bundesebene? Was passiert mit den Ergebnissen? Welche Konsequenzen folgen?
- Ist bei einer Auswertung der Systemindikatoren auf Landesebene nicht sehr wohl eine Risikoadjustierung notwendig? Strukturen, Angebote und Prozesse in der Versorgung wie auch Gesetzesvorgaben, z. B. zur gesetzlichen Unterbringung, können von Land zu Land sehr verschieden sein.
- Es wird die Veröffentlichung der Systemindikator-Ergebnisse vorausgesetzt (S. 206). In welcher Form soll diese erfolgen?

Des Weiteren werden verschiedene Aussagen getroffen, zu denen die KBV um eine Erklärung bzw. Klarstellung bittet:

- „eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer“ (S. 205) -> An welcher Stelle in der Literatur wird hier ein Qualitätsdefizit beschrieben?

- „Die Erhebung des Erhalts bestimmter Therapien ... kann ... eine generelle regional unterschiedliche Unterversorgung abbildbar machen.“ (S. 205) -> spiegelt der Erhalt bestimmter Therapien nicht in erster Linie nur die Inanspruchnahme dieser Therapien wieder? Ist nicht im Einzelnen zu überprüfen, ob eine Indikation für die entsprechende Therapie vorliegt?
- Die Schlussfolgerung, dass mittels einer Statuserhebung der Patienten ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität von Patienten ermöglicht werde (S. 206) ist nicht nachvollziehbar. Es können damit keine Aussagen über die Qualität der Versorgung erfolgen. Eine Statuserhebung ermöglicht zunächst eine Aussage über den Schweregrad der Erkrankung und die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Patienten und geht darüber nicht hinaus. Im Vorbericht selber wird auf S. 217 beschrieben, dass keine Ergebnisse für einen kausalen Zusammenhang hinsichtlich einer Verbesserung der Behandlungs- oder Systemqualität mit der Einführung einer regelhaften standardisierten Messung vorliegen.

#### 5.4 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten

Die KBV bittet um Beantwortung bzw. Erläuterung folgender Fragen bzw. Anmerkungen:

- Auf welche Quelle begründet sich die Aussage, dass „die Standardisierung in der psychiatrischen Versorgung noch nicht so weit fortgeschritten ist“ (S. 207)?
- Nutzung des HoNOS in anderen Ländern, auf die verwiesen wird: Bei den vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in der Schweiz koordinierten und realisierten Qualitätsmessungen handelt es sich nicht um eine gesetzliche Qualitätssicherung. Die Krankenhäuser können sich freiwillig an der Qualitätssicherung beteiligen, die QS-Dokumentation wird erst im Rahmen des Abschlusses eines Vertrages mit dem ANQ verpflichtend und die Krankenhäuser wissen somit bereits im Vorfeld, welche Datenerhebung auf sie zukommt. Der Einsatz des HoNOS kann aus Sicht der KBV daher nicht dem geplanten Einsatz im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland gleichgestellt werden.
- Bei den allgemeinen Anforderungen an ein standardisiertes Messinstrument wird zwar auf die Validität, die Objektivität, die Reliabilität und die Sensitivität eingegangen; wie ist es grundsätzlich mit der Spezifität des Messinstrumentes? Wie sieht diese im Speziellen für den HoNOS aus?
- Implementierung in der deutschen psychiatrischen Versorgung: Laut Tabelle 33 (S. 213) sei diese für den HoNOS gegeben (z. B. in IV-Modellen, Kliniken), die KBV bittet um die entsprechenden Quellenangaben. Vom Expertengremium wird ausdrücklich auf mögliche weitere Messinstrumente verwiesen und angemerkt, dass die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) aktuell im Rahmen von IV-Projekten, anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt werde (z. B. S. 173) sowie Bestandteil der Basisdokumentation sei. Laut Rückmeldung aus dem vertragsärztlichen Bereich wird der HoNOS bisher im ambulanten Bereich nicht eingesetzt.
- Die KBV bittet hinsichtlich der auf S. 211 beschriebenen, recherchierten Indikatoren mit Messinstrumenten um einen Verweis auf Anhang A.6. Zudem werden in der Tabelle 44 im Anhang nur 21 statt 22 Qualitätsindikatoren, die die psychosoziale Funktion messen, aufgeführt. Die KBV bittet um entsprechende Überarbeitung.

- Die Nutzung des HoNOS setzt eine Schulung und Refresher-Trainings voraus (S. 215). Wie soll dies praktisch umgesetzt und vergütet werden? Wer überprüft die Leistungserbringer, ob sie geschult wurden und den HoNOS angemessen durchführen? Des Weiteren wird der Aufwand für die Durchführung der Messung deutlich höher als 5 - 10 Minuten eingeschätzt. Steht hier Aufwand und Nutzen tatsächlich in einem zu rechtfertigenden Verhältnis?
- Hinsichtlich der Reliabilität des HoNOS wird beschrieben, dass es mehrere Items gibt, die über verschiedene Untersuchungen hinweg schlechte bis keine Übereinstimmungen aufweisen, und sich bei einzelnen Items geringe bis keine Test-Retest-Korrelationen zeigen (S. 215). Die KBV bittet um Erklärung, wie hiermit eine angemessene Vergleichbarkeit und Verlaufsbetrachtung der Stuserhebung erfolgen kann, insbesondere, wenn der Status von verschiedenen ambulanten und stationären Leistungserbringern erhoben wird.
- Es wird beschrieben, dass eine Einzelergebnisbetrachtung auf der individuellen Fallenebene zur Aktualisierung des Status und zur Therapieplanung und individuellen Anpassung von Therapiezielen dienen kann. Wie und wann erhält der Leistungserbringer diese individuelle Auswertung des HoNOS oder muss er diese selber vornehmen? Ohne eine solche Auswertung kann der HoNOS nicht sinnvoll in die Behandlung integriert werden.
- Ist der Messzeitpunkt von ambulanten Patienten in der zweiten Hälfte des Erfassungsjahres tatsächlich sinnvoll? Weitere Fragen und Aspekte zum Messzeitpunkt usw. siehe auch in der Stellungnahme zum Indikator in Kapitel 4.13.

## 5.5 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Es wird nachvollziehbar geschildert, dass, um auf Systemebene eine Gesamtaussage zur Teilhabe valide treffen zu können, regelhaft der Status der Einschränkung der Teilhabe erfasst werden müsste und vom Zwischenbericht abweichend eine Patientenbefragung hierzu nicht das optimale Erhebungsinstrument sei. Dies würde also eine Erfassung der subjektiv vom Patienten wahrgenommenen Einschränkung der Teilhabeaspekte fallbezogen beim ambulanten Leistungserbringer zur Folge haben. Aus Sicht der KBV sollte eine fallbezogene QS-Dokumentation jedoch nicht ein zusätzliches Erhebungsinstrument darstellen, sondern aus Gründen der Datensparsamkeit wenn dann die Patientenbefragung ersetzen. Zudem bittet die KBV darum, am besten mit einem konkreten Zeitplan im Detail darzulegen, was unter „Einbezug des Expertengremiums vor Beginn der Machbarkeitsprüfung ein entsprechender Qualitätsindikator nachentwickelt wird“ zu verstehen ist. Abgesehen davon stellen sich mit einem Systemindikator zur Teilhabe auch die gleichen offenen Fragen wie zum Konstrukt Systemqualität im Allgemeinen sowie hinsichtlich seiner Aussagekraft zur Versorgungsqualität im Speziellen analog zum QI „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS).“

## 5.6 Reflexion des Indikatorensets

In der Beauftragung des IQTIG (G-BA Beschluss vom 16. Juni 2016) zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

sowie in der Anlage 2 des G-BA Beschlusses über die Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ von Januar 2016 lassen sich keine Aussagen zur Überarbeitung der Anzahl der Indikatoren zur Psychopharmakotherapie sowie einer Berücksichtigung bisher nicht abgebildeter Aspekte wie Suizidalität, somatische Komorbiditäten, Psychotherapie, Psychoedukation sowie multiprofessionelle und aufsuchende Behandlungsangebote finden. Die KBV bittet um eine entsprechende Quellenangabe, aus der sich diese Aspekte ableiten lassen, da so eine Reflexion des Indikatorensets hinsichtlich der Beauftragung nicht nachzuvollziehen ist.

Abgesehen von den vielfältigen, noch notwendigen Nachbesserungen bildet das neue entwickelte Qualitätsindikatorenset insgesamt nach Einschätzung der KBV alle Versorgungsaspekte und -bereiche gut ab und erfüllt damit die Beauftragung hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Adressierung der unterschiedlichen Qualitätsaspekte. Bezüglich der Vergleichbarkeit der Sektoren bzw. auch der sektorenübergreifenden Behandlung der Patienten ist aus Sicht der KBV jedoch nicht nachvollziehbar, wieso z. B. die Qualitätsindikatoren „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ sowie „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ sich nur auf den ambulanten Bereich beschränken. Gerade der Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ sollte sektorenübergreifend gedacht und erfasst werden. Die KBV verweist hierzu auch auf die Kapitel 4.9 und 4.10 und bittet um eine ausführliche Begründung zu dieser Anmerkung.

Aus Sicht der KBV wird die Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nur sehr oberflächlich vorgenommen, obwohl in der Beauftragung des G-BA explizit gefordert wurde, Aufwand und Nutzen darzustellen und abzuwägen. Auf die zudem dort insbesondere gewünschte Prüfung der Nutzung von Stichproben oder Fokussierung auf Subpopulationen wird im Vorbericht überhaupt nicht eingegangen. Alleine aufgrund der Tatsache, dass das ursprünglich vom AQUA-Institut empfohlene Set mit 27 Indikatoren auf 19 Indikatoren reduziert wurde, reicht nicht aus, um das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als angemessen einzuschätzen. Bei der Auflistung der Indikatoren für den ambulanten Bereich wird zudem nicht einmal erwähnt, dass sich zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ noch weitere Indikatoren in Entwicklung befinden, was sowohl die Gesamtzahl der Indikatoren wie auch die Ausgewogenheit zwischen den Sektoren noch verändern kann. Des Weiteren wird auf S. 234 beschrieben, dass der Dokumentationsaufwand für den Leistungserbringer hoch ist. Die KBV bittet um eine ausführliche Darlegung der Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit eines Qualitätsindikatorensets hinsichtlich seines Aufwand-Nutzen-Verhältnisses. Zudem Aufwand und Nutzen sind darzustellen und abzuwägen. Hierbei soll insbesondere die Nutzung von Stichproben und Fokussierung auf Subpopulationen geprüft werden.

## 5.7 Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Hinsichtlich des Alters als Ausschlusskriterium beim Patientenfilter, werden bei den Sozialdaten der Krankenkassen alle Patienten eingeschlossen, die spätestens am 31.12. des Erfassungsjahres 18 Jahre alt waren? Was passiert mit Patienten, die während der ambu-

lanten Behandlung 18 Jahre werden? Werden diese ebenfalls eingeschlossen? Ab wann werden die Patienten QS-dokumentationspflichtig? Zur Dokumentationspflicht stellt sich zudem grundsätzlich die Frage, aus welchen Gründen Patienten im ambulanten Bereich in der Regel eingeschlossen werden, wenn sie sich mindestens zwei Quartale in Behandlung des Leistungserbringers befunden haben. Auf welchen Annahmen beruht diese Überlegung? Was sind die Hintergründe? Die KBV bittet um eine Erklärung bzw. Begründung.

Zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer wird beschrieben, dass diese prozessbegleitend auf Basis von Diagnose- und Operationscodes durch den QS-Filter ausgelöst wird. Dies ist an dieser Stelle irreführend, wenn in Kapitel 13 zu den Datenflüssen im ambulanten Bereich eine Auslösung anhand der quartalsmäßigen Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) diskutiert wird. Die KBV bittet darum, dies entweder an dieser Stelle differenziert für die verschiedenen Sektoren darzustellen oder das Thema Auslösung hier sinnvollerweise nicht zu erwähnen, wenn es im darauffolgenden Kapitel ausführlich behandelt wird.

Die KBV bittet an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darum, die Spezifikationen - wie dies auch das AQUA-Institut getan hat - zusätzlich in Form einer CSV-Datei zur Verfügung zu stellen, um die Umsetzungshürden der Spezifikation für die Datenannahmestellen und Leistungserbringer zu reduzieren.

## 5.8 Datenflüsse

Die KBV hinterfragt die Aussage auf S. 238, dass die Software QuIK-Register bei den niedergelassenen Kardiologen nahezu *flächendeckend* eingesetzt wird, und bittet um eine entsprechende Quellenangabe.

Aus welchen Gründen wird davon ausgegangen, dass für das QS-Verfahren zur „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ die existierenden Softwareprodukte nicht um die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen ergänzt werden können? Und wieso sollte die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle und die Durchführung der QS-Dokumentation nach Möglichkeit unabhängig von spezifischen Softwareprodukten konzipiert werden? Auch wenn sich die Entwicklung von entsprechenden notwendigen Softwareprodukten in der Vergangenheit als nicht unproblematisch dargestellt hat, bittet die KBV um eine ausführliche Begründung der Annahmen im Vorbericht. Eine Auslösung der dokumentationspflichtigen QS-Fälle, angelehnt an die Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation von Vertragsärzten bei QS WI durch die KVen, ist aus Sicht der KBV aufgrund der mangelnden Praktikabilität nicht vorstellbar. Bei QS WI handelt sich um eine einmal jährlich zu einem festen Zeitpunkt stattfindende Überprüfung der Dokumentationspflicht und Information der Leistungserbringer. Der Aufwand, der mit dem neuen QS-Verfahren auf die KVen zukommen würde, ist in keinsten Weise mit dem bisherigen vergleichbar und hinsichtlich des Aufwand-Nutzen-Verhältnis nicht vertretbar. Irreführend ist dabei auch die Formulierung, dass die Durchführung der anschließenden QS-Dokumentation durch den Vertragsarzt über eine entsprechende Dokumentationssoftware erfolgen könnte. Wenn es eine QS-Dokumenta-

tionssoftware mit Schnittstelle zur Praxissoftware gibt, ist diese sicher auch in der Lage, die Auslösung zu übernehmen. Zudem ist eine fallbezogene QS-Dokumentation über eine Webportallösung aus datenschutzrechtlichen Gründen nach Einschätzung der KBV nicht möglich und würde den Dokumentationsaufwand voraussichtlich noch erhöhen, da patientenbezogene Daten nicht aus der Praxissoftware übernommen und zusätzlich dokumentiert werden müssten.

Die KBV bittet ausdrücklich darum, dass sie zukünftig bei solchen Überlegungen mit einbezogen wird und bedauert sehr, dass eine Einbeziehung in das Thema QS-Dokumentation und Auslösung bisher nicht stattgefunden hat. Zudem erwartet die KBV eine Erläuterung, wie und von wem dieses Webportal vor den aktuellen datenschutzrechtlichen Gesetzgrundlagen umgesetzt werden sollte und wieso die technische Umsetzung analog der auch für den stationären Bereich noch zu entwickelnden Softwarelösungen nicht für den ambulanten Bereich möglich sein sollte.

## 5.9 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die KBV begrüßt die empfohlene Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung zur Erprobung und Optimierung der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösung, Dokumentation und Datenflüsse ausdrücklich. Sie bedauert, dass im Rahmen der Verfahrensentwicklung kein umfangreiches Auswertungskonzept erarbeitet wurde und dies erst im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung geplant ist.

Aus Sicht der KBV ist - wie bereits in Kapitel 5.3 der Stellungnahme ausgeführt - abhängig von der geplanten Auswertungsebene die Notwendigkeit der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für die Ergebnisindikatoren nochmals zu überprüfen. Eine Auswertung auf Länderebene würde nach Ansicht der KBV eine Risikoadjustierung voraussetzen.

Außerdem vermisst die KBV bei der Beschreibung des weiteren, zeitlichen Ablaufes eine Erwähnung der noch zu entwickelnden Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“. Wie werden diese in den zeitlichen Ablauf eingeplant? Die KBV bittet um Erläuterung.

## 6 Anmerkungen zum Anhang zum Vorbericht

Im Vorwort zu Tabelle 46 im Anhang B werden die Kriterien für die Auswahl der Experten für das Expertengremium dargelegt und z. B. auf die Ausgewogenheit hinsichtlich der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär) hingewiesen. Die KBV bedauert es sehr, dass das Expertengremium - trotz dessen und trotz der hohen Relevanz dieses QS-Verfahrens für den ambulanten Bereich - nur mit einer Vertreterin aus der vertragsärztlichen Versorgung besetzt wurde. Aus Transparenzgründen sollten ggf. vorliegende Schwierigkeiten bei der Rekrutierung zudem hier dargelegt werden. Nach Ansicht der KBV ist es dringend notwendig, dass die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an den Expertengremien so geschaffen werden, dass eine angemessene Vertretung bzw. Beteiligung des vertragsärztlichen Bereiches ermöglicht wird.



Die KBV bittet beim Leistungs- und Medikationsfilter in Tabelle 50 im Anhang C.1 in der Zeile „Daten nach §§ 295, 295a SGB V“ um eine Änderung des Filterschrittes „EBM aller abgerechneten Leistungen nach Liste EBM“ in „GOP aller abgerechneten Leistungen nach Liste GOP“. Ebenso sollte analog dazu in Tabelle 58 im Anhang C.5 jeweils EBM durch GOP ersetzt werden. Des Weiteren würde die KBV eine alphabetische und vollständige Auflistung der GOP entsprechend der Reihenfolge und Darstellung der GOP im aktuellen EBM-Katalog begrüßen, es fehlen z. B. einige GOP für die Gruppentherapien.

Im Anhang folgt auf Kapitel D.2. das Kapitel D.5, werden die Kapitel D.3 und D.4 noch eingefügt? Außerdem vermisst die KBV die QS-Filter für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation und die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und bittet um entsprechende Ergänzung des Anhangs.

Die KBV ist etwas verwundert über die Einführung des neuen Datenfeldes „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“ in den Tabellen 60 und 61 (Anhang D.5/D.6) für die ambulante und stationäre fallbezogene QS-Dokumentation und bittet um eine Begründung sowie Erklärung zur Sinnhaftig- und Notwendigkeit. Was ist mit der bisher genutzten Vorgangsnummer im QS-Datensatz, der zur Reidentifikation des Falles dient?

Die Bezeichnung des Datenfeldes 27 in Tabelle 60 im Anhang D.5 sowie im Dokubogen im Anhang D.8 ist in Bezug auf die Beschreibung des zugehörigen QI wahrscheinlich nicht für den stationären Bereich angedacht. Die KBV empfiehlt die Bezeichnung entsprechend zu korrigieren.

## **7 Zusammenfassung und Fazit**

Der 253 Seiten umfassende Vorbericht ist ausführlich, gut lesbar und in großen Teilen gut nachvollziehbar. Im Anhang zum Vorbericht können die einzelnen Entwicklungsschritte des Qualitätsindikatorensets größtenteils nachverfolgt werden, wobei jedoch insbesondere die Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten (die ersten drei Filterschritte) nicht näher beschrieben wird. Die Zusammensetzung des Expertengremiums und große Teile des entwickelten Qualitätsindikatorensets - auch aufgrund des deutlichen Gewichts, das dem Expertengremium beim Entwicklungsprozess zuteil wurde - können aus Sicht der KBV jedoch nicht mitgetragen werden.

### **Nutzung des Messinstruments HoNOS**

Die KBV teilt die Einschätzung im Vorbericht, dass sowohl über die Chancen und Implikationen der Einführung eines standardisierten Messinstruments grundsätzlich als auch über das konkrete Messinstrument HoNOS ausführlich zu diskutieren ist. Zudem wurde der mögliche Einsatz eines standardisierten Messinstruments in der Beauftragung vom 16. Juni 2016 lediglich als „Prüfauftrag“ formuliert. Zum anderen wird die spezifische Nutzung des HoNOS durchaus sehr kritisch gesehen. Schließlich vermisst die KBV eine aussagekräftige Aufwand-Nutzen-Einschätzung sowie ein plausibles und verständliches Auswertungskonzept im Vorbericht. Der HoNOS ist bisher nicht Bestandteil der Regelversorgung und auch durch

keine Leitlinie vorgegeben, so dass seine Ein- und Durchführung aus Sicht der KBV mit einem nicht zu rechtfertigenden Aufwand verbunden ist. Da der HoNOS keine diagnosebezogene Symptombelastung misst und auf Systemebene ausgewertet werden soll, ist seine Aussagekraft über die Versorgungs- bzw. Behandlungsqualität von Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung außerdem sehr begrenzt. Auch die aktuell angedachten Messzeitpunkte sowie die Erhebung durch unterschiedliche Leistungserbringer lassen keine sinnvolle Verlaufsbetrachtung zu und geben allenfalls eine Stuserhebung auf Basis einer Mischkalkulation bzw. ein Durchschnittsergebnis wieder. Die Erfassung der Ergebnisqualität wäre nur durch eine Verlaufs- bzw. Veränderungsmessung sinnvoll, was eine Messung mit dem HoNOS jeweils zu Anfang und zu Ende der Behandlung erfordern würde. Die KBV plädiert daher ausdrücklich dafür, den HoNOS im Rahmen dieses QS-Verfahrens nicht einzusetzen. Um zumindest den Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ abzubilden, wäre aus Sicht der KBV aber z. B. die Nutzung der GAF-Skala, die ein gut implementiertes und zeitlich deutlich weniger aufwändiges Instrument darstellt, denkbar. Aber auch hier gibt die KBV grundsätzlich zu Bedenken, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein sinnvolles und plausibles Auswertungskonzept für Systemindikatoren fehlt.

### Qualitätsindikatorenset

Bei vielen Qualitätsindikatoren sieht die KBV einen deutlichen Nachbesserungsbedarf und nach aktuellem Stand eine nur eingeschränkte Nutzbarkeit, da insbesondere die Operationalisierung unpräzise bleibt oder nicht nachzuvollziehen ist, wie z. B. bei den QI:

- „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant“
- „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - ambulantes Monitoring und Dokumentation“
- „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“
- „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“.

Die KBV befürwortet die komplette Streichung der QI:

- „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“
- „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“
- „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“
- „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“
- „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant“ „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant (Systemindikator)“.

Des Weiteren sieht die KBV indikatorenübergreifend vielseitigen Nachbearbeitungsbedarf und bittet daher um entsprechende Konkretisierung, Differenzierung bzw. Begründung insbesondere hinsichtlich folgender Aspekte:

- der Zuordnung der Qualitätsindikatoren zur Ebene der Qualitätssicherung und zur Auswertungsebene
- dem Ausschluss von Patienten mit der Komorbidität Demenz und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung
- der Art und Weise der Dokumentation bei allen Qualitätsindikatoren, die diese beinhalten
- unklaren, missverständlichen Definitionen (z. B. von Psychoedukation, Psychotherapie, Suizidkonferenz, Zwangsmaßnahmen)
- der Festlegung der Ausschlusskriterien und Referenzbereiche ( z. B. QI „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation“, „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“, „Ambulante Psychotherapie“)
- dem Einbezug der Leistungserbringer (z. B. QI „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin/eines Patienten“, „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“, „Somatische Versorgung“).

### **Systemqualität**

Zum Konstrukt Systemqualität besteht aus Sicht der KBV noch an vielen Stellen Unklarheit. Wie sieht das Auswertungskonzept hierzu aus? Wer ist der Adressat auf Landes- oder Bundesebene? Was passiert mit den Ergebnissen mit welchen Konsequenzen? Ist bei einer Auswertung der Systemindikatoren auf Landesebene nicht sehr wohl eine Risikoadjustierung notwendig? Welche Patienten stellen bei den Systemindikatoren sinnvollerweise die Grundgesamtheit dar, insbesondere wenn diese auf Basis von Sozialdaten erhoben werden? Sollten dann nicht eher alle Patienten, die mit den Diagnosen Schizophrenie oder schizoaffektive Störung über die Sozialdaten abgebildet werden können, mit einbezogen werden, damit eine Aussage über die gesamte Versorgungssituation getroffen werden kann? Außerdem stellt die KBV in Frage, inwieweit sich tatsächlich Systemindikatoren zur Erfassung der Behandlungsqualität und vor allem der Ergebnisqualität eignen. Mit dem HoNOS lässt sich z. B. nur eine allgemeine Symptomlast im Sinne einer Statuserhebung zum Schweregrad der vorliegenden Symptomatik darstellen. Auch die Indikatoren „Team-basierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“, und „Ambulante Psychotherapie“ bilden zunächst einen Zustand ab, ohne dass klar ist, welcher Anteil der Patienten konkret dieser Therapie bedurft hätten.

Die KBV spricht sich aus den oben genannten Gründen vorerst gegen eine Verwendung von Systemindikatoren im Rahmen dieses Qualitätssicherungsverfahrens aus.

### **Weiteres Vorgehen**

Nach Ansicht der KBV verbleibt vor einer möglichen praktischen Umsetzung dieses QS-Verfahrens bedauerlicherweise noch umfassender Entwicklungsbedarf. Dies gilt ebenso für die empfohlene Machbarkeitsprüfung. Vor deren Durchführung müssten folgende wesentliche Aspekte geklärt bzw. ergänzt werden:

- eine praktikable Operationalisierung der meisten Qualitätsindikatoren bzw. eine Anpassung des Indikatorensets

- ein Auswertungskonzept und Rechenregeln für alle Qualitätsindikatoren
- ein sinnvolles und machbares Konzept zur QS-Auslösung und QS-Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich (u. a. mit einem differenzierten Blick auf die kollektiv- und selektivvertraglichen Leistungserbringer)
- ggf. die im Vorbericht angekündigte Entwicklung von Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt Teilhabe (wobei die KBV die Entwicklung eines Systemindikators auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer hierzu kritisch sieht)
- die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für ggf. im QS-Verfahren genutzte Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität
- die Einbindung der Patientenbefragung in das Qualitätsindikatorensatz „Klassik“.

Entsprechende Konzeptvorschläge und Nachbesserungen sollten - in enger Abstimmung mit dem G-BA - zeitnah erarbeitet werden. Die KBV bittet insbesondere hinsichtlich der Fragen zur praktischen Umsetzung des QS-Verfahrens im vertragsärztlichen Bereich um einen Einbezug in die weitere Entwicklung.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu  
„Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen  
nach § 140f SGB V

zu

„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung  
von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen“ (Stand: 04.10.2017)

13.11.2017

Ansprechpartnerinnen:

Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein, Sozialverband Deutschland  
[ilse\\_heberlein@web.de](mailto:ilse_heberlein@web.de)

Dr. Ilona Köster-Steinebach  
[ilona.koester-steinebach@vzbv.de](mailto:ilona.koester-steinebach@vzbv.de)

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu  
„Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

## Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund .....	3
2. Zusammenfassende Bewertung .....	4
3. Einschätzungen zur Methodik .....	6
4. Anmerkungen zu den Qualitätsaspekten und den ihnen zugeordneten Indikatoren ...	9
4.1 Kontinuität, Koordination und Kooperation sowie Entlassungsmanagement.....	9
4.2 Psychoedukation .....	10
4.3 Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie .....	10
4.4 Psychotherapie (stationär/PIA).....	11
4.5 Suizidalität – Umgang und Prävention .....	11
4.6 Komorbidität Sucht .....	12
4.7 Somatische Versorgung.....	12
4.8 Restriktive Maßnahmen .....	12
4.9 Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen.....	13
4.10 Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast.....	13

Hinweis: Die im Text aufgeführten Seitenzahlen, Tabellen-Angaben und wörtliche Zitate be-  
ziehen sich, so weit nicht anders gekennzeichnet, auf den Bericht des IQTiG.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

## 1. Hintergrund

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Juni 2016 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) als Institution nach § 137a SGB V beauftragt, das 2015 vom AQUA Institut vorgelegte Konzept für ein „Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) zu aktualisieren und weiterzuentwickeln und um eine Patientenbefragung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive zu ergänzen.

Die Beauftragung umfasst somit folgende Entwicklungsschritte:

- Aktualisierung und Weiterentwicklung eines spezifischen Qualitätskonzepts
- Überarbeitung und Ergänzung der (vom AQUA-Institut) entwickelten Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Entwicklung einer Patientenbefragung mit einem validierten Fragebogen.

In einem ersten Schritt erfolgten zum Dezember 2016 die Ableitung der Qualitätsaspekte und die Darstellung im Rahmen eines Qualitätsmodells. Am 15. Mai 2015 hat das IQTiG einen Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung vorgelegt, zu welchem die Patientenorganisationen am 01.06.2017 Stellung genommen haben. Mit Stand vom 04.10.2017 liegt jetzt der Vorbericht zum QS-Verfahren Schizophrenie vor. Dieser umfasst die Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Die in Tabelle 1 dieser Stellungnahme aufgeführten 17 Qualitätsaspekte wurden durch das Qualitätsmodell des IQTiG selektiert und den Informationsquellen Patientenbefragung (PB), QS-Dokumentation der Leistungserbringer (QSD) sowie den Sozialdaten bei den Krankenkassen (SD) zugeordnet.

Insgesamt wurden zu den selektierten Qualitätsaspekten 19 Qualitätsindikatoren entwickelt, die Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen adressieren und den Ebenen der Prozessqualität (16 Indikatoren), Ergebnisqualität (2 Indikatoren) und Strukturqualität (1 Indikator) zugeordnet sind (siehe Vorbericht S. 17/18).

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

Tabelle 1: Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells des IQTiG

1. Kontinuität, Koordination und Kooperation (PB)	10. Suizidalität – Umgang und Prävention (QSD, SD)
2. Entlassungsmanagement (PB, QSD, SD)	11. Komorbidität Sucht (QSD, SD)
3. Information und Aufklärung (PB)	12. Somatische Versorgung (QSD, SD)
4. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten (PB)	13. Restriktive Maßnahmen (PB, QSD, SD)
5. Psychoedukation (PB, QSD, SD)	14. Veränderungen der Symptombelastung (QSD, SD)
6. Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen (PB)	15. Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus (QSD, SD)
7. Patientenbezogenes Medikationsmanagement (PB)	16. Teilhabe (PB, QSD, SD)
8. Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie (QSD, SD)	17. Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (QSD, SD)
9. Psychotherapie (stationär/PIA) (QSD, SD)	

## 2. Zusammenfassende Bewertung

Die Patientenorganisationen begrüßen es, dass das 2015 vom AQUA-Institut vorgelegte QS-Verfahren „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29)“ durch das IQTiG um eine Patientenbefragung ergänzt und hinsichtlich der Qualitätsindikatoren überarbeitet wurde. Erfreulich ist insbesondere die Berücksichtigung der Ergebnisqualität durch die standardisierte Erfassung der Symptombelastung und des psychosozialen Funktionsniveaus. Insgesamt wurde ein Set von 19 Qualitätsindikatoren entwickelt, das für die Beurteilung der Versorgungsqualität psychisch Kranker mit einer F2-Diagnose von hoher Relevanz ist. An verschiede-



## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

denen Stellen wird hier eine wesentliche Weiterentwicklung gegenüber dem vorher vorliegenden Indikatorenset vorgenommen, die von der Patientenvertretung ausdrücklich begrüßt wird.

Eingeschränkt wird die Beurteilbarkeit des nun vorgelegten Indikatorensets dadurch, dass an verschiedenen Stellen ein Zusammenspiel und eine wechselseitige Ergänzung mit der Patientenbefragung vom IQTiG vorgesehen und inhaltlich ausgesprochen sinnvoll ist. Da sich der vorliegende Bericht aber ausschließlich auf den Bereich der mittels Dokumentations- und Sozialdaten erhobenen Indikatoren bezieht, ist dieses Zusammenspiel inhaltlich nur durch erhebliche Rechercharbeit über den vorgelegten Bericht hinaus sicht- und beurteilbar. Hintergrund dieses Problems ist die Auftragslage durch den G-BA, die verschiedene Abgabefristen für die beiden Teile des QS Verfahrens Schizophrenie vorsieht. Für die Zukunft sollte sowohl vom G-BA als auch vom IQTiG angestrebt werden, bei Verfahren, die durch eine hohe Interdependenz dieser Säulen der Qualitätssicherung geprägt sind, auch integrierte Berichte vorzusehen, damit die Interaktion besser beurteilbar ist.

Des Weiteren bedauern die Patientenorganisationen nachdrücklich, dass die Strukturqualität nicht stärker berücksichtigt wird. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2013 mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V ausdrücklich aufgefordert, „... 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“ festzulegen. Es ist vielfach erwiesen, dass ohne ausreichendes und ausreichend qualifiziertes Personal keine gute Versorgungsqualität geboten werden kann. Darüber hinaus ist die Erhebung von Personalausstattung häufig auch durch einmal jährliche Dokumentation durch die Leistungserbringer vergleichsweise aufwandsarm möglich, so dass auch das Argument des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nicht gegen die (zusätzliche) Aufnahme von Strukturindikatoren spricht. Dem hatte das AQUA-Institut mit zwei Indikatoren („Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonal“ und „Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung“) Rechnung getragen. Ausweislich der Tabelle auf S. 17-18 ist kein einziger der nun vorgeschlagenen Indikatoren der Strukturqualität zuzuordnen. Auch der Wegfall der AQUA-Indikatoren wird nicht entsprechend begründet. Die Patientenvertretung regt hier dringend an, entsprechend des gesetzlichen Auftrags Indikatoren zur Personalausstattung insbesondere mit Pflegekräften und therapeutischem Personal aufzunehmen.

Da ein sektorübergreifendes QS-Verfahren beauftragt wurde, ist es aus Sicht der Patientenorganisationen weiterhin nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapie nur im stationären Bereich und in der PIA berücksichtigt werden soll. An verschiedenen Stellen geht das IQTiG

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

mit dem vorliegenden Bericht neue Wege und etabliert Indikatoren, die sog. „Systemqualität“ messen. Charakteristisch ist, dass die Verantwortung nicht einzelnen Leistungserbringern, sondern beispielsweise dem Versorgungsangebot oder dem Zusammenwirken der verschiedensten Leistungserbringer zugerechnet werden muss. Gerade das Angebot bzw. die Inanspruchnahme von Psychotherapie im ambulanten Setting, die klar von den existierenden Behandlungsleitlinien empfohlen wird, hätte sich für eine erweiterte Aufnahme im Rahmen derartiger „Systemindikatoren“ angeboten. Insgesamt ist hier noch etwas methodische Unschärfe zu sehen, da nicht abgeleitet wird, welche Indikatoren im Interesse der Systemqualität erhoben und welche wegen mangelnder Zuschreibbarkeit ausgeschlossen werden. Der Aufwand würde jedenfalls nicht gegen die Aufnahme der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie sprechen, da diese aus Routinedaten erhebbar wäre.

Ebenfalls ausdrücklich bedauernd hat die Patientenvertretung zur Kenntnis genommen, dass im nun vorgeschlagenen Indikatorenset der Aspekt der Einbindung von Angehörigen, der bei AQUA stark vertreten war, komplett entfallen ist. Sicherlich verfügen nicht alle Erkrankten über ein unterstützendes soziales Umfeld und Angehörige. Wo dies aber der Fall ist, handelt es sich um eine Ressource, die für eine möglichst gelingende Bewältigung der lebenslangen Erkrankung von unschätzbarem Wert ist und dringend einbezogen werden sollte. An dieser Stelle erwartet die Patientenvertretung auch eine stärkere Verzahnung von Befragung und Datenerhebung durch die Leistungserbringer, damit dieser Aspekt möglichst tragfähig und aussagekräftig aufgegriffen wird.

Insgesamt schätzt die Patientenvertretung das Ergebnis der Entwicklungsarbeit so ein, dass es geeignet ist, um in die dringend gebotene Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. der Versorgung von Menschen mit schizoiden oder wahnhaften Störungen einzusteigen. Weitere Verzögerungen sind im Interesse der Betroffenen nicht wünschenswert. Allerdings sieht die Patientenvertretung an verschiedenen Stellen, die im weiteren Verlauf der Stellungnahme aufgeführt werden, noch z.T. erheblichen Weiterentwicklungsbedarf. Erfreulich ist, dass das IQTiG selbst diesen Weiterentwicklungsbedarf im Zusammenhang mit der Teilhabe thematisiert. Hierbei handelt es sich um einen Versorgungsaspekt bzw. ein Versorgungsziel, das aus Sicht der Patientenvertretung dringend weiter ausgebaut und ergänzt werden muss.

### 3. Einschätzungen zur Methodik

Für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurden auf der Basis der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandards Qualitätsmerkmale herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

überprüft. Als weitere Qualitätsmerkmale wurden die Indikatoren aus dem AQUA-Abschlussbericht, die im Rahmen des 1. Expertengremiums als geeignet bewertet wurden, berücksichtigt. Des Weiteren erfolgte eine themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren. In einem letzten Filterungsschritt wurden die Qualitätsindikatoren von einem Expertengremium bewertet. Das Ergebnis ist ein Indikatorenset bestehend aus 19 Indikatoren, die in etwa hälftig auf den stationären und den ambulanten Bereich entfallen. Adressiert werden Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen.

Insgesamt ist hervorzuheben, dass der Bericht stringent und verständlich aufgebaut ist und insbesondere die Dokumentation der vorgeschlagenen Indikatoren sehr gut ist. Weniger gut ist allerdings die Begründung, warum bestimmte Inhalte nicht aufgegriffen wurden. Vergleicht man Tabelle 1 unter Anhang A.1, die die ursprünglichen Qualitätsaspekte und -merkmale aufführt, mit dem letztlich vorgeschlagenen Indikatorenset, fällt auf, dass teilweise ein Großteil entfallen ist. Besonders auffällig ist das bei den Qualitätsaspekten „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ sowie „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“. Bei letzterem sind sogar verschiedene Qualitätsmerkmale entfallen, ohne dass im Hauptteil des Berichtes diese überhaupt noch Erwähnung finden (oder gar erläutert werden). Das ist umso erstaunlicher, da das AQUA-Indikatorenset mehrere der weggefallenen Qualitätsaspekte für so bedeutsam erachtet hat, dass hierzu Indikatoren vorgesehen waren („Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“). Die Patientenvertretung bittet dringend darum, zu prüfen, ob diese Aspekte unter dem Blickwinkel der Patientensicherheit nicht weiterhin erhalten bleiben sollten, oder zumindest um eine entsprechende Begründung für den Wegfall.

Beim Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ hingegen zeigt sich ein anderes Problem der Methodik: Hier wurden sowohl von AQUA als auch von den IQTiG-Experten wichtige Aspekte der Versorgungsqualität, nämlich die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Sektor genannt, dazu aber keine Operationalisierungen vorgenommen. Daraus ist nur zu folgern, dass das Indikatorenset lückenhaft ist. Hieraus zieht die Patientenvertretung zwei Schlussfolgerungen:

1. Die Methodik zur Operationalisierung von Indikatoren muss verbessert werden. Offensichtlich reicht die Diskussion im Kreis des Expertengremiums hierfür nicht aus. Das ist nachvollziehbar, sind hier doch Personen mit Expertise im jeweiligen Versorgungsbereich, nicht aber in der Konzeption von Qualitätssicherungsverfahren eingebunden.

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

2. Sollte alles Bemühen um die Operationalisierung nicht ausreichen, bleiben notwendigerweise Lücken des QS-Verfahrens bestehen, was prinzipiell nicht dem ausführenden Institut anzulasten ist. Hilfreich und ausgesprochen wünschenswert wäre jedoch eine Darstellung der entfallenen Qualitätsmerkmale, der Merkmale, die an der Operationalisierung scheiterten und insgesamt ein Abgleich des fertigen Sets mit dem ursprünglichen Qualitätsmodell im Bericht selbst. Dieser muss nicht nur umfassen, ob zu jedem Qualitätsaspekt noch mindestens ein Indikator erhalten geblieben ist, sondern auch, ob der Qualitätsaspekt durch die Indikatoren hinreichend abgebildet ist und insbesondere, ob in den Fokusgruppen Qualitätsziele identifiziert wurden, die unadressiert geblieben sind. So würde es Lesern wesentlich erleichtert, nachzuvollziehen, was das vorgeschlagene Verfahren leistet und was nicht bzw. wo noch Entwicklungsbedarf besteht.

Zur Vorgehensweise bei der Entwicklung der Qualitätsaspekte und deren Zuordnung zu den verschiedenen Informationsquellen haben die Patientenorganisationen bereits in der Auseinandersetzung mit dem Zwischenbericht des IQTiG zur Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens Schizophrenie ausführlich Stellung genommen. Leider wurde in der jetzt vorgelegten Weiterentwicklung des Verfahrens die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Informationsquellen beibehalten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapie im Gegensatz zur Psychoedukation nicht bei der Patientenbefragung berücksichtigt wird. Das Gleiche gilt für das psychosoziale Funktionsniveau. Es ist prinzipiell zu begrüßen, dass im Rahmen der QS-Dokumentation der Leistungserbringer die Symptombelastung und das psychosoziale Funktionsniveau mittels einer standardisierten Messskala erhoben werden. In der Patientenbefragung wird die Teilhabe berücksichtigt. Es bleibt aber abzuwarten, welche Fragen hierzu formuliert werden. Wünschenswert wäre es, ein breiteres Spektrum des psychosozialen Funktionsniveaus oder noch besser die Lebensqualität auch im Rahmen der Patientenbefragung zu erfassen

Von 22 AQUA-Indikatoren, die einem Qualitätsaspekt zugeordnet werden konnten, blieb nach der Bewertung von Expertinnen und Experten nur ein Indikator übrig, der für das zu aktualisierende Set übernommen wurde. Da auch die im QS-Verfahren des AQUA definierten Qualitätsindikatoren aus der Einschätzung eines Experten-Panels hervorgegangen sind, liegt die Vermutung nahe, dass die Auswahl der Experten einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Zusammenstellung des Indikatorensets hat. Das macht die Schwäche dieses Ansatzes deutlich. Um dieser entgegenzuwirken, müsste aus Sicht der Patientenorganisationen eine stärkere Gewichtung der Leitlinienempfehlungen und insbesondere der im Rahmen der Themerschließung durchgeführten Fokusgruppen mit Patienten und den dort herausgearbeiteten Verbesserungsbedarfen erfolgen. Insbesondere sollte es nicht möglich sein, dass die Experten des Panels wichtige Qualitätsaspekte, die sich aus Fokusgruppen und Leitlinien ergeben, durch ihre Einschätzung aus dem Indikatorenset entfernen. Anzuraten wäre auch,

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

wesentlich stärker zu berücksichtigen, auf welchem fachlichen Hintergrund Entscheidungen erfolgen, die nicht einstimmig getroffen werden, und dies im Bericht stärker zu berücksichtigen. Auch hat die Patientenvertretung schon mehrfach darauf hingewiesen, dass es insbesondere den Patientenvertretern möglich sein muss, ein abweichendes Votum einzubringen, das im Bericht genannt wird, um ein Überstimmen der Patientenperspektive durch das mehrheitlich ärztlich besetzte Gremium kenntlich zu machen. An dieser Stelle ist dringender Überarbeitungsbedarf der Methodik des IQTiG gegeben.

Vor- und Nachteile der Einbeziehung von Fokusgruppen von Betroffenen wurden ebenfalls bereits in der Stellungnahme der Patientenorganisationen zum Zwischenbericht der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie diskutiert. Anzumerken ist noch, dass die Geschlechterverteilung in der Fokusgruppe der Patienten mit einer F2-Diagnose nicht der Krankheitsprävalenz bei Männern und Frauen entspricht. In der Fokusgruppe waren überwiegend männliche Patienten vertreten; das Lebensrisiko an einer Schizophrenie zu erkranken ist aber bei den Geschlechtern gleich verteilt. Ein möglicher Einfluss auf die Ermittlung relevanter Qualitätsaspekte hätte zumindest diskutiert werden müssen.

### 4. Anmerkungen zu den Qualitätsaspekten und den ihnen zugeordneten Indikatoren

#### 4.1 Kontinuität, Koordination und Kooperation sowie Entlassungsmanagement

Grundsätzlich ist die Koordination der Behandlung über ambulante und stationäre Episoden hinweg gerade bei einer Erkrankung wie der Schizophrenie und ihren erkrankungstypischen Beeinträchtigungen von zentraler Bedeutung für die Versorgungsqualität. Umso bedauerlicher schätzt die Patientenvertretung die äußerst schwache Umsetzung dieses Themenkomplexes im vorgeschlagenen IQTiG-Bericht ein. Hier ist nur ein einziger Qualitätsindikator vorgesehen, nämlich die Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor der Entlassung. Die Patientenvertretung sieht zwei zentrale Probleme:

1. Die Operationalisierung des Indikators lädt zur Fehldokumentation ein. Da keine Überprüfung vorgesehen ist, ob tatsächlich eine Terminvereinbarung erfolgte, können Leistungserbringer hier routinemäßig „erfolgt“ angeben, auch wenn dies nicht den Tatsachen entspricht. Damit ist der Indikator ohne jede Aussagekraft. Die Experten hatten hier zu bedenken gegeben, dass Patienten aufgrund ihrer Erkrankung auch bei vorhandenem Termin diesen z.T. nicht wahrnehmen und deshalb die AQUA-Variante des Indikators, der auf einen tatsächlich erfolgten Arztkontakt abstellte, abgelehnt. Tatsächlich ließe sich eine realistische Einschätzung der Qualität des Leis-

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

tungserbringers nur aus dem Zusammenspiel des Dokumentationsfelds, eines Indikators aus Routinedaten über die Inanspruchnahme und ein Aufgreifen im Rahmen der Patientenbefragung erhalten. Die Patientenvertretung regt dringend an, eine entsprechende Überarbeitung vorzunehmen.

2. Koordination und Kooperation zwischen den Sektoren selbst eingeschränkt auf den Anlass der Krankenhausentlassung umfasst erheblich mehr als nur den vereinbarten nächsten Arzttermin. Selbst, wenn man nur auf den Umfang des einschlägigen § 39 Abs. 1a SGB V zurückgreift, müsste bei einer Entlassung die Medikamentenversorgung bis zum Anschlusstermin, die Verordnung notwendiger Hilfs- und insbesondere Heilmittel - zu denken wäre hier insbesondere an Soziotherapie – sowie ggf. Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen erfolgen und in entsprechende Qualitätsindikatoren überführt werden. Weitere wichtige, mittlerweile gesetzlich bzw. in Abkommen der Selbstverwaltungspartner festgelegte Inhalte wären der Medikationsplan und der Entlassbrief an den nachbehandelnden Arzt. Ziel der Qualitätssicherung muss sein, festzustellen, ob eine Entlassung in der Regel so erfolgt, dass der Patient oder die Patientin eine Chance hat, ohne Therapieunterbrechung in die ambulante Versorgung zu wechseln. Die Patientenvertretung regt diesen Themenkomplex (zusätzlich zur Teilhabe) als wesentlichen Bereich für eine grundlegende Weiterentwicklung an.
3. Wichtig wäre auch die Koordination von Seiten der ambulanten Leistungserbringer und zwischen diesen bzw. anlässlich einer Krankenhauseinweisung. Zugegeben ist dies absolutes Neuland für die Qualitätssicherung, so dass dem IQTiG kein Vorwurf zu machen ist, dass hier keine ausgereiften Konzepte vorgelegt werden. Dennoch wäre es zumindest angemessen gewesen, die hier bestehende Lücke aufzufüllen.

### 4.2 Psychoedukation

Die Patientenvertretung begrüßt ausdrücklich, dass dieser Themenkomplex aufgenommen wurde. Auch die Operationalisierung wird begrüßt. Zu überlegen wäre ergänzend, auch den Aspekt sozialer Trainings, wie er im Bericht auf S. 166 erwähnt wird, in einen Indikator zu fassen, um Betroffene dabei zu unterstützen, vorteilhafte soziale Beziehungen aufzubauen bzw. zu erhalten.

### 4.3 Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie

Die Ausführungen zur Zusammenlegung verschiedener Qualitätsmerkmale erscheinen plausibel und weitgehend zielführend. Allerdings regt die Patientenvertretung dringend an, zu

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

prüfen, inwieweit die Vermeidung von potentiell nachteiligen Kombinationstherapien und Übermedikation nicht auch aufgegriffen werden kann. Hier ist auch zu prüfen, ob und wie auch die Pharmakotherapie im ambulanten Sektor einzubeziehen ist, da es auch hier zu inadäquaten oder gar schädlichen Medikamentenkombinationen kommen kann, die anhand von Routinedaten identifiziert werden können. Auch ein Aufgreifen des Medikationsplans (Erstellung, Aktualisierung, Beachtung) in das Indikatorenset wäre, auch mit Blick auf somatische Komorbiditäten, ausgesprochen wünschenswert.

### 4.4 Psychotherapie (stationär/PIA)

Grundsätzlich begrüßt die Patientenvertretung, dass der Erhalt einer systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention während des stationären Aufenthalts erfasst wird. Dies entspricht der Leitlinienempfehlung, die vom IQTiG auch korrekt wiedergegeben wird. Umso erstaunlicher ist der auf S. 103 gemachte Vorschlag eines Referenzwertes von 50%, der bedeuten würde, dass auch Einrichtungen eine gute Versorgungsqualität bescheinigt wird, bei denen fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht leitliniengerecht versorgt wird. Das ist aus Patientensicht nicht akzeptabel. An dieser Stelle würde sich auch die Etablierung eines Strukturindikators anbieten, der erhebt, wie viele therapeutische Kapazitäten für die Behandlung der Betroffenen vorhanden sind, da hier möglicherweise Engpässe in der Personalausstattung und nicht Patientencharakteristika für den – auch von den Experten des IQTiG konstatierten – hohen Verbesserungsbedarf ursächlich sind.

### 4.5 Suizidalität – Umgang und Prävention

Die Patientenvertretung begrüßt es, dass mit dem Indikator zu Fallbesprechungen bzw. Suizidkonferenzen ein Aspekt des Qualitätsmanagements ins Indikatorenset aufgenommen wurde, der, vor Ort engagiert umgesetzt, ein Lernen aus Fehlern und damit Verbesserungen für die Zukunft ermöglicht. Allerdings sieht die Patientenvertretung sowohl diesen Indikator als zu eng gefasst an als auch Lücken bei der Erfassung des gesamten Qualitätsaspekts. Bezüglich des Indikators sollten derartige Analysen nicht nur bei erfolgreichem Suizid erfolgen – dieser sollte im stationären Setting doch wohl ein *critical event* sein – sondern bei allen suizidalen Handlungen, die eine potentielle Lebensgefahr beinhalten bzw. entsprechende umfangreichere somatisch-medizinische Versorgung (in Abgrenzung zum selbstverletzenden Verhalten) erfordern. Dann könnten auch die akut betroffenen Patientinnen und Patienten profitieren und nicht erst spätere, wenn bereits ein Suizid erfolgt ist. So würde auch der Aspekt der Prävention von Suiziden, der derzeit unterrepräsentiert ist, stärker betont. Insgesamt steht die Frage im Raum, warum nicht sowohl die Erfassung des Monitorings von suizi-

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

dalen und selbstverletzenden Handlungen als auch vollendete Suizide als Qualitätsindikatoren aufgenommen wurden. Hier wäre aus Sicht der Patientenvertretung eine Weiterentwicklung, mindestens aber eine Begründung erforderlich.

### 4.6 Komorbidität Sucht

Auf S. 112 führt der Bericht aus, dass neben Sucht und Substanzmissbrauch auch weitere psychische Komorbiditäten wie Angsterkrankungen und Depressionen einen wesentlichen Einfluss auf die Prognose der Grunderkrankung haben. Die Experten des IQTiG bescheinigen hier darüber hinaus, dass die Patientinnen und Patienten zu selten auf diese Begleiterkrankungen untersucht werden (und diese folglich auch nicht mitbehandelt werden). Im Folgenden fokussiert der Bericht aber ausschließlich auf die Entwicklung und Operationalisierung eines Indikators zum Thema Sucht. Der Wegfall der Aspekte Angsterkrankung und Depression wird nicht weiter thematisiert. Für die Weiterentwicklung regt die Patientenvertretung dringend an, dies nachzuholen und eine entsprechende Erhebung vorzusehen.

### 4.7 Somatische Versorgung

Grundsätzlich unterstützt die Patientenvertretung den Gedanken, mit Hilfe eines Indikators zu überprüfen, ob Betroffene mindestens einmal jährlich auf somatische Erkrankungen untersucht werden. Allerdings sieht die Patientenvertretung hier auch Lücken, insbesondere mit Blick auf den geringen Umfang der unter Koordination und Kooperation aufgegriffenen Aspekte. Insbesondere bei einem längeren stationären Aufenthalt ist es essentiell, dass auch somatische Begleiterkrankungen suffizient behandelt werden. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme dürfte häufig eine Krise vorliegen, in der die Betroffenen möglicherweise wenig auskunftsfähig sind, dafür aber die Behandlung der Begleiterkrankung und die ggf. erforderliche Medikamenteneinnahme bereits länger vernachlässigt haben. Umso wichtiger ist, dass bereits früh beim stationären Aufenthalt eine strukturierte Erhebung der somatischen Situation erfolgt. Auch können so Fälle entdeckt werden, bei denen die psychische Konstitution im Zusammenhang mit somatischen Faktoren steht. Die Patientenvertretung bittet deshalb dringend um Prüfung dieses Themenkomplexes hinsichtlich einer Erweiterung.

### 4.8 Restriktive Maßnahmen

Aus Patientensicht sind restriktive Maßnahmen während der stationären Unterbringung als *ultima ratio* und letztes Mittel anzusehen und müssen unbedingt in hoher Qualität erbracht



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

werden, um weitere Traumatisierungen zu vermeiden. Insofern begrüßt die Patientenvertretung, dass der IQTiG-Bericht hier neben Schulungsmaßnahmen des Personals eine 1:1-Betreuung vorsieht. Allerdings erachtet die Patientenvertretung die vorgenommene Operationalisierung als ungeeignet an. Diese sieht nur vor, dass eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung vorliegt und diese von den Einrichtungen jährlich evaluiert wird. Theoretisch ist damit einem Krankenhaus, das trotz einer anderslautenden Arbeitsanweisung keinen seiner Zwangsmaßnahmen unterworfenen Patienten 1:1 betreut, dieses Versäumnis aber jährlich feststellt, eine sehr gute Versorgungsqualität zu bescheinigen. Derartige Angaben, in die öffentliche Berichterstattung eingespeist, wären irreführend für Betroffene und Angehörige. Hier muss mindestens abgefragt werden, zu wieviel Prozent der Zeiten diese Betreuung gewährleistet ist. Auch wäre dringend zu erheben, zu welchem Anteil die Betreuung durch Fachpersonal erfolgt und zu welchem Anteil durch Sitzwachen.

#### 4.9 Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Prinzipiell unterstützt und begrüßt die Patientenvertretung die Etablierung auch von Indikatoren, die die Systemqualität erheben. Voraussetzung ist, dass diese nicht unter dem Argument des „Aufwand-Nutzen-Verhältnisses“ zulasten zuschreibbarer Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erhoben werden.

#### 4.10 Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast

Die Patientenvertretung begrüßt ausdrücklich, dass das IQTiG die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast vorsieht. Die Auswahl des Instruments (HONOS-D) wird darüber hinaus auf den S. 210 bis 213 sehr gut und nachvollziehbar begründet. Dieser erscheint auch gut geeignet, alle wichtigen Aspekte für die Betroffenen mit vertretbarem Aufwand zu erfassen. Allerdings sieht die Patientenvertretung in diesem Zusammenhang verschiedene Aspekte kritisch:

- Die Erhebung der Symptomlast ausschließlich durch die behandelnden Ärzte folgt einer patriarchalen Sichtweise und entspricht auch z.B. nicht den methodischen Aussagen der deutschsprachigen Autoren des HONOS-D. Diese schreiben:<sup>1</sup> *„Die Schwere einer psychischen Erkrankung kann mittels Selbst- oder Fremdeinschätzung vorgenommen werden. Selbstbeurteilungsverfahren werden in der klinischen Praxis und Forschung aufgrund verschiedener Vorteile häufiger eingesetzt als Fremdbeurteilungsverfahren. So ist ein Groß-*

---

<sup>1</sup> <http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/dateien/Zusammenfassung%20von%20Studien.pdf> , S. 3-4

## Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

*teil klinisch relevanter Informationen nur über Selbstauskunft zu erheben (z.B. die Stimmung oder Befindlichkeit eines Patienten), zudem sind sie zeitökonomisch und in sehr kurzen Zeitabständen einsetzbar. (...) Dagegen sind Fremdeinschätzungsinstrumente oft von Vorteil, wenn aufgrund der Komplexität der Situation der Patient selbst keine Auskunft geben könnte. Sie ermöglichen einen anderen Blick auf die Situation und können damit zum zusätzlichen Informationsgewinn beitragen. Trotz ihrer Vorteile weisen auch Fremdbeurteilungsverfahren einige Nachteile auf: So sind sie z.B. zeitaufwendiger, da sie oft mit Trainings verbunden sind und können mit Erinnerungs- und Gedächtnisfehlern während der Einschätzung einhergehen. Daraus kann geschlossen werden, dass Selbst- und Fremdeinschätzung eine komplementäre, sich ergänzende Funktion zukommt.“ (Hervorhebung durch Patientenvertretung) Diese komplementäre, sich ergänzende Sichtweise auf die Erhebung der Symptomlast teilt auch die Patientenvertretung. Sie wäre durch das Zusammenspiel von Dokumentations- und Befragungsdaten im Zuge des QS-Verfahrens leicht realisierbar. Dennoch ist die Erhebung der Symptombelastung in der Patientenbefragung durch das IQTiG nicht vorgesehen. Hier regt die Patientenvertretung eine entsprechende Prüfung und ggf. Weiterentwicklung an. Problematisch kann hier sein, dass noch nicht die Datenflüsse etabliert sind, um patientenbezogene Dokumentationsdaten und Patientenbefragung fallbezogen zusammengeführt werden können. Eine entsprechende Weiterentwicklung wäre äußerst begrüßenswert, auch um Unterschiede zwischen beiden Sichtweisen, die auf die Eigenarten der dokumentierenden Leistungserbringer zurückgehen, offenlegen zu können.*

- Grundsätzlich sollte bei allen Patientinnen und Patienten eine strukturierte Erhebung der Symptomlast erfolgen. Vor diesem Hintergrund sind die angesetzten Referenzbereiche mit 80% (stationär) bzw. 70% (ambulant) deutlich zu niedrig und sollten dringend angehoben werden, zumal das Instrument HONOS-D auch erlaubt, zu einzelnen Items den Wert „unbekannt“ anzugeben.
- Ergebnisqualität misst sich bei stationären Aufenthalten darin, dass die Symptomlast zwischen der Aufnahme, die typischerweise in einer akuten Krise erfolgt, und der Entlassung deutlich reduziert ist und dass bei der Entlassung eine Symptomlast in einem Umfang erreicht wurde, der einen erfolgreichen Wechsel in das ambulante Setting ermöglicht. Um Transparenz über die diesbezügliche Versorgungsqualität herzustellen, ist eine Messung bei Aufnahme und insbesondere bei Entlassung unerlässlich. Umso unverständlicher ist, dass das IQTiG nur eine einzige Erhebung bei Aufnahme vorsieht. So wird der Charakter des Indikators als Ergebnisindikator im stationären Bereich völlig verfehlt. Hier bittet die Patientenvertretung dringend um Überarbeitung.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Würdigung der Stellungnahmen

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Würdigung der Stellungnahmen

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

22. Dezember 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Stellungnahmeverzeichnis .....	7
Einleitung .....	8
1 Methodisches Vorgehen: Prozess der Ableitung der Qualitätsindikatoren.....	9
2 Indikatorenübergreifende Ausschlüsse.....	13
3 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ .....	16
4 Qualitätsindikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung “ .....	18
5 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	21
6 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring in der Pharmakotherapie“ .....	25
7 Qualitätsindikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“ .....	29
8 Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“ .....	31
9 Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ .....	33
10 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ .....	35
11 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	38
12 Qualitätsindikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“ .....	42
13 Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“ .....	44
14 Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ .....	47
15 Qualitätsindikatoren zum psychosozialen Funktionsniveau und zur Symptomlast (HoNOS-Indikatoren).....	50
16 Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse.....	52
17 Systemqualität.....	53
18 Messinstrument HoNOS.....	55
19 Krankheitsphasen .....	64
20 Qualitätsaspekt „Teilhabe“ .....	65
21 Querbezüge zur Patientenbefragung .....	67
22 Umsetzung.....	70
23 Aufwand-Nutzen-Verhältnis.....	73

24	Machbarkeitsprüfung.....	75
25	Fallzusammenführungen.....	78
26	Anhang .....	79
27	Redaktionelle Hinweise.....	81
	Literatur.....	82

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
APP	ambulante psychiatrische Pflege
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CGI	Clinical Global Impression Scale
CSV	Comma-separated values (Dateiformat)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition(en)
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales (deutsche Version)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ICD-10-WHO	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision (englischsprachige Version der World Health Organization)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

Abkürzung	Erläuterung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PatV	Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PSP	Personal and Social Performance Scale
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QuIK©	Qualitätssicherung Invasive Kardiologie
SGB	Sozialgesetzbuch
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung



## Stellungnahmeverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

## Einleitung

Am 4. Oktober 2017 hat das IQTIG den Vorbericht zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ vorgelegt. Im Anschluss daran erfolgte das 6-wöchige Stellungnahmeverfahren.

Die Frist für die Stellungnahmen endete am 13. November 2017. Bis zum 17. November 2017 gingen 10 Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein.

Das IQTIG bedankt sich ausdrücklich bei allen Stellungnehmenden für ihre differenzierten und zum Großteil positiven Rückmeldungen sowie ihre konstruktive Kritik. Die Inhalte der eingegangenen Stellungnahmen wurden geprüft und gewürdigt, der Bericht wurde auf Basis der Stellungnahmen überarbeitet. Im vorliegenden Dokument werden die zentralen Aspekte aus den Stellungnahmen zusammengefasst und es wird erläutert, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen und der Kritik umgegangen ist. Die Hinweise und die Kritik aus den Stellungnahmen sind in Anlehnung an die Reihenfolge der Abschnitte und Kapitel des Vorberichts geordnet.

Einem Großteil der Stellungnahmen ist eine Wertschätzung des systematischen methodischen Vorgehens des IQTIG zu entnehmen. Insbesondere wurden die bessere Ausgewogenheit des entwickelten Indikatorensets zur Abdeckung des ambulanten und des stationären Sektors sowie die Reduktion der Anzahl der Qualitätsindikatoren hervorgehoben.

Die erstmalige Einführung von Systemindikatoren in ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) wurde mehrheitlich sehr positiv aufgenommen, wenngleich für einzelne Aspekte nähere Erläuterungen zum Verständnis und zur Konkretisierung gewünscht wurden.

Die Einführung eines standardisierten Messinstruments zur Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS, Health of the Nation Outcome Scales) wurde erwartungsgemäß in vielen Stellungnahmen thematisiert. Im vorliegenden Dokument wird auf die entsprechenden Stellungnahmen eingegangen.

Teilweise wurden ausführlichere Erläuterungen zu einzelnen Themenabschnitten erbeten, die im Abschlussbericht ergänzt wurden. Änderungen oder Ausführungen, die die Qualitätsindikatoren betreffen, wie beispielsweise Formulierungen, Ein- und Ausschlüsse oder Ausfüllhinweisen, finden sich im Bericht in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren sowie im Dokument „Indikatorenset 1.1“.

# 1 Methodisches Vorgehen: Prozess der Ableitung der Qualitätsindikatoren

Zu verschiedenen Themen des methodischen Vorgehens des IQTIG im Rahmen dieses Auftrags wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen Anregungen gegeben und Kritik geäußert. In einigen Stellungnahmen wurde grundsätzlich das systematische, transparente und nachvollziehbare Vorgehen des Instituts bei der Ableitung der Qualitätsindikatoren gelobt (DGPPN, S. 2 f.; AWMF, S. 2; DPR, S. 5; BÄK, S. 17). Dennoch wurde kritisiert, dass einige Bereiche nicht umfassend genug dargestellt seien. Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde eine ausführlichere Darstellung zum einen hinsichtlich der einzelnen Filterschritte, insbesondere der Filterschritte 1 bis 3, und zum anderen hinsichtlich der Ausschlussgründe für Merkmale, hier insbesondere für die ehemaligen AQUA-Indikatoren, die als Merkmale in den Entwicklungsprozess einbezogen wurden, gewünscht (PatV, S. 7 f.; KBV, S. 4 f. und 27; DKG, S. 4; BpTK, S. 3 und 20; GKV-SV, S. 25). Ebenso wurde eine Darstellung gefordert, inwieweit sich das methodische Vorgehen des IQTIG an anderen nationalen und internationalen Entwicklungen von Qualitätsindikatoren orientiert (DGPPN, S. 2 f.; AWMF, S. 1 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde weiterhin an verschiedenen Stellen eine Klarstellung bezüglich der Unterschiede zwischen dem Zwischenbericht und dem Vorbericht, dem Zwischenbericht der Patientenbefragung und dem Vorbericht sowie der Entwicklungsschritte innerhalb des vorliegenden Vorberichts erbeten (BÄK, S. 3 f.). Ein zentrales Thema, welches von einigen stellungnehmenden Organisationen angemerkt wurde, ist der Einbezug von Expertinnen und Experten im Entwicklungsprozess. Die Hauptkritik bezog sich hierbei auf die zu hohe Gewichtung des Expertengremiums im Entwicklungsprozess (GKV-SV, S. 10 und 31; KBV, S. 27; PatV, S. 8 f.), die zu einem Verlust der AQUA-Indikatoren geführt habe (GKV-SV, S. 10). Ebenfalls wurde gefordert, dass der Auswahlprozess der Expertinnen und Experten (GKV-SV, S. 31 f.; PatV, S. 8 f.) sowie die Zusammensetzung des Expertengremiums (GKV-SV, S. 11; KBV, S. 6, 26 f. und PatV, S. 7 f.) umfassender erläutert werden sollen. Von einer anderen stellungnehmenden Organisation wurde bemängelt, dass die Darstellung der Bewertungsfragen hinsichtlich ihrer Kommunikation an das Expertengremium zu oberflächlich erfolgt sei (GKV-SV, S. 10, 30).

**IQTIG:** Im Sinne einer transparenteren Darstellung der angewandten Methodik bei der Ableitung von Qualitätsindikatoren wurde das Kapitel 4 „Methodisches Vorgehen“ in folgenden Punkten ergänzt und überarbeitet:

- umfassende Erläuterung zum Einbezug der Expertinnen und Experten im Rahmen des Entwicklungsprozesses (Abschnitt 4.2)
- ergänzende Erläuterung zu den Filterschritten 1 und 2
- ergänzende Ausführungen zum Ablauf und der Auswertung des Ratings des Expertengremiums im Rahmen des 2. Treffens

Das methodische Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren orientiert sich in den Grundzügen am Vorgehen der Leitlinienentwicklung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), wobei einige Schritte spezifisch auf den Kontext der deutschen Qualitätssicherung angepasst wurden. Zugrunde liegt jedoch allen Indikatoren eine Evidenz in Form von Leitlinienempfehlungen. Um den spezifischen Kontext der Qualitätssicherung angemessen adressieren zu können, besteht ein Filterschritt aus der Prüfung der Abbildbarkeit im deutschen Versorgungskontext sowie dem Nachweis eines Verbesserungsbedarfs bzw. -potenzials. An diesem Vorgehen wird auch bereits der Unterschied zum methodischen Vorgehen des AQUA-Instituts deutlich. Hier erfolgte die Ableitung von Indikatoren auf Grundlage bereits bestehender nationaler oder internationaler Indikatoren, die dann entsprechend modifiziert wurden. Das IQTIG hingegen leitet seine Indikatoren auf Basis aggregierter Evidenz grundlegend neu ab. Die Recherche nach national oder international bereits vorhandenen Indikatoren dient in diesem Kontext ausschließlich der umfassenden Darstellung des Themas. Da die Indikatoren wie beschrieben auf Basis aggregierter Evidenz abgeleitet werden, sind in diesen Entwicklungsschritten keine Fokusgruppen mehr berücksichtigt. In diesem Kontext ist jedoch festzuhalten, dass die Indikatoren sich aus den Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells ableiten, welches in der Entwicklung Fokusgruppen als Wissensquelle berücksichtigt. Ein bestehender Indikator kann nur solche Themen aufgreifen, die auch im Rahmen der Fokusgruppen als patientenrelevant benannt wurden.

Hinsichtlich der Extraktion der Leitlinien bzw. des hierfür angelegten Kriteriums, nur solche Leitlinien in den Prozess der Merkmalsgenerierung einzubeziehen, die in Domäne 3  $\geq 50\%$  erreicht haben, hat das IQTIG eine Ergänzung im Abschlussbericht vorgenommen. Obwohl das AGREE-II-Instrument generell keine Trennung zwischen den einzelnen Domänen vorschlägt (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013), sind bei den Anwendern des Instruments gesetzte Cut-off-Werte bei einzelnen Domänenwerten gängige Praxis, um zwischen guter und schlechter Leitlinienqualität zu unterscheiden (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013). Dabei spielt vor allem die Domäne 3 eine entscheidende Rolle, da hier die Genauigkeit der Leitlinienentwicklung im Sinne einer transparenten Herleitung der Empfehlungen in einem evidenz- und konsensbasierten Prozess beleuchtet wird. Daher wurde für die Merkmalsgenerierung die Domäne 3 mit einem Cut-off-Wert von  $\geq 50\%$  versehen. Die Empfehlungen dieser Leitlinien haben somit eine gute Evidenzbasis bzw. beruhen auf einer guten methodischen Leitlinienentwicklung und bilden damit wiederum eine evidenzbasierte Grundlage zur Generierung der Qualitätsmerkmale. Die Beschreibung der Selektion der Leitlinien wurde im Abschlussbericht im Abschnitt 4.3.1 konkretisiert.

Eine Übersicht der im Rahmen der Weiterentwicklung dieses Verfahrens berücksichtigten AQUA-Indikatoren und deren Verbleib im Entwicklungsprozess wurde im Abschnitt 5.16 ergänzt. In diesem Kontext wurden auch sich notwendigerweise ergebende Änderungen hinsichtlich der Zuordnung von Qualitäts-

aspekten zu Datenquellen angepasst und entsprechend transparent dargestellt. Solche Änderungen ergeben sich zwangsläufig im Rahmen eines komplexen Entwicklungsprozesses, sofern eine optimale Erfassung der Inhalte mittels geeigneter Datenquelle gewährleistet werden soll. Die Berichte, sowohl der Zwischenbericht als auch der Zwischenbericht der Patientenbefragung und der Vorbericht, zeigen die chronologische Entwicklung eines sektorenübergreifenden Verfahrens, welches mit verschiedenen Datenquellen adressiert werden soll.

Um innerhalb des eigenständigen Dokuments des Berichts eine umfassende Darstellung zu gewährleisten, hat sich das IQTIG entschieden, die Indikatorenbeschreibungen, welche das zentrale Entwicklungsergebnis darstellen, auch in diesem Dokument selbst und nicht nur im Dokument des Indikatorensets aufzuführen. Eine klarere Abgrenzung der Beschreibung der Expertengremien zwischen den Kapiteln des Berichts und den Indikatorenbeschreibungen sollte zukünftig berücksichtigt werden.

Ergänzend zu den umfassenden Überarbeitungen zur Rolle und Einbindung des Expertengremiums ist noch zu erwähnen, dass es sich bei den im Zwischenbericht dargestellten Bewerbungskriterien der Expertinnen und Experten für das Gremium um folgende Verknüpfung handelt:

- Vorhandensein von aktuellem Fachwissen bzw. einschlägiger Berufserfahrung im Bereich der psychiatrischen/neurologischen/psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten, Pflege)

UND

- Erfahrung im Bereich Schizophrenie aus dem ambulanten (vertragsärztlich/PIA) und/oder stationärem (voll- und teilstationär) Versorgungsbereich

UND

- Vorhandensein von wissenschaftlicher und/oder methodischer Expertise

UND

- Kontinuität und Teilnahme an allen drei vorgesehenen Beratungsterminen sowie deren Vor- und Nachbereitung
- sowie ggf. zusätzliche Expertise in den Bereichen Qualitätsentwicklung zur Behandlung/Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (z. B. Teilnahme an der Entwicklung von Leitlinien), Versorgungsforschung, Public Health mit dem Schwerpunkt Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Bezüglich der Kritik eines Ungleichgewichts zwischen Vertreterinnen und Vertretern des ambulanten und stationären Sektors im Expertengremium ist anzumerken, dass vonseiten des IQTIG im Auswahlprozess versucht wurde, dies zu vermeiden. Es wurde nach Abschluss des offiziellen Bewerbungsverfahrens, im Rahmen dessen eine ambulante Vertreterin gewonnen werden konnte, ein erneuter, befristeter Aufruf für ambulante Leistungserbringer über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durchgeführt, der nicht erfolgreich war. Die Vertreterin für den ambulanten Bereich im Rahmen dieses Gremiums vertritt jedoch neben Qualitätszirkeln auch ein Ärztenetz. Sie war zu allen Treffen des Expertengremiums anwesend. Ihre Einschätzung zu Fragestellungen, die den ambulanten Sektor adressieren, wurde stets explizit erfragt und im Protokoll erfasst.

Das IQTIG stimmt der Anregung zu, dass eine Validierung der entwickelten Indikatoren im Rahmen der vom IQTIG empfohlenen Machbarkeitsprüfung erfolgen sollte. Insgesamt dient die Methodik des IQTIG zur Ableitung von Qualitätsindikatoren bzw. der Bildung eines Indikatorensets, gerade unter Berücksichtigung der Kritik am vorliegenden AQUA-Indikatorensets, dazu, ein umfassendes, aber überschaubares Indikatorenset zu entwickeln, welches die zentralen Bereiche der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung adressiert und mit einem angemessenen Dokumentationsaufwand verbunden ist. In diesem Kontext sei auf die Herausforderung verwiesen, die von einer stellungnahmeberechtigten Organisation sehr treffend formuliert wurde:

*Qualitätsindikatoren messen keine Qualität, sondern Erreichungsgrade von sichtbaren Details aus komplexen Prozessen. Sie beinhalten immer die Notwendigkeit von Dokumentation und müssen formalen Aspekten genügen. Bei der Definition von Qualitätsindikatoren sind demnach vielfältige und teilweise widersprüchliche Anforderungen zu würdigen [...]. (DPR, S. 2)*

## 2 Indikatorenübergreifende Ausschlüsse

Zu den vorgenommenen indikatorenübergreifenden Ausschlüssen von Diagnosen haben sich mehrere Organisationen in ihren Stellungnahmen geäußert. So wurden von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen eine ausführlichere Erläuterung der Reduktion der Einschlussdiagnosen von F20.-bis F29 auf F20.- und F25.- nach ICD-10-GM sowie eine detaillierte Erläuterung der zugrunde liegenden Überlegungen, die zu der Entscheidung beigetragen haben, und eine Darstellung der Folgen der Eingrenzung der adressierten Patientenpopulation vermisst (BPtK, S. 5; KBV, S. 5). Außerdem wurde eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse des 3. Treffens des Expertengremiums gewünscht (KBV, S. 5). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch bemerkt, dass nur Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung adressiert werden (GKV-SV, S. 6).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine fehlende Prüfung der Nutzung von Stichproben oder der Fokussierung auf Subpopulationen, wie sie unter Punkt 8 der Beauftragung des G-BA vom 16. Juni 2016 formuliert wurde, beklagt (KBV, S. 24).

Des Weiteren wurde in zwei Stellungnahmen auf den vorgenommenen Ausschluss bestimmter Facharztgruppen als Adressaten des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) eingegangen. Der Ausschluss könne ihrerseits grundsätzlich fachlich nachvollzogen werden, jedoch wurde u. a. eine Analyse der Sozialdaten der kooperierenden Krankenkasse hinsichtlich der Größe des Anteils der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung, die bei einem Ausschluss dieser Facharztgruppen nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen werden würde, vermisst (BPtK, S. 5, KBV, S. 5). Des Weiteren fehle eine Reflexion über die Nutzbarkeit der Dokumentationen dieser ausgeschlossenen Facharztgruppen hinsichtlich der Indikatoren auf Systemebene (BPtK, S. 5).

Der Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) und der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) für das gesamte Verfahren wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisch gesehen und war von einer dieser Organisationen für verschiedene Qualitätsindikatoren nicht nachvollziehbar, wobei um Erläuterung gebeten wurde (DKG, S. 4; KBV, S. 5, 8 f., 11 f., 15 f., 18).

Ferner wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation eine Darstellung des ungefähren Anteils von Patientinnen und Patienten, die aufgrund der genannten Komorbiditäten ausgeschlossen werden würden, vermisst (BPtK, S. 6).

**IQTIG:** Innerhalb der Diagnosegruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM finden sich verschiedene psychische Erkrankungen, die durch typische psychopathologische Befunde gekennzeichnet sind. Darunter finden sich auch psychische Erkrankungen, die sich hinsichtlich der Dauer ihrer Verläufe sowie des Ausmaßes der Schwere der Erkrankung und ihrer Implikationen auf das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten sowie auch in der Bandbreite an leitliniengestützten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie etc.) von der Schizophrenie (F20.-) und der schizoaffektiven Störung (F25.-) unterscheiden. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden und gezielt die chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu adressieren, bei denen aufgrund der komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe besondere Anforderungen an Kooperation und Koordination der Leistungserbringer gestellt werden, wurde die grundsätzliche Diskussion vom konkreten Einschluss bestimmter ICD-Codes in das QS-Verfahren vonseiten des IQTIG angestoßen und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertengremiums im 3. Treffen diskutiert. Bezüglich der Ein- und Ausschlüsse von Diagnosen nach ICD-10-GM wurde eine offene Abstimmung im Expertengremium mit der Frage „Welche ICD-Codes sollen im Verfahren eingeschlossen sein?“ durchgeführt. Von den 15 Mitgliedern des Expertengremiums haben 12 an der Sitzung teilgenommen, 3 Expertinnen und Experten waren verhindert. Für die einzelnen ICD-Codes ergaben sich folgende Zustimmungen: F20.-: 12 ja, F21: 0 ja, F22.-: 0 ja, F23.-: 0 ja, F24: 0 ja, F25.- 10 ja, 2 Enthaltungen, F28: 0 ja, F29: 0 ja. Eine ausführlichere Erläuterung wurde im Abschlussbericht ergänzt.

Anhand der für dieses QS-Verfahren vorliegenden Sozialdaten von einer kooperierenden Krankenkasse kann die Zahl der ausgelösten dokumentationspflichtigen Fälle geschätzt werden. Bei alleiniger Anwendung des Einschlusskriteriums des Vorliegens einer Diagnose F20.- bis F29 in mindestens zwei Quartalen werden jährlich bundesweit ca. 550.000 Fälle in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelöst. Durch die Präzisierung der eingeschlossenen Grundgesamtheit im Nachgang des 3. Treffens des Expertengremiums auf Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, die in mindestens zwei Quartalen behandelt wurden, ergibt sich eine Anzahl von ca. 351.000 Fällen, die in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelöst werden. Werden nur Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, die in mindestens zwei Quartalen durch Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Fachgruppenschlüssel 51) oder Psychiatrie und Psychotherapie (Fachgruppenschlüssel 58) behandelt wurden, ergibt die im Bundesgebiet eine jährliche Zahl vertragsärztlich ausgelöster Fälle von etwa 172.000 (siehe auch Tabelle 28 im Abschlussbericht).

Eine gezieltere Aufarbeitung des Patientenkollektivs in weitere Subpopulationen wie beispielsweise Ersterkrankte oder Schwersterkrankte wäre wünschenswert, um insbesondere für diese Subpopulationen weitere relevante Qualitätsaspekte herauszuarbeiten. Gegenwärtig sind jedoch weder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten



aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar. Sollte dies perspektivisch anhand künftiger Versionen dieser Klassifikation möglich sein, ergeben sich unter Umständen Möglichkeiten, dies umzusetzen.

Mehrere Qualitätsindikatoren wurden vom IQTIG zur Auswertung auf Systemebene vorgeschlagen: „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“, „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“, „Soziotherapie“, „Ambulante Psychotherapie“, Indikatoren zur stationären und ambulanten Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels HoNOS sowie ggf. „Einschränkung der Teilhabe“. Einige dieser Systemindikatoren basieren auf Daten aus der empirischen Sozialdatenanalyse, andere jedoch werden mit der „klassischen“ QS-Dokumentation erhoben. Das bedeutet, dass nicht alle Systemindikatoren durch eine reine Sozialdatenanalyse erfasst werden können, sondern alle für die QS-Dokumentation ausgeschlossenen Facharztgruppen eben für diese Systemindikatoren wiedereingeschlossen werden und Teile der QS-Dokumentation erheben müssten. Dies erschien vonseiten des IQTIG als zu kompliziert und aufwendig für die betroffenen Leistungserbringer. Eine Erweiterung der eingeschlossenen Facharztgruppen für die Systemindikatoren ist innerhalb der Projektgruppe des IQTIG ausführlich diskutiert worden.

Die eingegangenen Hinweise der Stellungnahmen hinsichtlich der Entscheidung, die Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten aus dem Bereich der Diagnosegruppen Demenz (F00.- bis F03) und/oder Intelligenzminderungen (F71.- bis F79.-) aus dem QS-Verfahren auszuschließen, wurden zum Anlass genommen, die einzelnen Qualitätsindikatoren dahingehend neu zu prüfen. Dabei wurde dieses Patientenkollektiv grundsätzlich zunächst eingeschlossen und für jeden einzelnen Qualitätsindikator wurde neu geprüft, ob ein Ausschluss sinnvoll erscheint. Ausführliche Erläuterungen finden sich jeweils in der Würdigung der Stellungnahmen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren sowie im Abschlussbericht.

### 3 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Zum Umstand, dass sich aus dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ kein Qualitätsindikator entwickeln ließ, haben sich mehrere stellungnahmeberechtigten Organisationen geäußert. So wurde bedauert, dass darauf verzichtet wurde, diesen Qualitätsaspekt in Anbetracht der sektorenübergreifenden Probleme in der Versorgung zu adressieren (BÄK, S. 4, 5). Zumindest ein Qualitätsindikator, der diesen Qualitätsaspekt abbildet, wäre aus Sicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation fachlich wünschenswert gewesen, wobei die dargestellten Probleme der Operationalisierung nachvollzogen werden können (KBV, S. 5). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation konnte dies ebenfalls grundsätzlich nachvollziehen. Es wurde jedoch die im Vorbericht dargestellte Argumentation des IQTIG zur Ablehnung eines Qualitätsindikators zum Qualitätsmerkmal „Erstellen eines Krisenplans“ kritisiert. Dort wurde argumentiert, dass die Erstellung eines Krisenplans auch in der Hand der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegen könne, diese aber nicht in das QS-Verfahren einbezogen werden können. Die stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten jedoch bereits im Rahmen ihrer Tätigkeit im Krankenhaus oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) einbezogen seien. Zudem könne nicht nachvollzogen werden, weshalb wiederum die durch das QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer nicht in der Lage seien sollten, das Vorliegen eines ggf. anderenorts erstellten Krisenplans zu dokumentieren (BPtK, S. 6 f.).

**IQTIG:** Für den Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ wurden vier Qualitätsmerkmale entwickelt: „Planung und Informationsaustausch zwischen altem und neuem Leistungserbringer bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten“, „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“, „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“ und „Anbieten von Home Treatment“. Angesichts der grundlegenden Probleme, die sich bei der Operationalisierung des Indikators für diese Qualitätsmerkmale aufgrund der fehlenden Zuschreibbarkeit zu einem einzelnen Leistungserbringer ergeben, und weil diese weder mithilfe der QS-Dokumentation noch mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden können, konnten für diese Merkmale keine Qualitätsindikatoren abgeleitet werden. Aufgrund einer fehlenden Zuschreibbarkeit bzw. in Ermangelung einer festen Zuständigkeit, wer beispielsweise verantwortlich für die Erstellung eines Krisenplans ist, kann dies mittels der QS-Dokumentation nicht adressiert werden, auch wenn dies wünschenswert wäre. Der Aspekt der „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ ist für die chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten aufgrund der sektorenübergreifenden Probleme in der Versorgung von besonderer Relevanz. Eigene Auswertungen von Sozialdaten einer Krankenkasse zeigen, dass im Jahr 2014 insgesamt 38 % der Pati-

entinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, die stationär versorgt wurden, mindestens zwei stationäre Aufenthalte, also mindestens vier Sektorenwechsel innerhalb eines Jahres hatten (siehe Abschnitt 5.4.2.3. im Vorbericht). Dies unterstreicht nochmals die Relevanz dieses Qualitätsaspekts, der nun anstatt mit der QS-Dokumentation mit dem Instrument der Patientenbefragung adressiert werden wird.

## 4 Qualitätsindikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Ausschlusskriterien für diesen Indikator unvollständig und noch Entlassungsgründe nach Schlüssel 5 zu ergänzen seien, insbesondere hinsichtlich „irregulär“ entlassener Patientinnen und Patienten (DGPPN, S. 3; KBV, S. 6).

Konkret wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Ergänzung folgender Ausschlusskriterien gefordert: Patientin/Patient lehnt ab, Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme, Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung, Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation (BÄK, S. 5).

**IQTIG:** Der Schlüssel „04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ wurde bewusst nicht aufgenommen, da gerade für Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung nicht fortführen möchten, die Sicherstellung der ambulanten Behandlung von besonderer Bedeutung ist. Dies spiegelt sich auch wie im Vorbericht (S. 55) dargestellt in entsprechenden Leitlinienempfehlungen wieder: „Dieser Termin sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientinnen und Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]).“ Der „Therapieabbruch durch Fernbleiben“ wird nach Recherchen des IQTIG in der psychiatrischen stationären Versorgung üblicherweise mit dem Schlüssel „03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet“ dokumentiert und ist somit bereits in den Ausschlusskriterien enthalten. Die Variante „Patientin/Patient lehnt ab“ ist bereits im Datenfeld des Indikators berücksichtigt.

Die Ausschlussgründe des Indikators entsprechen der Entlassungskodierung der Krankenhäuser nach Schlüssel 5, die routinemäßig erfolgt. Die oben geforderten anderen Angaben sind gerade keine Ausschlussgründe, da hier die Versorgungskontinuität gerade durch andere Versorgungsformen als der niedergelassenen ärztlichen gewährleistet ist, was der Indikator mitabbilden kann.

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch angemerkt, dass der Indikator keinen Zeitraum für den ambulanten Termin (z. B. 7, 14 oder 30 Tage) vorgäbe und zudem einen Termin in der ärztlichen und nicht auch psychotherapeutischen Versorgung fordere (BPtK, S. 7 f.; GKV-SV, S. 6). Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass der ursprünglich vom AQUA-Institut empfohlene Indikator identisch gewesen sei, aber eine Frist von 7 Tage forderte, die nun entfallen sei. Dadurch würde der Indikator sein Qualitätsziel verfehlen, zumal der Qualitätsaspekt noch die frühzeitige Kontaktaufnahme umfasste (GKV-SV, S. 8, 12 f.). Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass ein erheblicher Anteil

der Patientinnen und Patienten ihren ambulanten Anschlusstermin nicht wahrnehmen (PatV, S. 9 f.; GKV-SV, S. 12 f.).

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde die Erforderlichkeit folgender Datenfelder hinterfragt: Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation; Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?; Datum des ambulanten Termins (BÄK, S. 5).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde wiederum angemerkt, dass mit dem Indikator lediglich ein Termin für eine ärztliche und nicht eine fachärztliche Weiterbehandlung gefordert werde (KBV, S. 6).

**IQTIG:** Die Festlegung einer Frist ist aus Sicht des IQTIG nicht zielführend und zudem ist die Dauer der Frist nicht begründet festlegbar. Ziel des Indikators ist es, dass zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientin / des Patienten die Kontinuität der Behandlung nach dem stationären Aufenthalt sichergestellt ist. Der Indikator adressiert den durch den Leistungserbringer beeinflussbaren Prozess der Terminvereinbarung und bezieht sich nicht mehr auf tatsächliche ambulante Kontakte innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung (siehe Vorbericht S. 55).

Es ist nicht korrekt, dass der vom AQUA-Institut empfohlene Indikator bis auf die entfallende Frist von 7 Tagen identisch ist mit dem vom IQTIG entwickelten Indikator. Der ursprünglich vorgeschlagene AQUA-Indikator, der wie im Zwischenbericht dargestellt als Qualitätsmerkmal in die Indikatorenentwicklung Eingang fand, hat mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen die tatsächlichen ambulanten Kontakte innerhalb von 7 Tagen nach stationärem Aufenthalt erfasst. In den Stellungnahmen wurde zutreffend auf die hohe Diskrepanz zwischen vereinbarten und wahrgenommenen Terminen hingewiesen. Ob vereinbarte Termin von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden oder nicht, kann vom stationären Leistungserbringer nicht beeinflusst und diesem nicht zugerechnet werden, wohl aber, ob vor der Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante Weiterbehandlung vorbereitet wurde. Zudem würden im AQUA-Indikator Anschlusstermine in anderen Versorgungssettings (z. B. teilstationäre Versorgung, Rehabilitation) nicht miterfasst werden, obwohl eine Behandlungskontinuität gegeben wäre. Gerade diesem Umstand wird der vom IQTIG empfohlene Indikator gerecht.

Die von einer Stellungnahme erwähnte Formulierung einer „frühzeitige[n] Kontaktaufnahme“ im Vorbericht, die nunmehr nicht umgesetzt sei, bezieht sich eindeutig auf die frühzeitige Kontaktaufnahme des stationären Leistungserbringers zu weiterbehandelnden Leistungserbringern vor Entlassung:

*Ein gutes Entlassungsmanagement sollte daher eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandlerinnen und Behandler für zu entlassende Patientinnen und Patienten [enthalten], um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten [...].* (Vorbericht S. 55)

Somit ist durch den vom IQTIG vorgeschlagenen Indikator das Qualitätsziel dieses Qualitätsmerkmals „Entlassungsmanagement“ gerade erreicht.

Bezüglich der hinterfragten Datenfelder ist anzumerken, dass diese zum einen die Validität des Indikators erhöhen, zum anderen dienen sie dazu, den Indikator differenziert hinsichtlich der Zeit zwischen Entlassungsdatum und geplanter Weiterbehandlung sowie hinsichtlich der weiterbehandelnden Leistungserbringer auszuwerten. Diese Ergebnisse können auch genutzt werden, um die im Indikator formulierten Anforderungen im Rahmen der Weiterentwicklung zu überarbeiten.

Warum der Indikator nicht auf die fachärztliche, sondern ärztliche Versorgung zielt, wurde bereits im Vorbericht (S. 57 f.) dargelegt:

*[...]Öffnung des Indikators hin zur ärztlichen ambulanten Versorgung, die im Sinne der auf jeden Fall zu gewährleistenden kontinuierlichen Weiterversorgung nach stationärer Entlassung erfolgen sollte und sowohl persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten geschuldet als auch einem Versorgungsmangel an Fachärztinnen und Fachärzten geschuldet sein kann (siehe Tabelle 7). [...] Das Hauptziel des Indikators ist, die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und erfassbar zu machen. [...].*

Konstatiert wird im Vorbericht (S. 58) auch:

*[...] dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung durch eine ambulante Fachärztin oder einen ambulanten Facharzt von hoher Relevanz ist, die zeitnah nach Entlassung gewährleistet werden sollte und sich die Öffnung auf alle ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, auch Hausärztinnen und -ärzte, in diesem Indikator ausschließlich auf die Sicherstellung des ersten Arztkontakts nach stationärer oder teilstationärer Entlassung bezieht.*

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation zu bedenken gegeben, dass der Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ durch den Indikator nicht ausreichend adressiert sei (BPTK, S. 7 f.; GKV-SV, S. 12 f.; PatV, S. 9 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG weist darauf hin, dass weitere Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsaspekts aufgrund einer besseren Operationalisierbarkeit in die Entwicklung der Patientenbefragung eingegangen sind. Der Qualitätsaspekt wird folglich nicht ausschließlich durch den hier diskutierten dokumentationsbasierten Indikator abgebildet.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Frage gestellt, in welchem Verhältnis dieser Indikator zu dem 2017 verpflichtend eingeführten Entlassungsmanagement stehe (GKV-SV, S. 12 f.).

**IQTIG:** Wie im Vorbericht (S. 57) ausgeführt handelt es sich beim verpflichtenden Entlassungsmanagement noch nicht um eine etablierte Versorgungsleistung, jedoch sollte der Indikator unter Berücksichtigung der Entwicklung des verpflichtenden Entlassungsmanagements gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Zudem sollte der Indikator ggf. im Kontext von möglichen anderen qualitätssichernden Maßnahmen hinsichtlich des Entlassungsmanagements im Zuge der Weiterentwicklung regelmäßig kritisch geprüft werden.

## 5 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Psychoedukation wurde allgemein von den stellungnahmeberechtigten Organisationen als ein relevanter Bestandteil der Therapie angesehen, deren Wirksamkeit als wissenschaftlich gut belegt eingeschätzt wird (DGPPN, S. 3; BpTK, S. 8; GKV-SV, S. 14 f.). Dass Psychoedukation in das QS-Verfahren aufgenommen wurde, wurde entsprechend begrüßt (PatV, S. 10). Es wurde von einer Stellungnahme ein Verbesserungsbedarf beim Erhalt der Psychoedukation bestätigt (BpTK, S. 8). Für das Anbieten und die Inanspruchnahme der Psychoedukation für sämtliche Patientinnen und Patienten wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation allerdings keine hinreichende Evidenz gesehen, da es keine Empfehlung in der NICE-Leitlinie hierzu gäbe (DKG, S. 5). Von zwei Stellungnehmenden wurde darauf hingewiesen, dass es für den ambulanten Bereich keine einschlägigen Untersuchungen zu Umfang, Dauer und Wiederholungen von Psychoedukation gebe (KBV, S. 7; BpTK, S. 9 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG freut sich über die Zustimmung der Stellungnehmenden, dass der Psychoedukation zum einen eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung beigemessen wird und zum anderen der Nutzen einer Psychoedukation mehrheitlich als wissenschaftlich gut belegt angesehen wird. In der NICE-Leitlinie von 2014 wird Psychoedukation aus methodischen Gründen nicht empfohlen. Es könne keine Evidenz aus Studien abgeleitet werden, da es problematisch sei, in Studien Psychoedukation von „the provision of good-quality information as required in standard care“ abzugrenzen. Aber die NICE-Leitlinie empfiehlt ein manualbasiertes Selbstmanagementprogramm, welches den Patientinnen und Patienten als Teil der Behandlung und Bewältigung der Erkrankung vermittelt werden soll (NCCMH 2014 [2017]: 207). Dies kommt einer Psychoedukation inhaltlich sehr nah.

In der Tat liegt kaum Literatur oder Evidenz für den Umfang, die Dauer, die Regelmäßigkeit im Sinne einer Frequenz von wiederholt anzubietenden Psychoedukationsmaßnahmen explizit im ambulanten Bereich vor. Es gibt aber Literatur, in der Psychoedukation als Maßnahme bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eingehend untersucht wurde und die zu der im Bericht zitierten Empfehlung hinsichtlich der Psychoedukation – sowohl stationär als auch ambulant – kommt (DGPPN und Falkai 2013). Es wird in der Machbarkeit empirisch zu prüfen sein, welche Konkretisierungen insbesondere für den ambulanten Qualitätsindikator zur Psychoedukation zielführend sein werden.

Es wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen Nachfragen und Kommentare hinsichtlich der Operationalisierung der Indikatoren zur Psychoedukation insbesondere im ambulanten Bereich (BpTK, S. 10; KBV, S. 7; GKV-SV, S. 14 f.), aber auch im stationären Bereich (DKG, S. 5, GKV-SV, S. 13 f.) formuliert. Von einer stellungnehmenden Organisation wurde die Operationalisierung be-

grüßt (PatV, S. 19). Die Kritik der stellungnahmeberechtigten Organisationen bezog sich vor allem auf die Definition des Umfangs der Psychoedukation (KBV, S. 7), dessen Evidenz infrage gestellt wird (BPtK, S. 10; KBV, S. 7). Von zwei Stellungnahmen wurde kritisiert, dass die Ausfüllhinweise nicht konkret genug für valide Berechnungen seien (GKV-SV, S. 13–15, BPtK, S. 8 f.).

**IQTIG:** Die Definition der Mindestanforderung für die Erfüllung des Indikators wurde konkretisiert. Für den Indikator „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“ sollte der zeitliche Umfang für die Durchführung einer psychoedukativen Maßnahme mindestens eine Sitzung – als Einzel- oder Gruppensitzung – pro Woche betragen. Für den Indikator „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ sollte derselbe zeitliche Umfang angestrebt werden, wobei hier eine Aufteilung in kürzere Einheiten im Rahmen von Arzt-Patienten-Kontakten möglich ist, da psychoedukative Gruppensitzungen durch andere Therapeutinnen und Therapeuten wie im Ausfüllhinweis ausgeführt nicht flächendeckend bzw. nur punktuell angeboten werden. Diese Festlegungen sind im Rahmen der Machbarkeitsprüfung empirisch zu überprüfen.

Im ambulanten Bereich sind auf Anregung der Stellungnehmenden die Datenfelder dahingehend modifiziert worden, dass die Leistungserbringer angeben können, ob sie selber oder eine andere Therapeutin / ein anderer Therapeut bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter eine Psychoedukation durchgeführt hat oder ob im Rahmen eines stationären Aufenthalts bereits eine Psychoedukation im Erfassungsjahr erfolgt ist. Die Datenfelder, die Antwortmöglichkeiten, die Verständlichkeit der Ausfüllhinweise und die Referenzbereiche werden ebenfalls Gegenstand der Machbarkeitsprüfung sein.

Die Ausfüllhinweise wurden entsprechend ergänzt.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten das Angebot zur Psychoedukation auch ablehnen oder aus anderen Gründen keine Psychoedukation erhalten können – dies solle als Antwortoption in der QS-Dokumentation ergänzt werden (DGPPN, S. 3; BPtK, S. 10; DKG, S. 5). Eine Berücksichtigung dieses Umstands über einen niedrigen Referenzbereich wurde von mehreren Stellungnehmenden für unzureichend gehalten, da befürchtet werde, keine wirkliche Qualitätsverbesserung durch einen zu niedrigen Referenzbereich zu erreichen (BPtK, S. 10; GKV-SV, S. 6, S. 14 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Referenzbereich wiederum als zu hoch angesehen, da es viele Einflussfaktoren wie die Dauer der Erkrankung, die Anzahl früherer psychoedukativer Maßnahmen und/oder die im Rahmen eines vorangegangenen stationären Aufenthalts erhaltene Psychoedukation auf die Teilnahme an einer Psychoedukation im ambulanten Bereich gebe, die außerhalb der Einflussnahme der behandelnden Ärztinnen und Ärzte stünden (KBV, S. 7).



**IQTIG:** Dem IQTIG ist durchaus bewusst, dass es Patientinnen und Patienten gibt, die aus verschiedenen Gründen nicht gleichermaßen zu einer Psychoedukation bereit oder für diese geeignet sind. Dennoch sollen gerade auch diesen Patientinnen und Patienten über psychoedukative Maßnahmen die wesentlichen Informationen über die Erkrankung, ihren möglichen Verlauf und den Umgang damit vermittelt werden. Da niemals alle Patientinnen und Patienten - aus unterschiedlichen Gründen - eine Psychoedukation erhalten werden, wird der Referenzbereich entsprechend niedrig angesetzt. Die Aufnahme eines Datenfelds „Patientin/Patient lehnt ab/aus anderen Gründen nicht zutreffend“ würde möglicherweise die Anstrengungen der Leistungserbringer nicht in gleicher Weise fördern.

Der Umstand, dass in diesem Qualitätsindikator sowohl patientenbedingte Einschränkungen der Grundgesamtheit beachtet werden müssen als auch strukturell unterschiedliche Ressourcen/Angebote, die wiederum regional verschieden sein können, wirkt sich auf den Referenzbereich aus. Aber solange bestimmte Patientenkollektive nicht definiert und ausgeschlossen werden können und sollen und solange keine Kenntnisse über Angebote zur ambulanten Psychoedukation vorliegen, muss dies mit einem entsprechend größeren Referenzbereich berücksichtigt werden. Da keine empirischen Daten zur tatsächlichen Erbringung von Psychoedukation vorliegen, ist der hier festgelegte Referenzbereich als vorläufig anzusehen und bedarf einer Überprüfung in der Machbarkeitsprüfung. Das Ziel ist, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten regelmäßig und ausreichend Informationen erhalten. Dieses Ziel soll über die Zeit durch eine entsprechende Anpassung des Referenzbereichs im Rahmen der Systempflege erreicht werden.

Ob weitere Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Patientinnen und Patienten an Psychoedukation einwirken bzw. Auswirkungen auf das Angebot der strukturierten und manualbasierten Psychoedukation haben, wird ebenfalls in der Machbarkeitsprüfung anhand von begleitenden Interviews der teilnehmenden Leistungserbringer zu ermitteln sein.

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde sich ausführlich zum ambulanten Qualitätsindikator der Psychoedukation geäußert. Eine Operationalisierung des Qualitätsindikators auf ambulanter Ebene werde aufgrund der mangelnden Evidenz einerseits und aus Gründen der Praktikabilität andererseits – nicht jede behandelnde Fachärztin / jeder behandelnde Facharzt könne den Umfang der für die Qualitätssicherung erforderlichen Psychoedukation selber durchführen – nicht gutgeheißen. Darum wurde in der Stellungnahme die Trennung des ambulanten Qualitätsindikators in einen Prozessindikator auf Leistungserbringerebene („Information über und Empfehlung von ambulanter Psychoedukation“) und in einen Indikator auf Systemebene („Erhalt von Psychoedukation“) angeregt (BPTK, S. 10). Zudem wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation kritisch angemerkt, dass es keine Vergütungsmöglichkeit im ambulanten Bereich für die einbezogenen Fachärztinnen und -ärzte für eine Psychoedukation gebe und die ambulante Psychoedukation im Rahmen von Selektivverträgen meist durch andere Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werde (KBV, S. 7).

**IQTIG:** Das IQTIG bedankt sich für die konkreten und konstruktiven Anregungen auch hinsichtlich der Definition vom Umfang von Psychoedukation. Insbesondere die strukturellen Engpässe im ambulanten Bereich sind nachteilig für die Patientinnen und Patienten. Gerade deswegen müssen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten die die Behandlung positiv beeinflussenden Informationen erhalten. Um eine bessere Vorstellung von der Versorgungssituation in dieser Hinsicht zu erhalten, ist das Datenfeld erweitert worden. So können differenziertere Informationen über die reale Versorgung sichtbar gemacht werden. Dieser Qualitätsindikator wird anhand von empirischen Daten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung sehr genau zu prüfen sein.

Dem IQTIG ist bekannt, dass es keine Gebührenordnungspositionen (GOPs) für den vertragsärztlichen Bereich gibt, dennoch sollte der Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung, „ausreichend lange und ggf. wiederholt“ (DGPPN und Falkai 2013: 98)] eine Psychoedukation durchzuführen, nicht aufgegeben werden. Wird eine Psychoedukation durchgeführt, so sollte diese strukturiert und manualbasiert erfolgen. Im Sinne der Qualitätssicherung würde das IQTIG die Einführung einer GOP begrüßen, da dann eine fallbezogene QS-Dokumentation entfallen und dieser Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden könnte.

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde auf redaktionelle Unschärfen in den Indikatorenbeschreibungen, beim Qualitätsziel und dem Referenzbereich hingewiesen (BÄK, S. 5).

**IQTIG:** Das Institut bedankt sich für die konkreten und relevanten redaktionellen Verbesserungshinweise. Daraufhin wurden die Indikatorenbeschreibungen korrigiert.

## 6 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring in der Pharmakotherapie“

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde eine vertiefte Darstellung des konkreten Auswahlprozesses einzelner Qualitätsaspekte gewünscht (PatV, S.10 f.; GKV-SV, S. 9, 15, 29). Dabei seien insbesondere Unterschiede in der Auswahlentscheidung im Bericht konkret aufzuführen. Von zwei Stellungnahmeberechtigten wurde kritisiert, dass die Qualitätsindikatoren vom AQUA-Institut „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (AQUA QI 19)“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (AQUA QI 20b)“ und „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung (AQUA QI 21a)“ nunmehr nicht im Indikatorset dieses Verfahrens Berücksichtigung fänden (PatV, S. 7; GKV-SV, S. 15).

Von anderen stellungnehmenden Organisationen wurde die Mitberücksichtigung der Arzneimittel aus der Gruppe der homöopathischen und anthropologischen Psycholeptika als fragwürdig erachtet (DGPPN, S 3; DKG, S. 6).

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde zur besseren Nachvollziehbarkeit der Adressierung der kontinuierlichen antipsychotischen Therapie durch das QS-Verfahren die Darlegung vorhandener Evidenz zur Wahl des gewählten Follow-up-Intervalls gewünscht (DKG, S. 6).

In Hinblick auf die mögliche Nutzung eines Systemqualitätsindikators zur Erfassung der Erhaltungstherapie äußerte sich eine stellungnehmende Organisation zustimmend zum Grundkonzept dieses Vorgehens. Es wurde aber zu bedenken gegeben, dass die Ausgestaltung der Auswertungsstrategie und des Reportings von großer Bedeutung für das Verfahren seien, und es wurde kritisiert, dass die vorliegenden Darstellungen des IQTIG wenig konkret seien (BPTK, S. 12).

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde kritisiert, dass die Zählerbeschreibung des Indikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ missverständlich sei. Zudem sei der Umstand, dass ein informiertes Absetzen der Medikation nicht zwingend einen Qualitätsmangel darstellt, im Verfahren nicht ausreichend berücksichtigt (GKV-SV, S. 16 f.).

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde auf fehlerhafte Formulierungen und Zeiträume bei den Angaben in den Datenfeldern zur Indikatorenberechnung hingewiesen (BÄK, S.6 f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass nicht nachvollziehbar sei, wie die Erfassung von Patientinnen und Patienten mit 2 Quartalen ambulant veranlasster Therapie mit Psychopharmaka 12 Monate nach einem stationären Aufenthalt sichergestellt werden solle. Außerdem sei nicht für alle Patientinnen und Patienten gesichert, dass eine Indikation zur Therapie mit Psychopharmaka über den gesamten Nachverfolgungszeitraum bestanden habe. Bezüglich der Dokumentationsverantwortlichkeiten der die Zählerpopulationen

betreffenden Leistungen wurde zudem angeführt, dass nicht nachvollziehbar sei, wieso der ambulante fachärztliche Leistungserbringer oder die PIA dokumentationsverantwortlich sein sollen und aufgrund welcher Daten diese Informationen erhoben werden (KBV, S. 9).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde die vorgeschlagene Frequenz der ambulanten Erfassung und Dokumentation bezüglich des Ansprechens auf die Therapie mit Psychopharmaka und auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen als zu gering erachtet (DGPPN, S. 3–4; BPtK, S. 10–12; GKV-SV, S. 7). Diese sollte nach Beurteilung einer Stellungnahme mindestens quartalsweise erfolgen (DGPPN, S. 4).

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde kritisiert, dass die wöchentliche Erfassung des Ansprechens und der unerwünschten Arzneimittelwirkung im stationären Sektor generell als Qualitätskriterium untauglich sei, um Qualitätsdefizite zu festzustellen, da sie ohnehin zu erfolgen habe. Es werde sich so ein zu positives Bild der Versorgungslage ergeben. Zudem wird auf das Fehlen eines Ausfüllhinweises in der Dokumentation des Indikators hingewiesen. Für den ambulanten Sektor erfasse der Indikator durch die quartalsweise Betrachtung einen absoluten Mindeststandard. Ein Ausfüllhinweis sei unbedingt erforderlich, um den Indikator zu schärfen (GKV-SV, S. 7, 16 f., BPtK, S. 10–12).

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde gebeten, für den Indikator zur Erhaltungstherapie die Art und Weise der Dokumentation zu präzisieren (KBV, S. 8).

**IQTIG:** Der Auswahlprozess der Qualitätsaspekte wurde im Zwischenbericht ausführlich erläutert. Die Qualitätsaspekte wurden entsprechend der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG entwickelt (IQTIG 2017). Die vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (AQUA QI 19)“ und „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung (AQUA QI 21a)“ wurden im Rahmen des Expertengremiums vom 29. November 2016 in Bezug auf ihre Überleitbarkeit in die Aktualisierung und Neuausrichtung des Indikatorensets beurteilt. Hierbei wurde die Expertenmeinung in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) erfasst (Zwischenbericht, S. 40). Da sie bei der Einschätzung durch die Expertinnen und Experten hinsichtlich der Kriterien „Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt“ oder „Zuschreibbarkeit der Verantwortung“ einen Wert unter 75 % erreichten, wurden sie von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Der vom AQUA-Institut vorgeschlagene Indikator „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (AQUA QI 20b)“ wurde in Filterschritt 3 (siehe Tabelle 27 im Abschlussbericht) aufgrund mangelnder Messbarkeit sowie eingeschränkter Beeinflussbarkeit nicht weiter verfolgt. Die Einbeziehung der homöopathischen und anthroposophischen Psycholeptika erfolgte, um potenzielle Wechselwirkungen mit anderen in diesem QS-Verfahren betrachteten Arzneimitteln zu erfassen.

Das angesprochene Follow-up-Intervall von 12 Monaten für den Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ gründet sich auf die berücksichtigten evidenzbasierten Empfehlungen zur Therapie psychotisch erkrankter Patientinnen und Patienten (mindestens 18 Monate bei SIGN 2013, 12 bis 24 Monate bei NCCMH 2014 [2017]). Dass die Erhaltungstherapie nicht eingehalten wird, ist gemäß internationaler Leitlinien zu vermeiden, wie umfassend in der Rationale des Indikators dargestellt. Einzelfälle, in denen dies begründet vorkommen kann, führen aufgrund der Auswertung auf Systemebene bei diesem Indikator zu keiner qualitativen Auffälligkeit des Leistungserbringers, da hier nicht auf Leistungserbringerebene ausgewertet wird und kein Strukturierter Dialog stattfindet. Die Darstellung der Systemqualität in den ermittelten Ergebnissen des vorgeschlagenen QS-Verfahrens ist auftragsgemäß ein zentraler Punkt. Theoretische Grundlagen und sich daraus ergebende Reporting werden umfangreich im Kapitel 8 des Abschlussberichts dargestellt.

Die bezüglich der nicht näher spezifizierten Menge der verschriebenen Psychopharmaka kritisierte Zählerbeschreibung zum Indikator der Erhaltungstherapie wurde korrigiert und das Datenfeld durch den Ausfüllhinweis „Mindestens 1 Arzneimittel der Gruppe N05A“ ergänzt. Des Weiteren wurden die angesprochenen fehlerhaften Zeiträume im Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“ korrigiert.

Aufgrund der Auslösung der Fälle im Erfassungsjahr und der Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen im QS-Verfahren *Schizophrenie* kann aufgrund der systemspezifischen Datenflüsse eine Berichtslatenz von bis zu einem Jahr auftreten. Diese Verzögerungen ergeben sich zwangsläufig aus der besonderen Situation in sozialdatenbasierten sektorenübergreifenden QS-Verfahren mit Follow-up-Zeiträumen von bis zu 12 Monaten, wie dies auch bei anderen Verfahren der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)<sup>1</sup> bekannt ist.

Bezüglich der Kritik an der Herleitung und Darlegung der Dokumentationsverantwortung verweist das IQTIG darauf, dass in den Datenfeldern zur Verantwortung der Dokumentation und zum Adressaten der Rückmeldung jeweils die an der Behandlung Beteiligten aufgeführt sind. Die Verantwortungszuweisung für das Indikatorergebnis liegt, wie dargestellt, auf der Systemebene.

Bezüglich der angesprochenen Frequenz der ambulanten Dokumentation für den Indikator „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ schließt sich das IQTIG der von den Stellungnehmenden vorgeschlagenen – höheren – Frequenz von mindestens quartalsweiser Erfassung und Dokumentation an. Der Text in den diesbezüglichen Datenfeldern zur Indikatorberechnung wurde angepasst.

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 15. Dezember 2016, in Kraft getreten am 16. März 2017.

Im Hinblick auf vermutete Problematik einer zu leichten Erfüllbarkeit der Indikatoren „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor verweist das IQTIG auf Indikatoren der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Indikatoren der Anwendungsstudie des AOK-Bundesverbandes (Vorbericht, S. 79), die jeweils Hinweise auf bestehende Qualitätsdefizite im adressierten Versorgungsbereich geben. Ähnliches haben die Beratungen im 3. Treffen des Expertengremiums ergeben, welche der Dokumentation des Verlaufes der Pharmakotherapie explizit größere Bedeutung beigemessen hatten (siehe Entwicklungsprotokoll im Indikatorenset). Da zur Dokumentation der Leistungsinhalte der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka bislang in Deutschland keine einheitliche und verbindliche Vorgabe existiert (z. B. Basisdokumentation), ist die Ausgestaltung des Ausfüllhinweises eine Aufgabe der Machbarkeitsprüfung. Die Einhaltung der Kriterien der Ausfüllhinweise zur Bearbeitung der fallbezogenen QS-Dokumentation durch die Ausfüllenden könnte dann durch ein Verfahren zur Datenvalidierung überprüft werden. Die Optionen zur Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation finden sich in Kapitel 13. Theoretische Möglichkeit ist zum Beispiel eine Auslösung anhand der quartalsmäßigen Abrechnung der Vertragsärztin / des Vertragsarztes bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), bei der die Auslösung durch die KV vorgenommen und die Ärztin / der Arzt von der KV über die Dokumentationspflicht informiert wird. Die Durchführung der anschließenden QS-Dokumentation durch die Vertragsärztin / den Vertragsarzt könnte z. B. über eine entsprechende Dokumentationssoftware oder über eine Webportallösung realisiert werden. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen in einem QS-Verfahren umgesetzt werden soll, liegt beim G-BA und sollte unter Berücksichtigung finanzieller und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

## 7 Qualitätsindikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“

Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass die geforderte Therapiedosis zu gering sei (BPtK, S. 13–15; GKV-SV, S. 7, 17 f.). Da die geforderte Mindestdauer für eine psychotherapeutische Intervention ggf. auch auf kleinere Einheiten aufgeteilt werden kann, bestünde zudem die Gefahr, dass diese nicht von supportiven Gesprächen unterscheidbar sein könnten (GKV-SV, S. 17 f.). Mehrheitlich wurde konstatiert, dass der gewählte Referenzbereich von  $\geq 50\%$  zu niedrig angesetzt sei (BPtK, S. 13–15; PatV, S. 11; GKV-SV, S. 17 f.; KBV, S. 10).

Zusätzlich wurde nachgefragt, wer die psychotherapeutische Leistung im Sinne dieses Indikators erbringen soll (KBV, S. 10).

**IQTIG:** Hinsichtlich der für diesen Indikator geforderten Therapiedosis sowie des gewählten Referenzbereichs weist das IQTIG auf den im Vorbericht (S. 99) beschriebenen Verbesserungsbedarf hin:

*Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthalts an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006). Im Rahmen eines narrativen Reviews nennen Schaub et al. (2016) Ergebnisse einer Untersuchung, im Rahmen derer eine stationäre Intervention aus Verhaltenstherapie und Schulungen zum Krankheitsmanagement Hinweise aufzeigt, einen positiven Einfluss auf den Rückgang der Symptomatik, der Angst und der Depressionen zu haben (Schaub et al. 2016). [...]*

*Auch im AQUA-Bericht wurde bereits auf das Qualitätspotenzial Psychotherapie eingegangen (AQUA 2016). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung in stationären Einrichtungen, die wenig transparent ist, lässt sich aufgrund einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2014) bei über 1.500 stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Defizit vermuten. Diese Umfrage zeigte, dass in den beteiligten Kliniken 57 % der Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zur Verfügung. In 46 % der Einrichtungen wird auch allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und in 42 % der Krankenhäuser zumindest einem Teil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. 11 % der Krankenhäuser bieten keine Psychotherapie an (BPtK 2014). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung in den Psychiatrischen Institutsambulanzen wurden im AQUA-Bericht keine Aussagen gemacht (AQUA 2016).*

Aufgrund dieses erheblichen Verbesserungsbedarfs und der aktuell defizitären Versorgung hält es das IQTIG für zielführend, mit niedrigeren Anforderungen an die stationären Leistungserbringer sowie einem niedrigen Referenzbereich zu beginnen. Jedoch sollten im Regelbetrieb sowohl diese Anforderungen als auch der Referenzbereich sukzessive erhöht werden.

Das Datenfeld fragt nach psychotherapeutischer Intervention im Sinne einer psychotherapeutischen Behandlung, die unabhängig von supportiven Gesprächen zu erfolgen hat.

Die psychotherapeutische Intervention soll von Therapeutinnen und Therapeuten oder Ärztinnen und Ärzten, die über die Genehmigung zur Ausführung von Psychotherapie verfügen, erbracht werden.



## 8 Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde die Anregung gegeben, dass bei diesem Qualitätsindikator auch solche Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden sollten, bei denen eine komorbide Demenzerkrankung und/oder eine Intelligenzminderung vorliegt (DGPPN, S. 4; DKG, S. 6). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Einschätzung des IQTIG unterstützt, dass eine Erfassung der Suizidalität mittels der Qualitätssicherung nicht aussagekräftig und angemessen abbildbar sei (DPR, S. 4; PatV, S. 11 f.). Des Weiteren wurde angeregt, dass es anzustreben sei, auch Suizidversuche und suizidale Handlungen in diesen Indikator einzubeziehen (BPtK, S. 15; PatV, S. 11 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch erwähnt, dass im Vorbericht keine Darstellung der Evidenz für den Nutzen von solchen Fallkonferenzen erfolgt sei (DKG, S. 6). Außerdem wurde angemerkt, dass die Datenfelder so angepasst werden sollten, dass die genaue Anzahl der Suizide bzw. entsprechend auch die genaue Anzahl der durchgeführten Suizidkonferenzen in den Datenfeldern erfasst werden (KBV, S. 11).

**IQTIG:** Das IQTIG hat den korrekten Hinweis umgesetzt, dass es bei diesem Indikator notwendig und sinnvoll ist, auch Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden Demenz und/oder Intelligenzminderung zu berücksichtigen. Des Weiteren bedankt sich das IQTIG für den Hinweis (BÄK, S. 7), dass dieser Indikator als ein indirekter Sentinel-Event-Indikator definiert werden sollte, und hat für den Referenzbereich in den Indikatorenbeschreibungen entsprechend ergänzt: „Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein).“

Bezüglich eines Einbezugs von Suizidversuchen oder suizidalen Handlungen ist anzumerken, dass eine Besprechung dieser im Rahmen von Fallkonferenzen im Sinne der Qualitätsförderung als Zweck der Qualitätssicherung wünschenswert ist. Eine Forderung im Rahmen dieses Indikators ist jedoch aufgrund der Heterogenität dessen, was als suizidale Handlung zu definieren ist, nicht machbar. Des Weiteren ist auch im Rahmen eines stationären/teilstationären Indikators keine Erfassung von Suiziden kurz nach der Entlassung aufgrund der bestehenden sektoralen Trennung umsetzbar.

Bei Suiziden von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung kann es sich um wenige Fälle pro Krankenhaus handeln, sodass bei der Auswertung der Datenschutz mitunter nicht gewährleistet werden kann. Aufgrund der geringen Fallzahl kann eine Rückverfolgung auf die Identität des Patienten / der Patientin möglich sein, daher sieht das IQTIG aufgrund des Datenschutzes davon ab, im Datenfeld die konkrete Anzahl an Suiziden zu erfassen.

Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M-Konferenz) dient der retrospektiven Fallanalyse, damit konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Strukturen und Prozessen in einer Einrichtung abgeleitet werden und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer individuell aus dem Fall lernen. Bei dieser Konferenz werden unerwünschte Ereignisse gemeinsam, strukturiert und interdisziplinär analysiert, um fehlerhafte Vorgänge und latente Ursachen für die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses zu identifizieren und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung dieser abzuleiten (Boy et al. 2016). Sie stellen ein zunehmend etabliertes Besprechungsformat im Rahmen eines klinischen Qualitäts- und Risikomanagementsystems dar. Dieser Ausrichtung folgt die Suizidkonferenz. Das IQTIG stimmt jedoch zu, dass es trotz der offenkundigen Plausibilität und des hohen Expertenkonsens nur eine schwache Evidenz für die Wirksamkeit aufgrund weniger belastbarer Studien gibt.

## 9 Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass der entwickelte Indikator zu weich sei und in der aktuellen Operationalisierung lediglich den Minimalstandard der Versorgung erfasse (GKV-SV, S. 7, 18 f.). Was die Operationalisierung des Indikators betrifft, wurde in anderen Stellungnahmen auf die Mindesthäufigkeit der Abfrage (BpTK, S. 16), die Abgrenzung zum HoNOS (KBV, S. 12; GKV-SV, S. 18) und die konkrete Definition der „strukturierten anamnестischen Abklärung“ (KBV, S. 12; BÄK, S. 8) abgehoben. Des Weiteren solle vonseiten des IQTIG eine Erläuterung erfolgen, warum dieser Indikator ausschließlich im ambulanten Sektor erhoben werden sollte (KBV, S. 12, 24).

**IQTIG:** Im Rahmen der Überarbeitung dieses Indikators nach dem Stellungnahmeverfahren erfolgte eine Anpassung des Datenfelds und entsprechend der Indikatorbeschreibung hinsichtlich der Mindesthäufigkeit einer Abfrage. Hier wurde präzisiert, dass die Erfassung indikationsbezogen, aber mindestens in zwei Quartalen eines Erfassungsjahres erfolgen soll. So ist gewährleistet, dass der Leistungserbringer indikationsbezogen und dennoch routinehaft einen möglichen Substanzmissbrauch oder ein Abhängigkeitssyndrom erfragt. Redaktionelle Anpassungen zur Einheitlichkeit von Indikatorbeschreibung, Zähler und Datenfeld wurden vorgenommen.

Es gibt unbestritten noch weitere Komorbiditäten, die bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung auftreten können, wie beispielsweise von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt Angsterkrankungen und Depressionen (PatV, S. 12). Im Rahmen der angewandten Methodik zur Generierung von Qualitätsaspekten, welche im Zwischenbericht umfassend dargestellt ist, konnte jedoch im Gegensatz zur Komorbidität Sucht für diese Komorbiditäten kein expliziter Verbesserungsbedarf anhand der Literatur festgestellt werden. Bezüglich der Kritik, der Indikator erfasse einen Minimalstandard der Versorgung, möchte das IQTIG auf die angewandte Methodik hinweisen, die im Rahmen des Entwicklungsprozesses klar herausarbeitet, dass eine regelmäßige Erfassung der Komorbidität Sucht bei diesen Patientinnen und Patienten von Relevanz ist. Entscheidend ist hier, dass sich im Rahmen von Filterschritt 3 Hinweise zeigen, dass Defizite insbesondere bei der regelmäßigen und indikationsbezogenen Erfassung vorliegen, anders als bei der Erfassung eines möglichen Substanzmissbrauchs bei der stationären Aufnahme. Aus diesem Grund bezieht sich der Indikator auch auf die Erfassung im ambulanten Bereich, da hier eine langfristige und kontinuierliche Überwachung der Patientinnen und Patienten stattfinden muss.

Hieraus ergibt sich, dass eine solche indikationsbezogene, speziell auf die Situation der Patientinnen und Patienten bezogene Suchtanamnese nicht ausreichend mittels Item 3 „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“ des HoNOS erfasst werden kann. Des Weiteren kann eine indikationsbezogene

Erfassung auch eine sehr regelmäßige Abfrage des Substanzmissbrauchs bedeuten, welche den Aufwand einer ebenso häufigen Erfassung des gesamten HoNOS nicht rechtfertigt, vor allem da dieser sich nur in einem Item die Thematik Sucht adressiert.

## 10 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen äußerten sich hinsichtlich verschiedener Aspekte der Operationalisierung dieses Indikators. Kritisch angemerkt wurde zunächst, dass der Indikator auf die Erfassung von Laborwerten eingeschränkt wurde (DKG, S. 7; GKV-SV, S. 7, 19 f.). In anderen Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass eine Einschränkung auf Patientinnen und Patienten, die eine antipsychotische Pharmakotherapie erhalten, sinnvoll sei (KBV, S. 13) und dass im Indikator Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen seien, die im Erfassungsjahr bereits einen stationären Aufenthalt hatten (KBV, S. 12; DGPPN, S. 5). Weitere Hinweise bezogen sich auf die Festlegung des Referenzbereichs von  $\geq 70\%$  (GKV-SV, S. 19 f.; BptK, S. 16 f.) sowie den Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung und/oder Intelligenzminderung (DGPPN, S. 5). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte zudem an, dass eine Erhebung dieses Indikators mit Sozialdaten bei den Krankenkassen bei PIAs aufgrund hauseigener Labore nicht möglich sei (DGPPN, S. 5).

Kritisiert wurde die Entscheidung des IQTIG, diesen Indikator nur im ambulanten Bereich zu erheben (KBV, S. 24; PatV, S. 12). Es solle eine Erklärung hinsichtlich der Zuschreibbarkeit dieses Indikators zum ambulanten Leistungserbringer erfolgen, da diese mit der vorliegenden Operationalisierung aktuell nicht gegeben sei (KBV, S. 13). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass auch die anderen Qualitätsmerkmale, die zu diesem Qualitätsindikator entwickelt wurden, als Qualitätsindikatoren geeignet seien (BptK, S. 16 f.).

**IQTIG:** Zunächst ist allgemein zu diesem Indikator anzumerken, dass es sich hierbei um einen Surrogat-Indikator handelt und auch nur handeln kann. Eine für jede Patientin / jeden Patienten zutreffende und vollständige Operationalisierung aller zu erfassender Parameter zur Abbildung der somatischen Versorgung ist nicht möglich. Es handelt sich zum einen um ein patientenindividuelles Konstrukt, welches sowohl unter den Patientinnen und Patienten verschieden sein kann als sich auch bei einer Patientin / einem Patienten im Zeitverlauf der Erkrankung verändern kann. Zum anderen ist eine Erhebung des Indikators im Sinne der angestrebten Datensparsamkeit nur dann machbar, wenn eine Einschränkung auf die mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhebbaren Parameter vorgenommen wird. Bei der Indikatorentwicklung hat sich das IQTIG an bestehende leitliniengerechte Empfehlungen orientiert (NCCMH 2014 [2017]), das Expertengremium hinsichtlich seiner Expertise befragt, Prüfungen mittels des vorliegenden Sozialdatenpools vorgenommen sowie die Vorschläge des Abschlussberichts des AQUA-Instituts orientierend berücksichtigt, um Untersuchungen zu definieren, die für jede Patientin / jeden Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung von Relevanz sind. Diese Definition wurde vorgenommen wissentlich, dass im Sinne einer Qualitätsförderung dieser Indikator als Surrogat die Leistungserbringer sensi-

bilisieren soll, alle notwendigen somatischen Untersuchungen für ihre individuellen Patientinnen und Patienten durchzuführen. In diesem Kontext wurde auch die fehlerhafte Darstellung in der Indikatorbeschreibung korrigiert. Die Grundpauschale ist hierbei, wie die anderen Parameter auch, Teil der „Und“-Verknüpfung zwischen den Gruppen. Es ist also neben der GOP für Laboruntersuchungen auch immer eine der beiden Pauschalen abzurechnen, um diesen Indikator zu erfüllen.

Das IQTIG hat sich im Prozess der Entwicklung bewusst dafür entschieden, bei diesem Indikator keine Einschränkung auf Patientinnen und Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie vorzunehmen, da eine solche auch von NCCMH (2014 [2017]) nicht empfohlen wird. Der schlechte somatische Gesundheitszustand dieser Patientinnen und Patienten liegt in erheblichem Maß auch in ihrer Erkrankung selbst begründet. Eine Erfassung, ob Patientinnen und Patienten bereits im Erfassungsjahr einen stationären Aufenthalt hatten, wurde nicht berücksichtigt, da nach Einschätzung des IQTIG auch und gerade Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt nach diesem ambulant somatisch überprüft werden sollten, wenn beispielsweise im Rahmen des Krankenhausaufenthalts Änderungen an der pharmazeutischen Therapie vorgenommen wurden.

Anhand der vorliegenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse zeigte sich für das Erfassungsjahr 2014, dass nur etwa 38 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- überhaupt eine jährliche somatische Kontrolluntersuchung erhalten haben, sodass sich diesbezüglich ein starker Verbesserungsbedarf ergibt (siehe Abschnitt 5.11 und Kapitel 6). Dieses Defizit konnte auch anhand der Literatur und des AQUA-Abschlussberichts ausgemacht werden. Der Referenzbereich wurde für den Zeitpunkt der Einführung dieses Verfahrens daher zunächst auf  $\geq 70\%$  festgelegt.

Das IQTIG hat den korrekten Hinweis umgesetzt, dass es bei diesem Indikator notwendig und sinnvoll ist, auch Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden Demenz und/oder Intelligenzminderung zu berücksichtigen. Ebenso wurden für diesen Indikator die PIAs ausgeschlossen, um eine Erhebung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen auch weiterhin gewährleisten zu können.

Da sich in der untersuchten Literatur keine Hinweise darauf zeigen, dass es im stationären Sektor Verbesserungsbedarf hinsichtlich der somatischen Kontrolluntersuchungen von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung gibt, und dies auch im Expertengremium bestätigt wurde, hat sich das IQTIG gegen die Erhebung eines Indikators zu somatischen Kontrolluntersuchungen auch für den stationären Sektor entschieden. Auch weil der Indikator inhaltlich auf die notwendigen und routinehaften Kontrolluntersuchungen abzielt, die hauptsächlich im ambulanten Bereich stattfinden, auch bei Patientinnen und Patienten mit schwerem Erkrankungsverlauf, ist diese Entscheidung sinnvoll.

Was die mögliche Zuschreibbarkeit der Verantwortung für den ambulanten Leistungserbringer betrifft, sieht das IQTIG diese bei Patientinnen und Patienten, die der ambulante Leistungserbringer über mindestens zwei Quartale behandelt, gegeben. Ein solcher Behandlungszeitraum rechtfertigt eine Verantwortung für die Patientinnen und Patienten, auch hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustands, da dieser die psychiatrische Behandlung beeinflussen kann. Aus diesem Grund ist es dem ambulanten Leistungserbringer, auch aus Sicht des Expertengremiums und hier auch der ambulanten Vertreterin, zuschreibbar, dass sie/er als Fachärztin/Facharzt diesen Behandlungsaspekt mitbetrachtet oder Untersuchungen diesbezüglich veranlasst.

Das aus den Leitlinien abgeleitete Qualitätsmerkmal „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“ wurde vor Filterschritt 5 aufgrund großer inhaltlicher Überschneidungen mit dem QI-Entwurf „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren“ mit diesem zusammengeführt. Beim Qualitätsmerkmal „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“ ist eine Operationalisierung hinsichtlich der Verantwortungszuschreibung so nicht umsetzbar, da diese Ärztinnen und Ärzte, die die somatischen Befunde erstellen, nicht zwingend auch Adressaten des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sind. Die notwendige Informationsweitergabe der somatischen Befunde wurde so operationalisiert, dass die ambulant behandelnden Fachärztinnen und -ärzte, wie beschrieben, im Rahmen des bestehenden Indikators die Verantwortung haben, entsprechend notwendige Untersuchungen einzuleiten bzw. sich über Untersuchungsergebnisse zu informieren, da sie die psychiatrische Behandlung der Patientinnen und Patienten durchführen.

## 11 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Anregungen gegeben und Kritik geäußert, die sich sowohl auf die einzelnen Indikatoren dieses Qualitätsaspekts als auch auf beide Indikatoren übergreifend beziehen.

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde hauptsächlich kritisiert, dass keiner der beiden Indikatoren die Anzahl, die Häufigkeit pro Fall und die Dauer von restriktiven Maßnahmen erfasse (DPR, S. 3; GKV-SV, S. 20; KBV, S. 14). Ebenfalls wurde übergreifend angemerkt, dass allgemein die Operationalisierung der beiden vorgeschlagenen Indikatoren zu weich sei, um valide Ergebnisse hinsichtlich der Qualität der Versorgung bei restriktiven Maßnahmen generieren zu können (DPR, S. 3; GKV-SV, S. 9). In diesem Kontext wurde auch darauf verwiesen, dass die vom AQUA-Institut entwickelten Indikatoren zu diesem Qualitätsaspekt ein valideres und umfassenderes Bild lieferten, da es sich bei diesen fünf um „hoch patientenrelevante, fallbezogen erhebbar, valide QS-Indikatoren“ handle (GKV-SV, S. 9).

In einigen Stellungnahmen wurde die Operationalisierung des Indikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ thematisiert. Bezogen wurde sich dabei auf die Definition des IQTIG zum Fachpersonal (PatV, S. 12 f.), aber auch darauf, dass das Ergebnis, das die geforderte Auswertung der Statistik zur durchgeführten 1:1-Betreuung liefert, nicht erfasst würde (GKV-SV, S. 8) und dass es im Datenfeld auch möglich sein sollte anzugeben, dass keine Indikation für eine 1:1-Betreuung der Patientin / des Patienten vorlag (DGPPN, S. 5 f.). In mehreren Stellungnahmen wurde zudem die Bezeichnung des Indikators angesprochen, aus der nicht klar hervorgeht, dass der Indikator inhaltlich das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung erfasst und nicht die eigentliche 1:1-Betreuung selbst (GKV-SV, S. 20; BPTK, S. 17 f.; DKG, S. 7 f.). Dieser Hinweis wurde auch auf die Formulierung im Qualitätsziel des Indikators bezogen (BÄK, S. 8). Außerdem wurde die Anregung gegeben, bei diesem Indikator die Maßnahme „Isolation der Patientin / des Patienten“ auszuschließen, da dies von vornherein eine 1:1-Betreuung ausschließt (KBV, S. 14, DGPPN, S. 5 f., DKG, S. 7 f.).

Beim Indikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ wurde von den stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass die Vorgaben zu den durchzuführenden Schulungsmaßnahmen zu ungenau seien (GKV-SV, S. 8), außerdem wurde sich auf die Definition des Personals selbst und der Berechnung der Anzahl des Personals bezogen (KBV, S. 14). Des Weiteren wurde angemerkt, dass Evidenz zur Wirksamkeit der Qualifizierung des Personals auf die Durchführung von restriktiven Maßnahmen nicht dargestellt sei (BPTK, S. 17 f.; DKG, S. 7 f.).

**IQTIG:** Bezüglich der geäußerten Kritik, dass ein Indikator, der die Anzahl der durchgeführten restriktiven Maßnahmen erfasst, besser geeignet sei, verweist



das IQTIG zu allererst darauf, dass der Schwerpunkt auf der qualitativ hochwertigen Durchführung einer restriktiven Maßnahme liegt. Dies ist im Zwischenbericht umfassend dargestellt und zeigt sich auch in allen Leitlinien, die im Rahmen der Entwicklung aufgrund ihrer hohen Qualität berücksichtigt werden konnten. Aus einer reinen Erfassung der Anzahl an restriktiven Maßnahmen entsteht kein Nutzen im Sinne einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die zweifelsohne im Zentrum dieses QS-Verfahrens stehen sollte. Ergänzend sei erwähnt, dass eine Erfassung der Anzahl restriktiver Maßnahmen eine differenzierte Risikoadjustierung, die bei diesen Patientinnen und Patienten nur sehr schwer umzusetzen ist, voraussetzt. Im Rahmen des Expertengremiums wurde, wie in Abschnitt 5.12.3.1 beschrieben, auch deutlich, dass eine Dokumentation durchgeführter restriktiver Maßnahmen bereits unabhängig von der Qualitätssicherung sehr umfassend erfolgt und eine doppelte Dokumentation vermieden werden sollte.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum AQUA-Abschlussbericht wurde als einer der Hauptkritikpunkte die zu starke Fokussierung des Indikatorensets auf restriktive Maßnahmen genannt. Dies führte zu einer fehlenden Varianz und einem Ungleichgewicht vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten ohne restriktive Maßnahmen behandelt wird. Außerdem wurde in der Kritik zum AQUA-Abschlussbericht angemerkt, dass der Dokumentationsaufwand in keinem Verhältnis zur Anzahl der von diesen Maßnahmen betroffenen Patientinnen und Patienten stehe. Angesichts dessen adressiert das jetzige vorliegende Indikatorenset deutlich ausgewogener die Versorgungssituation dieser Patientinnen und Patienten. Es wurde eine Minimierung des Dokumentationsaufwands insgesamt angestrebt und mit zwei Indikatoren ein angemessener Schwerpunkt auf diesen relevanten, weil für die Patientinnen und Patienten sehr kritischen, Aspekt der Versorgung gelegt.

Die Gewährleistung einer 1:1-Betreuung und die Qualifizierung von Personal bilden für die Patientinnen und Patienten relevante Teilbereiche dieses Versorgungsbereichs ab. Die Abfrage zum Vorliegen einer Arbeitsanweisung für die 1:1-Betreuung bei Zwangsmaßnahmen ist hierbei als ein Surrogat zu sehen, welches als Mittel zur Sicherstellung der Strukturqualität dient. Der Indikator soll im Sinne der Qualitätsförderung über die Abbildung der Strukturqualität zur Schaffung von personellen Voraussetzungen, um eine 1:1-Betreuung zu gewährleisten, anregen.

Bezüglich der Anmerkung zu erfassen, ob die 1:1-Betreuung durch Fachpersonal oder Sitzwachen erfolgen sollte, verweist das IQTIG auf die bestehende Definition zu Mindestanforderungen, die Teil der Arbeitsanweisung sein sollte. Dort ist eindeutig festgehalten, dass hierfür nur Fachpersonal einzusetzen ist: „1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird“ (NCCMH 2015; siehe Indikatorenbeschreibung, Tabelle 11 im Indikatorenset 1.1).

Das IQTIG hat den sinnvollen Hinweis umgesetzt, dass mittels des Indikators auch das Ergebnis der Auswertung, welche im Rahmen des Indikators zur Durchführung der 1:1-Betreuung gefordert wird, erfasst werden sollte. Hierfür wurde ein zusätzliches Datenfeld erstellt. Eine Ergänzung in den Datenfeldern, dass es patientenindividuell vorkommen kann, dass eine Fixierung ohne 1:1-Betreuung erfolgen sollte, ist aufgrund der Zielsetzung des Indikators aus Sicht des IQTIG nicht sinnvoll, da dieser nicht konkrete Einzelfallsituationen erfassen soll, sondern übergreifend das Vorliegen einer allgemeinen Arbeitsanweisung. Die Indikatorbezeichnung wurde um die Angabe „Vorliegen einer Arbeitsanweisung“ ergänzt, auch die Formulierung im Qualitätsziel wurde entsprechend angepasst.

Der Hinweis, dass die Maßnahme „Isolation der Patientin / des Patienten“ in diesem Indikator nicht berücksichtigt werden sollte, wurde umgesetzt. Der Referenzbereich wurde entsprechend korrigiert in: „Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).“ Die korrekte Anmerkung, dass es sich bei diesem Indikator um einen Indikator handelt, der die Strukturqualität erfasst, wurde aufgenommen, der Bericht wurde entsprechend korrigiert.

Beim Indikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ verweist das IQTIG darauf, dass die konkreten Inhalte, die im Rahmen einer solchen Schulung vermittelt werden sollten, weit über das, was innerhalb eines informellen Gesprächs zu vermitteln ist, hinausgeht. Dies wurde in der Beschreibung des Qualitätsindikators (Anmerkungen) bereits dargelegt:

*[...] das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. [...]*

Eine Präzisierung, dass es sich hierbei um einen mindestens mehrstündigen Kurs handeln muss, wurde im Ausfüllhinweis ergänzt.

Bei der Personalregelung verweist das IQTIG auf die Definition des Ausfüllhinweises, aus der ersichtlich wird, dass alle Personen berücksichtigt werden, die für die jeweilige Besetzung der Abteilung berechnet werden. Dies betrifft z .B. auch Spezialtherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung. Personen, die auf die Besetzung einer Station angerechnet werden, sollten im Interesse ihrer Sicherheit und der der Patientinnen und Patienten geschult werden.

Hinsichtlich der Definition der Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollte eine einheitliche Regelung im Sinne der Qesü-RL geschaffen werden. Hierbei sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden und eine Einheitlichkeit zwischen den

Verfahren, wie beispielsweise *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*, geschaffen werden.

Die Relevanz der Schulung von Personal hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen auf Basis aggregierter, hochwertiger und aktueller Evidenz ist in der Rationale dieses Indikators umfassend aufgezeigt, ebenso wie Hinweise darauf, dass diesbezüglich ein Verbesserungsbedarf vorliegt. Sicherlich ist die Qualifizierung des Personals nur eine Maßnahme innerhalb eines Bündels an Interventionen und Veränderungen von Strukturen, aber eine, die in der Literatur als zentraler Ansatzpunkt und auch von der DGPPN im Rahmen ihrer Task Force Qualitätsindikatoren adressiert wird. Da die Qualitätssicherung sich auf „[...] Erreichungsgrade von sichtbaren Details aus komplexen Prozessen [...]“ (DPR, S. 2) fokussieren muss, ist nach Meinung des IQTIG die Auswahl der Qualifizierung des Personals unter Einbeziehung der vorhandenen Evidenz zielführend.

## 12 Qualitätsindikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass es bei diesem Qualitätsindikator schwierig erscheine, dass diese komplexe Versorgungsform über ein Ja-nein-Feld abgefragt werde (GKV-SV, S. 8, 21, 22). Zudem wurde darauf hingewiesen, dass diese Form der Versorgung nicht für alle Patientinnen und Patienten indiziert sei, dies aber unzureichend in der Operationalisierung des Indikators berücksichtigt würde (BÄK, S. 9 f.; DKG, S. 8, GKV-SV, S. 21). Des Weiteren wurde kritisiert, dass die Ausfüllhinweise nicht ausreichend konkret und für den Leistungserbringer wenig praktikabel seien (GKV-SV, S. 21 f.; BÄK, S. 9 f.; KBV, S. 15).

**IQTIG:** Der Qualitätsindikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“ ist ein Systemindikator des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“. Das heißt, der Indikator wird auf Systemebene ausgewertet, um systemische Defizite sichtbar zu machen, und nicht für einen Leistungserbringervergleich genutzt. Aus diesem Grund ist aus Sicht des IQTIG die Erfassung, ob die Patientin / der Patient eine solche Versorgungsform benötigt hat und ob sie auch zur Verfügung stand, zielführend. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Indikation wurde in der Indikatorbeschreibung und im Zähler ergänzt.

Bezüglich der Zielgruppe der hier adressierten Versorgungsform werden konkret Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten, Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind, und ersterkrankte Personen genannt. Diese Merkmale sind aber nicht auf Indikatorebene operationalisierbar. Letztendlich kann nur die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt beurteilen, für welchen Patientinnen und Patienten grundsätzlich eine Indikation vorliegt. Das IQTIG greift gerne den Vorschlag auf, in den Datenfeldern zunächst nach der Indikation, dann nach dem Erhalt zu fragen.

Gerade weil derzeit im deutschen Versorgungssystem hinsichtlich einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung keine einheitlichen Strukturen etabliert sind, wurden für diesen Indikator in den Ausfüllhinweisen die zentralen Charakteristika benannt. Insbesondere aufgrund der erheblichen Versorgungsdefizite in diesem Bereich sollen gerade alle Initiativen, die diesen Versorgungsansatz vertreten, eingeschlossen werden, um dieses Bemühen zu unterstützen.

Gerade hinsichtlich einer optimierten inhaltlichen Beschreibung der Versorgungsform bleibt die neue S3-Leitlinie abzuwarten. Die Praktikabilität der Ausführungshinweise wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zusammen mit den ambulanten Leistungserbringern zu prüfen und zu ggf. zu verbessern sein.

## 13 Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“

Es wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angeregt, die PIAs aus dem Indikator auszuschließen, da in vielen Bundesländern bei der Behandlung in einer PIA eine zusätzliche Verordnung von ambulanter Soziotherapie nicht zulässig ist. Diese solle vielmehr durch das multiprofessionelle Team der PIA angeboten werden (DGPPN, S. 6 f.; DKG, S. 9)

**IQTIG:** Es trifft zu, dass in einigen Bundesländern Soziotherapie nicht von einer PIA verordnet werden kann. Da der Indikator auf Systemebene ausgewertet wird und das Ergebnis allen an der Versorgung Beteiligten zurückgespiegelt werden soll, ist es unproblematisch, dass die PIA im Indikator eingeschlossen wird.

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation kritisch angemerkt, dass nicht nur die ins Verfahren eingeschlossenen Facharztgruppen, sondern auch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten und andere Fachärztinnen und -ärzte Soziotherapie verordnen können. Ebenso sei eine Verordnung im Rahmen des Entlassungsmanagements von Krankenhäusern möglich. Da die Auswertung des Indikators auf Systemebene erfolgt, sollten alle ins Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten in die Grundgesamtheit dieses Indikators einbezogen werden. Die Verantwortlichkeit „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ müsse dann ggf. geändert werden in „Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie verordnet (über Sozialdatenspezifikation)“ (KBV, S. 16).

**IQTIG:** Dieser Indikator wird über die bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten erfasst. Das heißt, für die in diesen Systemindikator eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wird erfasst, für wie viele Soziotherapie abgerechnet wurde, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer diese verordnet hat.

Entsprechend wurde in der Beschreibung des Indikators die Verantwortlichkeit für die Dokumentation korrigiert in: „Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.“

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass die Indikation für eine Soziotherapie gemäß § 2 der Soziotherapie-Richtlinie zu prüfen sei. Daraus gehe hervor, dass nicht grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder einer schizoaffektiven Störung Soziotherapie erhalten sollen. Daher sei das Qualitätsziel, dass Soziotherapie bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten Bestandteil der Behandlung sein

sollte, nicht nachvollziehbar. Zudem gebe es keine Angabe zur Anzahl der Patientinnen und Patienten, auf die diese Indikation zutrifft ist. Hinzu könnten Einschränkungen der Verordnungen aufgrund von Vorgaben hinsichtlich der Kostenübernahme bzw. aufgrund von Begrenzungen zu Umfang und Dauer der Soziotherapie bestehen. Dies solle in der Formulierung des Qualitätsziels Berücksichtigung finden (KBV, S. 16).

**IQTIG:** Es ist zutreffend, dass Soziotherapie den Patientinnen und Patienten, die davon profitieren, zur Verfügung stehen soll. Gegenwärtig sind jedoch weder die Schwere der Erkrankung oder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar. Auch aus diesem Grund kann im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht die Indikation für eine bestimmte Intervention geprüft werden.

Der Verbesserungsbedarf muss gegenwärtig als beträchtlich eingeschätzt werden. Der Indikator adressiert auch daher den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ auf Systemebene. Intendiert ist also, zunächst die systemisch bedingte Unterversorgung mit Soziotherapie für die in den Indikator eingeschlossenen Patientinnen Patienten darzustellen, um so Qualitätsverbesserungen zu initiieren.

Das Qualitätsziel des Indikators wurde durch den Zusatz „davon profitierende“ präzisiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angeregt, die Bezeichnung des Indikators in „Soziotherapie“ zu ändern. Der Begriff „psychosoziale Therapie“ fände sich weder in der Soziotherapie-Richtlinie noch in den entsprechenden GOPs (KBV, S. 16).

**IQTIG:** Das IQTIG stimmt diesem Vorschlag zu, die Indikatorbezeichnung wurde entsprechend geändert.

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass in den Datenfeldern für die Indikatorberechnung die Angabe „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“ fehle (BÄK, S. 10).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für den Hinweis, das Datenfeld wurde entsprechend ergänzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass nicht nachvollziehbar sei, warum bei den Datenfeldern zur Indikatorberechnung die GOPs für die psychiatrische häusliche Krankenpflege (GOP 01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und GOP 01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege) nicht berücksichtigt werde, obwohl auch das Expertengremium auf die Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege hingewiesen habe, die in der psychosozialen Therapie wichtige Aufgaben in der

Versorgung von schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung übernimmt und die u. a. auch regionale Versorgungslücken in der soziotherapeutischen Versorgung kompensiert. Es wurde weiter darauf hingewiesen, dass sich das Angebot der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und der Soziotherapie regional sehr unterschiedlich entwickelt sei. So stünden ambulante Soziotherapie oder Angebote der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in einigen Regionen nicht zur Verfügung. Daher solle für die Indikatorberechnung auch die häusliche psychiatrische Krankenpflege berücksichtigt werden (BPTK, S. 19).

**IQTIG:** Aufgrund der wichtigen Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen wurde ihre Berücksichtigung mehrfach im Zuge der Entwicklungsleistungen intensiv diskutiert, insbesondere im Zusammenhang mit der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“ des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“.

Grundsätzlich ist es nicht zulässig, Soziotherapie und APP zeitgleich zu verordnen. Jedoch gilt insbesondere hinsichtlich soziotherapeutischer Maßnahmen § 4 Abs. 8 Soziotherapie-Richtlinie:

*Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen.*

Die Leistungen können also nicht trennscharf unterschieden werden. Für ein QS-Verfahren im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung erweist es sich hier zudem als problematisch, dass die die Soziotherapie betreffenden Maßnahmen im Behandlungsplan der APP für die Qualitätssicherung nicht identifizierbar und so nicht für eine Operationalisierung verfügbar sind. Die APP stellt also kein Äquivalent zur Soziotherapie im Sinne dieses Indikators dar.

Nach Veröffentlichung der neuen deutschen S3-Leitlinie sollte das QS-Verfahren im Rahmen der Weiterentwicklung hinsichtlich des Qualitätsaspekts „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ ggf. daraufhin geprüft werden, ob ein Qualitätsindikator für die ambulante psychiatrische Pflege abgeleitet werden kann.



## 14 Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass entgegen der Leitlinienempfehlungen Psychotherapie nur im stationären Bereich und in der PIA berücksichtigt werde, obwohl sich die über Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbare Erbringung von Psychotherapie im ambulanten Setting für eine Aufnahme im Rahmen der Systemqualität angeboten hätte (PatV, S. 5 f.).

**IQTIG:** Das entwickelte Indikatorenset enthält bereits einen Qualitätsindikator, der im Rahmen der Systemqualität die ambulante Psychotherapie sozialdatenbasiert adressiert.

Hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass diese nicht immer indiziert sein müsse und eine Differenzierung in Ersterkrankte und chronisch Langzeiterkrankte erfolgen solle (DGPPN, S. 6 f.; DKG, S. 9). Zudem könnten auch Einschränkungen hinsichtlich der Motivation und Therapiefähigkeit vorliegen (KBV, S. 17). Diese Limitationen sollten bei der Formulierung des Qualitätsziels deutlich werden bzw. differenziert dargestellt werden (KBV, S. 17).

**IQTIG:** Gegenwärtig sind weder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar. Auch aus diesem Grund kann im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht die Indikation für eine bestimmte Intervention geprüft werden. Hinzu kommt, dass wie im Vorbericht (S. 142) dargestellt

*Psychotherapie [...] allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie- oder Psychoseerkrankung unabhängig von der Erkrankungsphase angeboten werden und neben der Behandlung mit antipsychotischer Therapie erfolgen [sollte] (NCCMH 2014 [2017]). Die Organisationsform kann sowohl als Einzel- als auch im Rahmen einer Gruppentherapie erfolgen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012) und sollte mindestens 16 Sitzungen betragen (NCCMH 2014 [2017]).*

Zudem muss der Verbesserungsbedarf gegenwärtig als beträchtlich eingeschätzt werden. Wie im Vorbericht (S. 145) erläutert zeigte sich

*im Rahmen einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer F20.-F29.-Diagnose in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der Diagnose Schizophrenie als Hauptdiagnose ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).*

Eigene Berechnungen anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse zeigen wie auch im Vorbericht (S. 146) erwähnt, dass im Jahr 2014 nur 9,03 % der Patientinnen und Patienten eine ambulante Richtlinien-Psychothe-

rapie erhielten (fast ausschließlich als Einzeltherapie: 8,96 %). Eine Verhaltenstherapie, wie in Leitlinien empfohlen, erhielten nur 5,09 % der betrachteten Patientinnen und Patienten.

Der Indikator adressiert zudem den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ auf Systemebene. Intendiert ist also, zunächst die systemisch bedingte Unterversorgung mit Richtlinienpsychotherapie für die hier eingeschlossenen Patientinnen und Patienten darzustellen, um so Qualitätsverbesserungen zu initiieren.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass der Indikator nur erbrachte psychotherapeutische Leistungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erfasse, nicht jedoch psychotherapeutische Interventionen in Facharztpraxen oder PIAs (DGPPN, S. 6 f.)

**IQTIG:** Das ist korrekt. Der Indikator zielt auf Behandlungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass bei der Behandlung in der PIA in vielen Bundesländern die zusätzliche Verordnung von Psychotherapie ausgeschlossen sei, da das multiprofessionelle Team der PIA diese anbieten sollte. Daher solle die PIA aus diesem Indikator ausgeschlossen werden (DGPPN, S. 6 f; DKG, S. 9).

**IQTIG:** Ambulante Richtlinienpsychotherapie ist anders als Soziotherapie nicht verordnungsfähig. Es trifft zu, dass das multiprofessionelle Team der PIA Psychotherapie anbieten sollte.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch hinterfragt, warum in den Indikator nur Patientinnen und Patienten, die sich während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung befanden, eingeschlossen werden, ggf. müsse eine Anpassung des Indikators erfolgen. Bei Patientinnen und Patienten, die sich nicht in ambulanter fachärztlicher Behandlung (Facharztgruppe 51/58 oder PIA) befanden, sondern von einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt oder teil-/vollstationär behandelt wurden, könne ebenso eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bestehen. Um die gesamte Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu beurteilen, wäre daher der Einbezug aller Patientinnen und Patienten notwendig (KBV, S. 17).

**IQTIG:** Das IQTIG kann die Anmerkung grundsätzlich nachvollziehen. Zum einen sind in das QS-Verfahren bezüglich des ambulanten Sektors jedoch volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.-, die in mindestens zwei Quartalen in einer PIA oder von einer Fachärztin / einem Facharzt der Facharztgruppe 51 oder 58 versorgt wurden, eingeschlossen. Für diese Patientinnen und Patienten können die entsprechenden Abrechnungsdaten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung für die Indikatorberechnung angefordert werden. Zum anderen sollten Patientinnen und Patienten,

die einen stationären oder teilstationären Aufenthalt hatten, in der Regel anschließend ambulant fachärztlich weiterversorgt werden.

Für die Möglichkeit, die ambulanten Indikatoren später auch aufeinander bezogen betrachten zu können, müssen die Grundgesamtheiten der Indikatoren identisch sein.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde auf Ungenauigkeiten in der Operationalisierung des Indikators hingewiesen. In der Grundgesamtheit fehle die Angabe „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“ (BÄK, S. 10). Die gewählte Grundgesamtheit sei zu klein gewählt, da ambulante Richtlinien-Psychotherapie auch von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten angeboten werde (GKV-SV, S. 22).

Außerdem wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation bemängelt, dass die Auflistung der Abrechnungsziffern des EBM-Katalogs unvollständig und unsystematisch sei (KBV, S. 17).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für den Hinweis zur fehlenden Angabe in der Grundgesamtheit, das Datenfeld zur Indikatorberechnung wurde entsprechend ergänzt.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Sozialdatenindikator, daher ist die Verantwortlichkeit der Dokumentation präzisiert worden in: „Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.“ Dies schließt psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten automatisch mit ein.

Das IQTIG dankt für den Hinweis zu den Abrechnungsziffern, das Datenfeld des Zählers für die Indikatorberechnung wurde entsprechend korrigiert.

## 15 Qualitätsindikatoren zum psychosozialen Funktionsniveau und zur Symptomlast (HoNOS-Indikatoren)

Auch bezogen auf die vier Qualitätsindikatoren, die den HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) als Messinstrument nutzen, wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen der Ausschluss von bestimmten Diagnosegruppen (DKG, S. 9) sowie von teilstationären Leistungserbringern (DKG, S. 9; KBV, S. 18) hinterfragt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden Anmerkungen, die sich konkret auf die Formulierungen in den Datenfeldern bzw. den Indikatorenbeschreibungen beziehen, gemacht (BÄK, S. 11).

Zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisieren, dass der Referenzbereich von  $\geq 70$  bzw.  $\geq 80$  % zu niedrig sei (GKV-SV, S. 22 f.; PatV, S. 13 f.).

**IQTIG:** Die Aus- und Einschlüsse der vier HoNOS-Indikatoren (stationär, ambulant als Prozess- und Systemindikator) wurden überarbeitet (siehe Indikatorenbeschreibungen). Es werden Patientinnen und Patienten mit einer Demenz und/oder mit einer mittel- und schwerwiegenden Intelligenzminderung eingeschlossen. Ebenso werden die teilstationären Einrichtungen in die Dokumentationspflicht aufgenommen.

Das IQTIG bedankt sich für die wichtigen Hinweise und redaktionellen Anmerkungen, die Datenfelder sowohl in den Indikatorbeschreibungen als auch im Anhang in den Ausfüllhinweisen wurden entsprechend angepasst.

Der Referenzbereich ist für die HoNOS-Indikatoren aus operationalen Gründen auf  $\geq 70$  bzw.  $\geq 80$  % festgelegt. Beim HoNOS handelt sich um ein neues Instrument, das erst implementiert werden muss. Auch die Erfahrungen aus Australien, der Schweiz und Großbritannien zeigen, dass eine 100%ige Zielerreichung nicht realistisch ist. In Australien erreicht nach Jahren der Implementierung die Messung bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten mittels des HoNOS 83 % (Burgess et al. 2006). Im vertragsärztlichen Bereich ist ein großzügiger Referenzbereich ohnehin notwendig, da nicht sämtliche Leistungserbringer, deren Fälle erst mit bzw. nach dem letzten Quartal ausgelöst werden, in der Lage sein werden, bei den entsprechenden Patientinnen und Patienten im folgenden Quartal bis zum 28. Februar den HoNOS zu erheben und zu dokumentieren. Der gesetzte Referenzbereich wird in der Machbarkeitsprüfung anhand mehrerer hundert Fälle überprüft und ggf. angepasst werden müssen.

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde in Bezug auf die HoNOS-Indikatoren die Häufigkeit der Dokumentation thematisiert (GKV-SV, S. 22) und gefragt, ab wann eine Erhebung mittels HoNOS als „erfasst“ gelte (BÄK, S. 10 f.), wie, wo und in welchem zeitlichen Abstand zu einem stationären Aufent-

halt die Dokumentation zu erfolgen hätte (KBV, S. 18 f.), wie die Frist von vier Wochen nach QS-Auslösung einzuhalten sein würde (KBV, S. 19), wie und wann der Leistungserbringer die „individuelle Auswertung des HoNOS“ erhalte (KBV, S. 22 f.). Verbunden mit den Fragen ist die Bitte nach Beantwortung und entsprechender Präzisierung in den Ausfüllhinweisen. Ganz konkret wurde nachgefragt, wie der HoNOS zu beantworten sei, wenn eine Patientin / ein Patient die hierfür notwendigen Auskünfte nicht erteilt (KBV, S. 19).

**IQTIG:** Angeregt durch die konkreten Nachfragen wurde die Operationalisierung der Prozess- und Systemindikatoren des HoNOS überarbeitet. Die QS-Auslösung und die zeitlichen Vorgaben zur Erhebung des Patientenstatus mittels des HoNOS-D sind im Zuge des Stellungnahmeverfahrens dahingehend konkretisiert worden, dass eine zeitliche Festlegung zur ambulanten Erhebung des Status im Erfassungsjahr entfällt. Die Ausführungen hierzu finden sich in Abschnitt 9.5 (Prozessindikator auf Leistungserbringerebene). Die entsprechenden Erläuterungen finden sich in den Ausfüllhinweisen (Anhang D.5 und D.6) sowie in den Beschreibungen der Indikatoren. Die Erhebung für die Prozessindikatoren soll mindestens jährlich erfolgen, für die Systemindikatoren reicht die jährliche Betrachtung auf Systemebene als ein Querschnitt der Versorgungssituation.

In mehreren Studien wurde die Praktikabilität hinsichtlich des zeitlichen Aufwands, aber auch hinsichtlich der Vollständigkeit der Items untersucht. Dabei zeigte sich, dass bei 11 der 12 Items durchschnittlich 3,3 % der Items nicht beantwortet war (Andreas 2010). In der Machbarkeitsprüfung wird die Vollständigkeit der Items empirisch in der Versorgungssituation zu erheben sein.

Die Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sind integrale Bestandteile einer ärztlichen Anamnese bzw. des Verlaufsgesprächs. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patient die Erfassung der Symptomlast bzw. des psychosozialen Funktionsstatus ablehnen, da sie eine Voraussetzung für eine sinnvolle Behandlung ist. Sollte eine Patientin / ein Patient eine notwendige Aussage für die Erhebung eines Items verweigern, so wäre mit der Antwortoption „9 = nicht bekannt, nicht anwendbar“ der HoNOS-Erhebungsbogen korrekt ausgefüllt. Die Dokumentation erfolgt immer in der Patientenakte sowie einmal jährlich in der QS-Dokumentation. Ein entsprechender Hinweis ist im Ausfüllhinweis eingefügt.

Die patientenindividuellen Auswertungen können nur durch die Leistungserbringer selber erfolgen. Der Leistungserbringer dokumentiert den HoNOS für sich und erhält damit sofort das Ergebnis, das er bei der weiteren individuellen Behandlungsplanung berücksichtigen kann – so kann sich ein besonderer individueller Unterstützungsbedarf in dem einen oder anderen Problemfeld unmittelbar vor Ort ergeben oder eine Verbesserung bzw. eine Verschlechterung im zeitlichen Verlauf leichter zu identifizieren sein. Die jährliche Rückmeldung seiner aggregierten QS-Daten gebietet das Transparenzgebot der Qualitätssicherung. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte können dann selbst entscheiden, welche Schlüsse hieraus zu ziehen wären. Eine vergleichende Bewertung dieser Daten durch die Qualitätssicherung auf Leistungserbringerebene erfolgt bei den Systemindikatoren nicht.

## 16 Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass für die Berechnungen nicht Angaben der KBV bzw. des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) genutzt würden (KBV, S. 20). Außerdem sei unklar, aus welchen Quellen sich die ausgewiesenen Angaben ableiten. Weiterhin wurde angemerkt, dass die Angaben aus den Berechnungen mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, wie sie im Vorbericht dargestellt werden, nicht mit eigenen Berechnungen der KBV übereinstimmen. Darüber hinaus wurden fehlende Quellenvermerke und Beschriftungen der Abbildungen bzw. Tabellen mit Bezug zu den Sozialdatenanalysen bemängelt. Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hinterfragt, warum es zwischen dem vorliegenden Vorbericht und vorherigen Berichten (Zwischenbericht und Zwischenbericht der Patientenbefragung) zu Abweichungen bei der Grundgesamtheit komme. Ferner wurde erfragt, ab wann Patientinnen und Patienten dokumentationspflichtig werden (KBV, S. 25).

**IQTIG:** Die Tabellen 28 bis 30, die Abbildungen 2 bis 4 und die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren wurden anhand der Daten einer kooperierenden Krankenkasse im Rahmen eigener Analysen auf die Bundesrepublik Deutschland (BRD) hochgerechnet. Hinweise dazu wurden an entsprechenden Stellen ergänzt.

Abweichungen zu vorherigen Berichten sind Änderungen bei der Definition der Grundgesamtheit geschuldet. Diese sind im Abschnitt zum methodischen Vorgehen bei der empirischen Sozialdatenanalyse umfassend beschrieben (Kapitel 4.5.1).

Aufgrund der spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien, wie beispielsweise Definitionen zu Sektoren, ICD-Codes oder Facharztgruppen, ist es nicht möglich, Angaben zu Fallzahlen oder der Anzahl der Leistungserbringer aus externen Quellen (wie KBV und Zi) zu nutzen.

Die fallbezogene stationäre und die fallbezogene ambulante Dokumentationspflicht ist im Abschnitt 12.3 beschrieben. Im ambulanten Bereich erklärt sich das Einschlusskriterium einer Behandlung von mindestens zwei Quartalen damit, dass eine durchgehende Versorgung erfolgt sein soll, bevor eine Pflicht zur Dokumentation gilt.

Für die Abbildungen 2 bis 4 wurde zusätzlich eine Beschriftung der x-Achse vorgenommen.

## 17 Systemqualität

Das neu eingeführt Konzept der Systemqualität mit entsprechenden Systemindikatoren wurde von den stellungnahmeberechtigten Organisationen mehrheitlich begrüßt. Es wurde allerdings darauf hingewiesen, dass die Auswertung dieser Indikatoren sowie die Nutzung der entsprechenden Ergebnisse, um Verbesserungsimpulse zu erzielen, zu konkretisieren seien (BPtK, S. 12, 19–22; DGPPN, S. 9; PatV, S. 13; BÄK, S. 17; KBV, S. 21 f.).

**IQTIG:** Wie im Vorbericht beschrieben erfolgt die Auswertung der Systemindikatoren auf Landes- bzw. Bundesebene. Diese deskriptiven Ergebnisse sollen von Expertinnen und Experten in Fachgremien auf Landes- und Bundesebene qualitativ bewertet und hinsichtlich eines möglichen Handlungsbedarfs kommentiert werden. Diese Kommentierungen sollen dann über das IQTIG dem G-BA übermittelt werden, der auch hierüber beraten sollte. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse der Systemindikatoren sollten auch die Kommentierungen durch die Expertengremien veröffentlicht werden, um eine breitere Diskussion der Verantwortungsträger im Gesundheitssystem (auch jenseits von SGB V) zu fördern, die dann Verbesserungsinitiativen auf Systemebene (Struktur- oder Fördermaßnahmen, Kooperationsinitiative, Normvorgaben etc.) anstoßen können und damit Verbesserungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ermöglichen.

Bei den Systemindikatoren handelt es sich um Indikatoren ohne Referenzbereich, die nicht einem Leistungserbringervergleich dienen – es gibt keine leistungserbringerbezogene Auswertung. Die Systemqualitätsindikatoren fokussieren vielmehr auf patientenrelevante Outcomes für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten. Die Verantwortung dafür ist jedoch infolge der Vielzahl der beteiligten Leistungserbringer und der starken Heterogenität der erhobenen Patientendaten innerhalb kleiner psychiatrischer Patientenkollektive einzelner Leistungserbringer, welche aktuell nicht angemessen risikoadjustierbar erscheinen, nicht dem einzelnen Leistungserbringer zuschreibbar. Die erfassten Patientendaten dieser Indikatoren stammen zum Erhebungszeitpunkt aus unterschiedlichen Krankheitsstadien der Patientinnen und Patienten. Es existieren individuell starke Ausprägungen der psychiatrischen Symptome sowie ein unterschiedliches Ansprechen auf die Therapie. Aktuell liegen keine wissenschaftlichen Studien vor, die ein adäquates Risikoadjustierungsmodell für diese Patientinnen und Patienten entwickelt haben. Auf Systemebene (Bundes-/Landesebene) entfallen diese Einschränkungen jedoch, da zum einen sehr große Patientenkollektive betrachtet werden, sodass es keiner Risikoadjustierung bedarf. Zum anderen muss die Qualität der Versorgung nicht anhand von Referenzbereichen auf Leistungserbringerebene bewertet werden, die Verantwortung wird also auch nicht dem einzelnen Leistungserbringer zugeschrieben. Aus den Ergebnissen der Systemindikatoren können dann sowohl Versorgungsbedarfe (anhand der Jahresdaten) als auch Verbes-

serungspotenziale (mittels eines Jahresvergleichs) abgeleitet werden. Aus diesem Grund wird für diese Indikatoren der Strukturierte Dialog (qualitätsfördernde Maßnahmen nach Qesü-RL) ersetzt durch die Bewertung der Ergebnisse durch Expertengremien, deren entsprechende Kommentierungen dem G-BA übermittelt werden. Zusätzlich erfolgt gemäß des Transparenzgebots ein Feedback an die Leistungserbringer im Rückmeldebericht hinsichtlich des eigenen Patientenkollektivs in Form einer nicht risikoadjustierten Kennzahl ohne eine Bewertung des einzelnen Leistungserbringers. Die Einschätzung dieser Kennzahl ist allein dem Leistungserbringer überlassen. Die Übermittlung der Landes- und Bundesdaten soll darüber hinaus auch eine Diskussion um Versorgungsbedarfe und Verbesserungspotenziale in regionalen Gruppen von Leistungserbringern (Qualitätszirkel, Gesundheitskonferenzen) unterstützen.

Zudem können die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft werden.

Für alle vorgeschlagenen Indikatoren zur Auswertung auf Systemebene ist damit weder die Erstellung einer Risikoadjustierung noch die Festlegung eines Referenzbereichs notwendig.

Das IQTIG ist der Ansicht, dass im psychiatrischen Bereich nur über die Betrachtung der Systemqualität eine sinnvolle Einbeziehung der Ergebnisqualität in das QS-Verfahren *Schizophrenie*, wie sie vom G-BA ausdrücklich beauftragt wurde, angemessen möglich ist.



## 18 Messinstrument HoNOS

### Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde bemängelt, dass die Ausführungen zur Aufwand-Nutzen-Einschätzung in Bezug auf das vorgeschlagene Messinstrument HoNOS-D nicht hinreichend seien (KBV, S. 22 f., 27 f.; DGPPN, S. 9; BpTK, S. 21). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde nach dem Aufwand für Schulungen vor der Verwendung des Messinstruments HoNOS-D sowie dem Aufwand für die Durchführung der Messungen im Regelbetrieb gefragt (KBV, S. 22 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bemängelt, dass der Nutznachweis dafür fehle, „dass die bloße Erfassung dieser Daten zu irgendwelchen Verbesserungen der Behandlung führt“ (DKG, S. 9). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hingegen angemerkt, dass das Kriterium des Dokumentationsaufwands sorgsam geprüft worden sei und der zusätzlich entstehende Dokumentationsaufwand für angemessen hinsichtlich der verfolgten Ziele gehalten werde. Es wird von dieser Stellungnahme die Einschätzung des IQTIG zu Aufwand und Nutzen der Verwendung des HoNOS-D geteilt (DPR, S. 5).

**IQTIG:** Schulungen zum HoNOS werden im National Health Service und im Rahmen von Studien mittels Vor-Ort-Schulungen in Australien, Kanada, Österreich, Frankreich und Italien in Form von Präsenzveranstaltungen und/oder in Form von E-Learning-Modulen durchgeführt. Auffrischkurse erfolgen primär mittels Online-Videos. In Deutschland finden bereits Vor-Ort-Schulungen statt, die einrichtungsbezogen unterschiedlich aufwendig ausfallen. Für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wäre ein Schulungskonzept noch zu erstellen und sollte möglichst als E-Learning-Modul konzipiert werden. Der Schulungsaufwand sollte wenige Stunden, die auch in kürzere Einheiten aufteilbar sein sollten, nicht überschreiten. Sofern die Schulungen online angeboten werden, wären die Schulungen zu jeder Zeit individuell durchführbar und sollten somit ohne komplexe Terminplanungen wie bei Vor-Ort-Schulungen möglich sein. Im Rahmen der Einführung des QS-Verfahrens sind auch Schulungen zum Erhebungsinstrument HoNOS-D zu berücksichtigen.

Der Aufwand für die HoNOS-Messung lässt sich anhand bereits beschriebener Erfahrungen in der Literatur auf 5 bis 10 Minuten schätzen (siehe Tabelle 32 des Abschlussberichts). Die Dokumentationsaufwände, die aus den dem IQTIG zur Verfügung stehenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse hochgerechnet wurden, sind im Abschlussbericht in Tabelle 28 ergänzt. Es darf hierbei jedoch nicht vergessen werden, dass eine Einschätzung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus zu jeder fachgerechten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung gehört und hierfür immer ein gewisser Zeitaufwand einzuplanen ist. Unter Umständen kann die strukturierte Messung mit einem Messinstrument wie dem HoNOS auch als Vorteil gegenüber einer unstrukturierten Erhebung an-

gesehen werden. Eine strukturierte Messung ermöglicht eine einfachere interprofessionelle Kommunikation der Outcomes im Behandlungsteam. Die tatsächlich entstehenden Aufwände in Krankenhäusern und Arztpraxen werden in der Machbarkeitsprüfung zu erheben sein.

Es gibt keine Studien, die eine Verbesserung der Behandlungsqualität aufgrund von Erhebungen einzelner Messinstrumente untersuchen. Für die Systemebene bedeutet dies, dass ohne eine Reflexion der Behandlungsergebnisse auch keine systembezogenen Handlungsbedarfe identifiziert werden würden und viele Verbesserungsansätze unerkannt blieben. Da der HoNOS mit seinen 12 Items zudem sowohl für die Indikatoren der Symptomlast als auch die des psychosozialen Funktionsniveaus genutzt werden kann, hält das IQTIG den HoNOS für ein relativ aufwandsarmes Instrument. Es wird aber die Aufgabe der Begleitevaluation des QS-Verfahrens sein, einen solchen Nachweis konkret aufzuzeigen.

Die Bewertung des Aufwands in Bezug auf den Nutzen ist vor allem davon abhängig, für wie relevant eine ergebnisorientierte Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten erachtet wird. Der G-BA hat ausdrücklich für das QS-Verfahren die Erhebung der Krankheitsschwere und der Behandlungsergebnisse beauftragt. Wenn eine Ergebnisorientierung anhand von Outcome-Messungen in der psychiatrischen Versorgung erfolgen soll, dann wird immer ein gewisser Implementierungsaufwand entstehen.

### Psychometrische Eigenschaften des HoNOS-D

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die psychometrischen Eigenschaften des HoNOS-D wie die Validität der deutschen Fassung des HoNOS (DGPPN, S. 7 f.), die Reliabilität (KBV, S. 22 f.) sowie die Veränderungssensitivität (DKG, S. 9, KBV, S. 27 f.) hinterfragt. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde nach der Spezifität des Messinstruments HoNOS gefragt (KBV, S. 22 f.).

**IQTIG:** Was die psychometrischen Eigenschaften des HoNOS-D angeht, weist das IQTIG darauf hin, dass der HoNOS-D unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in Deutschland validiert wurde. Dabei lag der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose bei 3 % der insgesamt über 3.000 Patientinnen und Patienten. Diese Angabe entstammt der Zusammenfassung von Studien von Frau Prof. Andreas (Andreas 2010), in der die Validierung des HoNOS-D etwas ausführlicher dargelegt wird als in der darauf basierenden Publikation „The validity of the German version of the Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS-D)“ (Andreas et al. 2010). Zu der Anmerkung einer stellungnahmeberechtigten Organisation, dass auch unter Studienbedingungen keine 100%ige Dokumentation des HoNOS erreicht wurde (DGPPN, S. 7 f.), weist das IQTIG darauf hin, dass beispielsweise in Australien, wo der HoNOS seit Jahren neben anderen Erhebungsinstrumenten in der psychiatrischen Versorgung erhoben und dokumentiert wird, eine Erfüllungsrate von 83 % vorliegt, die höher

ist als die der anderen ebenfalls dort verwendeten Instrumente (Burgess et al. 2006).

Die Interrater-Reliabilität des HoNOS ist laut dem Review von Burgess et al. (2006) insgesamt gut bis moderat, allerdings nicht bei den Items 9, 11 und 12. Die entsprechenden Ergänzungen wurden in Kapitel 9 eingepflegt. Allerdings kann zum einen die Interrater-Reliabilität durch Schulungen verbessert werden (Egger et al. 2015), zum anderen fällt sie im QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht so sehr ins Gewicht, da die Stuserhebung auf Systemebene eine Querschnittsbetrachtung des Gesamtkollektivs ist. Es findet auf Basis der Stuserhebung kein Leistungserbringervergleich statt. Darüber hinaus wird auch nicht der Verlauf einer einzelnen, individuellen Behandlung bewertet.

Hinsichtlich der Veränderungssensitivität gibt es gute Belege in der Literatur, dass diese gerade auch für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung gegeben ist. Entsprechende Literaturbelege wurden in Kapitel 9 ergänzt.

Hinsichtlich der Frage nach der Spezifität des HoNOS ist festzuhalten, dass Sensitivität und Spezifität Eigenschaften von diagnostischen Verfahren sind. Der HoNOS ist kein diagnostisches Verfahren in diesem Sinne. Er dient der Messung von Gesundheitszustand und Funktionsfähigkeit, also dem Schweregrad der Erkrankung, und nicht der Diagnose einer bestimmten Erkrankung. Daher sind Sensitivität und Spezifität keine Eigenschaften, anhand derer sich der HoNOS sinnvoll beschreiben lässt.

Das Ergebnis der kriteriengestützten Auswahl der Messinstrumente und die Darstellung der Auswahl und die kritische Auseinandersetzung mit dem spezifischen Messinstrument HoNOS-D wurden von den stellungnahmeberechtigten Organisationen sowohl als „sehr gut“ und „nachvollziehbar“ begrüßt (PatV, S. 13; DPR, S. 3) als auch als unzureichend und „rudimentär“ kritisiert (BPtK, S. 20; AWMF, S. 2; DGPPN, S. 7). Zudem wurden von den stellungnahmeberechtigten Organisationen Fragen nach alternativen Messinstrumenten wie dem GAF (Global Assessment of Functioning), dem SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) und dem CGI (Clinical Global Impression Scale) aufgeworfen (KBV, S. 27 f.; AWMF, S. 2; BPtK, S. 20).

Es wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass der HoNOS-D ein Fremdbeurteilungsinstrument sei (PatV, S. 13 f., BÄK, S. 12). Dass es sich beim HoNOS-D um ein generisches Instrument handelt, das sowohl bei Schizophrenie als auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen angewandt wird, wurde sowohl als nachteilig (KBV, S. 27 f., 18) als auch als Vorteil hinsichtlich einer möglichen Ausweitung der Anwendung auf andere psychiatrische Patienten bzw. spätere psychiatrische QS-Verfahren (BÄK, S. 17) angesehen.

**IQTIG:** Burgess et al. (2006) haben im Rahmen des Australian Mental Health Outcomes and Classification Network in einem Review anhand von Kriterien fundiert untersucht, welches Messinstrument am besten geeignet sei für die

routinemäßige Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus. Die eigens definierten Kriterien entsprechen teilweise den der Entwicklung im QS-Verfahren *Schizophrenie* zugrunde gelegten wie hinreichenden psychometrischen Eigenschaften sowie einem überschaubaren Umfang. In dieser Untersuchung wurde der GAF ausgeschlossen, da dieser das Funktionsniveau nicht adäquat und unabhängig von der Symptomatologie abbilde. Stattdessen wurde der SOFAS, welche das soziale und berufliche Funktionsniveau misst, einbezogen, aber schließlich durch das Instrument PSP (Personal and Social Performance Scale) aufgrund dessen besseren psychometrischen Eigenschaften ersetzt. Von 20 recherchierten Messinstrumenten wurden 5 als gleichwertig geeignet erachtet. Sowohl der HoNOS als auch der PSP wurden als geeignet für den Einsatz und die Anwendung in der australischen Gesundheitsversorgung zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus empfohlen.

Der SOFAS stellt als Bestandteil der Achse V des DSM-5 eine Revision des GAF des DSM-III-R dar. Goldman et al. (1992) zufolge war eines der wesentlichen Probleme des GAF die Beurteilung des psychologischen, sozialen und beruflichen Funktionierens innerhalb nur einer Skala. Da das psychologische Funktionsniveau in empirischen Studien keine hohen Korrelationen mit dem sozialen und beruflichen Funktionsniveau aufwies, wurde im Rahmen der vierten Revision des DSM eine Trennung der Beurteilungsbereiche eingeführt. So ist anhand des Messinstruments SOFAS lediglich das berufliche und soziale Funktionsniveau einzuschätzen, während der Gesamtschweregrad der psychischen Symptome einer Person und das psychologische Funktionsniveau nicht einzu beziehen sind.

Der GAF selber ist nicht ausreichend differenziert, gerade auch wenn es um die Betrachtung und Analyse auf Systemebene der einzelnen Themenfelder geht, in denen unterschiedlicher Handlungsbedarf bestehen wird. Aus einem einzelnen summierten Wert ergäbe sich keine Anstoßung von konkreten Qualitätsinitiativen und Verbesserung in einzelnen Regionen und Bereichen.

Der erwähnte CGI ist wie auch der PSP ein lizenzpflichtiges Instrument und daher im Zusammenhang der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland nicht zu verwenden.

Die Entscheidung, für die Abbildbarkeit des Qualitätsaspekts ein Instrument durch Fremdbeurteilung zu wählen, ist eine grundsätzliche methodische Entscheidung. Diese vorgelagerte Entscheidung ist unabhängig von den Optionen für die Patientenbefragung. Derzeit existiert im normgebenden Rahmen auch keine Möglichkeit, eine Fremd- und eine Selbstbewertung je Patientin/Patient zusammenzuführen, was sicher für die Bewertung des individuellen Behandlungsverlaufs relevant wäre. Um die wesentliche Aspekte der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus vollständig und valide zu erheben, ist ein Fremdbeurteilungsinstrument im Rahmen des QS-Verfahrens zugrunde zu legen. Gerade bei schweren psychotischen Erkrankungen, die die Selbsteinschätzungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen können, gibt es in der Literatur Hinweise darauf, dass professionelle Fremdeinschätzungen die objektive Symptomatik (nicht den subjektiven Leidensdruck)

schwerer einschätzen als die Patientin / der Patient selbst. Aufgrund der mit der Schizophrenieerkrankung verbundenen Stigmatisierung wird auch das psychosoziale Funktionsniveau von Patientinnen und Patienten oft niedriger angegeben, als es von Ärztinnen und Ärzten oder Psychologinnen und Psychologen bewertet wird. Selbstverständlich bedarf die professionelle Fremdeinschätzung aber eines vorausgehenden eingehenden Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten.

Theodoridou et al. (2011) sind der Frage, ob ein eher unspezifisches psychologisches Messinstrument zur Messung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten geeignet ist, nachgegangen. Es wurde die Abbildbarkeit verschiedener Erkrankungen anhand des HoNOS-D untersucht und insgesamt eine gute Abbildbarkeit festgestellt (Theodoridou et al. 2011). Laut Andreas (2005) wird der HoNOS am häufigsten zur differenzierten Erfassung des Schweregrads bei Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen „Substanz- und Alkoholabusus“ (F1) und „Schizophrene Störung“ (F2) verwendet (Andreas 2005: 82). Entsprechend gibt es für diese beiden Diagnosegruppen auch Hinweise auf die gute Praktikabilität und Validität des HoNOS-D (Andreas 2005: 82).

Das methodische Vorgehen bei der Auswahl des Messinstruments, die Diskussion anderer möglicher Instrumente sowie die Anwendbarkeit des HoNOS-D bei einer Diagnose der Schizophrenie wurden zur besseren Nachvollziehbarkeit an entsprechenden Stellen in Kapitel 9 ausführlicher erläutert.

### **Auswertungskonzept**

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde eine bessere Darstellung des Auswertungskonzepts insbesondere im Zusammenhang mit den stationären und ambulanten Systemindikatoren des HoNOS gefordert (KBV, S. 27 f.; GKV-SV, S. 23 f.; DGPPN; S. 8 f.). Zum einen erschien unklar, wie ein patientenindividuelles Messinstrument auf Systemebene ein Ergebnisindikator sein soll, wenn die Ergebnisse nicht individuell bewertet werden können (DGPPN, S. 7 f.; DKG, S. 9), zum anderen wurde um die konkrete Berechnung der gepoolten Indikatorergebnisse (BÄK, S. 11) sowie um Ausführungen zu den Auswertungen auf Bundes- und Landesebene gebeten (GKV-SV, S. 23 f.).

Zudem von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefragt, wie eine Verlaufsbetrachtung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus innerhalb eines Jahres sinnvoll erfolgen solle, wenn zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der ambulanten und ggf. in der stationären Behandlung gemessen werde und wie dabei eine Verantwortungszuschreibung erfolgen könne (KBV, S. 18).

Es gab Nachfragen zur Häufigkeit der durchzuführenden Messung (GKV-SV, S. 23 f.) sowie die Anregung, mehr als einmal zu messen, zumindest im stationären Setting (BptK, S. 21, PatV, S. 13 f.).

**IQTIG:** Es soll eine jährliche Meldung an die Leistungserbringer über die HoNOS-Ergebnisse je Item geben. Die Ergebnisse werden (zunächst) auf Landesebene gepoolt und statistisch beschrieben. Dies ist als ein Feedback im Sinne einer Darstellung der aktuellen Situation gedacht und enthält keinerlei Leistungserbringerbewertung. Dadurch sollen ein regionaler Vergleich und ein Vergleich mit der Bundesebene unter Einbeziehung regionaler Gegebenheiten ermöglicht werden. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wäre durch den G-BA zu beschließen. Die aggregierten Daten aller Patientinnen und Patienten über alle Krankheitsepisoden hinweg ermöglichen einen Blick auf einen Querschnitt der Erkrankungsschwere von Patientinnen und Patienten, die an einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung erkrankt sind. Bei der Betrachtung der Erhebungsergebnisse wird eine zufällige und über die Jahre stabile Verteilung der verschiedenen Erhebungszeitpunkte bezogen auf die verschiedenen Erkrankungsphasen angenommen, die als repräsentativ für die durchschnittliche Erkrankungsschwere in den vorhandenen Versorgungssituationen angesehen werden können. Das Querschnittsergebnis der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (beides sind Zielparameter der Behandlung) des gesamten Patientenkollektivs wird als ein Surrogat der Versorgungsqualität angesehen, das insbesondere im Jahresvergleich aussagekräftig wird. Die gemittelten Ergebnisse des HoNOS je Item sollen anhand des HoNOS-Glossars interpretiert werden und zusammen mit den Ergebnissen der anderen Systemindikatoren von den Expertinnen und Experten in den Fachkommissionen auf Landes- und Bundesebene vor dem Hintergrund der jeweiligen Versorgungsstrukturen ausgewertet. Die Expertinnen und Experten sollen Handlungsbedarfe erkennen und an den G-BA weiterleiten. Dies soll wiederum die auf Systemebene verantwortlichen Akteure darin unterstützen, Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu anzustoßen.

Bei den Systemindikatoren, die den HoNOS nutzen, handelt es sich also um eine Querschnittserhebung als Surrogat für die (System-)Ergebnisqualität, somit ist es ein Maß der Ergebnisqualität. Diese Indikatoren können zwar für eine Beschreibung des individuellen Behandlungsverlaufs herangezogen werden, aus der Perspektive der gesetzlichen Qualitätssicherung eignen sie sich aber nicht zur vergleichenden Leistungserbringerbewertung, da sie angesichts kleiner Patientenkollektive einzelner Leistungserbringer und sehr heterogenen psychiatrischen Ausgangssituationen mit vertretbarem Aufwand kaum angemessen risikoadjustiert werden können. Aus der Literatur liegen hierzu keine Daten vor. Auch für die in den Stellungnahmen angeregte kurzfristige Zweipunkt-Messung im stationären Bereich ist eine individuelle Überprüfung des Behandlungsverlaufs im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht sinnvoll, da Patientinnen und Patienten ggf. nicht so lange in stationärer Behandlung sind, bis die medikamentöse Behandlung voll wirksam ist. Somit können keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität gezogen werden. Zudem fehlt es derzeit an ausgereiften Risikoadjustierungsmodellen, die aber zwingend nötig wären für einen Vergleich der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene. Das IQTIG hat diese Qualitätsindikatoren daher als Systemindikatoren

konzipiert, für die keine Risikoadjustierung erforderlich ist (es werden das gesamte Bundeskollektiv oder große Länderkollektive betrachtet, es werden keine Auffälligkeit anhand von Referenzbereichen festgestellt).

Die Erhebung und Betrachtung von Stuserhebungen soll aber zu einer ergebnisorientierten Behandlung – sowohl auf Leistungserbringerebene als auch auf Systemebene – beitragen.

Da einem Leistungserbringer die Verantwortung für das Ergebnis der Stuserhebung aufgrund der vielen Einflussfaktoren und der häufig von verschiedenen Professionen durchgeführten Behandlungen nicht individuell zuzuschreiben ist, können die HoNOS-Indikatoren auf Fallebene nur Prozessindikatoren sein, die messen, wie weit die Implementierung dieser strukturierten Erhebung gediehen ist. Eine Verlaufsbeobachtung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus ist nur patientenbezogen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt über die Zeit sinnvoll möglich. Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt kann den Zeitpunkt der Stuserhebung und auch die Frequenz über eine jährliche Erhebung hinaus selber wählen und die jeweiligen Ergebnisse in die individuelle Behandlungsplanung einbeziehen (im Sinne einer Qualitätsförderung). Eine patientenbezogene pseudonymisierte Zusammenführung der ambulanten und ggf. stationären Stuserhebungen ist leistungserbringerbezogen aus Sicht des IQTIG nicht geplant. Es wird nicht möglich sein, Erhebungen standardisiert in der ambulanten Versorgung zu einem definierten Zeitpunkt nach Entlassung aus dem Krankenhaus umzusetzen. Insofern ist eine Zusammenführung von ambulanten und stationären HoNOS-Ergebnissen nicht interpretierbar. Im Rahmen einer Sekundäranalyse könnten die über patientenidentifizierenden Daten (PID) prinzipiell zusammenführbaren Daten jedoch anonymisiert evaluiert werden. Möglicherweise ergeben sich hieraus später weitere Kennzahlen für die Systemqualität.

Ergänzungen zum Auswertungskonzept bezogen auf die ambulanten und stationären System- und Prozessindikatoren, die den HoNOS verwenden, wurden in Abschnitt 9.5 eingearbeitet.

### **Anforderungen an ein standardisiertes Messinstrument zur Nutzung innerhalb der deutschen gesetzlichen Qualitätssicherung**

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass die Einführung eines standardisierten Messinstruments in die gesetzliche Qualitätssicherung eine Neuerung wäre, die sorgsam abgewogen und ausführlich zu beraten seien werde, gerade auch vor dem Hintergrund „möglicher Implikationen“. Es wurde angemerkt, dass es noch keine verbindliche Übereinkunft zu Messinstrumenten als diagnostischem Standard gäbe (BPtK, S. 4; DGPPN, S. 7 f.; KBV, S. 27 f.). Es wurde somit der Auffassung des IQTIG gefolgt. Zugleich wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen die Einführung eines standardisierten Messinstruments zur Berücksichtigung der Ergebnisqualität grundsätzlich begrüßt (PatV, S. 4; DPR, S. 3).

**IQTIG:** Das IQTIG hat bereits im Vorbericht darauf hingewiesen (siehe Kapitel 14), dass die Chancen, Wirkungen und Implikationen der Einführung eines standardisierten Messinstruments durch die gesetzliche Qualitätssicherung ausführlich von allen Beteiligten (im G-BA) diskutiert und beraten werden sollten. Dies sollte unter Einbeziehung aller Aspekte, Bedenken und Kritiken geschehen, aber auch im Hinblick auf die Möglichkeiten, wesentliche Einrichtungen und Leistungsträger für die Versorgung von psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten (auch außerhalb des SGB V) mit in Verbesserungsbemühungen einzubeziehen, sowie in Hinblick auf die Notwendigkeit, hierfür die benötigten Mittel bereitzustellen.

### Messzeitpunkt

Die Modalitäten der QS-Auslösung insbesondere im ambulanten Bereich wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen hinterfragt (BPtK, S. 21; KBV, S. 30; GKV-SV, S. 23 f.). Die QS-Auslösung steht im engen Zusammenhang mit den Fragen nach dem Zeitpunkt der Erhebung mittels des standardisierten Messinstruments und dem Erhebungszeitraum von vier Wochen nach QS-Auslösung, die ebenfalls von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen aufgeworfen wurden (BÄK, S. 10 f; KBV, S. 19, 22 f.; GKV-SV, S. 23 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, dass die Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast bereits mit dem ersten Patientenkontakt erfolgen solle und nicht erst nach Auslösung der QS-Dokumentation (BPtK, S. 21). Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde in Bezug auf die Erhebung des HoNOS-D auch die QS-Auslösung im Krankenhaus (BPtK, S. 21, KBV, S. 18, DPR, S. 1) thematisiert, insbesondere im Zusammenhang mit Fragen der Operationalisierung wie Mindestaufenthaltsdauer (DPR, S. 1; KBV, S. 18) oder Auslösung durch Entlassungs- oder Aufnahmediagnose (BPtK, S. 21).

**IQTIG:** Die ambulante QS-Auslösung wurde dahingehend modifiziert, dass der Zeitraum für die Erhebung des Status der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels des Messinstruments HoNOS-D entfällt. Die Erhebung kann zu jedem Zeitpunkt im Erfassungsjahr erfolgen und mit dem entsprechenden Erhebungsdatum zu einem späteren Zeitpunkt dokumentiert werden. Im Ausfüllhinweis wird entsprechend der Hinweis „innerhalb von vier Wochen“ entfernt und ersetzt durch „beim nächsten Patientenkontakt“. Sollte innerhalb des Erfassungsjahres bis zum 28. Februar des Folgejahres kein Patientenkontakt mehr zustande gekommen sein, bei dem die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mit dem HoNOS hätten erhoben werden können, so ist in der Dokumentation entsprechend anzugeben, dass keine Erhebung stattgefunden hat. Damit nicht alle ambulanten Leistungserbringer, die erst im 4. Quartal ausgelöst werden, von vornherein auffällig werden, wird dieser Umstand über einen entsprechenden Referenzbereich berücksichtigt werden. In der Machbarkeitsprüfung wäre zu ermitteln, in welchem Bereich ein Referenzwert liegen müsste. Im Sinne der Qualitätsförderung wäre es an-



geraten, bei jedem Erstkontakt im Jahr – wie es die Bundespsychotherapeutenkammer empfiehlt – eine Stuserhebung mit dem HoNOS durchzuführen, auf die im Falle einer später erfolgenden QS-Auslösung zurückgegriffen werden und diese entsprechend später übermittelt werden könnte. Diese Möglichkeit wird im Ausfüllhinweis als zulässig aufgeführt. Diese Prozessindikatoren messenden Grad der Implementierung und können der Identifikation von Umsetzungshürden dienen. Entsprechende Änderungen wurden im Abschlussbericht im Abschnitt 9.5 vorgenommen.

Die Bedenken zur stationären QS-Auslösung bei den HoNOS-Indikatoren können nachvollzogen werden. Es wurde daher eine Verweildauer von 7 Aufenthaltstagen für die Dokumentationspflicht der Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels des HoNOS im Bericht ergänzt. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung ist dieser Wert empirisch zu prüfen. Die QS-Auslösung und damit die Dokumentationspflicht im stationären Bereich erfolgt letztlich anhand der Entlassungsdiagnose.

Die Anregung von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen (DKG, S. 9; KBV, S. 18) wurden aufgenommen und die teilstationären Leistungserbringer bei der Erhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels des HoNOS in das Verfahren einbezogen.

## 19 Krankheitsphasen

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass weder die Indikatoren noch das Auswertungskonzept nach Behandlungsepisoden bezüglich der unterschiedlichen Krankheitsphasen differenzierten. Außerdem werde in dem QS-Verfahren nicht zwischen Ersterkrankten und Langzeiterkrankten unterschieden (GKV-SV S. 24 f.).

**IQTIG:** Gegenwärtig sind weder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar. Dies wäre aber für die entsprechende Definition des QS-Filters eine zwingende Voraussetzung. Sowohl das IQTIG als auch die an der Entwicklung beteiligten Expertinnen und Experten sehen hier grundsätzlich einen Konkretisierungsbedarf der ICD-Kodes.

Daher bestand die Notwendigkeit, für dieses QS-Verfahren zunächst Indikatoren zu entwickeln, bei denen es auf diese Differenzierung nicht ankommt. Sollte dies zukünftig aufgrund von Neuerungen hinsichtlich der ICD-Kodes möglich werden, sollten die Indikatoren ggf. im Rahmen der Weiterentwicklung entsprechend überprüft werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass im ambulanten Bereich für einen Patienten ein Datensatz ggf. unmittelbar vor oder unmittelbar nach einer stationären Behandlung ausgelöst werden könnte, wenn er jeweils in zwei Quartalen ambulant versorgt wurde (GKV-SV S. 24 f.).

**IQTIG:** Dies ist nicht möglich, da im ambulanten Bereich nur einmal nach Facharztkontakt in mindestens zwei Quartalen ausgelöst wird, wobei sich die QS-Dokumentation auf das gesamte Erfassungsjahr bezieht. Ein stationärer Aufenthalt führt nicht zum Abschluss der ggf. bereits ausgelösten QS-Dokumentation.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, es sei unklar, ob eine patientenbezogene Longitudinalbetrachtung erfolgen soll oder ob jede Behandlungsepisode einer Patientin / eines Patienten als nicht verknüpfter Fall ausgewertet werde (GKV-SV S. 24 f.).

**IQTIG:** Da im vorliegenden QS-Verfahren keine Krankheitsphasen differenziert werden, besteht auch nicht die Möglichkeit, diese patientenbezogen zu verknüpfen.

## 20 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen konnte die Notwendigkeit, den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ aufgrund der hohen Relevanz für die Patientinnen und Patienten nochmals intensiv auf eine umfassendere Adressierung des Aspekts durch eine nachträgliche Indikatorenentwicklung auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation zu prüfen, nachvollzogen werden (PatV, S. 6; KBV S. 23). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde formuliert, dass letztlich abzuwarten sei, durch welche Items konkret die Patientenbefragung den Qualitätsaspekt adressiert (PatV, S. 8).

Auch wenn es für eine stellungnahmeberechtigten Organisation nachvollziehbar war, dass nachgelagerte Entwicklungsarbeiten erforderlich sein können (BÄK, S. 12 f.), so wurde andererseits bedauert, dass dem Bericht keine weiteren Informationen darüber zu entnehmen seien, in welchem zeitlichen Rahmen und mit welchen konkreten Arbeitsschritten dies erfolgen solle (BÄK S. 12 f.; KBV, S. 4, 23, 26)

**IQTIG:** Das IQTIG ergänzt aufgrund der berechtigten Hinweise das Kapitel 10 im Abschlussbericht.

Der Abschlussbericht zur Verfahrensentwicklung wird dem G-BA am 22. Dezember 2017 übermittelt. Daran werden sich u.a. intensive Beratungen zur konkreten Ausgestaltung der dann ggf. zu beauftragenden Machbarkeitsprüfung anschließen. Nach der Beauftragung schließt sich die Vorbereitung der im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung durchzuführenden Leistungserbringerbesuche und die entsprechende Rekrutierung dieser an. Das IQTIG wird diese Zeitspanne für die Nachentwicklung des Indikators nutzen (geplanter Zeitraum: 01.01.2018 bis 31.05.2018) und einen entsprechenden Nachbericht vorlegen.

Die Nachentwicklung erfolgt dabei, wie für alle anderen Indikatoren des Sets, entsprechend der in Kapitel 4 beschriebenen Methodik. Dies schließt den Einbezug des auch bisher an der Entwicklung beteiligten Expertengremiums ein.

In Analogie zur Indikatorennachentwicklung im Zuge der Machbarkeitsprüfung für ein QS-Verfahren Mitralklappeneingriffe, ist derzeit ein Treffen vorgesehen.

Das IQTIG ergänzt das Kapitel 10 des Abschlussberichts entsprechend.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass aus Gründen der Datensparsamkeit eine Erfassung über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer kein zusätzliches Erfassungsinstrument, sondern ein an dieser Stelle die Patientenbefragung ersetzendes Instrument sein solle (KBV, S. 23).

**IQTIG:** Das IQTIG teilt diese Auffassung nicht. Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressiert sowohl im Sinne der Prozessqualität die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe als auch eine möglichst geringe Beeinträchtigung dieser als Ergebnis der Versorgung (siehe Vorbericht Kapitel 10).

Ziel der Nachentwicklung ist es, in enger Abstimmung mit den Entwicklungsergebnissen der Patientenbefragung die Möglichkeiten der Operationalisierung der zu diesem Qualitätsaspekt gehörenden Qualitätsmerkmale auszuschöpfen, um dieses hochrelevante Outcome möglichst umfassend adressieren zu können und das Indikatorenset so zu optimieren.

Das Kapitel 10 des Abschlussberichts wurde entsprechend ergänzt.

## 21 Querbezüge zur Patientenbefragung

Grundsätzlich wurde es von den stellungnahmeberechtigten Organisationen ausdrücklich begrüßt, dass das QS-Verfahren um eine Patientenbefragung mit entsprechenden Indikatoren ergänzt wird (PatV, S. 4; DPR, S. 1). Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angeregt, auch die Möglichkeit einer Angehörigenbefragung zu prüfen (DPR, S. 2). Die Abkopplung der Entwicklung der Patientenbefragung konnte jedoch von einer stellungnahmeberechtigten Organisation nachvollzogen werden (BÄK, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG stimmt zu, dass eine Angehörigenbefragung grundsätzlich sinnvoll sein könnte. Es ist jedoch anzumerken, dass dies im Vorfeld der Beauftragung im G-BA diskutiert wurde, mit dem Ergebnis, dass eine Angehörigenbefragung nicht Inhalt der Beauftragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* ist. Bei einer Angehörigenbefragung müsste im vorliegenden Kontext zunächst entschieden werden, ob Angehörige als „Betroffene“ bzw. eigene Gruppe oder aber stellvertretend für Patientinnen und Patienten, die nicht in der Lage sind, an einer Befragung teilzunehmen (Proxybefragung), fungieren sollen. Im ersten Fall wäre dies eine komplett neue Zielgruppe und folglich eine separate Entwicklung. Wenn man sich im zweiten Fall eine regelhafte Angehörigenbefragung im Sinne einer Proxybefragung vorstellt, müsste geklärt werden,

1. wer unter „der/dem Angehörigen“ zu verstehen ist, dabei sind auch Betreuungen zu berücksichtigen,
2. wie diese/dieser zu erreichen ist (Adresse), da nicht immer davon auszugehen ist, dass dieser den gleichen Wohnsitz wie der Patient hat, und
3. wann die Patientin / der Patient und wann die/der Angehörige befragt wird und wer die Entscheidung anhand welcher Merkmale trifft.

Vor diesem Hintergrund, der gemeinsam in der AG Qesü mit dem IQTIG diskutiert wurde, hat sich der G-BA gegen eine separate Beauftragung einer Angehörigenbefragung entschieden. Allerdings sehen die Entwicklungen des IQTIG zur Patientenbefragung die Möglichkeit vor, dass andere Personen die Patientin / den Patienten beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen bzw. diesen für sie/ihn ausfüllen. Eine entsprechende Angabe wird am Ende des Fragebogens getätigt. Somit besteht die Möglichkeit, den Patientenfragebogen in einer Proxybefragung anzuwenden, ohne dass diese systematisch von vorneherein angelegt ist.

Als nachteilig wurde es von einer stellungnahmeberechtigten Organisation gesehen, dass kein Dokument für das gesamte QS-Verfahren mit allen Qualitätsindikatoren dieser Entwicklung und denen der Patientenbefragung vorläge (BÄK, S. 2). Es seien eine Gesamtbeurteilung des Qualitätsindikatorensatzes und das Zusammenspiel der unterschiedlichen Erfassungsinstrumente nicht beurteilbar. Zukünftig könnte hier ggf. durch integrierte Berichte Abhilfe geschaffen werden (PatV, S. 5; BÄK, S. 2; DPR, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG kann diese Anmerkungen grundsätzlich nachvollziehen. Jedoch sei hier nochmals auf den eigenständigen Entwicklungsprozess der Patientenbefragung, wie er auch in den Methodischen Grundlagen des IQTIG beschrieben ist (IQTIG 2017), hingewiesen. In diesem ist die endgültige Ableitung der Qualitätsindikatoren methodisch erst nach den Entwicklungsschritten Fragebogenerstellung, kognitiver Pretest und Standard-Pretest vorgesehen, also im QS-Verfahren *Schizophrenie* zu einem deutlich späteren Zeitpunkt als für die dokumentationsbasierten bzw. sozialdatenbasierten Indikatoren. Art und Zeitpunkt der Berichtslegungen ergeben sich zudem ausdrücklich aus der Beauftragung. Gegebenenfalls sollte für zukünftige Entwicklungen ein anderes Vorgehen in den entsprechenden Gremien des G-BA zur Diskussion gestellt werden.

Der Abschlussbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung wird eine Gesamtübersicht aller Indikatoren des QS-Verfahrens enthalten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefragt, ob durch die Patientenbefragung weitere zusätzliche Aufwände auf die Leistungserbringer zukämen (DKG, S. 9 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG ist gemäß § 137a Abs. 3 SGB V vom G-BA beauftragt, „[...] Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln, [...]“. Entsprechend § 299 Abs. 4 Satz 6 SGB V „[sind] die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die Krankenkassen [sind] befugt und verpflichtet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Daten an die Stelle nach Satz 1 zu übermitteln“. Ein sich daraus ergebender Aufwand bei den Leistungserbringern kann nicht ausgeschlossen werden. Der Aufwand für die Leistungserbringer beläuft sich gemäß § 299 SGB V auf die Übermittlung der Adressdaten der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sind wenige Angaben zu übermitteln, die für den zielgerichteten Versand der Fragebögen notwendig sind, z. B. Entlassdatum.

Kritisch angemerkt wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation, dass die für den Zwischenbericht vorgenommene Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Erfassungsinstrumenten beibehalten worden sei. So sei es nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapie im Gegensatz zur Psychoedukation sowie das psychosoziale Funktionsniveau nicht bei der Patientenbefragung berücksichtigt werden. Es sei prinzipiell zu begrüßen, dass im Rahmen der QS-Dokumentation der Leistungserbringer die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels eines standardisierten Messinstruments erhoben werden. Jedoch sei es anzustreben, im Rahmen der Patientenbefragung ein breiteres Spektrum des psychosozialen Funktionsniveaus sowie die Lebensqualität zu erfassen (PatV, S. 8).

**IQTIG:** Die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den verschiedenen Datenquellen im Zwischenbericht wurde, wie dort angekündigt, regelmäßig während des Entwicklungsprozesses sowohl der Patientenbefragung als auch der dokumentationsbasierten bzw. sozialdatenbasierten Indikatorenentwicklung überprüft und ggf. angepasst.

Die ambulante Psychotherapie wird als Leistung nach Psychotherapie-Richtlinie durch einen sozialdatenbasierten Indikator adressiert, der ohne Aufwand für den einzelnen Leistungserbringer erhoben werden kann und auf Systemebene ausgewertet wird. Die stationäre Psychotherapie ist als Qualitätsaspekt auch in die Entwicklung der Patientenbefragung zum QS-Verfahren *Schizophrenie* eingegangen.

Da für die Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus für die fallbezogene QS-Dokumentation ein standardisiertes Messinstrument vorgeschlagen wird, ist dieses nach Auffassung des IQTIG ausreichend adressiert.

Lebensqualität ist nicht in der Patientenbefragung als eigener Aspekt enthalten, da dieses multidimensionale Konstrukt nicht in Gänze in der Befragung im Kontext der Qualitätsaspekte und der Ziele der Befragung erfasst werden kann. Dennoch werden Teilbereiche der Lebensqualität in der Patientenbefragung adressiert, indem nach dem psychischen Wohlbefinden und dessen individueller Einschätzung gefragt wird. Zudem wird mit den Fragen zum Qualitätsaspekt der Teilhabe, die auch auf das gesellschaftliche Leben abzielen, auf Bereiche der Lebensqualität eingegangen.

## 22 Umsetzung

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden wichtige Anregungen zur Umsetzung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* gegeben. Der Themenkomplex QS-Auslösung bildete bei den Rückmeldungen den Schwerpunkt. Die Auslösung von Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich, die mindestens zwei Quartale im Erfassungsjahr bei einem Leistungserbringer behandelt wurden, warf bei einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Frage auf, ob es hierdurch zu einer Mehrfachauslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation kommen könnte oder, z. B. bei einem Therapeutenwechsel, Sozialdaten bei den Krankenkassen mehrfach ohne eine entsprechende fallbezogene QS-Dokumentation ausgelöst werden könnten (GKV-SV, S. 25). Zudem bestanden Unklarheiten im Zusammenspiel des Abschlusses der QS-Dokumentation mit der Beantwortung der Fragen des HoNOS (GKV-SV, S. 25). Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Definition der unteren Altersgrenze der Patientinnen und Patienten bei der QS-Auslösung hinterfragt (KBV, S. 24 f.). Von einer stellungnehmenden Organisation wurde zudem auf eine inkonsistente Formulierung der Auslösung der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation in den Abschnitten 12.3 (Vollständigkeit und Vollständigkeit fallbezogener QS-Dokumentation) sowie 13.3 (Datenfluss ambulante fallbezogene QS-Dokumentation) hingewiesen (KBV, S. 25). Es wurde auch nach der Einbindung selektivvertraglicher Leistungserbringer gefragt (KBV, S. 31).

Anknüpfend an den Themenkomplex QS-Auslösung wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation der Vorschlag des IQTIG kritisiert, im ambulanten Sektor die QS-Auslösung mangels Softwareunterstützung mit einem Webportal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend der QS-Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* durchzuführen. Die Einschätzung des IQTIG, dass eine hinreichende Softwareunterstützung im ambulanten Bereich auch in Zukunft nicht gegeben sein werde, wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation nicht geteilt (KBV, S. 25). Es wurde stattdessen die Nutzung einer Softwarelösung zur QS-Auslösung und QS-Dokumentation empfohlen, da eine Auslösung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der hohen Datenmengen nicht vertretbar und eine QS-Dokumentation im Webportal aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht durchführbar sei. Entsprechend solle ein Umsetzungskonzept erstellt sowie begründet werden, warum eine Softwarelösung für den ambulanten Bereich nicht umsetzbar sei. Des Weiteren solle die Aussage, dass die Software QuIK-Register© bei niedergelassenen Kardiologinnen und Kardiologen fast flächendeckend eingesetzt werde, mit Quellen belegt werden (KBV, S. 25/26).

Es wurde darum gebeten, die Spezifikation als CSV-Datei zur Verfügung zu stellen (KBV, S. 25).



**IQTIG:** Das Institut bedankt sich für die Rückmeldungen zum Themenbereich QS-Auslösung und das Aufzeigen von Unschärfen im Vorbericht. Diese wichtigen Aspekte wurden im Abschlussbericht präzisiert und ergänzt.

Die Formulierung, dass Patientinnen und Patienten für eine QS-Auslösung im Erfassungsjahr mindestens zwei Quartale bei einem Leistungserbringer in Behandlung gewesen sein müssen, führt nicht dazu, dass ein Fall zweimal beim selben Leistungserbringer ausgelöst wird oder Sozialdaten von den Krankenkassen übermittelt werden, zu denen es keine fallbezogenen QS-Dokumentation gibt. Ist eine Patientin / ein Patient in zwei, drei oder vier Quartalen bei demselben Leistungserbringer in Behandlung, wird dieser Fall nur einmal ausgelöst. Entsprechend gibt es nur einen Datensatz, der bei den Krankenkassen ausgelöst und exportiert wird. Sollte die Patientin / der Patient jedoch die Therapeutin / den Therapeuten wechseln und zwei Quartale bei dem einen Leistungserbringer und zwei weitere Quartale bei einem anderen Leistungserbringer in Behandlung gewesen sein, werden beide Leistungserbringer für eine fallbezogene QS-Dokumentation ausgelöst und es werden zwei Datensätze von den Krankenkassen an das IQTIG exportiert. Die fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich beinhaltet die Fragen des HoNOS als Datenfelder – es gibt keinen weiteren separaten Fragebogen. Somit sind die Fragen zum HoNOS entsprechend den übrigen Datenfeldern der fallbezogenen QS-Dokumentation bis zum Datenannahmeschluss des Erfassungsjahres durch den Leistungserbringer zu dokumentieren.

Die QS-Auslösung wird ausschließlich bei Patientinnen und Patienten erfolgen, die zum 1. Januar des Erfassungsjahres ihr 18. Lebensjahr vollendet haben. Patientinnen und Patienten, die ihr 18. Lebensjahr erst innerhalb des Erfassungsjahres vollenden, werden erst im Folgejahr für die QS-Dokumentation als Fall ausgelöst. Der hierfür nutzbare Algorithmus zur Abgrenzung könnte wie folgt aussehen: Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18.

Die inkonsistenten Formulierungen bei der Vollzähligkeitsermittlung und der QS-Auslösung für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation in den Abschnitten 12.3 (Vollzähligkeit und Vollständigkeit fallbezogener QS-Dokumentation) sowie 13.3 (Datenfluss ambulante fallbezogene QS-Dokumentation) wurden im Abschlussbericht konkretisiert. In Abschnitt 12.3 wurde die Ermittlung der Vollzähligkeit differenziert nach Sektoren dargestellt. Außerdem wurden die bisher fehlenden Informationen zu Vollzähligkeitsprüfung, QS-Auslösung und Datenfluss für die selektivvertraglichen Behandlungsfälle ergänzt.

Die durch das IQTIG konstatierte mangelnde Softwareunterstützung bzw. Heterogenität von Softwareprodukten bei niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten wird mit verschiedenen Untersuchungen der KBV vom 31. Dezember 2016 (KBV 2016b, KBV 2016a, KBV 2016c), mit Expertengesprächen mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten sowie mit den Erfahrungen aus dem sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)* im ersten Erfassungsjahr 2016 begründet. Die Untersuchungen der KBV zeigen, dass die beiden am häufigsten ver-

wendeten Softwareprodukte bei Nervenärztinnen und -ärzten einen Verbreitungsgrad von je 10 %, bei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern von 11 % und 9 % sowie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten von 37 % und 31 % haben. Die Untersuchungen differenzieren nicht spezifisch für die im QS-Verfahren *Schizophrenie* adressierten Psychiaterinnen und Psychiater, jedoch ist von einer sehr heterogenen Softwarelandschaft auszugehen. Bei *QS PCI* lag die Verbreitung der am häufigsten genutzten Software QuLK-Register© bei 75 %. Der Verbreitungsgrad der Software wurde auf Basis der QS-Daten des Erfassungsjahres 2016 durch das IQTIG ermittelt und im Bericht ergänzt. Trotz des hohen Verbreitungsgrads traten im Erfassungsjahr 2016 verschiedene Software- und Schnittstellenprobleme auf. Aus den hier dargelegten Gründen empfiehlt das IQTIG, die QS-Auslösung und QS-Dokumentation unabhängig von spezifischen Softwareprodukten für die Leistungserbringer zu konzipieren. Andernfalls ist mit ernst zu nehmenden Problemen im Regelbetrieb zu rechnen. Aus Sicht des IQTIG stellt eine Webportallösung derzeit eine geeignete und ein für Leistungserbringer realisierbares Erfassungsinstrument dar. Ein detailliertes Konzept zur Umsetzung im Regelbetrieb inklusive der Betrachtung von Aspekten zu Datenschutz und Datensicherheit, ggf. der Notwendigkeit der Etablierung einer unabhängigen Stelle für den Betrieb des Webportals, ist im Rahmen der weiteren Umsetzung des QS-Verfahrens im G-BA zu entwickeln und in der Qesü-RL festzuhalten. Derartige Betrachtungen können im Bericht nur skizzenhaft durchgeführt werden.

Die Spezifikation des IQTIG wird im Rahmen der Spezifikationsentwicklung als MS-Access-Datenbank und zusätzlich ergänzender Dokumente bereitgestellt – so wie auch die Spezifikation des AQUA-Instituts als MS-Access-Datenbank gestellt wurde. Zum Zeitpunkt des Abschlussberichts einer Verfahrensentwicklung steht diese noch nicht zur Verfügung. Eine Bereitstellung der Spezifikation im CSV-Format ist nicht möglich, da hierüber die komplexen notwendigen Fremdschlüsselbeziehungen einer relationalen Datenstruktur nur sehr rudimentär und fehlerträchtig abgebildet werden können. Des Weiteren ist die vom IQTIG bereitgestellte Struktur bei den Anbietern von QS-Software seit vielen Jahren etabliert. Sie kann meist automatisiert eingelesen und verarbeitet werden, sodass effiziente und fehlerfreie Prozesse gewährleistet werden können.

## 23 Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen eingegangen. In einer Stellungnahme wurde eine ausführlichere Einschätzung des Aufwands und des Nutzens vermisst (KBV, S. 24). Von einer anderen stellungnehmenden Organisation wurde kritisiert, dass der Dokumentationsaufwand, der sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich durch fallbezogene QS-Dokumentationen und im Krankenhaus auch durch einrichtungsbezogene Dokumentationen ergeben werde, zu hoch sei (DGPPN, S. 8 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass eine Verwendung von „Routinedaten“ als unzureichend umgesetzt betrachtet werde (DGPPN, S. 8 f.). In diesem Zusammenhang wurde in anderen Stellungnahmen betont, dass bereits durch die Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie ein erheblich gesteigerter Dokumentationsaufwand bestehe, und es wurde angemahnt, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht verhindern dürften, dass qualitativ gut mit Patientinnen und Patienten gearbeitet werde (DKG, S. 9 f.; DGPPN, S. 8).

**IQTIG:** Ein Großteil der Anmerkungen zum Aufwand bzw. zur Darstellung des Aufwands im Verhältnis zum Nutzen bezieht sich auf das Messinstrument HoNOS und wird in Kapitel Messinstrument HoNOS der Würdigungen entsprechend ausführlich dargelegt.

Die Sorge vor zusätzlicher Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung ist vor dem Hintergrund des größeren Dokumentationsaufwands durch das neu eingeführte Entgeltsystem verständlich. Allerdings kann und sollte die gesetzliche Qualitätssicherung nicht ohne eine QS-Dokumentation auskommen, wenn diese in sachgerechten Bewertungen münden soll. Das Bestreben des Instituts war groß, den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten – auch angesichts dessen, dass es sich um das erste QS-Verfahren im psychiatrischen Bereich handelt. Erst in der Machbarkeitsprüfung kann sich zeigen, wie der Dokumentationsaufwand seitens der Leistungserbringer abschließend zu bewerten ist.

Die Forderung, mehr auf bereits vorhandene Dokumentationen („Routinedaten“) zurückzugreifen, ist nachvollziehbar. Zugleich setzt diese Forderung voraus, dass in sämtlichen Einrichtungen dieselben Daten vorhanden und ausleitbar sein müssen, damit diese zum Zweck der Qualitätssicherung verwendet werden können. Dies ist aufgrund der unvollständigen und uneinheitlichen Umsetzung der Basisdokumentation (BADO) nicht zu erwarten, wäre im Rahmen der Machbarkeitsprüfung aber zumindest bei den teilnehmenden Leistungserbringern zu verifizieren.

Bedauerlicherweise enthalten die Sozialdaten bei den Krankenkassen durch pauschalierende Entgelte und bedingt durch die derzeitige unspezifische Kodierung nach ICD-10-GM wenig Informationen/Daten, die für die Qualitätssi-

cherung nutzbar sind. Möglicherweise könnten zumindest die Behandlungsepisoden in Zukunft spezifischer kodiert werden, wenn das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu dem Ergebnis kommen sollte, eine ICD-Dokumentation der Krankheitsphase, analog zur ICD-10-WHO und wie sie auch im ICD-11-GM vorgesehen ist, in Deutschland einzuführen (siehe auch Kapitel 9, Messzeitpunkte).

## 24 Machbarkeitsprüfung

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Auffassung des IQTIG unterstützt, eine ausführliche Prüfung der Machbarkeit und Praxistauglichkeit des vorgestellten QS-Verfahrens durchzuführen (BÄK, S. 13, 17; KBV, S. 29 f.; DKG, S. 9 f.; DGPPN, S. 9). Von mehreren Stellungnehmenden wurde die Notwendigkeit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung insbesondere damit begründet, dass es in der psychiatrischen Versorgung bisher noch keine umfassenden Erfahrungen mit einer verpflichtenden QS-Dokumentation, der sektorenübergreifenden QS-Auslösung oder den entsprechenden Datenflüssen derartiger Verfahren gebe (BÄK, S. 13). Sollte ein standardisiertes Messinstrument zum Einsatz kommen, existierten auch hierzu, von Erfahrungen aus Projekten zur Integrierten Versorgung abgesehen, keine Vorerfahrungen. Im Einzelnen wurden von den stellungnahmeberechtigten Organisationen in Bezug auf eine Machbarkeitsprüfung eine Überprüfung der Operationalisierung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren (BÄK, S. 17; KBV, S. 29 f.), eine Bewertung der Aussagekraft einiger fallbezogener Qualitätsindikatoren (BÄK, S. 17), die Erfassung und Bewertung des Dokumentationsaufwands (DKG, S. 9 f.; DPR, S. 5; KBV, S. 29 f.), die Ermittlung der Validität der vorgestellten Qualitätsindikatoren (DKG, S. 4; GKV-SV, S. 5, 6–9) und eine Einschätzung und Aussage zur Machbarkeit, insbesondere bezüglich des Messinstruments HoNOS (DKG, S. 9; BpTK, S. 21; KBV, S. 27 f.), angesprochen.

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Hinweise, Anregungen und Gründe, die die Empfehlung einer ausführlichen Machbarkeitsprüfung bekräftigen. Nach Auswertung und Berücksichtigung der Stellungnahmen ist das IQTIG der Ansicht, das vorgelegte und modifizierte Indikatorenset zum QS-Verfahren *Schizophrenie* einer umfangreichen Machbarkeitsprüfung unterziehen zu können.

Ziel der Machbarkeitsprüfung ist es, anhand von praktischen Erfahrungen der teilnehmenden Leistungserbringer Anpassungen von Verfahrenskomponenten durchzuführen, ohne die Ziele und konzeptuellen Merkmale der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren zu verändern (siehe Kapitel 14 und die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, IQTIG 2017).

Ein weiteres Ziel einer Machbarkeitsprüfung ist es, Erkenntnisse zur Praktikabilität eines QS-Verfahrens zu erhalten. Soweit möglich, sollen Erkenntnisse auf technischer Ebene beispielsweise anhand der teilweisen Erprobung von Datenflüssen sowie auf praktischer Ebene anhand des Ausfüllens der QS-Dokumentation gewonnen werden. Durch die Befragung der beteiligten Leistungserbringer werden zusätzliche Einschätzungen eingeholt bezüglich des Vorliegens von bestimmten QS-relevanten Informationen, des Aufwands zur Beschaffung oder Dokumentation ebendieser und der Verständlichkeit der Ausfüllhinweise. Zur Prüfung der Praktikabilität insgesamt gehört auch, die zeitliche Inanspruchnahme des Personals durch die QS-Dokumentation zu erfassen. Im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung wird zudem u. a. festzustellen sein, ob die Qualitätsindikatoren messen, was sie messen sollen. Aus den Erkenntnissen der Machbarkeitsprüfung können entsprechende Modifikationen

der Qualitätsindikatoren in Form von Änderungen der Datenfelder, der Ausfüllhinweise bis hin zu Änderungen bei der Berechnung eines Indikators resultieren. Sollte sich herausstellen, dass ein Qualitätsindikator nicht praktikabel ist und sich dieser trotz Modifikationen nicht operationalisieren lässt, so kann dieser Indikator aus dem Indikatorenset herausgenommen werden.

Konkret wird im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* neben den genannten Punkten die Operationalisierung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren untersucht. Insbesondere muss einer angemessenen Konkretisierung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manubasierte Psychoedukation – ambulant“ als fallbezogener Indikator auf Leistungserbringerebene empirisch nachgegangen werden. Die Aussagekraft der fallbezogenen Qualitätsindikatoren zu „relativ komplexen Sachverhalten“ (BÄK, S. 17) wird einer Analyse und Bewertung unterzogen. Auch wurde in den Stellungnahmen angeregt zu überprüfen, ob nicht mehr Informationen aus der routinemäßig erhobenen Dokumentation (Basisdokumentation) ausgeleitet und für die Qualitätssicherung verwendet werden können. Bei der Machbarkeitsprüfung ist außerdem für die Qualitätsindikatoren zum Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen, wie die genaue Ausgestaltung der Dokumentation im Rahmen der Patientenakte erfolgt, und anhand dessen der Ausfüllhinweis zu präzisieren.

Darüber hinaus wird in dieser Machbarkeitsprüfung insbesondere die Praktikabilität des Messinstruments HoNOS zu erproben sein. Auch hier werden Operationalisierungen wie die Vollständigkeit der Items in den Erhebungsbögen HoNOS oder eine Mindestverweildauer für die Erhebung anhand des HoNOS bei Aufnahme im Krankenhaus geprüft werden. Ebenso werden der Aufwand und die Einschätzung der teilnehmenden Leistungserbringer zu dem standardisierten Messinstrument eingeholt und betrachtet werden. Auch werden erste Hinweise zu ermitteln sein, ob die angedachten Referenzbereiche für die prozessbezogene Auswertung der ambulanten und stationären Qualitätsindikatoren zum HoNOS angemessen sind.

Von zwei Stellungnehmenden wurde darauf hingewiesen, dass derzeit die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung des Qualitätsaspektes der Teilhabe noch ausstehe (BÄK, S. 13; KBV, S. 29 f.).

**IQTIG:** Wie im Vorbericht in Kapitel 10 bereits dargelegt wird vor Beginn der Machbarkeitsprüfung ein Qualitätsindikator zur Teilhabe nachentwickelt werden. Dies wird entsprechend der beschriebenen Methodik auch unter Einbeziehung des Expertengremiums passieren. Das Indikatorenset wird also einschließlich des Indikators zur Teilhabe in die Machbarkeitsprüfung gehen.

Des Weiteren wurden von einer stellungnehmenden Organisation die Erstellung eines Konzeptes zur Auswertung, die Darstellung der Auslösung der ambulanten und selektivvertraglichen QS-Dokumentation, die Darlegung der Rechenregeln und die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells gefordert (KBV, S. 29 f.).

Auch wurde von dieser Stellungnehmenden gefordert, vor der Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung die Qualitätsindikatoren aus dem Abschlussbericht der Patientenbefragung abzuwarten.

**IQTIG:** Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wird das Auswertungskonzept konkretisiert werden. Die QS-Auslösung – ambulant wie stationär – kann ohne existierende Software nicht getestet, sondern lediglich theoretisch durchdacht werden. Eine QS-Auslösung der selektivvertraglichen Fälle ist ohne Kenntnis der Abrechnungsziffern auch im Regelbetrieb nicht machbar (siehe auch Kapitel 13). Die prospektiven Rechenregeln werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung formuliert und wie im Vorbericht beschrieben vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vorliegen, sodass diese vom G-BA beschlossen werden können. Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells stellt eine eigenständige Entwicklungsarbeit dar und ist nicht Teil der Neuausrichtung oder Machbarkeitsprüfung.

Das IQTIG hält es nicht für zweckmäßig, mit der Machbarkeitsprüfung zu warten, bis die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung Ende 2018 vorliegen werden. Das Gros der auf Machbarkeit hin zu prüfenden Punkte kann unabhängig vom Vorliegen aller Qualitätsindikatoren durchgeführt werden. Lediglich beim Auswertungskonzept wird es ggf. Synchronisierungsbedarf oder Ergänzungen geben.

## 25 Fallzusammenführungen

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine Erläuterung der Problematik der Fallzusammenführungen und damit zusammenhängend der kumulierenden Verweildauern vermisst (DKG, S. 5).

**IQTIG:** Die Implementierung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Derzeit besteht eine Vereinbarung in Bezug auf die Fallzusammenführung zwischen der DKG und des GKV-SV (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik).



## 26 Anhang

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden in Form einer Tabelle präzise, akribisch und gut nachvollziehbar die Hinweise zu Formulierungen, Querbezüge, Plausibilitätsregeln und Rechtschreibfehlern im Anhang zum Vorbericht aufgeführt (BÄK, S. 14–16).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auf Inkongruenzen, die einzelne Zahlen in Tabellen und der korrespondierenden Abbildung im Bericht sowie überzählige Quellenangaben zu Indikatoren im Anhang des Vorberichtes betreffen, verwiesen. Es wurde zudem vorgeschlagen, die technischen Tabellenbeschriftungen von „EBM“ auf „GOP“ im Anhang C.5 zu ändern, die Reihenfolge der dargestellten GOPs alphabetisch zu gestalten und noch fehlende GOPs zur Gruppentherapie zu ergänzen. Das Vorliegen eines Datenfeldes zur einrichtungsinternen Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten wurde hinterfragt und eine Erklärung angemahnt. Schließlich wurden die Bezeichnung und der Bezug des Datenfeldes 27 auf die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation hinterfragt (KBV, S. 21, 27).

**IQTIG:** Die hilfreiche Kommentierung in Tabellenform wurde dankend zur Kenntnis genommen und in die Überarbeitung des Berichts einbezogen.

Die aufgegriffenen Inkongruenzen zwischen Textanteilen, Abbildungen und Tabelleninhalten im Bericht und im Anhang wurden abgeglichen sowie die beanstandeten Doubletten in der entsprechenden Tabelle im Anhang entfernt. Zu den angesprochenen Inkongruenzen der Tabelle 31 „Anzahl der recherchierten bestehenden Indikatoren je Qualitätsindikator“ des Berichts und Tabelle 36 im Anhang A.5 ist allerdings anzumerken, dass beide Tabellen jeweils unterschiedliche Stadien der Indikatorenrecherche widerspiegeln, wie in der Fußnote zu Tabelle 31 aufgezeigt. Die gefundenen Indikatoren sind aus der Zuordnung zu den Indikatorenbeschreibungen ersichtlich (siehe Indikatorenset 1.1). Durch einerseits erfolgte Mehrfachzuordnungen der gefundenen Indikatoren zu unterschiedlichen Qualitätsindikatoren sowie andererseits der Zuordnung mehrerer gefundener Indikatoren zu einem Qualitätsindikator können sich, je nach Betrachtung, in der Darstellung unterschiedliche numerische Werte ergeben.

In Bezug auf die technisch bedingten Tabellenbeschriftungen im Anhang sei auf die Tatsache verwiesen, dass es sich um spezifikationsbegleitende technische Bezeichnungen handelt, die von den entsprechenden zugrunde liegenden Dokumenten geprägt sind. Es ist unstreitig, dass die in der Tabelle aufgeführten GOPs der angesprochenen Leistungen dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entnommen sind. Dieser ursprüngliche Zusammenhang sollte mit der Beschriftung der Tabelle zum Ausdruck gebracht werden. Die Beschriftung wurde daher angepasst, um dem aufgezeigten möglichen Missverständnis vorzubeugen. Die fehlenden GOPs zur Gruppentherapie wurden in Tabelle 59 im Anhang ergänzt.

Bei der im Dokumentationsbogen für die fallbezogene QS-Dokumentation aufgeführten Einrichtungsinternen Identifikationsnummer handelt es sich um ein administratives Feld, welches ausschließlich für die Dokumentierenden vorgesehen ist und nicht an weitere Stellen übermittelt wird. Prinzipiell wird die Redundanz von Datenfeldern vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit in der Machbarkeitsprüfung geprüft.

Die Inhalte und Bezeichnungen des Datenfeldes 27 in Tabelle 60 und im Dokumentationsbogen beziehen sich indikatorenkonform auf die stationäre Versorgung.

## 27 Redaktionelle Hinweise

Von verschiedenen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Rechtschreibfehler und die Verwendung von uneinheitlichen Begrifflichkeiten festgestellt sowie zum Teil uneinheitliche Bezeichnungen angemerkt (BÄK, S. 3, 6–8, 16; GKV-SV, S. 14; KBV, S. 3). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine redaktionelle Überarbeitung verschiedener Tabellen angeregt (KBV, S. 3, 4 20), in einer anderen Stellungnahme wurde zu einer inhaltlichen Prüfung des verwendeten Begriffs Compliance geraten (DPR, S. 5)

**IQTIG:** Das Institut dankt für die aufmerksame Durchsicht des Berichts und die angemerkten Korrekturvorschläge.

Hinweise auf vorhandene Rechtschreibfehler und uneinheitliche Bezeichnungen wurden aufgegriffen, der Bericht wurde entsprechend angepasst. Die Tabellen 1 und 2 wurden geprüft und überarbeitet. Das IQTIG teilt die zurecht geäußerte Kritik hinsichtlich der Verwendung des Begriffs Compliance. Dieser wurde durch den Begriff Adhärenz ersetzt.

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- Andreas, S (2005): Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen – Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg. URL: [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss\\_06\\_11\\_2005\\_Endversion\\_final\\_Sylke\\_Andreas.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss_06_11_2005_Endversion_final_Sylke_Andreas.pdf) (abgerufen am: 12.09.2017).
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- Andreas, S (2010): Zusammenfassung von Studien „Zur Fremdeinschätzung des Schweregrades psychischer Erkrankungen: Die Deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“. Stand: Mai 2010. URL: <http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/dateien/Zusammenfassung%20von%20Studien.pdf> (abgerufen am: 12.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Boy, O; Chop, I; Bouzinou, F; Braun, J-P; Dochow, C; Eberlein-Gonska, M; et al. (2016): Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 32). Berlin: BÄK [Bundesärztekammer]. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (abgerufen am: 28.11.2017).
- BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2014): BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: BPtK. URL: [http://www.bptk.de/uploads/media/20140626\\_BPtK-Studie\\_zur\\_stationaeren\\_Versorgung\\_psychisch\\_kranker\\_Menschen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20140626_BPtK-Studie_zur_stationaeren_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen.pdf) (abgerufen am: 25.07.2016).

- Burgess, P; Harris, M; Coombs, T; Pirkis, J (2006): A review of clinician-rated instruments that could be used to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services. [Stand:] June 2016. Parramatta, AU: AMHOCN [Australian Mental Health Outcomes and Classification Network]. URL: [https://www.amhocn.org/sites/default/files/publication\\_files/amhocn\\_review\\_of\\_functioning\\_measures.pdf](https://www.amhocn.org/sites/default/files/publication_files/amhocn_review_of_functioning_measures.pdf) (abgerufen am: 29.11.2017).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Egger, ST; Weniger, G; Prinz, S; Vetter, S; Müller, M (2015): Health of the Nation Outcome Scales in a psychiatric inpatient setting: assessing clinical change. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21(2): 236-241. DOI: 10.1111/jep.12296.
- Goldman, HH; Skodol, AE; Lave, TR (1992): Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry* 149(9): 1148-1156. DOI: 10.1176/ajp.149.9.1148.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2016a): IT in der Arztpraxis: TOP 20 Systeme – Kind.Jug.Psychiater. Stand: 31.12.2016. KBV: Berlin. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe\\_KindundJugendPsychologen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_KindundJugendPsychologen.pdf) (abgerufen am: 11.12.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2016b): IT in der Arztpraxis: TOP 20 Systeme – Nervenärzte. Stand: 31.12.2016. KBV: Berlin. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe\\_Nervenaerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Nervenaerzte.pdf) (abgerufen am: 11.12.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2016c): IT in der Arztpraxis: TOP 20 Systeme – Psychotherapeuten. Stand: 31.12.2016. KBV: Berlin. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe\\_Psychotherapeuten.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Psychotherapeuten.pdf) (abgerufen am: 11.12.2017).
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [Full Guideline]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [Full Guideline]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- Schaub, A; Hippus, H; Möller, H-J; Falkai, P (2016): Psychoeducational and Cognitive Behavioral Treatment Programs: Implementation and Evaluation From 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S81-S89. DOI: 10.1093/schbul/sbw057.

- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Theodoridou, A; Jaeger, M; Ketteler, D; Kawohl, W; Lauber, C; Hoff, P; et al. (2011): The Concurrent Validity and Sensitivity of Change of the German Version of the Health of the Nation Outcome Scales in a Psychiatric Inpatient Setting. *Psychopathology* 44(6): 391-397. DOI: 10.1159/000325172.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Indikatorenset 1.1

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Indikatorenset 1.1

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Vertraulichkeitshinweis:**

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

22. Dezember 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Vorbemerkung .....	7
Übersicht über die Qualitätsindikatoren .....	8
1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	10
2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	15
3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	25
4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	42
5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	46
6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	50
7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	54
8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	61
9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	69
10 Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ .....	85
Literatur.....	109

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“ .....	10
Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“ .....	15
Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ .....	20
Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“ .....	25
Tabelle 5: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ .....	32
Tabelle 6: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ .....	38
Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“ ..	42
Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“ .....	46
Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ .....	50
Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ .....	54
Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ .....	61
Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ .....	65
Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“ .....	69
Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“ .....	75
Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ .....	79
Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“ .....	85
Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“ .....	91

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“ .....	97
Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“ .....	103

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRG	Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen
FG	Facharztgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

## Vorbemerkung

Es wurden folgende Anpassungen im Nachgang des 3. Treffens des Expertengremiums für alle Qualitätsindikatoren festgelegt:

- **Einschluss von Facharztgruppen:** Es werden nur die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/ Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Die Facharztgruppen 53: Neurologie, 60: psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 21 Jahren) wurden für das gesamte Verfahren gestrichen.
- **Ausschluss von Erkrankungen innerhalb der Diagnosegruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM:** Für dieses Verfahren werden ausschließlich die Diagnosen F20.- (Schizophrenie) und F25.- (Schizoaffektive Störungen) betrachtet. Ausgeschlossen werden F21 (Schizotype Störung), F22.- (Anhaltende wahnhaftige Störungen), F23.- (Akute vorübergehende psychotische Störungen), F24 (Induzierte wahnhaftige Störung), F28 (Sonstige nichtorganische psychotische Störung) und F29 (Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose).

## Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär
	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation
	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation
	Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
Psychotherapie (stationär/PIA)	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)
	Soziotherapie (Systemindikator)
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär
	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)

# 1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlussstermin) hatten.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, die bei Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung hatten
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5:<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</li> <li>▫ 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>▫ 07 = Tod</li> <li>▫ 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</li> <li>▫ 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> <li>▫ 11 = Entlassung in ein Hospiz</li> <li>▫ 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG</li> <li>▫ 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Rationale</b>	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen, einen ambulanten Anschlussstermin erhalten (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie, der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren an-

<sup>1</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V



	hand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden 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>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p>oder</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>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung, Ambulante Terminvergabe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>▪ Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> <li>▪ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Continuity of visits after mental health-related hospitalisation, Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.</li> </ul> </li> </ul>						
<b>Indikatorberechnung</b>							
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %						
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt						
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen						
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.						
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>							
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?</td> <td>0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab</td> </tr> <tr> <td>Angabe des Grundes für die Angabe „nein“</td> <td>0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation</td> </tr> <tr> <td>Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab	Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ
Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab						
Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation						
Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ						

Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition  2 = Psychiatrische Institutsambulanz  3 = Hausärztin/Hausarzt
Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Entwicklungsprotokoll

#### 3. Treffen des Expertengremiums

- Die Mitglieder des Expertengremiums schlagen die einheitliche Nutzung der Formulierung „ambulante fachärztliche Versorgung“ vor.
- Weiterhin wird angeregt, das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ als ergänzende Angabemöglichkeit hinzuzufügen.
- Die Mitglieder des Expertengremiums sprechen sich dafür aus, als Ausschlusskriterien 07 (Tod) und 09 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) mitaufzunehmen. Nicht ausgeschlossen werden sollen jedoch solche Patientinnen und Patienten, die gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen.
- Es wird angeregt, irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten im Referenzbereich zu berücksichtigen.
- Das Expertengremium regt an, in einem Ausfüllhinweis deutlich zu machen, dass der Anschlussstermin sowohl durch den Leistungserbringer selbst als auch z. B. durch Angehörige gemacht werden kann.
- Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.

#### 4. Treffen des Expertengremiums

- Das Gremium weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die nach der stationären Entlassung einen geplanten mehrtägigen Aufenthalt zu Hause haben, bevor sie beispielweise in der Tagesklinik weiterbehandelt werden, keinen ambulanten Anschlussstermin benötigen. Ebenso weist das Gremium darauf hin, dass bei einigen Krankenhäusern regelhaft bei Wiederaufnahmen innerhalb von 120 Tagen eine Fallzusammenführung stattfindet.
- Das Expertengremium rät dazu, die Entwicklung nach Einführung des verpflichtenden Entlassungsmanagements zu beobachten und ebenso wie die stationsäquivalenten Leistungen im Sinne einer späteren Weiterentwicklung und Abgrenzung zu diesen Maßnahmen miteinzubeziehen.

<sup>2</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium die Bezeichnung des Indikators dahingehend anzupassen, dass in der Bezeichnung, im Qualitätsziel und in den Datenfeldern deutlich wird, dass die Fachärztin oder der Facharzt zwar optimalerweise nach Entlassung aufgesucht werden sollte, aber auch andere ambulante Leistungserbringer berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von <math>\geq 95\%</math>.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ wurde ergänzt.</li> <li>▪ Ein Abgleich mit dem Rahmenvertrag zum Entlassungsmanagement und eine Berücksichtigung von diesem – im Sinne der größtmöglichen Nutzbarkeit des verpflichtenden Verfahrens – für dieses QS-Verfahrens sind erfolgt.</li> <li>▪ Ein Ausfüllhinweis, gemäß den Anregungen aus dem 3. Treffen des Expertengremiums, wurde erstellt.</li> <li>▪ Folgende Ausschlusskriterien aus Schlüssel 5<sup>3</sup> zur Entlassung wurden aufgenommen: 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus, 07 = Tod, 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung), 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 11 = Entlassung in ein Hospiz, 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KH, 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung</li> <li>▪ In der Bezeichnung und in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators wurde angepasst, dass vor Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung ein ambulant ärztlicher Termin zu vereinbaren ist.</li> <li>▪ Es wurden zwei Datenfelder ergänzt, in denen die Angabe des Grundes dafür, dass kein ambulant ärztlicher Termin zur Weiterbehandlung vorhanden ist, und die Angabe des Termins für die benannten Gründe gemacht sollen.</li> <li>▪ Eine mögliche Berücksichtigung der stationsäquivalenten Leistungen sollte im weiteren Verfahren geprüft werden und nach Konkretisierung dieser gegebenenfalls berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95\%</math> festgelegt, entweichende Patientinnen und Patienten werden durch den Ausschluss bei Entlassungsgründen berücksichtigt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> </ul>

<sup>3</sup> Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

## 2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.–F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<p>Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016). Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass Psychoedukation im stationären Bereich nicht spezifisch dokumentiert ist, sodass eine Auswertung zu Patientinnen und Patienten, die eine solche Leistung erhielten, nicht möglich war.</p>

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4</li> </ul> </li> <li>■ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Psychoedukation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einzel-/Gruppenpsychoedukation:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>■ Percentage of consumers receiving psychoeducation during an inpatient admission:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Plever, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010): The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australasian Psychiatry</i> 18(2): 106-114. DOI: 10.3109/10398560903176933</li> </ul> </li> <li>■ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </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:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.</li> </ul> </li> <li>■ Psychoeducation, family and patients:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator in „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ umzubenennen und entsprechend nur den Erhalt in der Berechnung und Auswertung des Indikators zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Das Expertengremium einigt sich darauf, dass die Psychoedukation strukturiert und manualbasiert erfolgen sollte.</li> <li>▪ Weiterhin einigt sich das Gremium darauf, eine Verweildauer von &gt; 7 Tagen festzulegen, da die Psychoedukation im stationären Bereich in der Regel nur wöchentlich angeboten wird.</li> <li>▪ Es wird angeregt, in der Rationale die wichtige Rolle von Angehörigen, auch im Sinne einer Einbeziehung in die Psychoedukation, mit aufzunehmen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, bei den Datenfeldern zur Maßnahmenart das Psychoseseminar auszuschließen, da es sich hierbei um eine andere Art der Intervention handelt. Weitere mögliche Maßnahmen sollen geprüft werden, auch im Hinblick auf unifokale und/oder bifokale Therapieansätze.</li> <li>▪ Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ sollte nicht aufgenommen werden, dies sollte jedoch im Referenzbereich berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Das Gremium spricht sich dafür aus, die Dokumentation der Psychoedukation als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Das Expertengremium regt an, im Ausfüllhinweis sowohl die Beschreibung „strukturiert und manualbasiert“ zu definieren als auch zu beschreiben, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt für diesen Indikator, den Referenzbereich zunächst mit <math>\geq 50\%</math> festzulegen, da der Erhalt psychoedukatorischer Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten, besonders auf Akut- oder geschlossenen Stationen, aktuell, nach Einschätzung des Gremiums, im Mittel bei 30 bis 35 % liegt. Mit einem Referenzbereich von <math>\geq 50\%</math> wäre ein guter Anreiz für vermehrte strukturierte Psychoedukation gegeben.</li> <li>▪ Der Indikator soll dahingehend angepasst werden, dass neben stationären auch teilstationäre Leistungen berücksichtigt werden.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde zunächst in „Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation“ geändert.</li> <li>▪ Die Präzisierung der Psychoedukation von „strukturiert und manualbasiert“ wurde für den gesamten Qualitätsindikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Für den Indikator wurde eine stationäre Verweildauer &gt; 7 Tage festgelegt.</li> <li>▪ Für diesen Indikator werden stationäre und teilstationäre Leistungen berücksichtigt.</li> <li>▪ Ein Ausfüllhinweis zur Ausgestaltung und den vorgegebenen Rahmenbedingungen der Psychoedukation wurde erstellt.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Die Dokumentation der Psychoedukation wurde als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern berücksichtigt.</li><li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 50\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde mehrfach die fehlende Konkretisierung im Ausfüllhinweis bemängelt. Die Konkretisierungen wurden eingearbeitet. Ebenfalls wurde das entsprechende Datenfeld hinsichtlich des Umfangs konkretisiert.</li><li>▪ Es wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige Gründe gäbe, weswegen ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.</li><li>▪ Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber aufgrund des bestehenden Verbesserungsbedarfs zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet.</li><li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li></ul>

Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“

Bezeichnung	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
<b>Rationale</b>	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).

<b>verantwortlich für Indikatoreergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4</li> </ul> </li> <li>▪ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einzel-/Gruppenpsychoedukation:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>▪ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </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:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.</li> </ul> </li> <li>▪ Psychoeducation, family and patients:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	0 = durch den behandelnden LE 1 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator in „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ umzubenennen und entsprechend nur den Erhalt in der Berechnung und Auswertung des Indikators zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Das Expertengremium einigt sich darauf, dass die Psychoedukation strukturiert und manualbasiert erfolgen sollte.</li> <li>▪ Es wird angeregt, in der Rationale die wichtige Rolle von Angehörigen, auch im Sinne einer Einbeziehung in die Psychoedukation, mit aufzunehmen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, bei den Datenfeldern zur Maßnahmenart das Psychoseseminar auszuschließen, da es sich hierbei um eine andere Art der Intervention handelt. Weitere mögliche Maßnahmen sollen geprüft werden, auch im Hinblick auf unifokale und/oder bifokale Therapieansätze.</li> <li>▪ Das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ sollte nicht aufgenommen werden, dies sollte jedoch im Referenzbereich berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Das Gremium spricht sich dafür aus, die Dokumentation der Psychoedukation als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Das Expertengremium regt an, im Ausfüllhinweis sowohl die Beschreibung „strukturiert und manualbasiert“ zu definieren als auch zu beschreiben, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt für diesen Indikator, den Referenzbereich zunächst mit <math>\geq 50\%</math> festzulegen, da der Erhalt psychoedukatorischer Maßnahmen bei diesen Patientinnen und Patienten, besonders auf Akut- oder geschlossenen Stationen, aktuell, nach Einschätzung des Gremiums, im Mittel bei 30 bis 35 % liegt. Mit einem Referenzbereich von <math>\geq 50\%</math> wäre ein guter Anreiz für vermehrte strukturierte Psychoedukation gegeben.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde zunächst in „Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation“ geändert.</li> <li>▪ Die Präzisierung der Psychoedukation in „strukturiert und manualbasiert“ wurde für den gesamten Qualitätsindikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Die Dokumentation der Psychoedukation wurde als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern berücksichtigt.</li> <li>▪ Für den Ausfüllhinweis wurde insbesondere die Definition von „strukturiert und manualbasiert“ berücksichtigt, aber auch die Erläuterung, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann.</li> </ul>

- Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“.
- Der Referenzbereich wurde mit  $\geq 50\%$  festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.

#### nach Stellungnahmeverfahren

- Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde mehrfach die fehlende Konkretisierung im Ausfüllhinweis bemängelt. Die Konkretisierungen wurden eingearbeitet.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige Gründe gäbe, weswegen ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.
- Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet. Um eine differenziertere empirische Datengrundlage zu erhalten, wurde ein neues Datenfeld hinzugefügt, anhand dessen Informationen darüber zu erlangen sein werden, wie viele Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation durch ihre behandelnde Ärztin / ihren behandelnden Arzt oder im Rahmen einer Gruppensitzung durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. während des stationären Aufenthalts erhalten haben.
- In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass es zum einen keine Abrechnungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich für die einbezogenen Fachärztinnen und -ärzte für eine Psychoedukation gäbe und zum anderen ambulante Psychoedukation im Rahmen von Selektivverträgen meist durch andere Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werde. Dem IQTIG ist bekannt, dass es keine GOPs für den vertragsärztlichen Bereich gibt, dennoch sollte der Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung, „ausreichend lange und ggf. wiederholt“ eine Psychoedukation durchzuführen, nicht aufgegeben werden (DGPPN und Falkai 2013). Im Sinne der Qualitätssicherung würde das IQTIG die Einführung einer GOP begrüßen, da dann eine fallbezogene QS-Dokumentation entfallen und dieser Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden könnte.

### 3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, bei denen während des stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens wöchentlich überprüft und dokumentiert wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015b). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika

	während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>4</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> <li>▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>4</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)



<p><b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nebenwirkungsmonitoring bei Patienten unter Dauermedikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>■ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>■ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>■ Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)</li> </ul> </li> <li>■ Sicherstellung geeigneter Verlaufskontrollen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2013): Anlagen zum Klinikmanual Psychiatrie. Version: 1.2. [Stand:] 17.07.2013. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).</li> </ul> </li> </ul>
---	--

- AMTS\* - Monitoring der Arzneimittelnebenwirkungen, AMTS\* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion, AMTS\* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten:
  - 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterieneläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: [http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych\\_QD2\\_Leitfaden\\_Indikatoren\\_20151103\\_4qd.pdf](http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Medication - Monitoring Patient Response:
  - Joint Commission ([kein Datum]): Standards FAQ Details: Medication – Monitoring Patient Response. Oakbrook Terrace, US-IL: Joint Commission. URL: [https://www.jointcommission.org/standards\\_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlD=1095&ProgramId=46](https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlD=1095&ProgramId=46) (abgerufen am: 04.10.2017). Metabolic side effects for consumers commencing antipsychotic medications:
  - Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16> (abgerufen am: 22.09.2017).
- New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11:
  - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: [https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF\\_Guidance\\_2009\\_10\\_mh24032009.pdf](https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems:
 

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).
- The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to

	<p>their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> <li>▪ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6</li> </ul> </li> <li>▪ Kontrolluntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> <li>▪ Management of intolerable side effects: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja
Entwicklungsprotokoll		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten.</li> <li>▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens wöchentlich“.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator.</li> <li>▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von <math>\geq 95\%</math> wird bestätigt.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt.</li> <li>▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens wöchentlich“ ergänzt.</li> </ul> <p>Ein Ausfüllhinweis unter Berücksichtigung der Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde erstellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>	

**nach Stellungnahmeverfahren**

- Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres /teilstationäres Monitoring und Dokumentation“.
- Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“.
- Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.
- Als Datenquelle wird die stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation korrekterweise eingefügt.

Tabelle 5: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und dokumentiert wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorheriges Therapieansprechen und vorliegende von Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015b). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der

	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>5</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>5</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WiDO 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>▪ Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: <a href="https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf">https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017)</li> </ul> </li> <li>▪ The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <a href="https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf">https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017)</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Kontrolluntersuchungen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD):             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: <a href="http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf">http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens quartalsweise im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten.</li> <li>▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens zweimal jährlich“ entsprechend des QS-Filters.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator.</li> <li>▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von <math>\geq 95\%</math> wird bestätigt.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt.</li> <li>▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens zweimal jährlich“ ergänzt.</li> <li>▪ Auf einen Ausfüllhinweis zur Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde verzichtet, um mögliche Probleme im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zu erkennen und anpassen zu können.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“</li> <li>▪ Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“.</li> <li>▪ Das Zeitintervall wird von „zweimal jährlich“ auf „quartalsweise“ angepasst.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li><li>▪ Als Datenquelle wird die fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz korrekterweise eingefügt.</li></ul>
--	--

Tabelle 6: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in den ersten 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten bei denen in den ersten vier Folgequartalen nach stationärem Aufenthalt kontinuierlich eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> </ul> <u>Beachte:</u> Der Indexaufenthalt ist immer der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr.
<b>Rationale</b>	Die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und sollte bei diesen längerfristig erfolgen (SIGN 2013, Cooper et al. 2016), um eine Stabilisierung oder Symptombefreiheit zu erreichen (Buchanan et al. 2010). Im Sinne dieser Stabilisierung wird davon abgeraten, die Erhaltungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie gezielt zu unterbrechen (NCCMH 2014 [2017], Buchanan et al. 2010, Cooper et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zur Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Exazerbation im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von > 25 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika erhalten, um Rezidive zu vermeiden.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene

<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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. 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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Erhaltungstherapie</b></p> <p>Weiterführung einer in der Akutphase einer Erkrankung eingeleiteten Therapie auch nach Abklingen der Symptomatik zur Reduktion der Rückfall- oder Wiedererkrankungsrate (Margraf und Maier 2012)</p> <p><b>Wirkstoffgruppe, der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>6</sup>:</b> Antipsychotika (N05A)</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dosierung und Dauer der antipsychotischen Erhaltungstherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>▪ Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Dauer und Dosis der Erhaltungstherapie mit Antipsychotika bei Schizophrenie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Pharmakotherapie – Langzeit/Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>6</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	entfällt
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	
	<p><b>Zähler<sup>7</sup></b> Verordnung von Antipsychotika (N05A) in den vier Folgequartalen nach stationärer Entlassung</p> <hr/> <p><b>Grundgesamtheit</b> Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)</p> <hr/> <p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> </ul>
Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium entscheidet sich dafür, den vormals lautenden Indikator „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“ aufgrund fehlender Operationalisierungsmöglichkeiten bei hoher inhaltlicher Relevanz für die Qualitätssicherung inhaltlich zu überarbeiten und entsprechend umzubenennen in „Kontinuierliche Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“.</li> <li>▪ Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie, da diese ebenso wie die Remission aktuell nicht klar abbildbar ist, die Verschreibung einer Therapie mit Antipsychotika für 2 Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen.</li> <li>▪ Der Indikator sollte so mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden.</li> <li>▪ Das Gremium schlägt einen Erfassungszeitraum von 12 Monaten (4 Quartalen) nach stationärer Entlassung vor.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt perspektivisch eine Anpassung dieses Indikators, sofern die Einführung eines ICD-Kodes für die Remission vorliegen sollte.</li> <li>▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu begrenzen. Hierfür muss der Indikator grundlegend neu operationalisiert werden.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, den Indikator nach Überarbeitung ausschließlich auf der Systemebene auszuwerten.</li> </ul>

<sup>7</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

#### 4. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium begrüßt die Überarbeitung und neue Operationalisierung dieses Indikators ebenso wie die Erfassung dieses Indikators auf Systemebene.
- Weiterhin empfiehlt das Gremium, für diesen Indikator nur die Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A) zu berücksichtigen.

#### Vorbericht

- Der Indikator wurde in „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ umbenannt und entsprechend umfassend inhaltlich überarbeitet.
- Der Indikator wurde eingegrenzt auf die Erfassung der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka der Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A).
- Der Indikator wird auf Systemebene ausgewertet und mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst.
- Als Erfassungszeitraum wurden 12 Monaten (4 Quartale) nach stationärer Entlassung festgelegt.
- Für diesen Indikator werden alle Verschreibungen antipsychotischer Medikamente (N05A) an Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) unabhängig von der verschreibenden Facharztgruppe berücksichtigt.
- Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.

#### nach Stellungnahmeverfahren

- Der Begriff der „antipsychotische Pharmakotherapie“ wurde ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika“.
- Die Beschreibung des Indikators und des Zähler wurde hinsichtlich der wirkstoffunabhängigen Erhaltungstherapie mit Antipsychotika präzisiert.
- Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminde- rung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.
- Das Indikatorfeld „Verantwortlich für die QS-Dokumentation“ wurde angepasst: Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die den Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.

## 4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Erhalt von systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen erhalten haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts stattfinden (NCCMH 2014 [2017]). Trotz der hohen Relevanz dieser Therapieform zeigen sich Defizite in der Umsetzung im stationären Bereich. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Routinedaten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006 [V]).
<b>Qualitätsziel</b>	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen sollen in allen stationären/teilstationären Einrichtungen Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sein.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer



<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychotherapie</b></p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patienten oder Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y.</li> </ul> </li> <li>■ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </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: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> <li>■ Psychotherapie/kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> </ul>								
<b>Indikatorberechnung</b>									
<b>Referenzbereich</b>	≥ 50 %								
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt								
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen								
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.								
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>									
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Art der Maßnahme</td> <td>1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere</td> </tr> <tr> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja	Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja								
Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere								
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
<b>Entwicklungsprotokoll</b>									
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den Indikator eine Verweildauer von &gt; 7 Tage festzulegen.</li> <li>▪ Des Weiteren diskutiert das Gremium, dass im Ausfüllhinweis sowohl eine Abgrenzung zur Psychoedukation als auch zum ärztlichen oder supportiven Gespräch erfolgen sollte. Im Ausfüllhinweis zu diesem Indikator sollte dies abgegrenzt werden sowie eine Definition für psychotherapeutische Intervention gegeben werden.</li> <li>▪ Es wird empfohlen, im Datenfeld nach „Evidenzbasierter störungsspezifischer psychotherapeutischer Intervention“ zu fragen.</li> <li>▪ Als geeignete und umsetzbare Therapieeinheit im stationären Setting werden mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können.</li> <li>▪ Zunächst soll der Referenzbereich auf ≥ 50 % festgelegt werden und über die nächsten Jahre schrittweise erhöht werden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>								

	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den gesamten Indikator einheitlich den Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium schlägt vor, den Referenzbereich auf <math>\geq 50\%</math> zu legen, äquivalent zum Indikator der Intervention Psychoedukation.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für den Indikator wird, äquivalent zum Indikator der Psychoedukation eine Verweildauer <math>&gt; 7</math> Tage stationärem Aufenthalt festgelegt.</li> <li>▪ Eine Definition der Psychotherapie im Sinne dieses Indikators wurde, unter Berücksichtigung der Anmerkungen aus dem 3. Expertengremium, für den Ausfüllhinweis erstellt.</li> <li>▪ Für den gesamten Indikator wird einheitlich der Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ verwendet.</li> <li>▪ Bei der Art der Maßnahme wird die Durchführung einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer anderen, nicht spezifisch zu nennenden Maßnahme abgefragt. Die Abfrage der Organisationsform als Gruppen- oder Einzeltherapie wurde gestrichen.</li> <li>▪ Als Therapieeinheit wurden im Ausfüllhinweis mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 50\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Indikatorbezeichnung wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“.</li> </ul>

## 5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Bezeichnung	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten durchgeführt wurde.
Zähler	Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) für Patientinnen und Patienten, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben, werden innerhalb von 6 Wochen nach dem Suizid durchgeführt und dokumentiert
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Suizide tragen, ebenso wie das erhöhte Risiko von somatischen Erkrankungen, dazu bei, dass Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine verkürzte Lebenserwartung haben (AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Prävention eines solchen Ereignisses von hoher Relevanz. Prävention kann hierbei im Sinne der Primärprävention verstanden werden, in deren Rahmen beispielsweise eine regelmäßige Kontrolle zur Identifikation und Überwachung des Suizidrisikos erfasst wird (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]), aber auch die Prävention zukünftiger Suizide in einer Einrichtung ist in diesem Kontext von Bedeutung. Hierbei können Fallkonferenzen nach Suiziden (Suizidkonferenzen) im Sinne einer strukturierten und regelhaften Aufarbeitung dieser unterstützend wirken. Sie können dazu dienen, Suizide in einem festen Rahmen sowohl individuell als auch kollektiv professionell zu aufzuarbeiten (Holland 2007), sodass sich die Einrichtungen im Hinblick auf die Prävention zukünftiger Suizide weiterentwickeln können. Suizidkonferenzen sind angelehnt an die Zielsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen), bei denen unerwünschte Ereignisse gemeinsam, strukturiert und interdisziplinär analysiert werden sollen, um fehlerhafte Vorgänge und latente Ursachen für die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses zu identifizieren und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung dieser abzuleiten (Boy et al. 2016).
Qualitätsziel	Für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung, die während eines stationären/teilstationären Aufenthalts einen Suizid begangen haben, soll eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt werden, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer

<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Suizid</b></p> <p>„Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p><b>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</b></p> <p>Fallkonferenz, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallkonferenz erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p> <p>Die Fallkonferenz muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorfeld dieser Fallkonferenz sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: <a href="http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf">http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Monitoring critical incidents: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> </ul>

Indikatorberechnung					
<b>Referenzbereich</b>	Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein).				
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt				
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen				
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.				
Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	<table border="1"> <tr> <td>Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?	0 = nein 1 = ja	Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?	0 = nein 1 = ja				
Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja				
Entwicklungsprotokoll					
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät, diesen Indikator als „Erfassen der Suizidalität“ nicht zu operationalisieren, da keine ausreichend umfassenden und praktikablen Instrumente zur Messung dieser vorliegen und viele Faktoren zum Geschehen eines solchen Ereignis beitragen können, die die präventive Vorhersage unmöglich machen.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt eine grundsätzliche Überarbeitung des Indikators in Richtung eines strukturbezogenen Indikators, der auf Einrichtungsebene erfasst wird und sich thematisch mit der Erfassung von Suizidkonferenzen, in Anlehnung an Mortalität- und Morbiditätskonferenzen, beschäftigt.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet die im Nachgang des 3. Expertengremiums durchgeführte Überarbeitung dieses Indikators.</li> <li>▪ Ergänzend empfiehlt das Gremium in der Definition der Fallkonferenz zu ergänzen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde grundlegend überarbeitet und erfasst nun die Durchführung von Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten im edukativen Sinne des Qualitätsaspekts „Suizidalität – Umgang und Prävention“.</li> </ul>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Definition der Fallkonferenz wurde aufgenommen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Die Datenfelder wurden spezifiziert hinsichtlich dessen, dass nur solche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung adressiert werden, wie auch in der Beschreibung des Indikators definiert.</li> <li>▪ Eine Erweiterung der Rationale mit Bezug zu bestehenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&amp;M-Konferenzen) wurde ergänzt.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein).</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.</li> </ul>

## 6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

Bezeichnung	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die Komorbidität einer Suchterkrankung liegt bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in relevantem Maße vor und hat Einflüsse, insbesondere auf Pharmakotherapie mit Antipsychotika. Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendaten zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenieerkrankung eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016). Aus diesen Gründen ist es von Bedeutung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung routinemäßig über den gesamten Erkrankungsverlauf der Patientin oder des Patienten das mögliche Vorliegen eines Substanzmissbrauchs zu erfassen (NCCMH 2014 [2017]), um entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten und mögliche Wechselwirkungen dieser Substanzen mit der Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu vermeiden.
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig ein möglicher Substanzmissbrauch erfasst werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und die Auswirkungen dieser Substanzen und deren Wechselwirkung mit der antipsychotischen Medikation zu vermeiden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz



<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assessment of recent substance use—type, quantity, and frequency, Assessment of substance use disorder, trauma, and patient strengths completed: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>▪ Substanzkonsum: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch)</b></p> <p>„Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).</p> <hr/> <p><b>Definition Abhängigkeitssyndrom</b></p> <p>„Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p>Kriterien: (diagn.) nach ICD-10 Auftreten von <math>\geq 3</math> der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Konsumwunsch (Craving)</li> <li>▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster</li> <li>▪ Entzugssyndrom</li> <li>▪ Toleranz</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum</li> <li>▪ Konsum trotz schädlicher Folgen</li> </ul> (Margraf und Maier 2012)		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt		
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>			
	<table border="1"> <tr> <td>Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja		
<b>Entwicklungsprotokoll</b>			
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, im Datenfeld zur anamnestischen Abklärung des Substanzmissbrauchs die Adjektive „regelmäßig und strukturiert“ aufzunehmen.</li> <li>▪ Das Wort „Abklärung“ sollte in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „umfassend anamnestisch abgeklärt“ ersetzt werden.</li> <li>▪ Weiterhin sollte die Bezeichnung des Qualitätsindikators von „Erfassen der psychischen Komorbidität Substanzmissbrauch – ambulant“ in „Erfassen des Substanzmissbrauch und der Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“ geändert werden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die voneinander abzugrenzenden Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt, keinen Substanzkatalog für diesen Indikator vorzugeben, um eine umfassende Erfassung des Substanzmissbrauchs auch außerhalb der in ICD-10-GM genannten psychotropen Substanzen zu gewährleisten.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf ≥ 95 % festzulegen.</li> </ul> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Anpassung des Datenfelds in regelmäßige und strukturierte anamnestische Abklärung und Dokumentation des Ergebnisses wurde vorgenommen.</li> <li>▪ Der Begriff „Abklärung“ wurde in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „strukturiert anamnestisch abgeklärt“ ersetzt.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Der Indikator wurde zunächst umbenannt in „Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom – ambulant“.</li><li>▪ Die Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“ wurden voneinander abgegrenzt, entsprechend wurde die Bezeichnung des Indikators angepasst. Ein Ausfüllhinweis wurde erstellt.</li><li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 95</math> % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Das Datenfeld zur Indikatorberechnung sowie die Beschreibung des Indikators und der Zähler wurden hinsichtlich der indikationsbezogenen, in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres stattfindenden, anamnestischen Abklärung und Dokumentation präzisiert.</li><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li></ul>

## 7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Bezeichnung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mindestens einmal während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 )
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Eine regelmäßige Erfassung der körperlichen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens und der häufig begleitenden Therapie mit Psychopharmaka von Bedeutung. Aus diesem Grund sollten zu Beginn einer antipsychotischen Medikation, aber auch generell im Rahmen der Betreuung dieser Patientinnen und Patienten routinemäßig typisch auftretende Gesundheitsprobleme dieser Patientengruppe kontrolliert werden. Hierunter fallen neben der körperlichen Untersuchung, auch kardiovaskuläre und metabolische Parameter wie zum Beispiel die Blutfette und die Nierenfunktion. Sollte es Hinweise auf eine kardiovaskuläre Vorbelastung oder Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung geben, sollte auch eine EKG-Untersuchung bei diesen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die regelmäßigen Kontrollen sollen vorzeitig somatische Auffälligkeiten identifizieren, um sofern notwendig, zeitnah die entsprechende somatische Therapie einleiten zu können (NCCMH 2014 [2017]). Finden sich bei der Patientin oder dem Patienten somatische Auffälligkeiten, wie beispielsweise ein erhöhter Blutdruck, sollte das Zeitintervall der Untersuchungen entsprechend angepasst werden (NCCMH 2011 [2016]). Im Rahmen eines internationalen systematischen Reviews zeigten sich bei Patientinnen und Patienten mit antipsychotischer Medikation aus den USA, England, Spanien, Australien und Kanada Defizite bei der regelhaften Erfassung von Glukose - und HbA1c-Werten, Blutfetten und des Gewichts. Die routinemäßige Erfassung dieser Parameter verbesserte sich in den untersuchten Studien nach der Einführung nationaler Leitlinien (Mitchell et al. 2012). Die Relevanz von routinemäßigen Kontrollen der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigt sich auch darin, dass sowohl die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren nicht zeigen, dass eine jährliche körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, da die verwendeten Routinedaten hierüber keine</p>

	Aussage zuließen. Deutlich wurde jedoch, dass nur etwa ein Drittel des Patientenkollektivs im untersuchten Zeitraum Kontakt zu einem ambulanten Internisten hatte (Kösters et al. 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen jährlich die erforderlichen Kontrolluntersuchungen stattfinden, um die erkrankungsspezifische erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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>▪ 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>▪ Fachgruppenkennung</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (Psychiatrische Institutsambulanz)</li> <li>▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)</li> <li>▪ Verordnungsdatum</li> <li>▪ Pharmazentralnummer (PZN)</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik/Körperliche Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Somatische Komorbidität: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> </ul>

- Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen:
  - Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7\\_1\\_2016\\_09\\_28\\_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Jährliche körperliche Untersuchung durch internistisch tätigen Arzt bei Schizophrenie:
  - Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
- Physical exam:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Klinisches Labor, EKG, Aufklärung, ggf. Plasmaspiegel:
  - Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.
- Physical exam, Annual assessment of weight/BMI, glycemic control, lipids:
  - Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2009/RAND\\_WR682.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf) (abgerufen am: 15.08.2017).
- Any A1C test, Any LDL-C test:
  - Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. *American Journal of Managed Care* 17(2): 144-150. URL: [https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC\\_11feb\\_Leung\\_144to150.pdf](https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017).
- Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose(Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score):
  - Tucker, W ([kein Datum]): When Less Is More: Reducing the Incidence of Antipsychotic Poly-Pharmacy. Cambridge, US-MA: IHI [Institute for Healthcare Improvement]. URL: <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhenLessIsMoreReducingtheIncidenceofAntipsychoticPolyPharmacy.aspx> (abgerufen am: 22.09.2017).

- Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia, Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia:
  - NCQA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance. <http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2016-table-of-contents/schizophrenia>, abgerufen am 21.09.2017
- Health review and treatment checks among patients with psychoses, People with serious mental illness (SMI) who have received the complete list of physical checks:
  - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: [https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF\\_Guidance\\_2009\\_10\\_mh24032009.pdf](https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf) (abgerufen am: 21.09.2017)
- The percentage of patients aged 18 and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of total cholesterol: hdl ratio in the preceding 12 months, The percentage of patients aged 18 years and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months, The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses aged 25-84 (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) who have had a CVD risk assessment performed in the preceding 12 months (using an assessment tool agreed with NHS England):
  - NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf> (abgerufen am: 22.09.2017).
- 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:
  - AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [*Measure Summary*]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Annual assessment of weight/ BMI, glycemic control, and lipids:
  - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The percentage of patients aged 40 or over with schizo-phrenia, bipolar af-fective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 month:</li> <li>▪ The percentage of patients with schizophrenia, bipolar dis-order and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 month: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scot-tish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Gov-ernment [u. a.]. URL: <a href="http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf">http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 70 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofak-toren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Re-gelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler (mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen und eine der angegebenen Grundpauschalen)<sup>8</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glukose <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32025, 32057, 32880, 32881: Glukose</li> <li>▫ GOP 01812, 01777: Gestationsdiabetes</li> <li>▫ GOP 32094: HbA1c</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Leberwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32058: Bilirubin Gesamt</li> <li>▫ GOP 32068: Alkalische Phosphatase</li> <li>▫ GOP 32069: GOT</li> <li>▫ GOP 32070: GPT</li> <li>▫ GOP 32071: Gamma GT</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Blutbild <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32120: Kleines Blutbild</li> <li>▫ GOP 32122: Vollständiger Blutstatus)</li> </ul> </li> <li>UND</li> <li>▪ Nierenwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32065: Harnstoff</li> <li>▫ GOP 32066: Kreatinin, Jaffé-Methode</li> <li>▫ GOP 32124: Endogene Kreatininclearance</li> <li>▫ GOP 32067: Kreatinin, enzymatisch</li> </ul> </li> </ul>

<sup>8</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)



	<p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fette <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32060: Cholesterin gesamt</li> <li>▫ GOP 32061: HDL-Cholesterin</li> <li>▫ GOP 32062: LDL-Cholesterin</li> <li>▫ GOP 32063: Triglyceride</li> <li>▫ GOP 32882: Cholesterin</li> </ul> </li> </ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 03000: Versichertenpauschale</li> <li>▫ GOP 03040: Versichertenpauschale</li> </ul> </li> </ul> <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internistische Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 13211: Grundpauschale &lt; 60 Jahre</li> <li>▫ GOP 13212: Grundpauschale &gt;= 60 Jahre</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58).</p>
	<p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden.</p>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator nicht auf Patientinnen und Patienten mit einer Pharmakotherapie mit Antipsychotika einzuschränken, sondern alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) zu erfassen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, die Bezeichnung des Indikators von „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren/Somatische Untersuchung“ zu „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ zu ändern.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, zusätzlich die hausärztliche Grund- oder Konsilarpauschale miteinzubeziehen, um körperliche Untersuchungen und ggf. die EKG-Untersuchung, sofern über Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar, zu berücksichtigen.</li> <li>▪ Dieser Indikator und damit die Erfassung von Laborabrechnungen werden als ein Surrogat für die somatische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten gesehen.</li> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich für ein mindestens jährliches Intervall solcher Untersuchungen aus.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>

	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf <math>\geq 70</math> % festzulegen.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) nach ICD-10-GM ohne Einschränkung auf eine parallel bestehende Pharmakotherapie.</li> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde in „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ geändert.</li> <li>▪ Für diesen Indikator wird ein jährliches Intervall vorgegeben.</li> <li>▪ Bei der Zählerberechnung des Indikators wurden die hausärztliche und internistische Grundpauschale sowie die EKG-Untersuchung ergänzt.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 70</math> % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li> <li>▪ Korrektur der Darstellung der Datenfelder zur Indikatorberechnung.</li> <li>▪ Ausschluss von Psychiatrischen Institutsambulanzen für diesen Indikator.</li> </ul>

## 8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) während indizierter Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst.
<b>Zähler</b>	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM während indizierter Zwangsmaßnahmen und Vorliegen einer jährlichen Auswertung ihrer Umsetzung
<b>Grundgesamtheit</b>	alle stationären Leistungserbringer
<b>Ausschlusskriterien</b>	keine
<b>Rationale</b>	Die Anwendung von restriktiven Maßnahmen sollte nur dann stattfinden, wenn eine akute Situation der Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt und präventive Maßnahmen, vor allem deeskalierende, im Vorfeld nicht erfolgreich waren (NCCMH 2015a). Sind Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Zwangsmedikation oder Fixierung unvermeidlich, so sollten diese strukturelle, personelle, ethische und organisatorische Standards erfüllen (NCCMH 2015a). Hierzu gehört auch, dass bei Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung der betreffenden Patienten oder des betreffenden Patienten erfolgen sollte (NCCMH 2015a, AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Einhaltung einer an Qualitätsstandards gebundenen Arbeitsanweisung für alle Krankenhäuser, in denen eine restriktive Maßnahme durchgeführt wird, von Relevanz, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten während einer restriktiven Maßnahme zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Die Bedeutung einer solchen kontinuierlichen Betreuung zeigt sich auch darin, dass bereits im Abschlussbericht vom AQUA-Institut ein Indikator zur Betreuung während Zwangsmaßnahmen vorgeschlagen wurde (AQUA 2016).
<b>Qualitätsziel</b>	Während der Durchführung von indizierten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikation) soll der Patient mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung immer eine 1:1-Betreuung erhalten, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme zu überwachen. Um dies gewährleisten zu können, sollte in jedem Krankenhaus hierzu eine spezifische Arbeitsanweisung vorliegen. Diese verpflichtende Arbeitsanweisung dient der Sicherstellung der notwendigen Personalanforderung zur Gewährleistung einer 1:1 Betreuung.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer Leistungserbringer

<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen<sup>9</sup></b></p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015a). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.</p> <p><b>Definition Zwangsmaßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixierung <ul style="list-style-type: none"> <li>„Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012).</li> </ul> </li> <li>▪ Zwangsmedikation <ul style="list-style-type: none"> <li>Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015a).</li> </ul> </li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

<sup>9</sup> Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja
	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja
	In wie viel Prozent der im Erfassungsjahr durchgeführten restriktiven Maßnahmen wurde eine 1:1-Betreuung durchgeführt?	____%
Entwicklungsprotokoll		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, in der Bezeichnung des Indikators sowie in der gesamten Beschreibung des Indikators von „unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen“ zu sprechen.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt beschließt, die Empfehlung zu geben, den Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen.</li> <li>▪ Aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands empfiehlt das Gremium, die kumulierte Anzahl an unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu erfassen.</li> </ul>	
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Mindestanforderung der Arbeitsanweisung zu ergänzen, dass es sich um Fachpersonal bei der 1:1-Betreuung handeln muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen sei.</li> <li>▪ Außerdem rät das Gremium dazu, den Indikator in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ anstatt „1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen“ umzubenennen.</li> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, sich bei der Definition einer Zwangsmaßnahme am bestehenden PsychKG des Landes Berlin zu orientieren.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.</li> </ul>	
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“.</li> <li>▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst.</li> <li>▪ Der Indikator erfasst nach grundlegender Überarbeitung das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Statistik zur Umsetzung dieser gemessen.</li> <li>▪ In den Kriterien der Arbeitsanweisung wurde ergänzt, dass bei Zwangsmaßnahmen Fachpersonal anwesend sein muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen ist.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul>	

**nach Stellungnahmeverfahren**

- Es wurde ein Datenfeld zur Erfassung der prozentualen Angabe von Fällen, in denen eine 1:1-Betreuung stattfindet, ergänzt, um das Ergebnis der geforderten Auswertung mit zu erfassen.
- In der Bezeichnung des Indikators sowie im Qualitätsziel wurde das Vorliegen einer Arbeitsanweisung ergänzt.
- Bei der Definition von Zwangsmaßnahmen wurde die Isolation entfernt.
- Es gibt keine Ausschlusskriterien für diesen Indikator.
- Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).

Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und die innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	keine
<b>Rationale</b>	<p>Restriktive Maßnahmen sollten im stationären Bereich soweit möglich vermieden werden und wenn sie stattfinden müssen, so sollte dies unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards geschehen. Einer dieser Standards ist die Ausbildung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen. In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollten Krankenhäuser ihr Personal darin ausbilden, gemäß den Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015a, NCCMH 2014 [2017]). Ebenso wichtig wie die qualitativ hochwertige Durchführung einer restriktiven Maßnahme ist das Wissen über Deeskalationsmaßnahmen, um eine solche bestmöglich verhindern zu können. Hierbei sollte das Personal befähigt werden, ein Verständnis für die Entwicklung von Gewalt und Aggression zu erlernen sowie Frühzeichen der Erregung zu erkennen. Ebenfalls Teil dieser Schulungen sollten Techniken zur Ablenkung, Entspannung und Beruhigung der Patientinnen und Patienten sein wie auch der richtige Umgang mit Provokationen und Methoden, um Freiräume zu erkennen und sinnvoll im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen (NCCMH 2015a). Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese ebenfalls Teil des Indikatoren-Sets der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017). Dennoch zeigen sich in der Literatur Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach gibt es Hinweise darauf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen angenommen würden und die Sicherstellung einer regelmäßigen Teilnahme aller nicht immer erfolge (Steinert et al. 2014 [V]). In zwei Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich für die Vermeidung von restriktiven Maßnahmen empfinden (Heumann et al. 2015 [V], Mielau et al. 2016 [V]).</p>

<b>Qualitätsziel</b>	Alle ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Stationen sollten regelmäßig an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilnehmen, um die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowie die negativen Auswirkungen durchzuführender Zwangsmaßnahmen zu verringern.
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</b></p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015a).</p> <p><b>Definition Personal</b></p> <p>Hierunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a)</li> <li>▪ Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c)</li> <li>▪ weiteres nicht ärztliches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für nicht ärztliche und nicht psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b)</li> </ul>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deeskalationstraining – stationär: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deeskalationstraining: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000): Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> 9(1): 11-18. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2000.00156.x</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
	<b>3. Treffen des Expertengremiums:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, diesen Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen. Eine Erfassung auf Fallebene wird als zu aufwändig in diesem Kontext angesehen.</li> <li>▪ Das Gremium rät dazu, hierfür im Rahmen eines Ausfüllhinweises zu definieren, welche Art der Schulung hierunter verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium als einen angemessenen Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung einmal jährlich.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, statt der Begriffe „Training und Auffrischung“ das Wort „Fortbildung“ zu verwenden.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>	

	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Definition von Personal den Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu verwenden.</li> <li>▪ Weiterhin soll im Ausfüllhinweis ergänzt werden, wie die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter definiert ist und gezählt wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium befürwortet die Festlegung auf einen Referenzbereich von <math>\geq 90\%</math>.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst.</li> <li>▪ In einem Ausfüllhinweis wurde definiert, welche Art der Schulung zum Zwecke der Durchführung deeskalierender und restriktiver Maßnahmen verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte.</li> <li>▪ Als Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung wird einmal jährlich festgelegt.</li> <li>▪ Die Begriffe „Training und Auffrischung“ wurden durch das Wort „Fortbildung“ ersetzt.</li> <li>▪ In der Definition von Personal wurde der Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Kategorie „nicht ärztliches Personal“ verwendet.</li> <li>▪ Eine Definition, was die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist und wie dies gezählt wird, sollte im Rahmen der Machbarkeitsprüfung entwickelt und berücksichtigt werden.</li> <li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 90\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den Anmerkungen wurde eine Präzisierung vorgenommen, dass es sich bei der Schulung des Personals um einen mindestens mehrstündigen Kurs oder Lehrgang handeln muss.</li> </ul>
--	--

## 9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Im Sinne einer bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung sollten, vor allem schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten (DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015a). Mittels dieses Behandlungsansatzes soll eine umfassende psychiatrische und psychosoziale Versorgung erreicht werden, die die Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung darin unterstützt, ein unabhängiges Leben innerhalb ihres Lebensumfelds zu führen (DGPPN und Falkai 2013). Es gibt in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern verschiedene größtenteils Modellprojekte, die den Ansatz einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgung verfolgen und deren Ergebnisse anhand unterschiedlicher Outcomes evaluiert wurden. In diesen verschiedenen Projekten zeigen sich Hinweise darauf, dass durch unterschiedliche Ansätze, die die beschriebene Zielrichtung dieser Versorgungsform verfolgen, beispielsweise die stationäre Wiederaufnahmerate gesenkt (Müller et al. 2016 [III]), Mayer-Amberg et al. 2016) oder eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Lambert et al. 2015 [V]) erreicht werden kann. Ebenfalls zeigen sich Hinweise auf Verbesserungen im Rahmen von Projekten mit teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgungsansätzen bezogen auf die psychotische Symptomatik, den klinischen Schweregrad, die Alltagsfunktion, die Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit (Karow et al. 2012 [V]), das Funktionsniveau, auf das Engagement der Patientinnen und

	Patienten für die Behandlung (Müller et al. 2016 [III]) sowie die Medikamentenadhärenz (Schöttle et al. 2014 [IV]).
<b>Qualitätsziel</b>	Bei vorliegender Indikation sollten möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten, um eine bedarfsorientierte, flexible Behandlung zu gewährleisten, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und das Leben in der sozialen Umgebung zu unterstützen.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Datenquelle</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter psychiatrischer Versorgung in allen Phasen der Erkrankung der Patientinnen und Patienten</li> <li>▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</li> </ul> </li> <li>▪ Organisationsanforderungen im Rahmen dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste</li> <li>▫ multiprofessioneller Ansatz</li> <li>▫ gemeindenaher Komplexangebote (räumliche Zuständigkeit sollte sich nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten richten)</li> <li>▫ spezialisierte (mobile) Behandlungsteams</li> <li>▫ aufsuchende Versorgung bei notwendiger Intensivbetreuung</li> <li>▫ kurzzeitige Versorgung im Rahmen von Krisen oder über einen längeren Zeitraum</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ psychosoziale Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen und die klinische Behandlung sowie die Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe (sofern notwendig)</li> <li>▫ Erfassung des Versorgungsbedarfs</li> <li>▫ Überwachung und Verschreibung von Medikamenten</li> <li>▫ Sicherstellung der verschiedenen Formen psychosozialer Interventionen, einschließlich systemischer Interventionen, und der somatischen Versorgung</li> </ul> </li> <li>■ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten</li> <li>▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind</li> <li>▫ erkrankte Personen</li> </ul> </li> </ul> <p>(DGPPN und Falkai 2013)</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gemeindepsychiatrischer Verbund, Case Management: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</li> </ul> </li> <li>■ Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Community follow up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.</li> </ul> </li> <li>■ Community follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> <li>■ Community follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.</li> </ul> </li> <li>■ Post-discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011): Benchmarking Adult Mental Health Organizations. <i>Australasian Psychiatry</i> 19(3): 215-220. DOI: 10.3109/10398562.2011.580748.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Post discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <a href="http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16">http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16</a> (abgerufen am: 22.09.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Vorhandensein eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region in der IV-Versorgung Schizophrenie, Case Management bei Schizophrenie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Community (treatment service) follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x</li> </ul> </li> <li>■ Assertive community treatment, Case management services: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.</li> </ul> </li> <li>■ Multiprofessionality of services, Integrated Care Models: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.</li> </ul> </li> <li>■ Community psychiatric network: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.</li> </ul> </li> <li>■ Continuity of Visits after Mental Health-Related Hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?</td> <td style="width: 30%;">0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja	Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja
Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja				
Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja				
Entwicklungsprotokoll					
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die inhaltliche Ausgestaltung einer Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung und regt eine genaue Festlegung derer für diesen Indikator an.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium, im Qualitätsziel deutlich zu machen, dass eine solche Versorgungsform nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist und hiervon vor allem schwerkranke Patientinnen und Patienten profitieren.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät dazu, in den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators die Sicherstellung der somatischen Versorgung zu ergänzen, die Familienintervention durch systemische Intervention zu ersetzen und als Zielgruppe die ersterkrankten Personen zu ergänzen.</li> <li>▪ Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt.</li> <li>▪ In diesem Kontext diskutiert das Expertengremium auch noch einmal die Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege in Abgrenzung zur Psychotherapie und diesem Indikator und empfiehlt einen eigenen Indikator zu dieser Maßnahme.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde in Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege erstellt und entsprechend in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators berücksichtigt.</li> <li>▪ Dass eine Indikation für eine solche Versorgungsform notwendig ist, wurde im Qualitätsziel ergänzt und auch im Datenfeld zu diesem Indikator erfragt.</li> <li>▪ In den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators wurde die Sicherstellung der somatischen Versorgung ergänzt, die Familienintervention durch systemische Intervention ersetzt und als Zielgruppe die Ersterkrankten ergänzt.</li> <li>▪ Des Weiteren wurde ergänzt, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>				

**nach Stellungnahmeverfahren**

- In der Beschreibung und im Zähler wurde „bei vorliegender Indikation“ ergänzt.
- Die Reihenfolge der beiden Datenfelder wurde getauscht und die daraus resultierenden sprachlichen Anpassungen vorgenommen.
- Bei diesem Indikator werden Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ausgeschlossen, da für diese spezifische Behandlungsangebote vorliegen. Die in diesem Indikator adressierten Patientinnen und Patienten sind vor allem solche, bei denen eine schwere Form der Schizophrenie vorliegt



Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Soziotherapie (Systemindikator)
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie <sup>10</sup> in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie erhalten haben
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015b). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin/Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).
<b>Qualitätsziel</b>	Soziotherapie sollte für möglichst viele davon profitierende Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen.
<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
<b>Adressat der Rückmeldung</b>	Systemebene

<sup>10</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015

<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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. 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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Soziotherapie</b></p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p> <p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training sozialer Fähigkeiten, Spezielle Soziotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Jansen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.</li> </ul> </li> <li>▪ Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person, Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting, Evidence-Based Practice: Social Skills Training: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017)</li> </ul> </li> </ul>

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	entfällt
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	
	<p><b>Zähler<sup>11</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GOP 30810: Erstverordnung Soziotherapie</li> <li>▪ GOP 30811: Folgeverordnung Soziotherapie</li> <li>▪ GOP 30800: Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer</li> </ul>
	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)</p>
	<p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert diesen Qualitätsindikator, zusammen mit dem Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ hinsichtlich der Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege. Es regt an, für das Themenfeld der ambulanten psychiatrischen Pflege einen eigenen Qualitätsindikator zu entwickeln.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul>
	<p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium konsentiert diesen Indikator.</li> </ul>
	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde in Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege erstellt und entsprechend in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators berücksichtigt (vgl. Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“).</li> </ul>

<sup>11</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde umbenannt in „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator wurde umbenannt in „Soziotherapie (Systemindikator)“.</li> <li>▪ Die Beschreibung des Indikators wurde geändert in: „Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.“</li> <li>▪ Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.</li> <li>▪ Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt.</li> <li>▪ Das Qualitätsziel wurde durch den Zusatz „davon profitierende“ präzisiert.</li> </ul>

Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie <sup>12</sup> erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine ambulante Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 ).
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Rationale	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase und über einen längeren Zeitraum stattfinden (NCCMH 2014 [2017]), wobei die Intervalle der Sitzungen und die Organisationsform angepasst an den Patientinnen und Patienten und an mögliche Nebendiagnosen oder akute Vorfälle erfolgen sollte (NCCMH 2012 [2016], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Trotz der Relevanz dieser Thematik, die in den Leitlinien und auch darin, dass AQUA (2016) für diese Thematik ebenfalls einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, deutlich wird, zeigen sich Probleme bei der regelhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. In einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.–F29.- in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der ersten Diagnose Schizophrenie eine ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).
Qualitätsziel	Ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie sollte für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene

<sup>12</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie); in der Fassung vom 19. Februar 2009

<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
<b>Adressat der Rückmeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<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>▪ Alter</li> <li>▪ Todesdatum</li> <li>▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)</li> <li>▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM</li> <li>▪ Behandlungsdatum (GOP)</li> <li>▪ Fachgruppenkennung</li> </ul>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</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>Definition Ambulante Psychotherapie</b></p> <p>Unter ambulanter Psychotherapie sind hier psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zu verstehen (Richtlinien-Psychotherapie).</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf</a> (abgerufen am: 21.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Anbieten von Psychotherapie – ambulant: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: <a href="https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf">https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf</a> (abgerufen am: 18.09.2017).</li> </ul> </li> <li>▪ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: <a href="https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf">https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf</a> (abgerufen am: 15.08.2017).</li> </ul> </li> <li>■ Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.</li> </ul> </li> <li>■ Psychological treatments: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>	
	<p><b>Zähler<sup>13</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ GOP 35152: Psychotherapeutische Akutbehandlung</li> <li>■ GOP 35401: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35402: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35405: Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35411: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35412: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35415: Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35421: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35422: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35425: Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie</li> <li>■ GOP 35503: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN</li> <li>■ GOP 35504: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN</li> <li>■ GOP 35505: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN</li> </ul>

<sup>13</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

- GOP 35506: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35507: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35508: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35509: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35513: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35514: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35515: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
- GOP 35516: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
- GOP 35517: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
- GOP 35518: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
- GOP 35519: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
- GOP 35523: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
- GOP 35524: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
- GOP 35525: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
- GOP 35526: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35527: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35528: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35529: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35533: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35534: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35535: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
- GOP 35536: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
- GOP 35537: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
- GOP 35538: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
- GOP 35539: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
- GOP 35543: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
- GOP 35544: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
- GOP 35545: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
- GOP 35546: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35547: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35548: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35549: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35553: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35554: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35555: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
- GOP 35556: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
- GOP 35557: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
- GOP 35558: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
- GOP 35559: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN



	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)</p> <hr/> <p><b>Ausschluss Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden</li> </ul>
<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium rät davon ab, den Indikator wie zunächst im Entwurf vorgesehen nur für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und begleitender Therapie mit Psychopharmaka zu erfassen.</li> <li>▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, die Krisenbehandlungen mit in den Zähler des Indikators aufzunehmen, die probatorischen Sitzungen hingegen herauszunehmen.</li> <li>▪ Im Qualitätsziel sollte vermerkt werden, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Leistung dieses Indikators erhalten sollten.</li> <li>▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium weist darauf hin, dass in den aufgeführten GOP aktuell Abrechnungsnummern zur Kurzzeittherapie fehlen.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Indikator gilt für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ohne Einschränkung auf solche mit einer zusätzlichen Pharmakotherapie.</li> <li>▪ Die GOP für Krisenbehandlungen wurden in den Zähler des Indikators aufgenommen, die probatorischen Sitzungen entfernt.</li> <li>▪ Im Qualitätsziel wurde vermerkt, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Leistung dieses Indikators erhalten sollten.</li> <li>▪ Die GOP wurden im Zähler, auch im Nachgang des vierten Expertengremiums, angepasst ebenso wie die Patientengruppe in der Grundgesamtheit.</li> <li>▪ Der Indikator wurde umbenannt in „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul>

**nach Stellungnahmeverfahren**

- Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt.
- Im Zähler wurde die Liste mit den GOPs vervollständigt.
- Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
- Im Qualitätsziel wurde das Patientenkollektiv auf „möglichst viele“ konkretisiert, da eine Psychotherapie zwar gemäß Leitlinien alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie erhalten sollten, dieser Indikator jedoch auf der Psychotherapie gemäß Richtlinie, die nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist, beruht.

## 10 Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	alle Fälle, bei denen bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr der HoNOS zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erfasst wurde und dies dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstrument HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen sowie Daten für den Systemindikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“ zu liefern.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer

<b>Adressat der Ergebnisrückmeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 80 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere; Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten wurden andiskutiert.</li> <li>▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.</li> <li>▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können.</li> <li>▪ Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von <math>\geq 80\%</math> zu.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> <li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in</li> </ul>	

	<p>einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 80\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li><li>▪ Auf Anregung der stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikatoren geprüft und ergänzt.</li><li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li></ul>



Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden, die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der HoNOS zur Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erhoben und dies dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die oben genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen und Daten für den Systemqualitätsindikator „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“ zu erheben.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz

<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health in Großbritannien zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 70 %
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?	0 = nein 1 = ja
	1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ

**Entwicklungsprotokoll****3. Treffen des Expertengremiums**

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.
- Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.
- Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es weist merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.

**4. Treffen des Expertengremiums**

- Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können.
- Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von  $\geq 70\%$  zu.

	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li><li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li><li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li><li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li><li>▪ Der Referenzbereich wurde mit <math>\geq 70\%</math> festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.</li></ul> <hr/> <p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li><li>▪ Im Zuge der durch die Stellungnahmen angeregten Überarbeitung dieses Indikators wurde der Erhebungszeitpunkt für den HoNOS losgelöst von der QS-Auslösung. Die Erhebung erfolgt unabhängig von der Krankheitsphase und dem kalendarischen Zeitpunkt innerhalb des Erfassungsjahres und kann im Erfassungsjahr auch vor einer QS-Auslösung liegen. Sollte eine QS-Auslösung erst nach dem 4. Quartal erfolgen, so kann die Statuserhebung beim nächsten Patientenkontakt bis zum 28. Februar des Folgejahres durchgeführt und dokumentiert werden.</li></ul>
--	--

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme.
<b>Zähler</b>	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM im Erfassungsjahr
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Alter &lt; 18 Jahre</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage</li> </ul>
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der Statuserhebung zu den Ergebnissen je Item des HoNOS über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes, unten bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation

<b>Datenquelle</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>■ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.



Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
<b>Entwicklungsprotokoll</b>		
	<p><b>3. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.</li> <li>▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.</li> <li>▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.</li> <li>▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie dessen Vor- und Nachteile.</li> <li>▪ Das Gremium empfiehlt in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.</li> <li>▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben den HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.</li> </ul> <hr/> <p><b>4. Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können.</li> <li>▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.</li> </ul> <hr/> <p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li> <li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li><li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Statuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.</li><li>▪ Auf Anregung der Stellungnehmenden wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikator geprüft und ergänzt.</li><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li><li>▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.</li></ul>

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres in mindestens 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden.
<b>Zähler</b>	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jede Patientin und jeden Patienten, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der Statuserhebung zu den Ergebnissen je Item über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz

<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <hr/> <p><b>HoNOS</b></p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.</li> </ul> </li> <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): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.</li> </ul> </li> <li>▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: <a href="http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf">http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf</a> (abgerufen am: 25.09.2017).</li> </ul> </li> </ul>

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	entfällt	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (Spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>



	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

### Entwicklungsprotokoll

#### 3. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.
- Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.
- Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.

#### 4. Treffen des Expertengremiums

- Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können.
- Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.

	<p><b>Vorbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.</li><li>▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zur psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.</li><li>▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</li><li>▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.</li></ul>
	<p><b>nach Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Statuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.</li><li>▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.</li></ul>

## Literatur

- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007): A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-125. DOI: 10.1159/000098492.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Aufl. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W; et al. (2016): Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S62-S70. DOI: 10.1093/schbul/sbw008.
- Boy, O; Chop, I; Bouzinou, F; Braun, J-P; Dochow, C; Eberlein-Gonska, M; et al. (2016): Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 32). Berlin: BÄK [Bundesärztekammer]. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (abgerufen am: 28.11.2017).
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.

- Carrà, G; Johnson, S; Crocamo, C; Angermeyer, MC; Brugha, T; Azorin, J-M; et al. (2016): Psychosocial functioning, quality of life and clinical correlates of comorbid alcohol and drug dependence syndromes in people with schizophrenia across Europe. *Psychiatry Research* 239: 301-307. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.038.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-a): Ärztlicher Dienst [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [-> Gesundheitsversorgung -> Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung -> Krankenhauspersonal -> Definition: Ärztlicher Dienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-b): Nichtärztliches Personal [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [-> Gesundheitsversorgung -> Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung -> Krankenhauspersonal -> Definition: Nichtärztliches Personal] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-c): Pflegedienst [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [-> Gesundheitsversorgung -> Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung -> Krankenhauspersonal -> Definition: Pflegedienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
- Heumann, K; Bock, T; Lincoln, TM (2015): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033.
- Holland, J (2007): A role for morbidity and mortality conferences in psychiatry. *Australasian Psychiatry* 15(4): 338-342. DOI: 10.1080/10398560701351803.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objts10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeV\\_ersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objts10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeV_ersorgung_2014_WEB_ger.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).

- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2017): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017. [Stand:] 04.10.2017. Berlin: KBV. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_Stand\\_3\\_Quartal\\_2017.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_3_Quartal_2017.pdf) (abgerufen am: 19.12.2017).
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.
- Mielau, J; Altunbay, J; Heinz, A; Reuter, B; BERPohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, Epub 11.07.2016. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015a): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015b): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated edition. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Steinert, T; Noorthoorn, EO; Mulder, CL (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* 2: 141. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00141.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2017): Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017. Berlin: WIdO. URL: <http://www.wido.de/amt/atc-code.html> [→ Download: Amtlicher ATC-Index mit DDD Angaben für das Jahr 2017 (zip-Datei)] (abgerufen am: 19.12.2017).

- Wing, JK; Beevor, AS; Curtis, RH; Park, SB; Hadden, S; Burns, A (1998): Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 172(1): 11-18. DOI: 10.1192/bjp.172.1.11.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Zhao, S; Sampson, S; Xia, J; Jayaram, MB (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD010823. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

**Aktualisierung und Erweiterung  
des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten  
und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen***

Nachbericht zur Entwicklung von  
Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Mai 2018

---



# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Nachbericht zur Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“

**Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:**

Fanny Schoeler-Rädke, Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Vertraulichkeitshinweis:**

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016, Nachbericht zum Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017

**Datum der Abgabe:**

31. Mai 2018

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einführung .....	5
2 Qualitätsaspekt „Teilhabe“ .....	7
3 Methodisches Vorgehen .....	10
4 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung .....	13
4.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale.....	13
4.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale.....	15
4.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe .....	16
5 Umsetzung und Auswertung.....	18
6 Beschreibung der Qualitätsindikatoren .....	19
Literatur.....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)“ .....	19
Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)“ .....	23
Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen“ .....	28
Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Wohnsituation (Teilhabledimension Wohnen)“ .....	31

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BTHG	Bundesteilhabegesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

# 1 Einführung

Der Abschlussbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 22. Dezember 2017 übermittelt. Dieser enthält Ausführungen zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“, der zum Zeitpunkt des Zwischenberichts ausschließlich mit dem Erfassungsinstrument Patientenbefragung adressiert werden sollte – vorbehaltlich einer im Zuge der Entwicklungen zu vertiefenden Prüfung der Zuordnung auf Qualitätsmerkmalsebene und entsprechender Operationalisierungsentwürfe (siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten zeigte sich, dass der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ zum einen durch die Erfassung sowohl über eine Patientenbefragung als auch über die Leistungserbringer umfassender und differenzierter abgebildet werden kann. Zum anderen werden durch eine Erfassung beim Leistungserbringer auch Patientengruppen erfasst, die durch eine postalische Befragung nicht erreichbar sind, deren Angaben aber für diesen Qualitätsaspekt besonders relevant sind. So ist es beispielsweise bedeutsam, die Teilhabe über die Wohnsituation auch bei Patientinnen und Patienten zu erfassen, die keinen festen Wohnsitz haben. Wenn die Förderung der Teilhabe ein in Leitlinien formuliertes Versorgungsziel darstellt, dann ist es erforderlich, dass alle Leistungserbringer den diesbezüglichen Status im Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten erheben. Eine Erfassung über den Leistungserbringer für die Qualitätssicherung stellte dann keinen wesentlichen zusätzlichen Aufwand dar, hätte aber den Vorteil der vollständigeren Erfassung auch der vulnerablen Patientengruppen.

Neben einer möglichen Erfassung der Prozessqualität im Sinne eines ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten über angemessene, örtlich verfügbare Unterstützungen zur Verbesserung der Teilhabe ist es erforderlich – ähnlich wie bei den Qualitätsaspekten zur Symptomlast und dem psychosozialen Funktionsniveau –, regelhaft sowohl die erlebte, d. h. subjektiv wahrgenommene, Teilhabe als auch den tatsächlichen Status der Teilhabe durch Ergebnisindikatoren zu erfassen. Da die Teilhabe in besonderer Weise abhängig vom Zusammenwirken verschiedener Akteure, von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher sowie von vorhandenen Strukturen ist, sollte der erhobene Status und auch die erlebte Teilhabe aller Patientinnen und Patienten als ein wesentliches Kennzeichen der Systemqualität (Systemergebnis) abgebildet und möglichst im Zusammenhang mit den anderen System(ergebnis)indikatoren zu den Qualitätsaspekten der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus diskutiert werden.

Es ist daher sinnvoll, diesen Qualitätsaspekt mittels weiterer System(ergebnis)indikatoren im QS-Verfahren *Schizophrenie* zu adressieren. Aufgrund der im Laufe des Entwicklungsprozesses gewonnenen Erkenntnisse bezogen auf die Messung und Darstellung von Systemqualität wird der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ nun auch zusätzlich (neben der Patientenbefragung) dem Erfassungsinstrument ambulante fallbezogene QS-Dokumentation zugeordnet. Ziel der nachträglichen Entwicklung ist es, die Möglichkeiten der Operationalisierung der zu diesem Qualitätsaspekt gehörenden Qualitätsmerkmale auszuschöpfen, um das hochrelevante Outcome der

Teilhabe möglichst umfassend adressieren zu können und so das Indikatorenset weiter zu optimieren. Vor Beginn der Machbarkeitsprüfung wurden daher Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ entsprechend der in Kapitel 4 des Abschlussberichts beschriebenen Methodik und unter Einbezug des Expertengremiums nachentwickelt.

Diesbezüglich bestand auch Konsens im Treffen des Expertengremiums am 8. September 2017. Die Expertinnen und Experten hielten eine Erfassung vor allem auch der vulnerablen Patientengruppen sowie mindestens die Erfassung der Teilhabedimensionen Wohnen, Arbeit und Beruf sowie soziale Integration für absolut notwendig. Es wurde zudem hervorgehoben, dass dabei unbedingt die subjektiv von der Patientin / dem Patienten wahrgenommene Einschränkung der Teilhabedimensionen erfasst werden muss.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen sowie die Arbeitsgruppe Qesü-RL des G-BA haben das in diesem Bericht beschriebene Vorgehen begrüßt.

## 2 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressiert die Einbindung und die Partizipation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Lebens in der Gesellschaft. Jedes Individuum soll dabei entsprechend seiner persönlichen und durch die trotz psychischer Erkrankung gegebenen Möglichkeiten die Teilbereiche des gesellschaftlichen Lebens so ausgestalten können, dass eine möglichst hohe Lebensqualität erreicht wird. Diese Möglichkeiten sind bei Menschen mit einer Schizophrenieerkrankung häufig eingeschränkt und in jedem Fall gefährdet. Diese Beeinträchtigung ist in akuten Krankheitsphasen besonders hoch, wirkt aber auch in Remissionsphasen fort (Leung et al. 2008). Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Lebens in der Gesellschaft. Das oberste Ziel der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016: 49). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz.

Zugleich handelt es sich bei Teilhabe auch um ein gesellschaftspolitisches Ziel, das sowohl diskursiv definiert und reflektiert wird als auch Gegenstand normativer Regelungen ist:

*Teilhabe wird zunächst verstanden als Wechselwirkungsverhältnis zwischen Gesellschaft, Umwelt und Individuum. Strukturell, auf der Ebene von Gesellschaft und Umwelt, beinhaltet Teilhabe die Bedingungen, Ressourcen und Möglichkeiten für das barrierefreie und vielfältige Eingebunden-Sein in gesellschaftliche und kulturelle Lebensbereiche und Funktionssysteme. Auf der Ebene von Prozessen meint Teilhabe die Möglichkeiten zur (An-)Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung in den persönlichen, öffentlichen und politischen Angelegenheiten. Auf individueller Ebene lässt sich Teilhabe als Verwirklichungschancen im Sinne von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in persönlicher Lebensführung und Alltagsbewältigung verstehen. Deskriptiv-empirisch gesehen ist Teilhabe ein Konzept, um Bedingungen, Prozesse und Ergebnisse von gesellschaftlichen Inklusions- und Exklusionsvorgängen besser zu verstehen. Auf normativer Ebene ist Teilhabe positiver Ausdruck gesellschaftlicher Zugehörigkeit und damit ein Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung. (in: Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Engels et al. 2016: 36)*

Die herausragende Bedeutung dieser Thematik spiegelt sich auf internationaler Ebene insbesondere im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK)<sup>1</sup>, das von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde, und zugleich auf nationaler Ebene im Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz, BTHG)<sup>2</sup> sowie im Neunten Sozialgesetzbuch.

Im Kontext der Umsetzung der UN-BRK und des BTHG führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) derzeit erstmals eine „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ (Schröder et al. 2017, infas 2018) durch. Damit werden 2021 erstmals umfassende Daten zur Teilhabesituation von Menschen mit Behinderung verschiedenster Subpopulationen sowie zu einer Kontrollgruppe mit Menschen ohne Behinderung vorliegen.

Teilhabe setzt sich aus zahlreichen Dimensionen zusammen, die unterschiedlichste Lebensbereiche umfassen. Im Rahmen der Ableitung der Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurden die Teilhabedimensionen, die bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung im Besonderen relevant sind, identifiziert. Dabei stehen vor allem komplexe Alltagsbereiche wie soziale Beziehungen, Arbeit und Wohnen im Vordergrund.

Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012).

Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sich diese an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts). Die Adhärenz zur antipsychotischen Me-

---

<sup>1</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>2</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

dikation ist bei schizophren erkrankten, obdachlosen Patientinnen und Patienten deutlich vermindert, was zu vermehrten Rückfällen, Krankenhauseinweisungen und Suiziden führt (Novick et al. 2010).

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Diese unterstützt den Genesungsprozess, wodurch auch die Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden. Dadurch wird die gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Aufgrund dessen sollen Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten u. ä. routinemäßig erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]).

Während mittels der Patientenbefragung die Prozess- und Ergebnisqualität des Qualitätsaspekts „Teilhabe“ (Teilhabe am Gemeinschaftsleben, Teilhabe über Tagesstruktur und Teilhabe über Arbeit und Beruf) adressiert werden, sollen mittels des Erfassungsinstruments ambulante fallbezogene QS-Dokumentation verfahrensspezifische Teilhabedimensionen ausschließlich als Ergebnis der Versorgung auf Systemebene abgebildet werden. Ausdrücklich nicht erfasst werden sollen Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe, Funktionalität oder Interventionen zur Unterstützung der Förderung der Teilhabe.

Eine umfassende Erfassung der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen muss sich zudem sowohl auf die objektive Lebenssituation („gelebte“ Teilhabe) als auch die subjektive Wahrnehmung der Teilhabe („erlebte“ Teilhabe) beziehen.



### 3 Methodisches Vorgehen

Die Nachentwicklung der Qualitätsindikatoren zur Teilhabe erfolgte entsprechend der Entwicklungsmethodik der Indikatoren des Abschlussberichts. Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ wurde der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ über mehrere Filterschritte hin zu den vorliegenden Qualitätsindikatoren konkretisiert (IQTIG 2017). Zunächst wurden für den selektierten Qualitätsaspekt „Teilhabe“ des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells Qualitätsmerkmale abgeleitet und darauf aufbauend QI-Entwürfe entwickelt. Es erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe hin zu Qualitätsindikatoren und die abschließende Reflexion des Indikatorensets. Das Vorgehen ist in Kapitel 4 des Abschlussberichts ausführlich beschrieben.

In den Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ wurde dasselbe Expertengremium, das auch die Entwicklung des Indikatorensets 1.1 unterstützt hat, einbezogen. Der Auswahlprozess der Expertinnen und Experten ist umfassend im Zwischenbericht (Anhang E.1 des Abschlussberichts) dargestellt. Des Weiteren wurden die Expertinnen und Experten jeweils am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“, „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ sowie der abschließenden Reflexion des gesamten Sets an Qualitätsindikatoren einbezogen. Bei jedem Treffen des Expertengremiums erfolgten durch das IQTIG zunächst einleitender Vortrag zum bisherigen Entwicklungsstand, dem Thema der Sitzung und dem methodischen Vorgehen sowie eine umfassende und beispielhafte Darstellung der Aufgaben des Expertengremiums für das jeweilige Treffen.

Das Expertengremium hatte auch hinsichtlich der Indikatoren zur Teilhabe bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion (IQTIG 2017). Die Empfehlungen des Gremiums wurden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG gleichwertig bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen.

Bei der Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen (Filterschritte 1 bis 3) wurden für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ die entsprechenden Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Hierfür wurden entsprechende Empfehlungen aus Leitlinien extrahiert und darauf basierend nach einem Syntheseprozess Qualitätsmerkmale abgeleitet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2017) geprüft.

Als Grundlage für die Generierung von Qualitätsmerkmalen wurden auch hier die für den Zwischenbericht recherchierten evidenzbasierten Leitlinien und Pflegestandards verwendet, die aufgrund einer Bewertung mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013) eingeschlossen wurden (siehe ausführlich Abschlussbericht Kapitel 4). Aus diesen Leitlinien wurden durch das IQTIG nachfolgend die moderaten und starken Empfehlungen extrahiert und synthetisiert.

Aus den extrahierten Empfehlungen wurden erste Entwürfe von Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Die Empfehlungen wurden dann diesen Entwürfen von Merkmalen zugeordnet. Hierbei ergaben sich auch diesmal sowohl Empfehlungen, die den Kern des Entwurfs des Merkmals adressierten, und solche, die allgemeiner formuliert waren und dem Entwurf des Merkmals als unterstützende Empfehlung zugeordnet wurden. Am Ende dieses Schritts stand für den Qualitätsaspekt eine Anzahl an Qualitätsmerkmalen fest, wobei aufgrund des beschriebenen Vorgehens ein Merkmal aus mehreren inhaltlich ähnlichen Empfehlungen bestehen konnte.

Da im QS-Verfahren *Schizophrenie* beinahe ausschließlich nicht deutsche Leitlinien und Pflegestandards zur Verfügung standen, wurden die Qualitätsmerkmale in einem zweiten Filterschritt hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft. Diese Prüfung bezog sich vor allem auf strukturelle Gegebenheiten, die vom deutschen Versorgungssystem abweichen, sodass andersherum keine äquivalente und vergleichbare Versorgungsstruktur in Deutschland vorliegt.

Nach der Ableitung der Leitlinienempfehlungen und der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem erfolgte gemäß den Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ eine Prüfung jedes Qualitätsmerkmals (IQTIG 2017).

Nach Filterschritt 1 bis 3 erfolgte wiederum ein dreiseitiges Vorgehen, um eine Priorisierung der bestehenden Qualitätsmerkmale vorzunehmen und QI-Entwürfe für die Operationalisierung abzuleiten. Hierbei wurde das Expertengremium zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der einzelnen Qualitätsmerkmale befragt und dessen inhaltliche Argumente wurden berücksichtigt. Ebenso wurde auch für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche durchgeführt und die dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten bei den Krankenkassen auf Nutzbarkeit für die zu entwickelten Qualitätsindikatoren geprüft. Diese Wissensquellen wurden für die Ableitung des Verbesserungsbedarfes und -potenzials der QI-Entwürfe mit gleicher Gewichtung berücksichtigt.

Die Auswertung der Befragung des Expertengremiums hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs und -potenzials erfolgte analog zum Vorgehen, das im Abschlussbericht beschrieben ist. Die Erfassung der Expertenmeinung erfolgt dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Zusätzlich wurden die Expertinnen und Experten, gemäß den „Methodischen Grundlagen“, aufgefordert sich zu den folgenden Eignungskriterien pro Qualitätsmerkmal schriftlich zu äußern:

- Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die patientenrelevanten Qualitätsaspekte (Relevanz, Verbesserungsbedarf/-potenzial und das daraus abgeleitete konkrete Qualitätsziel)
- Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die Ausprägung des Qualitätsmerkmals

Eine Eignung des Qualitätsmerkmals vonseiten der Expertenmeinung wurde dann als gegeben gewertet, wenn beide Fragen jeweils 75 % der Bewertungen über dem Wert von 7 auf der 9-stufigen Skala lagen (dies entspricht auch den Konsenskriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., AWMF). Für die Qualitätsmerkmale, die perspektivisch im Rahmen der Systemqualität erfasst werden sollen, wurde das Rating zwar

formal durchgeführt, aber nicht in die abschließende Bewertung durch das IQTIG miteinbezogen, da hier zwar die Verantwortungszuschreibung für den Prozess, aber nicht für das Ergebnis möglich ist. Für diese Merkmale wurden lediglich die inhaltlichen Argumente des Gremiums berücksichtigt.

Für die Nachentwicklung der Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ wurde abweichend zum Vorgehen im Abschlussbericht das Expertengremium mittels einer Online-Befragung konsultiert. Hierbei wurden die Qualitätsmerkmale dem Expertengremium zwischen dem 29. März 2018 und dem 11. April 2018 zur Beurteilung des Verbesserungsbedarfs und -potenzials vorgelegt.

Im Anschluss erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5). Dafür wurden u. a. die Grundgesamtheiten, die Datenfelder und die jeweiligen Rationalen je QI-Entwurf festgelegt. Am Anschluss fand am 4. Mai 2018 ein erneutes Treffen des Expertengremiums statt, in dem die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium vorgestellt und besprochen wurden. Im Rahmen dieses Treffens wurde auch nochmals das Indikatorenset mit den zusätzlich entwickelten Indikatoren zur Teilhabe im Ganzen diskutiert. Im Nachgang erfolgte eine umfassende Nachbereitung des Expertengremiums. Unter Einbezug dieser erfolgte eine Entscheidung zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG. Eine empirische Prüfung mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse erfolgte für diese Indikatoren nicht, da entsprechend nutzbare Daten in den Abrechnungsdaten nicht zur Verfügung stehen.

Im Zuge der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale erfolgte eine nochmalige Sichtung der themenspezifischen Recherchen nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren (IQTIG 2017), um einen Überblick zu national und international bestehenden Indikatoren, die den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressieren, zu geben und um die Relevanz der entwickelten Qualitätsindikatoren zur Teilhabe darzustellen.

## 4 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

### 4.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale

Anhand der beschriebenen Methodik lassen sich für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ folgende Merkmale konkretisieren, die geeignet sind, die Dimensionen der Teilhabe mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation auf Systemebene zu erfassen.

#### **Qualitätsmerkmal „Berücksichtigung der Teilhabe im Behandlungsplan“**

Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-BRK, das BTHG, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral. Grundsätzlich soll die Teilhabe in ihren unterschiedlichen Dimensionen wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, aber insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe an Erwerbsleben und Beschäftigung, regelhaft Teil des Gesamtbehandlungsplans sein (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Teilnahme am Arbeitsmarkt bzw. der Ausbildung“**

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).

Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und festgehalten werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung“**

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben, an schulischer und beruflicher Ausbildung teilnehmen oder einer anderen strukturierten Beschäftigung nachgehen. Daraus ergibt sich im Rahmen der Versorgung die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten

während Maßnahmen zur Vorbereitung auf einen Arbeitsplatz und im Arbeitsleben zu fördern und zu unterstützen (supported employment/education) (DGPPN 2014, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-b, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Wohnsituation“**

Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).

Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten auch die Wohnsituation erfasst und festgehalten wird (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).

#### **Qualitätsmerkmal „An die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten angepasste Wohnmöglichkeiten“**

Ein Wohnumfeld, das die patientenindividuellen Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt, ist ein stabilisierender Faktor, der es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, am sozialen Leben teilzunehmen. Daher sollte die Wohnsituation entsprechend angepasst und die Entscheidung über die Form des Wohnens mit allen beteiligten Leistungserbringern, den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen gemeinsam erfolgen (NCCMH 2011 [2016]-b, DGPPN und Falkai 2013). Zudem sollten differenzierte Wohnangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Förderung von Teilhabe und Selbstständigkeit zur Verfügung stehen (DGPPN 2014).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten, sozialen Beziehungen und Freizeitaktivitäten“**

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Diese unterstützt den Genesungsprozess, wodurch auch die Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden. Dadurch wird die gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Aufgrund dessen sollen Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten u. ä. routinemäßig erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „An die individuellen Bedürfnisse angepasste Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten“**

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen (NCCMH 2014 [2017]).

## 4.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale

Hinsichtlich der Merkmale, die auf die bloße Erfassung im Sinne von Prozessqualität abzielen, sehen die Expertinnen und Experten keinen Verbesserungsbedarf, da dies zentrale Themen im ärztlichen Gespräch sind. Der Verbesserungsbedarf wird hier vielmehr in der Art der Erfassung gesehen, die einheitlich bzw. standardisiert, flächendeckend und vergleichbar sein und neben der subjektiven Einschätzung der Patientin / des Patienten auch den Status abbilden sollte.

Es besteht Konsens, dass erheblicher Verbesserungsbedarf bezüglich der verfahrensspezifischen Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Teilhabe an Erwerbstätigkeit und der Teilhabedimension Wohnen besteht. Eher heterogen, wenn auch inhaltlich hochrelevant wird von den Expertinnen und Experten der Verbesserungsbedarf bezogen auf Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten eingeschätzt.

Die Relevanz und Dringlichkeit des Verbesserungsbedarfs der Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen ergibt sich auch bereits implizit aus Art. 27 Abs. 1 sowie Art. 19 der UN-BRK und den daraus resultierenden Bemühungen des Gesetzgebers, die UN-BRK national umzusetzen.

Wenngleich konkrete Studien, die explizit den Umfang der Teilhabe an Arbeit und Beruf sowie Wohnen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in Deutschland aufzeigen, nicht vorliegen, wird in verschiedenen Publikationen auf die zentralen zu verbessernden Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hingewiesen (z. B. Riedel-Heller und Becker 2017).

Es ist davon auszugehen, dass das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung um das 6-fache erhöht ist; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012).

Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts). In der sogenannten SEEWOLF-Studie, die seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen im Großraum München untersucht, wurde aufgezeigt, dass 56,6 % der Befragten mindestens einmal im Leben in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung waren. Davon gaben 61 % an, dass sie nach Beginn der ambulanten Behandlung wohnungslos wurden, und 74 % nach einer stationären Behandlung. Die 1-Monats-Prävalenz der Schizophrenieerkrankungen ist bei der in der Studie eingeschlossenen Population deutlich erhöht (F.20- = 3,1; F25.- = 5,4; Bäuml et al. 2017).

Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts wies ebenfalls darauf hin, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen in einigen Lebensbereichen, wie beispielsweise der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben, von mehr oder weniger starken Einschränkungen betroffen sind, die die Lebensqualität beeinflussen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zielt daher 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. In diesem

Kontext wurde auch konstatiert, dass sich diese patientenrelevanten Versorgungsziele vornehmlich ambulant manifestieren. Im Zusammenhang mit den vom AQUA-Institut identifizierten Qualitätspotenzialen wird im Abschlussbericht ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der „Integration in den Arbeitsmarkt“ und „Vermeidung des Einzugs in ein Heim“ dargestellt (AQUA 2016).

Über die in diesem QS-Verfahren adressierten Teilhabedimensionen kann anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analyse Zwecken vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse keine Aussage gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

In der Gesamtschau der vorliegenden Erkenntnisse und Einschätzungen verblieben die Qualitätsmerkmale „Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung“ sowie „An die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten angepasste Wohnmöglichkeiten“ als QI-Entwürfe zur Operationalisierung.

### 4.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe

Für die beiden QI-Entwürfe wurde jeweils ein Indikator, der die erlebte Teilhabe der Patientin / des Patienten, und ein Indikator, der den objektiven Status hinsichtlich der adressierten Teilhabedimension erfasst, operationalisiert. Diese System(ergebnis)indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation werden ausschließlich im ambulanten Sektor erhoben, da sich die Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen als ein Outcome der Versorgung hier manifestieren.

Die Datenfelder der beiden Qualitätsindikatoren, die den Status der jeweiligen Teilhabedimension erfassen, sind identisch mit den entsprechenden Datenfeldern des Teilhabesurvey des BMAS, dessen Auswertung 2020 vorliegen wird (Schröder et al. 2017). Entsprechende Absprachen mit dem BMAS sowie infas sind erfolgt. Die Items des Bundesteilhabesurvey sind zudem nicht mit Rechten belegt. Um die Messergebnisse der Indikatoren, die den Status erfassen, umfassend interpretieren zu können, ist es erforderlich, diese mit Referenzdaten in Beziehung zu setzen. Das Verwenden identischer Datenfelder ermöglicht es, den Status der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen mit dem Status der gleichen Teilhabedimensionen anderer Subpopulationen mit Behinderungen und ohne Behinderungen in Beziehung zu setzen. Erst dadurch wird eine Aussage über den Grad des Erreichens des Versorgungsziels der Teilhabe möglich.

Daher wurden für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ folgende vier Qualitätsindikatoren operationalisiert:

- Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
- Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
- Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen
- Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)

Durch die sowohl subjektive als auch objektive Abbildung der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen ist es möglich, nicht nur den objektiven Status, sondern auch die Realisierung des patientenindividuellen Wunsches nach Teilhabe abzubilden. Aufgrund dessen kann zusätzlich die Diskrepanz zwischen „erlebter“ und „gelebter“ Teilhabe dargestellt werden.

Die Teilhabedimensionen können auf diese Weise umfassend abgebildet werden und sowohl auf Patientenebene im Behandlungsverlauf als auch auf Systemebene ist es möglich, konkrete Bedarfe zur Versorgungsverbesserung abzuleiten.

Im Rahmen des Treffens des Expertengremiums am 4. Mai 2018 wurden die operationalisierten Indikatoren vorgestellt und diskutiert. Es bestand Konsens unter den Expertinnen und Experten, die das verfahrensspezifische Verständnis von Teilhabe des IQTIG teilen, dass die Teilhabedimensionen sowohl als erlebte Teilhabe als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden müssen, um den Qualitätsaspekt sinnvoll adressieren zu können. Es bestand auch Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem auch das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann. Die Expertinnen und Experten betonten, wie wichtig es ist, dass dadurch nicht nur das patientenindividuelle Erleben und der tatsächliche Status, sondern insbesondere auch die mögliche Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Situation der Patientin / des Patienten und ihren / seinen diesbezüglichen Bedürfnissen abbildbar wird.

Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wurde von den Expertinnen und Experten als außerordentlich sinnvoll bewertet. Es ist ein nicht zu überschätzendes Vorteil, die Ergebnisse mit anderen Populationen ohne Schizophrenieerkrankung vergleichen zu können, und daher unbedingt gerechtfertigt. Es wurde konsentiert, dass ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ ergänzt wird, da der Teilhabesurvey grundsätzlich keine Personen ohne festen Wohnsitz erfasst und explizit in den Ergebnissen ausweist.

Die Expertinnen und Experten konstatieren, dass prospektiv mittels dieser auf Systemebene ausgewerteten Indikatoren QS-Daten zur Bedarfsplanung und zur Anpassung des Behandlungsangebots genutzt werden können, um die Versorgungsqualität und folglich auch die Ergebnisqualität zu verbessern. Die Expertinnen und Experten teilten zudem die Ansicht des IQTIG, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.

Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten in den Indikatoren zu erfassen.



## 5 Umsetzung und Auswertung

Die nachentwickelten Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ werden mittels des Erfassungsinstruments ambulante fallbezogene QS-Dokumentation erhoben. Die für das QS-Verfahren entwickelte QS-Dokumentation wird um die entsprechenden Datenfelder ergänzt. Hinsichtlich der Datenquellen und Datenflüssen ist daher auf die umfassenden Ausführungen in den Abschnitten 12.3 und 13.3 des Abschlussberichts zu verweisen.

Da die im Abschlussbericht zur Auswertung auf Systemebene vorgeschlagenen Indikatoren um die nachentwickelten Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ergänzt werden, wird zur Systemqualität auf das entsprechende Kapitel 8 im Abschlussbericht verwiesen.

## 6 Beschreibung der Qualitätsindikatoren

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die subjektiv wahrgenommene Teilhabe an Erwerbstätigkeit (als Bestandteil der Teilhabedimension Arbeit und Beruf) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen die erlebte Teilhabe durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>3</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>4</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012). Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert</p>

<sup>3</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>4</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

	<p>für soziale Beziehungen sowie Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Einschränkung der Teilhabe an Erwerbstätigkeit möglichst gering sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der erlebten Teilhabe an Erwerbstätigkeit die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte Tätigkeit verstanden. Dies schließt berufliche Ausbildung/Lehre und Umschulungen ein.</p> <p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen. Die Angabe zur erlebten Teilhabe soll sich auf die letzten 7 Tage vor dem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten beziehen. Den Erhebungszeitpunkt im Erfassungsjahr legt die Ärztin / der Arzt fest.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	Der subjektive Aspekt von Teilhabe wird in anderen Mental-Health-Indikatoren über Qualitätsindikatoren zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit adressiert.
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Angabe des Patienten/Patientin im Rahmen des ärztlichen Gesprächs zur Frage: Wie stark sind Sie in dem Lebensbereich Erwerbstätigkeit eingeschränkt?	1 = sehr stark 2 = stark 3 = mittel 4 = weniger stark 5 = gar nicht 6 = weiß nicht / trifft nicht zu 7 = keine Angabe
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ
Entwicklungsprotokoll		
<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabe an Erwerbstätigkeit erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Insbesondere die unterstützte Integration in den ersten Arbeitsmarkt und auch Angebote zur Unterstützung im Erwerbsleben (supported employment) sind noch ausbaufähig.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist auch, dass zum einen die Patientin / der Patient die freie Arbeitsplatzwahl und zum anderen der Arbeitgeber Vertragsfreiheit hat.</li> <li>▪ Die Erfassung der Situation ist relevant, auch durch den Leistungserbringer zu beeinflussen und wird sicher nicht flächendeckend vorgenommen. Eine einheitliche, vergleichbare Erfassung wäre sinnvoll.</li> </ul>		
<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Es besteht Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann.</li> <li>▪ Hinsichtlich der Teilhabedimension Arbeit und Beruf wird nochmal betont, dass – wie auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ explizit erwähnt – der erste Arbeitsmarkt als Ziel fokussiert wird. Teilhabe meint nicht die dauerhafte Schaffung von Parallelwelten im Bereich der Arbeit.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Wunsch nach Teilhabe am Berufsleben patientenindividuell ist.</li> <li>▪ Es wird angeregt, ggf. auch Ausbildung, Schule und Studium aufzunehmen.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es besteht Konsens bei den Expertinnen und Experten, dass die Teilhabedimension sowohl subjektiv als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden muss. Dies ermöglicht dann eine umfassende und sinnvolle Adressierung dieser.</li><li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li></ul>
	<b>Nachbericht</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li><li>▪ Die Indikatoren zur Teilhabedimension Arbeit und Beruf adressieren explizit die Teilhabe an Erwerbstätigkeit. Dies betrifft sämtliche vergütete Tätigkeit und schließt Berufsausbildung oder Umschulung mit ein. Nicht eingeschlossen ist Bildung im Sinne von Schulbildung, Studium, Weiterbildung etc.</li><li>▪ Die Indikatorbezeichnung wurde präzisiert in „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“.</li></ul>
	<b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b>

Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“

Bezeichnung	Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Status der Erwerbstätigkeit (als Bestandteil der Teilhabedimension Arbeit und Beruf) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der Status der Erwerbstätigkeit erfasst und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>5</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>6</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012). Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).</p>

<sup>5</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>6</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

	<p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Teilhabe an Erwerbstätigkeit entsprechend Art. 27 Abs. 1 UN-BRK möglichst groß sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung des Status der Teilhabe an Erwerbstätigkeit die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	<p>Systemebene</p>
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	<p>ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz</p>
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	<p>Systemebene</p>
<b>Instrument</b>	<p>ambulante fallbezogene QS-Dokumentation</p>
<b>Datenquelle</b>	<p>ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz</p>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Employment of people with mental illness             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NHS Clinical Indicators Team (2018): NHS Outcomes Framework: Domain 2 – Enhancing quality of life for people with long-term conditions. Indicator specifications. Version: 1.23. [Stand:] May 2018. Leeds, GB: NHS Digital. URL: <a href="https://files.digital.nhs.uk/B6/4D7DB9/NHSOF_Domain_2_S.pdf">https://files.digital.nhs.uk/B6/4D7DB9/NHSOF_Domain_2_S.pdf</a> (abgerufen am: 29.05.2018).</li> </ul> </li> <li>■ Work/occupational status             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.</li> <li>▫ Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x.</li> </ul> </li> <li>■ Education or work at 1 year             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatric Services</i> 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Work in competitive setting                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.</li> </ul> </li> <li>■ Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bei Schizophrenie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ % of service users working in paid employment                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013): Embracing performance measurement in mental health services. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 30(3): 209-219. DOI: 10.1017/ipm.2013.3.</li> </ul> </li> <li>■ the proportion of adults receiving secondary mental health services in paid employment                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, DH [Department of Health] (2008): Refocusing the Care Programme Approach. Policy and Positive Practice Guidance. [Stand:] March 2008. London: GOV.UK, DH. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf</a> (abgerufen am: 31.05.2018).</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	entfällt		
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt		
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>			
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     Status der Erwerbstätigkeit                      Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     1 = Vollzeit erwerbstätig                      2 = Teilzeit erwerbstätig                      3 = Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich)                      4 = geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job , Minijob                      5 = „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)                      6 = gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt                      7 = in einer beruflichen Ausbildung / Lehre                      8 = in Umschulung                      9 = freiwilliger Wehrdienst                      10 = Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr                      11 = Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung                      12 = nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht                 </td> </tr> </table>	Status der Erwerbstätigkeit Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)	1 = Vollzeit erwerbstätig 2 = Teilzeit erwerbstätig 3 = Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich) 4 = geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job , Minijob 5 = „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II) 6 = gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt 7 = in einer beruflichen Ausbildung / Lehre 8 = in Umschulung 9 = freiwilliger Wehrdienst 10 = Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr 11 = Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung 12 = nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht
Status der Erwerbstätigkeit Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)	1 = Vollzeit erwerbstätig 2 = Teilzeit erwerbstätig 3 = Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich) 4 = geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job , Minijob 5 = „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II) 6 = gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt 7 = in einer beruflichen Ausbildung / Lehre 8 = in Umschulung 9 = freiwilliger Wehrdienst 10 = Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr 11 = Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung 12 = nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht		



		gegen Geld arbeiten; Arbeitslose, Vorruhe- ständler/-innen, Rentner/-innen ohne Ne- benverdienst)
	Wenn eine Erwerbstätigkeit besteht: Diese Arbeitsstelle ist ...	1 = in einem normalen Betrieb (des ersten Arbeitsmarktes) 2 = in einer Zeitarbeitsfirma 3 = in einem Inklusionsbetrieb (Integrati- onsbetrieb) oder einer Integrationsabtei- lung 4 = in einer Zuverdienstfirma 5 = im Arbeits- oder Ausbildungsbereich ei- ner Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) 6 = an einem Außenarbeitsplatz einer Werk- statt für behinderte Menschen (WfbM) 7 = in einem Privathaushalt
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ

**Entwicklungsprotokoll**

**Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer**

- Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabe an Erwerbstätigkeit erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.
- Insbesondere die unterstützte Integration in den ersten Arbeitsmarkt und auch Angebote zur Unterstützung im Erwerbsleben (supported employment) sind noch ausbaufähig.
- Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.
- Zu berücksichtigen ist auch, dass zum einen die Patientin / der Patient die freie Arbeitsplatzwahl und zum anderen der Arbeitgeber Vertragsfreiheit hat.
- Die Erfassung der Situation ist relevant, auch durch den Leistungserbringer zu beeinflussen und wird sicher nicht flächendeckend vorgenommen. Eine einheitliche, vergleichbare Erfassung wäre sinnvoll.

**Treffen des Expertengremiums**

- Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.
- Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.
- Hinsichtlich der Teilhabedimension Arbeit und Beruf wird nochmal betont, dass – wie auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ explizit erwähnt – der erste Arbeitsmarkt als Ziel fokussiert wird. Teilhabe meint nicht die dauerhafte Schaffung von Parallelwelten im Bereich der Arbeit.
- Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.
- Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Wunsch nach Teilhabe am Berufsleben patientenindividuell ist.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird angeregt, ggf. auch Ausbildung, Schule und Studium aufzunehmen.</li> <li>▪ Es besteht Konsens bei den Expertinnen und Experten, dass die Teilhabedimension sowohl subjektiv als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden muss. Dies ermöglicht dann eine umfassende und sinnvolle Adressierung dieser und kann die Diskrepanz zwischen Erleben der Patientin / des Patienten und tatsächlichem Status deutlich machen. Daraus können wiederum auf Systemebene ggf. Bedarfe konkret abgeleitet werden.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li> <li>▪ Die Indikatoren zu Arbeit und Beruf adressieren explizit die Teilhabe an Erwerbstätigkeit. Dies betrifft sämtliche vergütete Tätigkeit und schließt Berufsausbildung oder Umschulung mit ein. Nicht eingeschlossen ist Bildung im Sinne von Schulbildung, Studium, Weiterbildung etc.</li> </ul>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen“

Bezeichnung	Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die subjektiv wahrgenommene Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen die erlebte Teilhabe durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>7</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>8</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).</p>

<sup>7</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>8</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Einschränkung der Teilhabedimension Wohnen möglichst gering und die Wohnsituation patientenindividuell angepasst sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der erlebten Teilhabe in Bezug auf die Wohnsituation die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>	
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	Systemebene	
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz	
<b>Adressat der Ergebnismrückmeldung</b>	Systemebene	
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation	
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz	
<b>Anmerkungen</b>	<p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen. Die Angabe zur erlebten Teilhabe soll sich auf die letzten 7 Tage vor dem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten beziehen. Den Erhebungszeitpunkt im Erfassungsjahr legt die Ärztin / der Arzt fest.</p>	
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	Der subjektive Aspekt von Teilhabe wird in anderen Mental-Health-Indikatorensets über Qualitätsindikatoren zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit adressiert.	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Angabe der Patientin / des Patienten im Rahmen des ärztlichen Gesprächs zur Frage: Wie stark sind Sie in dem Lebensbereich Wohnen eingeschränkt?	<p>1 = sehr stark</p> <p>2 = stark</p> <p>3 = mittel</p> <p>4 = weniger stark</p> <p>5 = gar nicht</p> <p>6 = weiß nicht / trifft nicht zu</p> <p>7 = keine Angabe</p>
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ

<b>Entwicklungsprotokoll</b>	
	<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabedimension Wohnen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist die möglichst freie Wahl des Wohnortes für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Vertragsfreiheit der Vermieterinnen und Vermieter.</li> <li>▪ Das Angebot an spezifischen Wohnmöglichkeiten und der Verbesserungsbedarf hinsichtlich angepasster Wohnmöglichkeiten sind regional sehr unterschiedlich, besonderer Verbesserungsbedarf besteht in ländlichen Regionen.</li> <li>▪ Die Erfassung der Wohnsituation ist relevant und sollte vom Leistungserbringer in standardisierter Form erfolgen. Auch hier besteht noch Verbesserungsbedarf.</li> </ul>
	<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass der Lebensbereich Wohnen für die Patientinnen und Patienten von herausragender Bedeutung ist und dass es häufig eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Wohnsituation und dem diesbezüglichen Bedürfnis der Patientin / des Patienten gibt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass gerade die Kombination eines subjektiven und eines objektiven Indikators diese Diskrepanz erst aufzeigen kann.</li> <li>▪ Es besteht Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem auch das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <p>Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</p>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)“

Bezeichnung	Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Status der Wohnsituation (für die Teilhabedimension Wohnen) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der Status der Wohnsituation durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>9</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>10</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können jedoch vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).</p>

<sup>9</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>10</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?blob=publicationFile&v=7> (abgerufen am: 21.09.2017).

<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Wohnsituation entsprechend Art. 19 UN-BRK eine möglichst unabhängige Lebensführung gewährleisten.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der Wohnsituation die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder bei der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen.
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion of adults in contact with secondary mental health services living independently, with or without support (NHS) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, Department of Health and Social Care (2018): The Adult Social Care Outcomes Framework 2018/19. Handbook of Definitions. [Stand:] March 2018. London: Department of Health and Social Care. URL: <a href="https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/687208/Final_ASCOF_handbook_of_definitions_2018-19_2.pdf">https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/687208/Final_ASCOF_handbook_of_definitions_2018-19_2.pdf</a> (abgerufen am: 28.05.2018).</li> </ul> </li> <li>▪ Housing status <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatric Services</i> 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.</li> </ul> </li> <li>▪ % of service users living in appropriate and affordable housing <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013): Embracing performance measurement in mental health services. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 30(3): 209-219. DOI: 10.1017/ipm.2013.3.</li> </ul> </li> <li>▪ the proportion of adults receiving secondary mental health services in settled accommodation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, DH [Department of Health] (2008): Refocusing the Care Programme Approach. Policy and Positive Practice Guidance. [Stand:] March 2008. London: GOV.UK, DH. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf</a> (abgerufen am: 31.05.2018).</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beurteilung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen bei Schizophrenie – Bedarf                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ Beurteilung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen bei Schizophrenie – Bedarfsdeckung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Status der Wohnsituation Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)	Wohnen Sie derzeit ... 1 = als Mieter in einer Wohnung 2 = in Ihrer Eigentumswohnung bzw. im eigenen Haus 3 = in der Wohnung bzw. im Haus Ihrer Eltern 4 = im betreuten Einzelwohnen für Menschen mit Behinderungen 5 = in einer betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen 6 = in einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft 7 = in einer Gastfamilie oder Pflegefamilie 8 = in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen 9 = in einem Pflegeheim oder Altenheim 10 = ohne festen Wohnsitz 11 = sonstiges
	Wenn die Patientin / der Patient als Mieterin / Mieter in einer Wohnung, in Eigentumswohnung / eigenem Haus oder bei den Eltern lebt:	Wohnen Sie ... 1 = alleine 2 = mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner (mit oder ohne Kinder) 3 = mit Ihren Eltern 4 = in einer Wohngemeinschaft / WG
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ



Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabedimension Wohnen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist die möglichst freie Wahl des Wohnortes für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Vertragsfreiheit der Vermieterinnen und Vermieter.</li> <li>▪ Das Angebot an spezifischen Wohnmöglichkeiten und der Verbesserungsbedarf hinsichtlich angepasster Wohnmöglichkeiten sind regional sehr unterschiedlich, besonderer Verbesserungsbedarf besteht in ländlichen Regionen.</li> <li>▪ Die Erfassung der Wohnsituation ist relevant und sollte vom Leistungserbringer in standardisierter Form erfolgen. Auch hier besteht noch Verbesserungsbedarf.</li> </ul>
	<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass der Lebensbereich Wohnen für die Patientinnen und Patienten von herausragender Bedeutung ist und dass es häufig eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Wohnsituation und dem diesbezüglichen Bedürfnis der Patientin / des Patienten gibt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass gerade die Kombination eines subjektiven und eines objektiven Indikators diese Diskrepanz erst aufzeigen kann und folglich konkrete Bedarfe ableitbar sind.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen die Erforderlichkeit, ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ zu ergänzen, um auch diese Situation von Patientinnen und Patienten explizit erfassen zu können. Der Teilhabesurvey des BMAS selbst adressiert Wohnungslose nicht unmittelbar und sieht daher kein Datenfeld dafür vor.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li> <li>▪ Ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ wird ergänzt.</li> </ul>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Bäumel, J; Brönnner, M; Baur, B; Pitschel-Walz, G; Jahn, T (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus. ISBN: 978-3-7841-2910-5.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. [Stand:] 25.10.2005. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien\\_rehazugang\\_lta.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien_rehazugang_lta.pdf) (abgerufen am: 13.12.2017).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.

- Engels, D; Engel, H; Schmitz, A (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. [Stand:] Dezember 2016. Bonn: BMAS [Bundesministerium für Arbeit und Soziales]. URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=C6B5BC5B4C041F2DFD81100F0393ED91?\\_blob=publicationFile&v=9](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=C6B5BC5B4C041F2DFD81100F0393ED91?_blob=publicationFile&v=9) (abgerufen am: 30.05.2018).
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- infas [Institut für angewandte Sozialwissenschaft] (2018): Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bonn: infas. URL: <https://www.infas.de/neuigkeit/teilhabe-von-menschen-mit-behinderung/> (abgerufen am: 30.05.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Leung, WW; Bowie, CR; Harvey, PD (2008): Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 14(3): 479-488. DOI: 10.1017/s1355617708080600.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [Summary]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Full Guideline]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Novick, D; Haro, JM; Suarez, D; Perez, V; Dittmann, RW; Haddad, PM (2010): Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 176(2-3): 109-113. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.
- Riedel-Heller, SG; Becker, T (2017): Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Hauth, I; Falkai, P; Deister, A: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 175-183. ISBN: 978-3-95466-285-2.
- Schröder, H; Schäfers, M; Kersting, A (2017): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen [*Zwischenbericht*]. [Stand:] September 2017. (Forschungsbericht, 492). Bonn: BMAS [Bundesministerium für Arbeit und Soziales]. URL: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf?blob=publicationFile&v=1> (abgerufen am: 30.05.2018).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: AVALIA-T 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).