



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

**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
	Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	stationär/teilstationär	Ergebnisqualität
	Statuserhebung 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, Indikatorentwürfen 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, Indikatorentwurf (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 Versorgungspersonen 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.

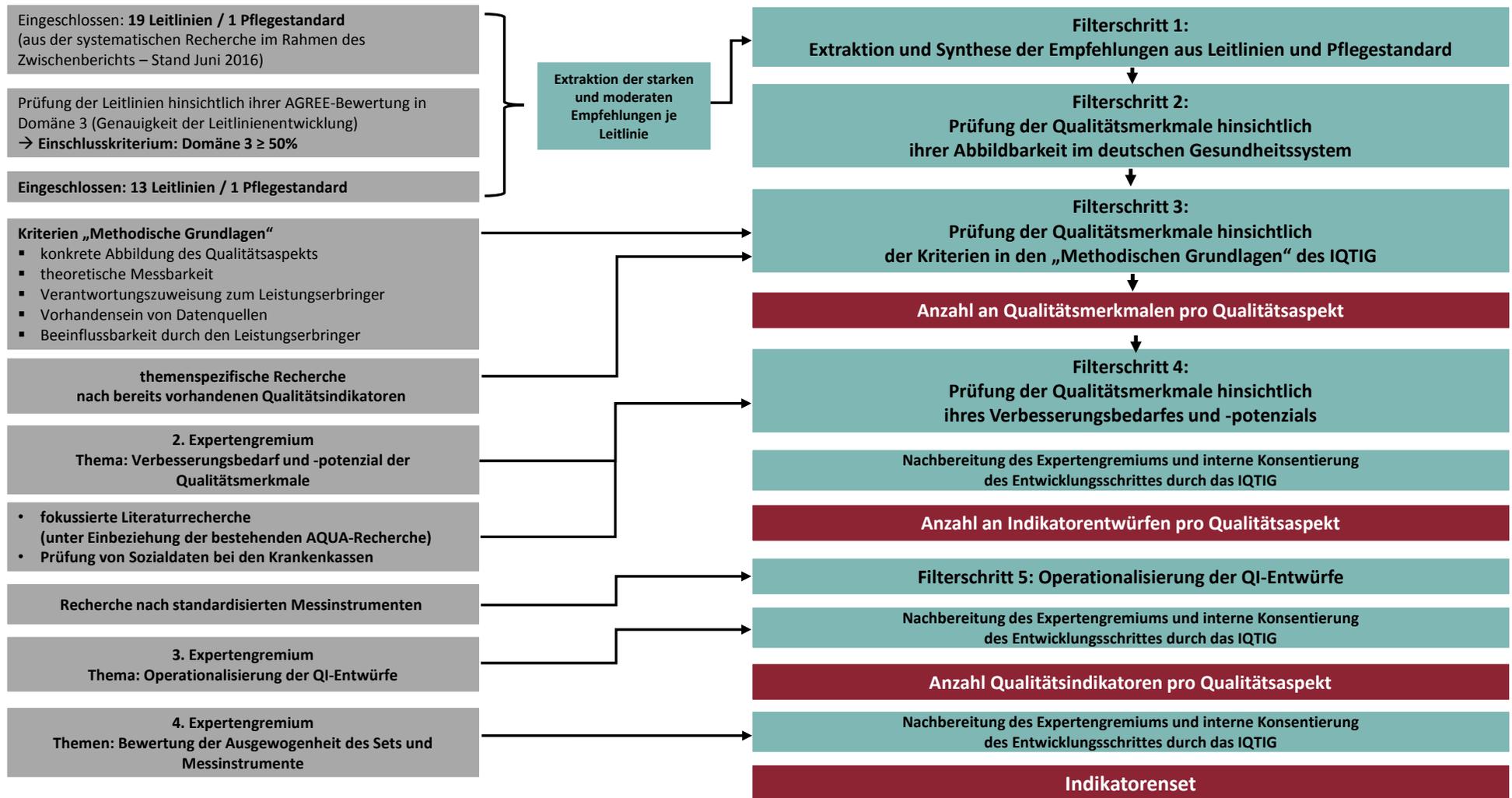


Abbildung 1: Prozessablauf vom Qualitätsmodell zum Indikatorenset

### **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 Rationalen 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	Gesamt-bewertung
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 (Schizotype 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 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.
- 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>		
	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 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>

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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.</li></ul>
--	--

## **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> <p><u>Beachte:</u> Der Indexaufenthalt ist immer der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr.</p>
<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>				
<b>Indikatorberechnung</b>					
<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>				
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>					
	<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 1398 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 1398 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>				
<b>Entwicklungsprotokoll</b>					

**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></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> <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 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><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](https://www.nhs.uk/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, glycemie 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 1760 1203 1845">Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?</td> <td data-bbox="1203 1760 1390 1845">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
Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="552 1856 1203 1935">Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?</td> <td data-bbox="1203 1856 1390 1935">0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	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 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>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>
	<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>
	<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>
	<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		
	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>	
	<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>	
	<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 hier von 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 Indikatorergebnis</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 Ergebnismeldung</b>	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
<b>Instrument</b>	stationäre/teilstationäre 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>									
	<table border="1"> <tr> <td>Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>2 Absichtliche Selbstverletzung</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum</td> <td>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</td> </tr> </table>	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
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	<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	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, unruhigstiftendes 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).

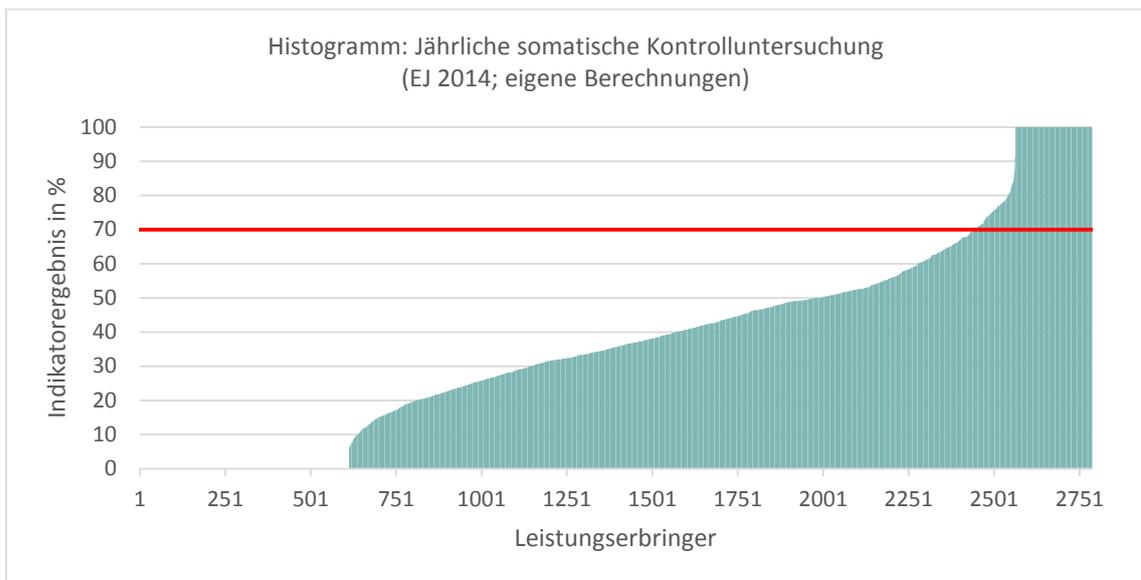


Abbildung 2: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“; Erfassungsjahr 2014

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).

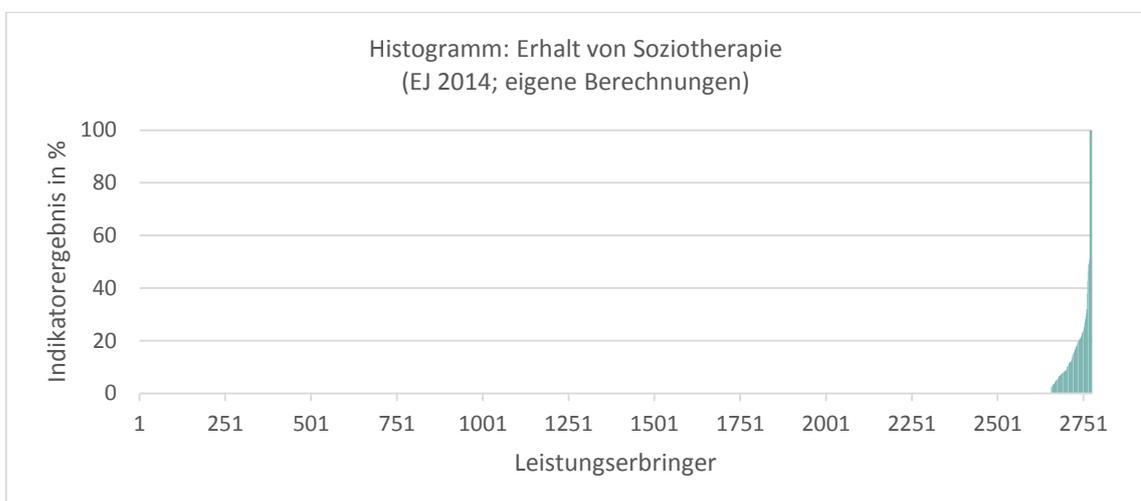


Abbildung 3: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014

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).

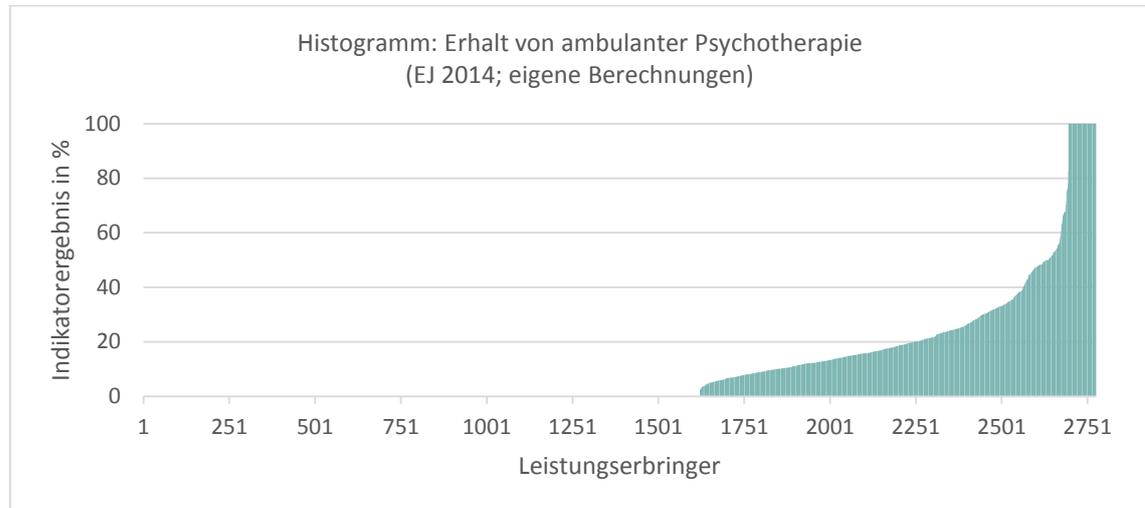


Abbildung 4: Verteilung der Ergebnisse auf Leistungserbringerebene für den Indikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“; Erfassungsjahr 2014

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.

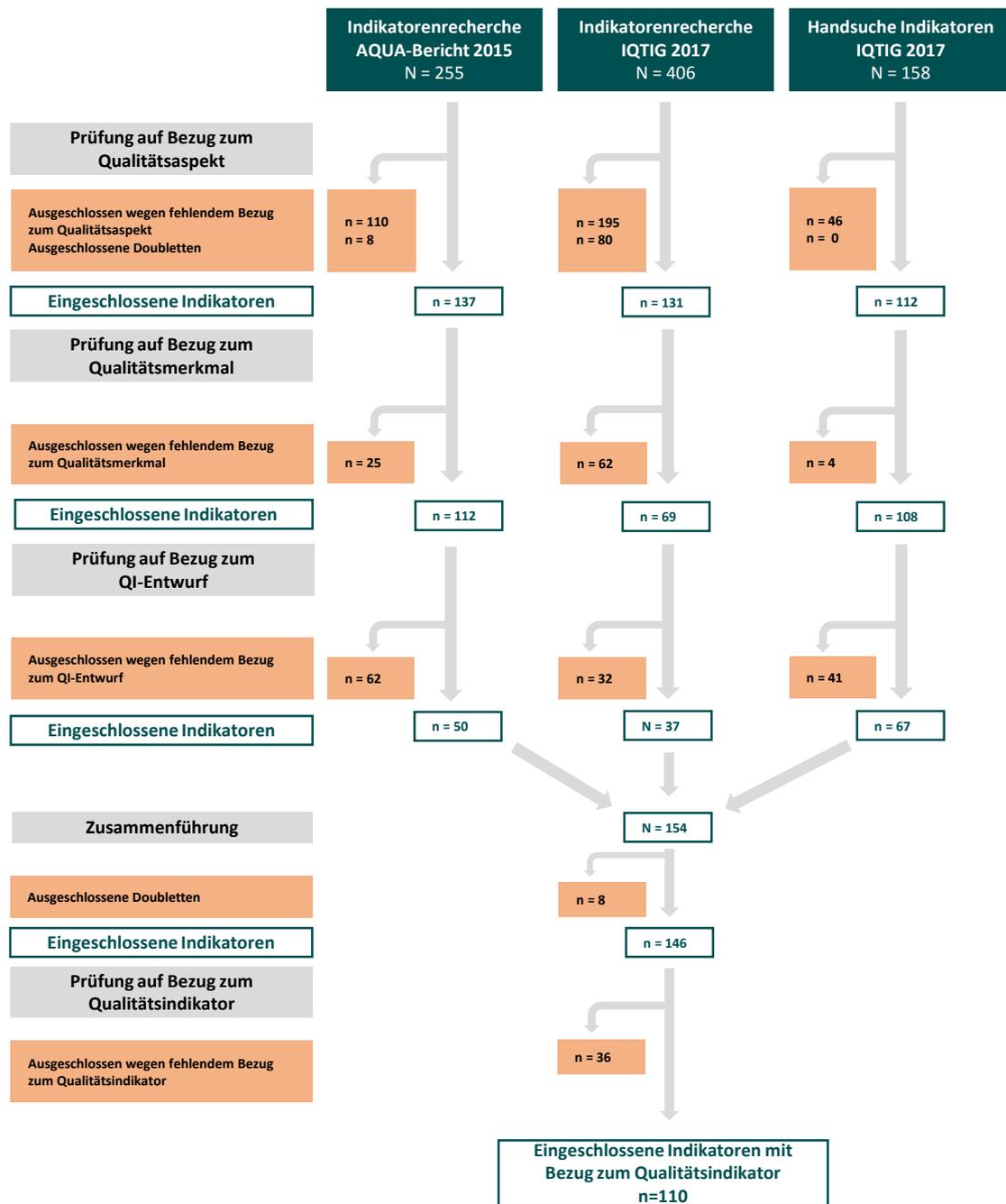


Abbildung 5: Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren

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, Erhaltungs-therapie 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 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).

### **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 Statuserhebung 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\\_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) (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.
- Laloux, 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; 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; 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.