



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

---

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

Abschlussbericht

---

Stand: 10. Februar 2016

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

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

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

19. Juni 2014

**Datum der Abgabe:**

14. Dezember 2015

Redaktionelle Überarbeitung am 10. Februar 2016

**Signatur:**

14-SQG-34d

**Hinweis:**

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

**Anschrift des Herausgebers:**

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

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

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

5.4	Würdigung des Indikatorensets.....	131
5.5	Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset .....	139
5.6	Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragung .....	140
5.6.1	Potenziale einer Patientenbefragung.....	140
5.6.2	Potenziale einer Angehörigenbefragung .....	142
6	Erhebungsinstrumente und Dokumentation.....	143
6.1	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	144
6.1.1	Datenselektion.....	144
6.1.2	Datenfelder.....	144
6.1.3	Dokumentationsqualität.....	145
6.2	Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation.....	145
6.2.1	Dokumentationspflichtige Fälle.....	145
6.2.2	Datenfelder.....	145
6.2.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	146
6.3	Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation .....	146
6.3.1	Dokumentationspflichtige Einrichtungen.....	146
6.3.2	Datenfelder.....	146
6.3.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	146
6.4	Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation .....	147
6.4.1	Dokumentationspflichtige Einrichtungen.....	147
6.4.2	Datenfelder.....	147
6.4.3	Prüfung der Dokumentationsqualität .....	147
7	Umsetzung .....	148
7.1	Erhebungsformen .....	148
7.1.1	Stichprobe versus Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit .....	148
7.1.2	Länderbezogenes versus bundesbezogenes Verfahren .....	148
7.2	Auswertungskonzept.....	149
7.2.1	Indikatoren zur Berichterstattung.....	150
7.2.2	Berichtsarten.....	151
7.2.3	Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten.....	153
7.2.4	Auswertungen.....	156
7.3	Instrumente der Qualitätsförderung.....	167
7.3.1	Stellungnahmeverfahren .....	168
7.3.2	Weitere Empfehlungen.....	171
7.4	Schritte bis zum Regelbetrieb .....	172
7.4.1	Empfehlung zur erweiterten Machbarkeitsprüfung.....	172
7.4.2	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	173

7.4.3	Themenspezifische Bestimmung.....	173
7.4.4	Spezifikationserstellung.....	173
7.4.5	Möglicher zeitlicher Ablauf bis zum Regelbetrieb .....	174
7.5	Dokumentation und Datentransfer.....	174
7.5.1	Fallbezogene QS-Dokumentation (stationär) .....	174
7.5.2	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär und ambulant).....	174
7.5.3	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	175
7.5.4	Sollstatistik.....	175
7.5.5	Konformitätserklärung.....	175
7.5.6	Weitere Aspekte zu Dokumentation und Datentransfer.....	175
7.6	Weitere Empfehlungen.....	176
8	Prüfung zur ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation.....	178
8.1	Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich .....	178
8.2	QS-Auslösung im ambulanten Bereich .....	182
8.2.1	Dokumentationspflichtige Fälle.....	182
8.2.2	Sensitivität und Spezifität der QS-Auslösung von Patienten mit einer F2-Diagnose.....	183
8.2.3	Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen .....	185
8.2.4	Umsetzbarkeit unter veränderten Bedingungen .....	185
8.2.5	Weitere erkrankungs- und versorgungsspezifische Überlegungen zur QS-Auslösung im ambulanten Bereich.....	186
8.3	Dokumentation und Datentransfer.....	186
8.3.1	Aufbau einer QS-Dokumentation.....	186
8.3.2	Datentransfer .....	187
9	Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe .....	189
9.1	Methodischer Ausgangspunkt.....	189
9.1.1	Definition schwerer und schwerster Verläufe .....	189
9.1.2	Berechnung von Subpopulationen.....	190
9.2	Ergebnisse für den ambulanten Bereich.....	191
9.3	Ergebnisse für den stationären Bereich.....	194
9.4	Diskussion .....	195
10	Fazit .....	197
	Glossar.....	199
	Literaturverzeichnis.....	207

# Tabellenverzeichnis

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

Tabelle 30: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an stationäre Leistungserbringer .....	163
Tabelle 31: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten an die stationären Leistungserbringer	164
Tabelle 32: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an ambulante Leistungserbringer .....	166
Tabelle 33: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten für die ambulanten Leistungserbringer .....	167
Tabelle 34: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung bezieht.....	168
Tabelle 35: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung und die regionale Versorgung bezieht .....	169
Tabelle 36: Übersicht zum vorgeschlagenen Stellungnahmeverfahren.....	170
Tabelle 37: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener risikorelevanter Einschränkungen.....	191
Tabelle 38: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen .....	193
Tabelle 39: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen .....	194
Tabelle 40: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen .....	195
Tabelle 41: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen.....	195

## Abbildungsverzeichnis

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

# Abkürzungsverzeichnis

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

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

# Kurzfassung

## Hintergrund und Auftrag

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

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

## Umfang und Inhalt des Auftrags

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

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

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

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

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

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

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

## Methoden

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

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

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

## Ergebnisse

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

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

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

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

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

Tabelle 1: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

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

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

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

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

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

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

## Umsetzung und Empfehlungen

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

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

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

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

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

# 1 Hintergrund

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

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

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

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

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

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

## 2 Auftrag

### 2.1 Auftrag vom 15. März 2012

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

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

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

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

### 2.2 Ergebnisse der Konzeptskizze

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

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

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

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

## 2.3 Auftragskonkretisierung

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

### 2.3.1 Inhalt und Umfang der Beauftragung

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

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

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

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

### 2.3.2 Datengrundlage

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

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Patientenbefragung**

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

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

### **2.3.3 Schrittweise Entwicklung**

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

Der erste Schritt umfasst:

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

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

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

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

Die folgende Abbildung verdeutlicht die beiden Entwicklungsschritte schematisch:

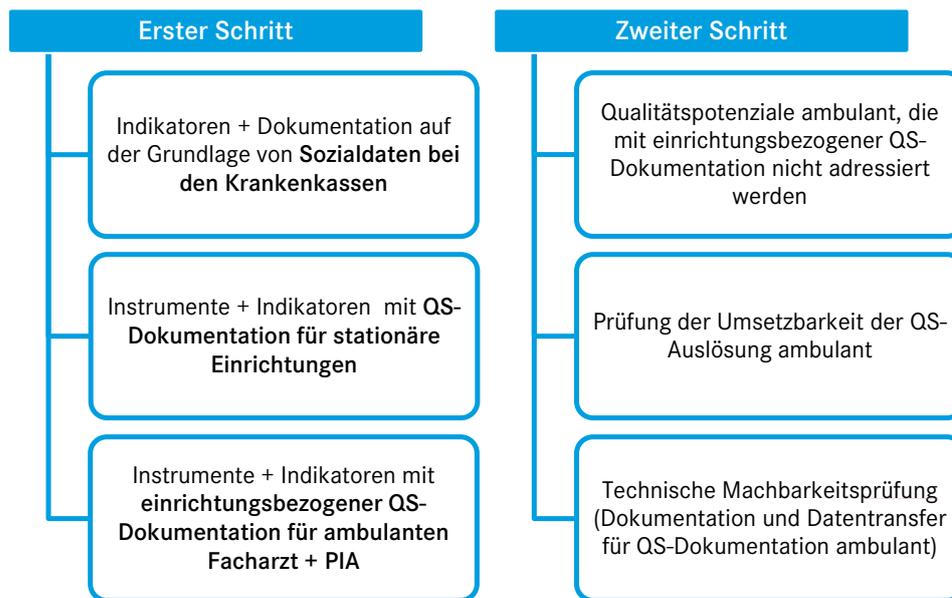


Abbildung 1: Beauftragte Entwicklungsschritte

## 2.4 Projektierung

### 2.4.1 Projektteam

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

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

### 2.4.2 Zeitplan

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

Tabelle 2: Zeitplan

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

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

## 3 Themenerschließung

### 3.1 Recherchen

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

#### 3.1.1 Evidenzrecherche

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

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

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

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

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

#### 3.1.2 Expertengespräche

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

---

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

Tabelle 3: Benannte Experten für Expertengespräche

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

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

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

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

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

### 3.1.3 Empirische Analysen

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

#### Zielsetzungen

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

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

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

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

### Datenbasis

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

Tabelle 4: Übersicht über die beantragten Routinedaten

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

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

### Einschränkungen des Datenpools

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

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

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

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

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

### **Definition der Grundgesamtheit**

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2 Erkrankung und Population

### 3.2.1 Krankheitsbild

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

Tabelle 5: Diagnosen der Diagnosegruppe F20.- bis F29

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

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

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

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

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

Die Diagnostik von Schizophrenie erfolgt anhand von Symptomen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2.2 Versorgungsepidemiologie

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

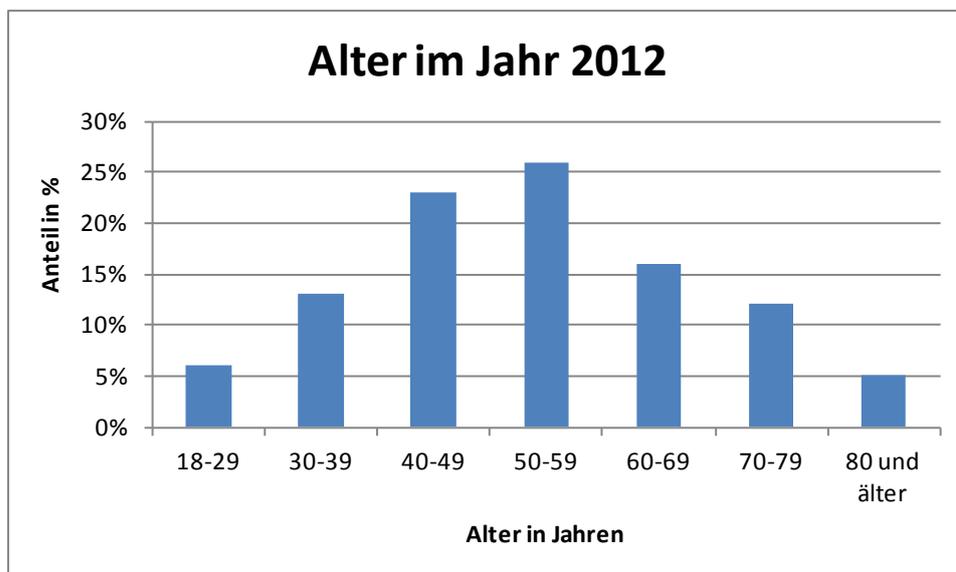


Abbildung 2: Altersverteilung von Patienten mit F2-Diagnosen

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

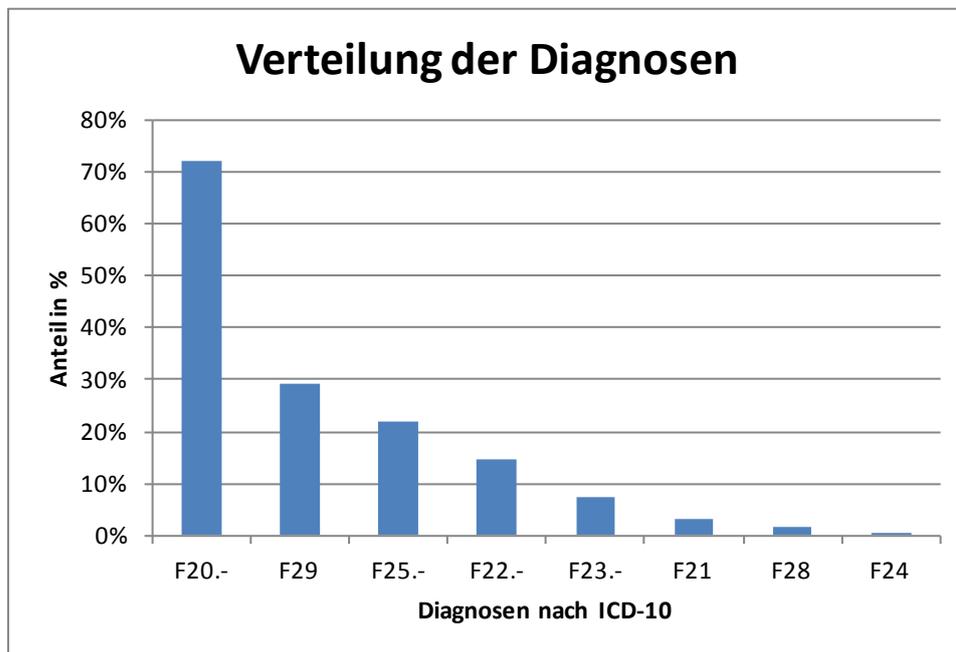


Abbildung 3: Verteilung der verschiedenen F2-Diagnosen

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

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

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

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

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

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

### 3.2.3 Versorgungspfad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

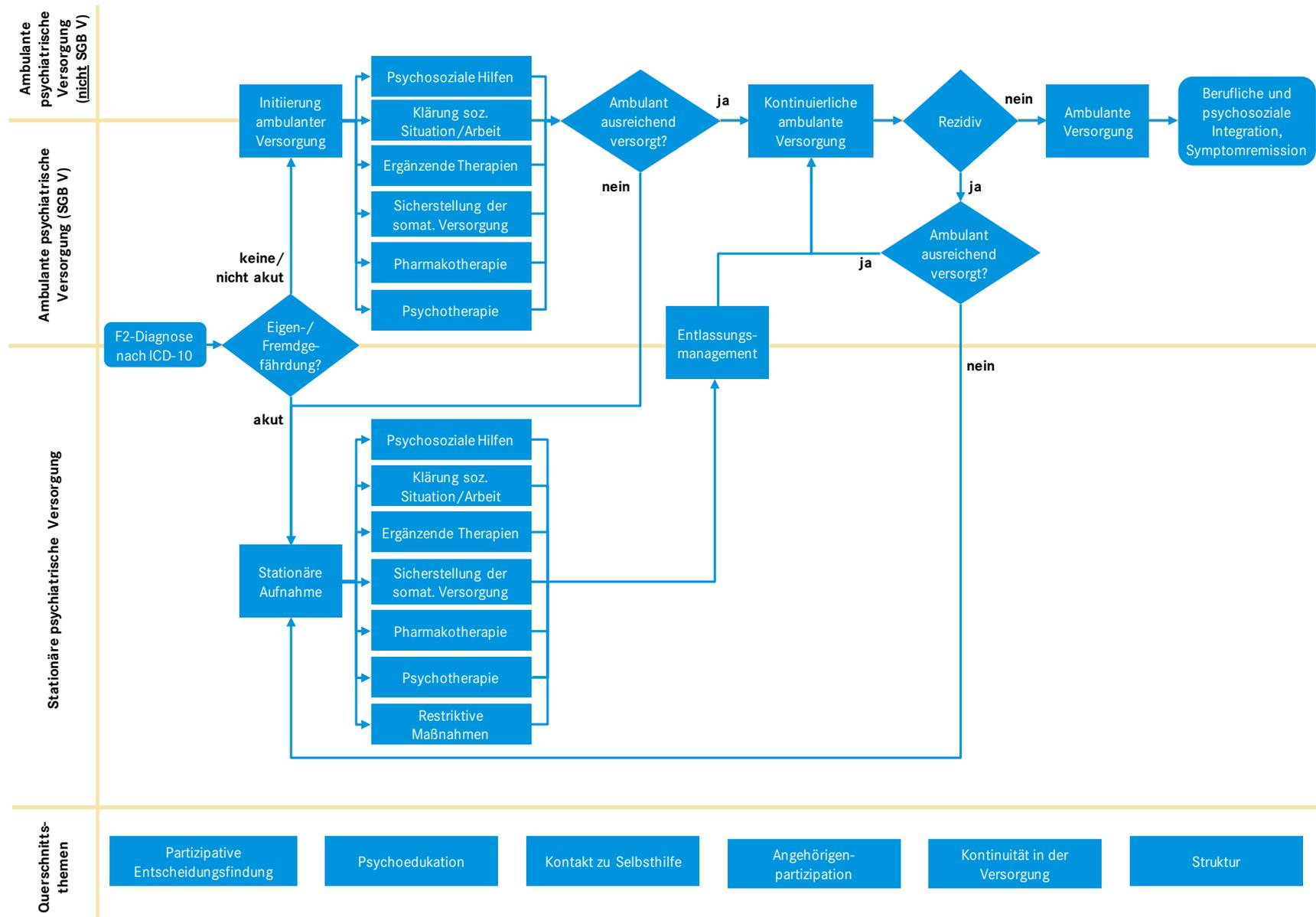


Abbildung 4: Versorgungspfad

### 3.2.4 Versorgungsziele

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

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

Zu den Endpunkten, die angestrebt werden, zählen:

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

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

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

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

## 3.3 Rahmenbedingungen

### 3.3.1 Gesetzlicher Rahmen

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3.2 Akteure der Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.4 Qualitätspotenziale

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

### 3.4.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Entlassungsmanagement**

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

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

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

### **Soziale Hilfen**

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

## Ergänzende Therapien

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

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

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

### 3.4.2 Pharmakotherapie

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

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

---

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

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

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

**Legende:**

+ = Empfehlung

+/- = eingeschränkte Empfehlung

- = Leitlinie empfiehlt dies nicht

k.A. = nicht thematisiert

\* bezieht sich nur auf die Kombination zweier atypischer Antipsychotika

\*\* in der ausführlichen Darstellung der Empfehlungen werden mehrfach Atypika aufgrund des Nebenwirkungsprofils favorisiert, in den generellen Empfehlungen nicht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.4.3 Somatische Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.4.4 Restriktive Maßnahmen

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

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

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

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

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

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

### 3.4.5 Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

### 3.4.6 Empowerment und Angehörigenbeteiligung

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

#### Psychoedukation

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

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

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

#### Partizipative Entscheidungsfindung

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

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

## Angehörigenpartizipation

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

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

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

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

## Kontakt zu Selbsthilfegruppen

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

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

### 3.4.7 Strukturbezogene Potenziale

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

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

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

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

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

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

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

### **Personal**

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

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

### **Regionale Versorgungsstruktur**

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

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

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

---

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

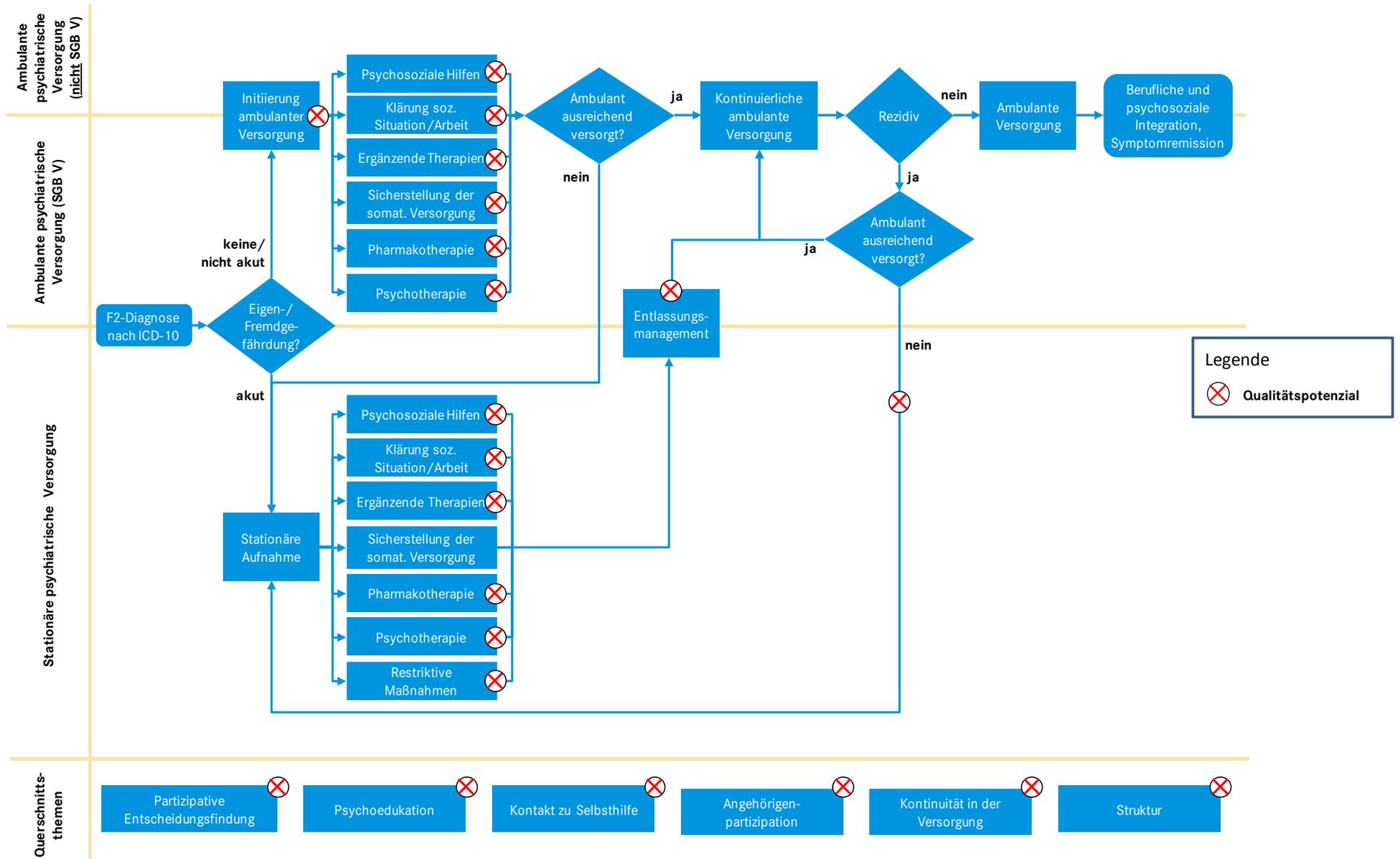


Abbildung 5: Versorgungspfad mit Qualitätspotenzialen

### 3.4.8 Patientenrelevante Endpunkte

#### Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus

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

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

#### Integration in den Arbeitsmarkt

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

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

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

#### Vermeidung von Hospitalisierung

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

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

## Vermeidung des Einzugs in ein Heim

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

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

## Vermeidung von vorzeitiger Sterblichkeit

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

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

## 3.5 Exkurs: Qualitätspotenzialanalyse PIA

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

### 3.5.1 Datengrundlage

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

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

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

## Datenprüfung

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

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

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

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

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

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

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

### Charakterisierung der PIA-Grundgesamtheit

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

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

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

### 3.5.2 Qualitätspotenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

Tabelle 10: Übergangszeiten stationärer Fälle zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.6 Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

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

Tabelle 11: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale

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

#### Legende:

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

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

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

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

### 3.6.1 Koordination, Kooperation und Kontinuität

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

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

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

### 3.6.2 Pharmakotherapie

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

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

### **3.6.3 Somatische Versorgung**

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

### **3.6.4 Restriktive Maßnahmen**

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

### **3.6.5 Psychotherapie**

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

### **3.6.6 Empowerment und Angehörigenpartizipation**

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

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

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

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

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

### **3.6.7 Strukturbezogene Potenziale**

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

### **3.6.8 Patientenrelevante Endpunkte**

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

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

## 4 Erstellung des Indikatorenregisters

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

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

### 4.1 Indikatorenrecherche

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

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

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

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

#### 4.1.2 Systematische Literaturrecherche nach Indikatoren

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

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

##### Inhaltliche Ausschlusskriterien:

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

**Formale Einschlusskriterien:**

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

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

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

**4.1.3 Themenspezifisch relevante Indikatoren**

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

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

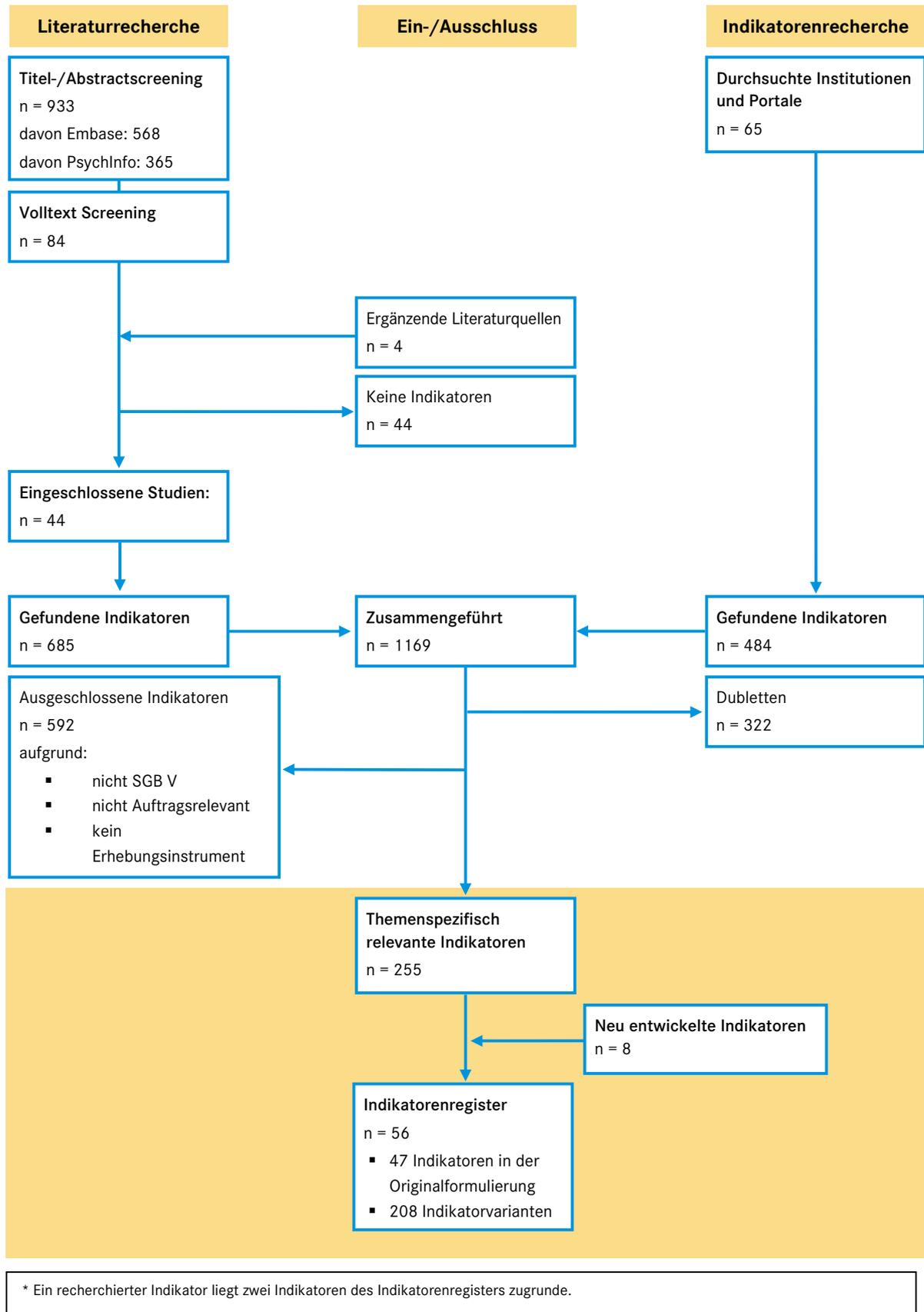


Abbildung 6: Ergebnisse der Indikatorenrecherche

## 4.2 Systematische Literaturrecherche nach ergänzender Literatur

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

### 4.2.1 Suchbegriffe

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

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

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

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

### 4.2.2 Ergebnisse

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

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

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

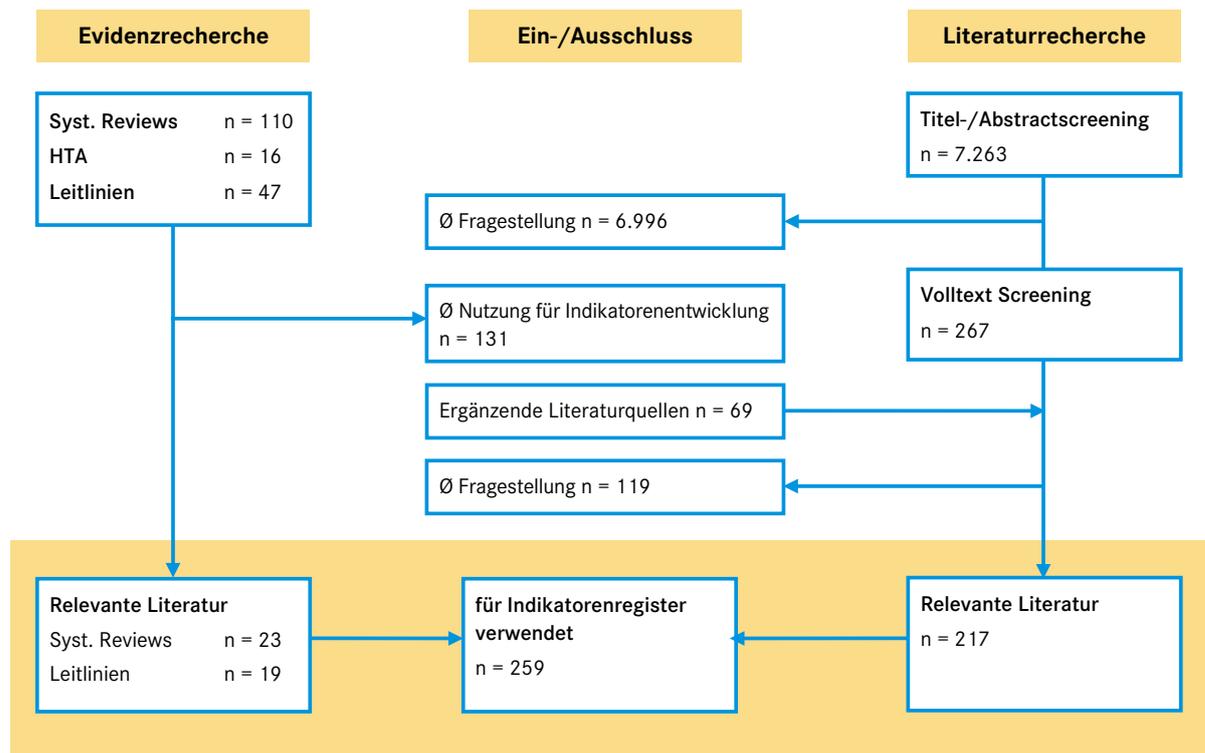


Abbildung 7: Ergebnisse der Evidenz- und Literaturrecherche

## 4.3 Indikatorenregister

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

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

### 4.3.1 Recherchierte Indikatoren

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

### 4.3.2 Neu entwickelte Indikatoren

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

### 4.3.3 Ergebnis

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

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

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

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

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

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

## 5 Auswahl und Bewertung des Indikatorenregisters

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

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

Abbildung 8: Ablauf des RAM-Prozesses

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

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

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

## 5.1 Auswahl und Zusammensetzung des RAM-Panels

### 5.1.1 Zusammensetzung des RAM-Panels

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

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

Tabelle 13: Zusammensetzung des RAM-Panels

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

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

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

### 5.1.2 Interessenkonflikte

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

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

### 5.1.3 Auftaktveranstaltung

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

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

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

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

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

## 5.2 Ergebnisse

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

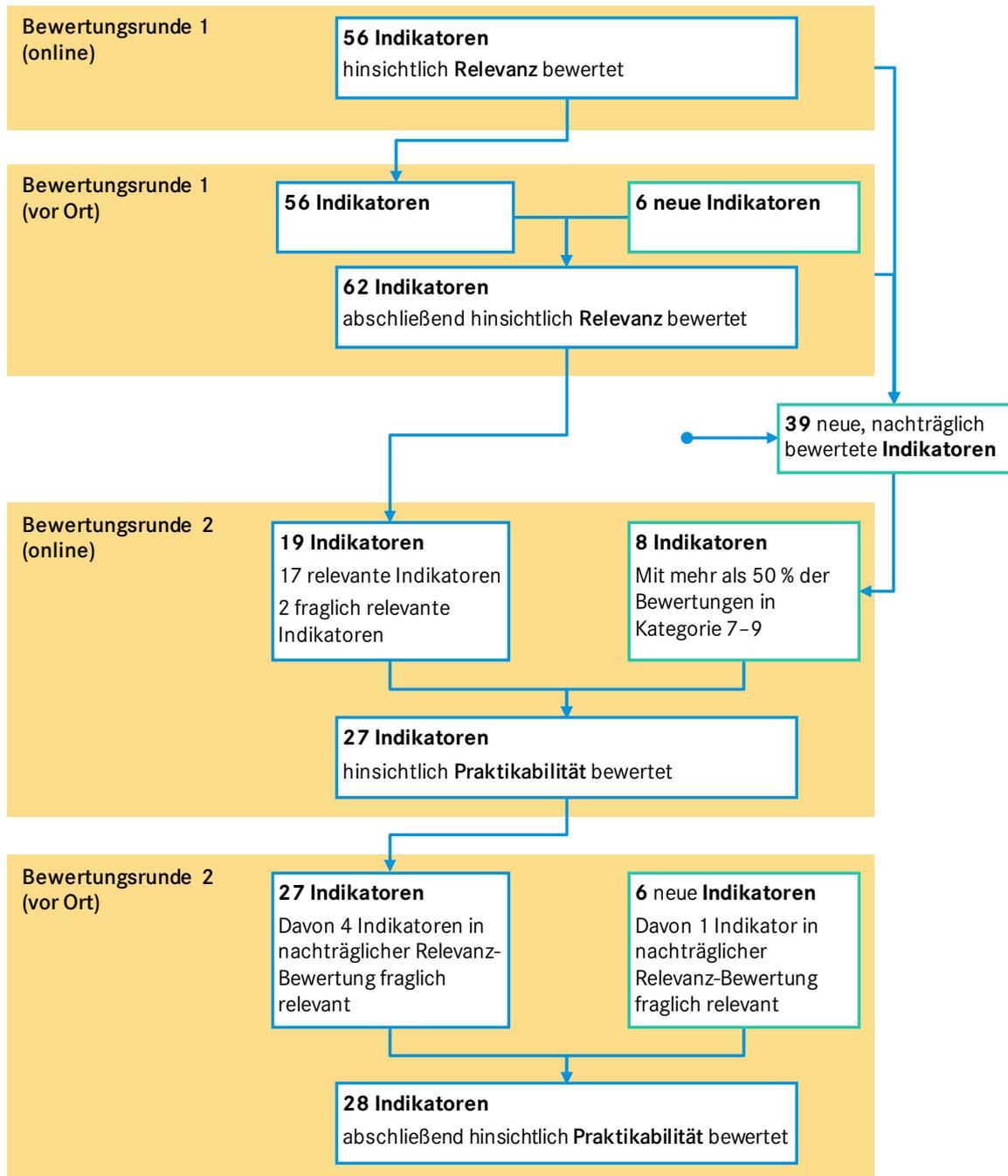


Abbildung 9: Übersicht zum Verlauf der Indikatorenbewertung

## 5.2.1 Bewertung der Relevanz

### Bewertungsrunde 1 (online)

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

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

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

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

### Bewertungsrunde 1 (Paneltreffen)

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

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

Die Modifikationen umfassten vornehmlich:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 14: Relevante Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen

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

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

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

### Ausgeschlossene Indikatoren

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

Tabelle 15: Ausgeschlossene Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen

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

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

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

### Koordination, Kooperation und Kontinuität

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

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

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

Der Indikator 01 wurde als *relevant* bewertet.

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

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

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

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

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

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

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

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

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

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

## Somatische Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### Restriktive Maßnahmen

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

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

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

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

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

### Psychotherapie

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

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

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

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

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

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

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

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

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

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

## Struktur

Zu Strukturqualität wurden 4 Indikatoren diskutiert und bewertet.

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

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

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

## Patientenrelevante Endpunkte

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

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

Kein Indikator wurde als *relevant* bewertet.

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

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

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

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

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

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

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

## Weitere Ergebnisse

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

## Nachgereichte Indikatoren (Zusatzbefragung Bewertungsrunde 1: Relevanz)

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

Tabelle 16: Übersicht über die nachgereichten Indikatoren

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

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

\*je nach Variante des Indikators

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

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

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

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

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

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

## 5.2.2 Bewertung der Praktikabilität

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Praktikable Indikatoren: 27
- Nicht praktikable Indikatoren: 0

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

## Bewertungsrunde 2 (Paneltreffen)

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

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

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

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

Dementsprechend entfiel für 4 Indikatoren die Notwendigkeit einer abschließenden Praktikabilitätsbewertung.

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

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

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

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

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

- Praktikable Indikatoren: 27
- Nicht praktikable Indikatoren: 1

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

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

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

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

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

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

Tabelle 17: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

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

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

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

## Ausgeschlossene Indikatoren

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

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

## Optionales Paneltreffen

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

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

### 5.2.3 Anregungen aus dem Panel

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

## Tageskliniken

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

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

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

Unter Berücksichtigung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Feedback zum Panelprozess**

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

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

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

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

### 5.3 Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.4 Würdigung des Indikatorensets

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

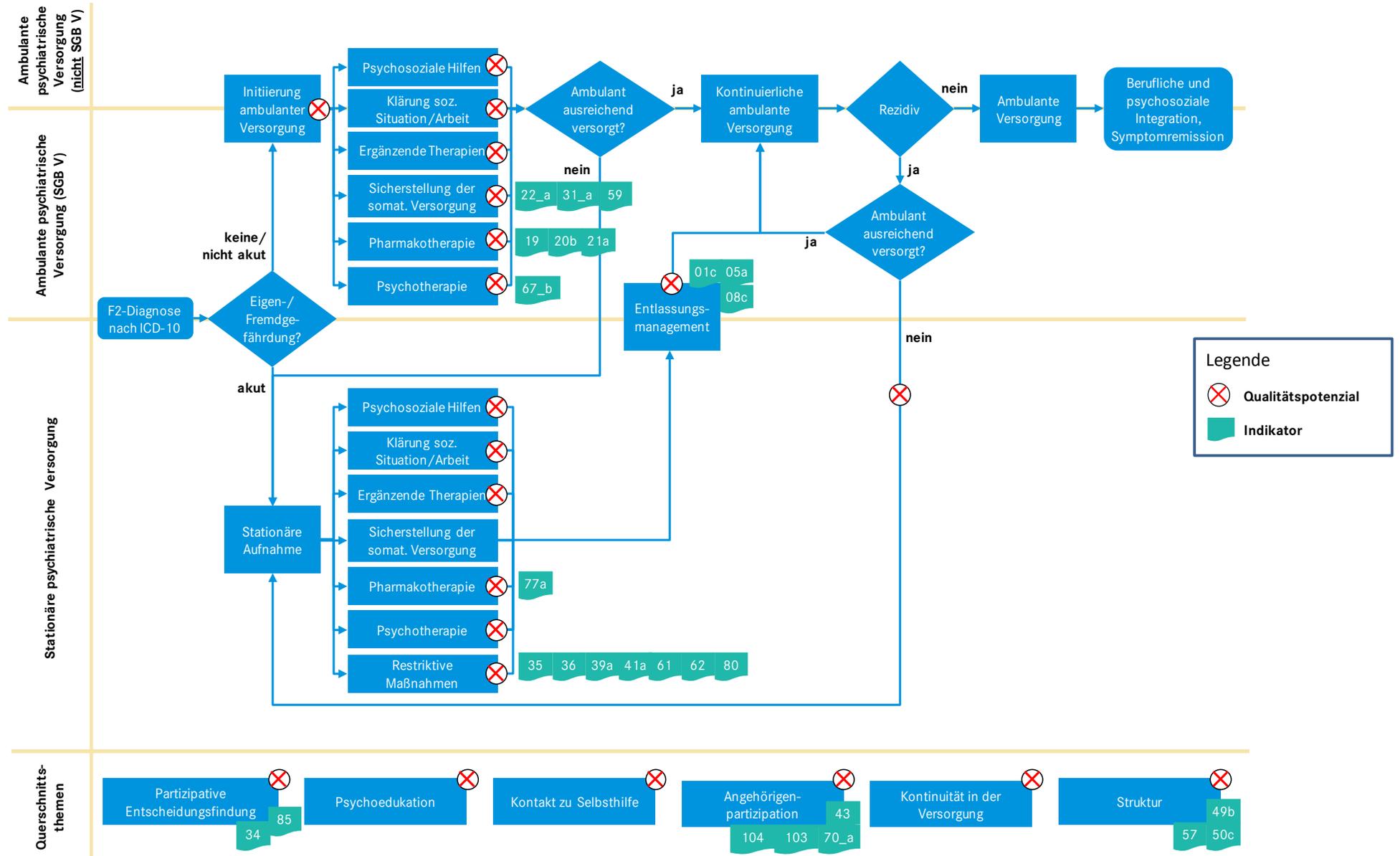


Abbildung 10: Versorgungspfad mit relevanten und praktikablen Indikatoren

## Anmerkungen zur Ausgewogenheit des Indikatorensets

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

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

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

### Ergebnisindikatoren

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

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

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

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

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

### **Strukturindikatoren**

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

### **Prozessindikatoren**

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

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

### **Stationäre Indikatoren**

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

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

### **Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen**

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

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

### **Indikatoren zu Psychotherapie**

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

### **Sektorenübergreifende Indikatoren**

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

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

## 5.5 Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

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

Tabelle 18: Vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

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

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

## 5.6 Potenzial von Patienten- und Angehörigenbefragung zur Qualitätsmessung

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

### 5.6.1 Potenziale einer Patientenbefragung

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

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

#### Koordination, Kooperation und Kontinuität

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

#### Pharmakotherapie

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

#### Somatische Versorgung

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

#### Restriktive Maßnahmen

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

#### Psychotherapie

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

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

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

### **Strukturbezogene Potenziale**

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

### **Patientenrelevante Endpunkte**

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

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

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

### **Zusammenfassung**

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

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

### 5.6.2 Potenziale einer Angehörigenbefragung

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

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

## 6 Erhebungsinstrumente und Dokumentation

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

- Krankenkassen
- Leistungserbringer bzw. Einrichtungen.

### Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

Zur Erhebung der Indikatoren werden Daten aus folgenden Datenbeständen benötigt:

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

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

### QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

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

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

## 6.1 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

### 6.1.1 Datenselektion

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

#### Patientenfilter

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

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

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

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

#### Leistungs- und Medikationsfilter

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

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

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

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

### 6.1.2 Datenfelder

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

### 6.1.3 Dokumentationsqualität

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

## 6.2 Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

### 6.2.1 Dokumentationspflichtige Fälle

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

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

#### Sollstatistik

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

### 6.2.2 Datenfelder

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

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

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

### 6.2.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

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

## 6.3 Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

### 6.3.1 Dokumentationspflichtige Einrichtungen

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

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

### 6.3.2 Datenfelder

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

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

Tabelle 20: Anzahl der Fragen im Fragebogen für stationäre Einrichtungen

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

### 6.3.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer folgt in der grundsätzlichen Logik den etablierten fallbezogenen QS-Dokumentationen: Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, sollen auch hier – unabhängig von konkreten Auslöse- und Übertragungswegen – Prüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit bei Datenerfassung bzw. -export durchgeführt werden.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Für das Erhebungsinstrument „Einrichtungsbefragung“ sind nach unserer Einschätzung keine gesonderten Vorab-Validierungen erforderlich, da sie einen fachkundigen Personenkreis adressiert, der mit Dokumentationsvorgängen vertraut ist. Eine Überprüfung und ggf. Anpassung des Instrumentes kann auf Grundlage erster Ergebnisse erfolgen.

## 6.4 Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

### 6.4.1 Dokumentationspflichtige Einrichtungen

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

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

### 6.4.2 Datenfelder

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

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

Tabelle 21: Anzahl der Fragen im Fragebogen für ambulante Einrichtungen

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

### 6.4.3 Prüfung der Dokumentationsqualität

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer folgt in der grundsätzlichen Logik den etablierten fallbezogenen QS-Dokumentationen: Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, sollen auch hier – unabhängig von konkreten Auslöse- und Übertragungswegen – Prüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit bei der Datenerfassung bzw. beim Datenexport durchgeführt werden.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Für das Erhebungsinstrument „Einrichtungsbefragung“ sind nach unserer Einschätzung keine gesonderten Vorab-Validierungen erforderlich, da sie einen fachkundigen Personenkreis adressiert, der mit Dokumentationsvorgängen vertraut ist. Eine Überprüfung und ggf. Anpassung des Instrumentes kann auf Grundlage erster Ergebnisse erfolgen.

# 7 Umsetzung

## 7.1 Erhebungsformen

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

### 7.1.1 Stichprobe versus Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit

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

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

#### Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

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

#### Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

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

#### Ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

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

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

### 7.1.2 Länderbezogenes versus bundesbezogenes Verfahren

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

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

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

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

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

## 7.2 Auswertungskonzept

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

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

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

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

- Krankenkassen
- Leistungserbringer bzw. Einrichtungen

### 7.2.1 Indikatoren zur Berichterstattung

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.2.2 Berichtsarten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Bundesauswertung**

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

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

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

### 7.2.3 Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten

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

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

In Hinblick auf die Berichterstattungszeitpunkte sind folgende Fragen wichtig:

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

#### Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

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

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

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

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

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

### Export der Daten an die BAS

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

Tabelle 25: Datenlieferfristen von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle

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

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

### Vollzähligkeitsprüfung für Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

### Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.2.4 Auswertungen

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

### Bundeseinheitliche Rechenregeln

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Prozess- und Ergebnisverantwortung im ambulanten Bereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ID 01e: Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme

Innerhalb der Rückmeldeberichte sollen die beiden Follow-up-Indikatoren sowohl den ambulanten als auch den stationären Leistungserbringern zurückgemeldet werden. Die Indikatoren sollen wie folgt in den jeweiligen Rückmeldeberichten dargestellt werden:

- Die stationäre Einrichtung soll die Ergebnisse für alle Patienten erhalten, die von ihnen entlassen wurden. Dabei zählt jeder stationäre Aufenthalt als Indexaufenthalt.
- Der ambulante Leistungserbringer soll die Ergebnisse für alle Patienten erhalten, für die er als Hauptarzt definiert wurde und die im Erfassungsjahr einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt hatten, unabhängig davon ob der Patient innerhalb des Follow-up-Zeitraums zum Leistungserbringer Kontakt hatte.
- Nur für Indikator 05a: Die stationäre Einrichtung, die einen Patienten „wiederaufgenommen“ hat, soll keine Informationen darüber erhalten, ob der Patient vorher im Krankenhaus war. Der stationäre Aufenthalt wird für die wiederaufnehmende Einrichtung als neuer Indexaufenthalt gewertet und im Rückmeldebericht entsprechend in die Berechnung der Indikatoren einbezogen.

Die Grundgesamtheiten der Follow-up-Indikatoren der ambulanten und der stationären Einrichtungen unterscheiden sich voneinander. Daher sind unterschiedliche Indikatorergebnisse für den ambulanten und stationären Leistungserbringer möglich. In die Berechnung der Indikatoren für eine ambulante Einrichtung werden Informationen zu den Patienten des Hauptarztes widerspiegelt. Die stationären Einrichtungen erhalten Informationen zu allen Patienten, die durch ihre Einrichtung versorgt wurden. Haben eine stationäre und eine

ambulante Einrichtung Überschneidungen in ihrer Grundgesamtheit, muss daraus nicht resultieren, dass bei rechnerischen Auffälligkeiten einer Einrichtung auch gleichzeitig die andere Einrichtung rechnerisch auffällig wird.

### **Auswertung der Indikatoren der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation beziehen sich ausschließlich auf die stationäre Behandlung und enthalten kein Follow-up. Daher sind keine Besonderheiten für die Auswertung zu berücksichtigen und jede dokumentierende stationäre Einrichtung erhält die Auswertung zu ihren Fällen.

### **Auswertung der Indikatoren der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beziehen sich ausschließlich auf die stationäre Einrichtung und setzen sich aus jeweils einem Datenfeld für Zähler und Nenner zusammen. Daher sind keine Besonderheiten für die Auswertung zu berücksichtigen. Jede dokumentierende stationäre Einrichtung erhält die Auswertung zu ihrer stationären einrichtungsbezogenen Befragung.

### **Auswertung der Indikatoren der ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation**

Die Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, sind durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese Fragen ggf. noch einmal in verschiedene Items (siehe Abschnitt 6.4.2) geteilt. Jede Frage hat dabei den gleichen Prozentanteil am Indikator. Besteht eine Frage aus mehreren Items, gehen diese ihrerseits mit dem gleichen Prozentanteil in den Gesamtwert der Frage bzw. des Indikators ein. Um den Indikator zu 100 % zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle Fragen positiv beantwortet werden.

Im Anhang D ist für alle Fragen bzw. Items der Prozentanteil am Indikator aufgeführt. Ebenso wird ein detailliertes Beispiel für die Berechnung eines Indikators gegeben. Unvollständige Datensätze („missing values“) und die damit einhergehende Auswertungsproblematik können durch die Implementierung von Plausibilitätsregeln gelöst werden, die hier in der Weise programmiert sein könnten, dass ein Leistungserbringer in allen Datenfeldern eine Angabe machen muss, bevor die QS-Dokumentation abgeschlossen werden kann.

### **Risikoadjustierung**

Ein wichtiges Ziel der entwickelten Qualitätsindikatoren ist der Einrichtungsvergleich. Ein fairer Vergleich der Qualität von medizinischen Leistungen und Behandlungsergebnissen verschiedener Einrichtungen kann für einen Teil der entwickelten Qualitätsindikatoren nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen zur Erzielung dieser Ergebnisse gleich sind. Dementsprechend ist die Berücksichtigung von patientenbezogenen Risiken, wie z.B. Alter oder Komorbiditäten, von erheblicher Bedeutung. Solche, vom Leistungserbringer nicht beeinflussbaren Risiken, können bewirken, dass trotz gleicher Qualität der erbrachten Leistung unterschiedliche Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren erzielt werden. So wird etwa ein Leistungserbringer, der viele Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten behandelt, im Einrichtungsvergleich ohne Risikoadjustierung trotz gleicher Behandlungsqualität schlechter abschneiden als ein anderer Leistungserbringer mit gesünderen Patienten.

Für das vorliegende QS-Verfahren konnten noch keine abschließenden Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden. Es wurde jedoch in den jeweiligen Indikatordatenblättern festgehalten, für welche Qualitätsindikatoren eine Risikoadjustierung notwendig ist und welche relevanten Risikoparameter in der Literatur genannt werden.

Für Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation wurden in der Literatur mögliche Risikofaktoren identifiziert, die anhand der Daten der ersten Verfahrensjahre überprüft und anhand derer Risikoadjustierungsmodelle für diese Indikatoren entwickelt werden sollen. Für Qualitätsindikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, werden die relevanten Daten über den Leistungsfilter selektiert.

Für folgende Indikatoren wird die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells vorgeschlagen:

- ID 01e: Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
- ID 19: Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
- ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie

- ID 2 1a: Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
- ID 35: Körperliche Übergriffe
- ID 36: Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
- ID 39: Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
- ID 59: Kontrolluntersuchungen
- ID 6 1: Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
- ID 62: Unterbringungen

### Exemplarischer Aufbau eines Rückmeldeberichts

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nach einheitlichen Vorgaben (Rechenregeln) von der BAS erstellt. Der Rückmeldebericht soll eine Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu denen der Vergleichsgruppe aufweisen, Entwicklungen im Vergleich zum vorherigen Betrachtungszeitraum sowie Verläufe zeigen und gut verständlich aufbereitet sein. Darüber hinaus soll der Rückmeldebericht auch Informationen zur Vollständigkeit der erhobenen Daten beinhalten. Unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Größe der Bundesländer dient die Bundesebene als Vergleichsgruppe, nachfolgend als „Bund“ bezeichnet. Die Darstellung der Indikatorenergebnisse inkl. der Referenzbereiche der Vergleichsgruppe soll im Rückmeldebericht differenziert für Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen erfolgen, z.B. getrennt nach Einrichtungen mit < 20 Fällen und ≥ 20 Fällen.

Über die Darstellung der Indikatorergebnisse hinaus enthalten die Rückmeldeberichte eine sogenannte Basisauswertung. Diese Auswertung umfasst ergänzende Analysen, die für eine Bewertung der Ergebnisse hilfreich sind, beispielsweise:

- Häufigkeiten der abgefragten Datenfelder der vom Leistungserbringer behandelten Patienten sowie aller abgefragten Codes (ICD/GOP-Kodes, PZN) des Leistungserbringers und Angaben zur Charakteristik des behandelten Patientenkollektivs, z.B. Geschlecht, Alter, Altersverteilung
- Darstellung abgefragter Codes als absolute Zahl und als Prozentwert
- Vollzähligkeit bzw. das Ergebnis der Vollzähligkeitsprüfung, so wie es von der jeweiligen Datenannahmestelle übermittelt wurde (vgl. §9 Abs. 2 Qesü-RL)

Für stationäre Einrichtungen soll die Basisauswertung weitere Angaben enthalten, z.B.:

- Wiederaufnahmen in dieselbe Einrichtung und in eine andere stationäre Einrichtung
- Anzahl der Zwangsmaßnahmen getrennt nach Fixierungen, Isolierungen, Immobilisieren durch Festhalten
- Anteil der verstorbenen Patienten
- Anteil der Patienten, für die psychotherapeutische Interventionen abgerechnet wurden<sup>29</sup>

Für ambulante Einrichtungen soll die Basisauswertung weitere Angaben enthalten, z.B.:

- Patienten mit Krankenhausaufenthalt im Erfassungsjahr
- Wirkstoffe der Listen PZN-Antipsychotika, PZN\_Benzo, PZN\_Psychotrop (siehe Anhang C.1), die durch andere Leistungserbringer verordnet wurden
- Anteil der verstorbenen Patienten
- Anteil der Patienten, für die psychotherapeutische Interventionen abgerechnet wurden<sup>30</sup>

Der Aufbau eines Rückmeldeberichts wird in Tabelle 26 dargestellt.

<sup>29</sup> OPS-Kodes 9-41 bis 9-412.4, 9-624.0 bis 9-633.c, 9642 und 9643.0 bis 9643.7 der Liste PSYCH\_OPS (vgl. Anhang C.1)

<sup>30</sup> GOP 22220 bis 23220 und 35150 bis 35225 der Liste PSYCH\_EBM (vgl. Anhang C.1)

Tabelle 26: Beispielhafter Aufbau eines Rückmeldeberichts an Leistungserbringer

Kapitelüberschrift	Inhalte
Inhaltsverzeichnis	Angabe der entsprechenden Kapitel mit Seitenzahlen
Einleitung	Rechtsgrundlage, Erläuterungen zum Bericht, Ansprechpartner
Übersicht über die Qualitätsindikatoren	Tabellarische Übersicht aller Qualitätsindikatoren nach Indikator-ID, Beschreibung, Referenzbereich, Ergebnis des Leistungserbringers und Ergebnis Bund
Qualitätsindikatoren im Einzelnen	<p>Für jeden einzelnen Qualitätsindikator erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbale Erklärung zu Namen, Indikator-ID, Grundgesamtheit, Zähler und Referenzbereich</li> <li>▪ Tabellarische Angaben zum Ergebnis des Qualitätsindikators, der Grundgesamtheit und des Zählers jeweils für Leistungserbringer und Bund inkl. der Angabe des Vertrauensbereichs</li> <li>▪ Ggf. Zusatzinformation zum Ergebnis bei relevanten Ergebnissen aus anderen Einrichtungen (vgl. Tabelle 27)</li> <li>▪ Grafische Darstellung des Indikatorendergebnisses jeweils für Leistungserbringer und Bund inkl. der Angabe des Vertrauensbereichs; das Gleiche auch für das Vorjahresergebnis</li> <li>▪ Grafische Darstellung der Indikatorenergebnisse aller Leistungserbringer, inkl. Streuung und Markierung des Ergebnisses des betreffenden Leistungserbringers, für den der Rückmeldebericht erstellt wird; Differenzierung zwischen Leistungserbringern (z.B.: mit &lt; 20 Fällen und <math>\geq</math> 20 Fällen)</li> <li>▪ Stratifizierungen und ergänzende Kennzahlen zum Indikator, um die Ergebnisbewertung zu erleichtern; z.B. Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Alters- oder Risikoklassen</li> </ul>
Erläuterungen	z.B. Näheres zu Risikoklassen, -adjustierung und -faktoren, Regressionskoeffizienten
Basisauswertung	<p>Die Angaben als absolute Zahl und Prozentwert erfolgen jeweils für den betreffenden Leistungserbringer und für den Bund:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeine Angaben zur Datengrundlage: z.B. Patienten, Darstellung zur Vollständigkeit und Vollständigkeit, Datenfelder</li> <li>▪ Patienten: z.B. Geschlecht, Alter, Altersverteilung, Mortalität</li> <li>▪ Verweildauer von Indexaufenthalten und Wiederaufnahmen</li> </ul> <p>Für den Rückmeldebericht der stationären Einrichtungen werden zusätzlich folgende Angaben als absolute Zahl und Prozentwert dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung</li> <li>▪ Wiederaufnahmen in die selbe Einrichtung und in eine andere stationäre Einrichtung</li> <li>▪ Anzahl der Zwangsmaßnahmen getrennt nach Fixierungen, Isolierungen, Immobilisieren durch Festhalten</li> <li>▪ Anteil der Patienten, mit mindestens einer psychotherapeutische Intervention</li> </ul> <p>Für den Rückmeldebericht der ambulanten Einrichtungen werden zusätzlich folgende Angaben als absolute Zahl und Prozentwert dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten mit Krankenhausaufenthalt im Erfassungsjahr</li> <li>▪ Patienten mit Psychotherapie: Richtlinien-Psychotherapie, psychotherapeutische Gespräche</li> <li>▪ Patienten mit Pharmakotherapie: psychotrope Pharmakotherapie, antipsychotische Pharmakotherapie, Benzodiazepin</li> <li>▪ Medikamente der Listen PZN-Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop, die durch andere Leistungserbringer verordnet wurden</li> </ul>

Bei zwei Indikatoren wird (ID 01e) bzw. kann (ID 05a) der Indexaufenthalt und der Folgeaufenthalt bzw. die Folgeleistung nicht von demselben Leistungserbringer vorgenommen werden, sondern von unterschiedlichen Leistungserbringern. Die Weitergabe von fallbezogenen Informationen unterliegt dem „need to know-Prinzip“ (Kenntnis nur bei Bedarf) und dem Gebot der Datensparsamkeit. Vor diesem Hintergrund erhält der jeweilige Informationsempfänger nur genau die Information, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt, d.h., der Leistungserbringer des Indexaufenthaltes wird beispielsweise darüber informiert, dass ein Patient wieder aufgenommen wurde. Darüber hinaus können auch weitere Zusatzinformationen übermittelt werden, soweit der Erbringer des Indexaufenthaltes diese zur Erfüllung seiner Aufgaben, etwa zur Behebung von Qualitätsmängeln, benötigt. Es ist hingegen nicht erforderlich, dass der Erbringer der Indexleistung Kenntnis darüber erlangt, welcher anderer Leistungserbringer den Folgeaufenthalt bzw. die Folgeleistung vorgenommen hat. Die Weitergabe einer solchen Information widerspräche der Datensparsamkeit und dem „need to know-Prinzip“.

Am Beispiel des Indikators 05a wird in der Tabelle 27 auszugsweise die differenzierte Art der Berichterstattung dargestellt.

Tabelle 27: Beispielhafte Darstellung eines Qualitätsindikators im Rückmeldebericht an einen stationären Leistungserbringer (Auszug)

Beispiel			
Name	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme		
Indikator-ID	05a		
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10		
Zähler	Summe der Tage ohne Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung der Grundgesamtheit		
Referenzbereich	95. Perzentil (Toleranzbereich)		
Rückmeldung an den Leistungserbringer der Indexleistung (Auszug, fiktive Zahlen)			
Ergebnis (durchschnittliche Dauer ohne Wiederaufnahme)	<table border="1"> <tr> <td>Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage</td> <td>Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage</td> </tr> </table>	Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage	Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage
Bund: 270 Tage Vertrauensbereich: 250-290 Tage	Ihre Einrichtung: 280 Tage Vertrauensbereich: 200 - 350 Tage		
Zusatzinformationen zum Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl entlassener Fälle: 250</li> <li>▪ durchschnittliche Verweildauer des Indexaufenthalts: 28 Tage</li> <li>▪ Anzahl der Fälle mit einer Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen: n = 79 Fälle</li> <li>▪ davon in Ihrer Einrichtung wiederaufgenommen: n = 60</li> <li>▪ davon in einer anderen Einrichtung wiederaufgenommen: n = 19</li> </ul>		
Zusatzinformationen zum Ergebnis aus anderer Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchschnittliche Verweildauer der Wiederaufnahme: 25 Tage</li> </ul>		

## Diskriminationsfähigkeit

Um erste Anhaltspunkte in Bezug auf die Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren zu gewinnen, wurden Berechnungen für diejenigen Indikatoren durchgeführt, die auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden. Die Berechnungen sind Hochrechnungen beruhend auf Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2012. Die Berechnungen orientieren sich an der Methode zur „Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ (AQUA 2014b).

Wesentlich für die Bestimmung der Diskriminationsfähigkeit ist die Errechnung von minimal benötigten Fallzahlen, die vorhanden sein müssen, um einen definierten Ergebnisunterschied zwischen Einrichtungen statistisch signifikant abzusichern. Die Errechnung dieser Fallzahlen basiert auf der Annahme, dass eine Verdoppelung des Wertes eines Qualitätsindikators für eine Einrichtung gegenüber dem Bundesdurchschnitt auf einem 95 %-Signifikanzniveau mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % erkannt werden soll (Dimick et al. 2004). Anschließend wird ermittelt, wie viele Einrichtungen diese Fallzahl tatsächlich erbringen. Je mehr Einrichtungen die entsprechenden Fallzahlen aufweisen, desto besser ist die Diskriminationsfähigkeit des Indikators.

Tabelle 28: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an stationäre Einrichtungen zurückgespiegelt werden

Indikator-ID	Ergebnis	Verdoppelung des QI	minimal benötigte Fallzahl	Anteil der Krankenhäuser, die die Fallzahl erreichen
01e	63,0 %	31,5 %	18	40,4 %
05a <sup>1</sup>	213,5 Tage	106,8 Tage	14	47,7 %

<sup>1</sup> Der Indikator ID 05 („Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“) wurde mit Indexfällen aus dem Jahr 2011 berechnet, um einen ausreichend langen Nachbeobachtungszeitraum von 365 Tagen zu haben. Da aus dem Jahr 2011 keine Daten aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (nach § 118 SGB V) vorlagen, konnten diese nicht bei der Bestimmung des Hauptarztes für das Jahr 2011 berücksichtigt werden.

Tabelle 29: Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren, die an Arztpraxen bzw. PIA zurückgespiegelt werden

Indikator-ID	Ergebnis	Verdoppelung des QI	minimal benötigte Fallzahl	Anteil der Praxen/PIA, die die Fallzahl erreichen
01e	22,0 %	11,0 %	71	2,0 %
05a <sup>1</sup>	218,9 Tage	109,5 Tage	14	21,1 %
19	11,6 %	23,2 %	70	18,3 %
20a	8,2 %	16,4 %	100	7,8 %
21b	39,2 %	78,4 %	10	30,6 %
59	2,58 Untersuchungen	1,29 Untersuchungen	17	63,0 %

<sup>1</sup> Der Indikator ID 05 („Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“) wurde mit Indexfällen aus dem Jahr 2011 berechnet, um einen ausreichend langen Nachbeobachtungszeitraum von 365 Tagen zu haben. Da aus dem Jahr 2011 keine Daten aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (nach § 118 SGB V) vorlagen, konnten diese nicht bei der Bestimmung des Hauptarztes für das Jahr 2011 berücksichtigt werden.

Tabelle 28 zeigt, dass bei beiden Indikatoren, die an stationäre Einrichtungen zurückgespiegelt werden, jeweils über 40 % der Einrichtungen die errechnete minimale Fallzahl erreichen, um einen definierten Ergebnisunterschied statistisch abzusichern. Bei den Indikatoren, die an ambulante Einrichtungen zurückgespiegelt werden (vgl. Tabelle 29), zeigt sich ein heterogenes Bild: Bei ID 01 und ID 20 erreichen nur 2,0 bzw. 7,8 % der Praxen bzw. PIA die minimal benötigten Fallzahlen. Dagegen erreichen bei ID 21 30,6 % und bei ID 59 63,0 % der Einrichtungen die minimal benötigte Fallzahl.

Ob und inwieweit die diesem QS-Verfahren bzw. einzelnen Indikatoren zugrunde liegenden und ggf. zu kleinen Fallzahlen besondere Auswertungsmethoden erfordern, sollte anhand der Ergebnisse des Regelbetriebs geprüft werden (AQUA 2015).

### Datengrundlage und Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren für die Rückmeldeberichte

Die Informationen für die Rückmeldeberichte speisen sich aus verschiedenen Datenquellen wodurch die Informationen für die Berechnung der Indikatoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung stehen. Bei diesen Rahmenbedingungen bestehen zwei grundsätzliche Optionen für die Rückmeldung der Indikatoren:

- innerhalb eines Rückmeldeberichts berichten die Indikatoren über verschiedene Patientenkollektive
- die Ergebnisse zu allen Qualitätsindikatoren beziehen sich zwar auf dasselbe Patientenkollektiv, aber können erst nach bis zu drei Jahren den Einrichtungen zurückgespiegelt werden.

Die erstgenannte Option hat den Vorteil, dass Daten möglichst umgehend nach Verfügbarkeit berichtet werden können. Allerdings sind Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Qualitätsindikatoren kaum zu interpretieren, da sich die Indikatoren auf verschiedene Patientenkollektive beziehen. Das AQUA-Institut schlägt daher vor, die Qualitätsindikatoren so zu erheben und auszuwerten, dass sich die Indikatoren auf dasselbe Patientenkollektiv beziehen (zweitgenannte Option). Somit sind Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren (z.B. zwischen Prozessen und Ergebnissen) einfacher erkennbar und damit verständlicher.

Wie bereits im Abschnitt 7.2.3 dargestellt, ergibt sich je nach Erhebungsinstrument (Spezifikation für die Sozialdaten, stationäre fallbezogene, stationäre einrichtungsbezogene und ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation), Datenbestand (z.B. Datenbestand nach Abrechnungskontext §301 SGB V oder §295 SGB V), Follow-up-Zeitraum und Follow-up-Datenquelle eine andere zeitliche Verzögerung der Verfügbarkeit aller zur Berechnung eines Indikators notwendigen Daten. Maßgeblich für den Zeitpunkt der Berichterstellung ist also immer die Datenquelle des Indikators mit der größten Verzögerung. Im Folgenden werden die frühestmöglichen Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren für die Rückmeldeberichte an die stationären und an die ambulanten Leistungserbringer dargelegt.

#### Rückmeldeberichte an die stationären Leistungserbringer

Die Rückmeldeberichte für stationäre Einrichtungen beinhalten 19 Indikatoren (siehe dazu Tabelle 22).

Diese 19 Indikatoren umfassen:

- 14 Indikatoren, die mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden
- 2 Indikatoren (mit Follow-up), die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden
- 3 Indikatoren, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden

Tabelle 30 gibt einen Überblick über die frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte zu den 19 Qualitätsindikatoren.

Tabelle 30: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an stationäre Leistungserbringer

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt im Dezember 2016
08c, 34, 35, 36, 39a, 41a, 43, 61, 62, 77a, 80, 85, 103, 104	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung, nach Entlassung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Dezember 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: bis 28. Februar 2017</li> <li>▪ Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</li> </ul>
49, 50c, 57	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung, nach Ende des Erfassungsjahres	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassungsjahr 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: bis 28. Februar 2017</li> <li>▪ Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</li> </ul>
01e	ca. 8 Monate nach Quartalsende	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> </ul>

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Indexaufenthalt im Dezember 2016
	des Follow-up-Zeitraums zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ende Follow-up-Zeitraum: 7. Januar 2017</li> <li>▪ Quartalsende des Follow-up: 31. März 2017</li> <li>▪ zzgl. 9 Monate: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>
05a	ca. 3 Monate nach Entlassung der Wiederaufnahme zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende des Follow-up-Zeitraums: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ zzgl. 4 Monate: 30. April 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: Juni 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2019</b></li> </ul>

Anhand der Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren ergeben sich im Rückmeldebericht an die stationären Leistungserbringer für die Qualitätsindikatoren drei Indikatorengruppen:

- Die Datengrundlage für 17 Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen oder einer stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, steht **im März des ersten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 01e steht **im März des zweiten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 05a steht **im März des dritten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.

Die Verfügbarkeit der Daten zeigt, dass für die meisten Indikatoren für stationäre Leistungserbringer eine auf ein Kalenderjahr (Januar bis Dezember) bezogene Berichterstellung mit dem Wunsch einer frühestmöglichen Berichterstellung vereinbar ist. Lediglich die Daten für 2 Indikatoren stehen bei einer auf das Kalenderjahr bezogenen Berichterstellung erst zu späteren Zeitpunkten zur Verfügung. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung zugunsten einer früheren Berichterstellung, wird vom AQUA-Institut nicht empfohlen. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung, auf z.B. ein Erfassungsjahr von November bis Oktober würde bedeuten, dass sich die Indikatoren nicht mehr auf dasselbe Patientenkollektiv beziehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Indikatoren könnten damit nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Für die Rückmeldeberichte an die stationären Leistungserbringer ergeben sich folgende Berichtszeiträume der Indikatoren (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten an die stationären Leistungserbringer

Indikator-ID	Vorjahr (B-3)	Vorjahr (B-2)	Vorjahr (B-1)	Berichtsjahr (B)
08c, 34, 35, 36, 39a, 41a, 43, 61, 62, 77a, 80, 85, 103, 104			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Rückmeldeberichte 15. Juni
49, 50c, 57			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Auswertung und Berichterstellung der Rückmeldebericht (1. April bis 15. Juni)
01e		<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> bis 07. Januar	
05a	<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b>	<b>Follow-up</b> Januar bis Dezember		

Indikator-ID	Vorjahr (B-3)	Vorjahr (B-2)	Vorjahr (B-1)	Berichtsjahr (B)
	Januar bis Dezember			

### Rückmeldeberichte an die ambulanten Leistungserbringer

Der Rückmeldebericht an die ambulanten Leistungserbringer beinhaltet 10 Qualitätsindikatoren (siehe dazu Tabelle 23). Diese 10 Indikatoren umfassen:

- 6 Indikatoren (davon 2 Indikatoren mit Follow-up), die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden,
- 4 Indikatoren, die mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden.

Tabelle 32 gibt einen Überblick über die frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte zu den 10 Qualitätsindikatoren.

Tabelle 32: Frühestmögliche Verfügbarkeit der Daten für die Rückmeldeberichte an ambulante Leistungserbringer

Indikator-ID	Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Erfassungsjahr	Beispiel: Frühestmögliche Verfügbarkeit sämtlicher Daten zum Indikator, ausgehend vom Erfassungsjahr 2016
22_a, 31_a, 67b, 70_a	Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung: Dezember 2016</li> <li>▪ Datenlieferung: 28. Februar 2017</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2017</b></li> </ul>
19, 20b, 21a, 59	ca. 12 Monate nach Erfassungsjahr, zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ende des Erfassungsjahres: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ zzgl. 13 Monate nach Ende des Erfassungsjahres: 31. Januar 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>
01e	ca. 8 Monate nach Quartalsende des Follow-up-Zeitraums zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende Follow-up-Zeitraum: 07. Januar 2017</li> <li>▪ Quartalsende des Follow-up: 31. März 2017</li> <li>▪ zzgl. 9 Monate: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ Datenlieferung: März 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2018</b></li> </ul>
05a	ca. 3 Monate nach Entlassung der Wiederaufnahme zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen, Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung Indexaufenthalt: 31. Dezember 2016</li> <li>▪ Ende des Follow-up-Zeitraums: 31. Dezember 2017</li> <li>▪ zzgl. 4 Monate: 30. April 2018</li> <li>▪ Datenlieferung: Juni 2018</li> <li>▪ <b>Erstellung Rückmeldebericht: 15. Juni 2019</b></li> </ul>

Anhand der Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren ergeben sich hinsichtlich der Berichterstellung für die ambulanten Leistungserbringer drei Indikatorengruppen:

- Die Datengrundlage für 4 Indikatoren, die mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden, steht **im März des ersten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage weiterer 5 Indikatoren steht **im März des zweiten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.
- Die Datengrundlage des Indikators 05a steht **im März des dritten Jahres nach dem Erfassungsjahr** zur Verfügung.

Die Verfügbarkeit der Daten zeigt, dass für die meisten Indikatoren für ambulante Leistungserbringer eine auf das Kalenderjahr (Januar bis Dezember) bezogene Berichterstellung mit dem Wunsch einer frühestmöglichen Berichterstellung nicht vereinbar ist: Lediglich die Daten für 4 Indikatoren stehen bei einer auf ein Kalenderjahr bezogenen Berichterstellung im Folgejahr zur Verfügung. Äquivalent zu den Rückmeldeberichten an die statio-

nären Einrichtungen wird eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung zugunsten einer früheren Berichterstellung vom AQUA-Institut nicht empfohlen. Eine Abweichung von der kalenderjahrbezogenen Berichterstellung auf z.B. ein Erfassungsjahr von November bis Oktober würde bedeuten, dass sich die Indikatoren nicht mehr auf das gleiche Patientenkollektiv beziehen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Indikatoren könnten damit nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Für die Rückmeldeberichte an die ambulanten Leistungserbringer ergeben sich folgende Berichtszeiträume der Indikatoren (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Berichtszeiträume der Indikatoren in den Rückmeldeberichten für die ambulanten Leistungserbringer

Indikator-ID	Vorjahr (B-3)	Vorjahr (B-2)	Vorjahr (B-1)	Berichtsjahr (B)
22_a, 31_a, 67b, 70_a			<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember	Rückmeldeberichte 15. Juni  Auswertung und Berichterstellung der Rückmeldebericht (1. April bis 15. Juni)
19, 20b, 21a, 59		<b>Erfassungsjahr</b> Januar bis Dezember		
01e		<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> bis 7. Januar	
05a	<b>Erfassungsjahr (Indexaufenthalt)</b> Januar bis Dezember	<b>Follow-up</b> Januar bis Dezember		

### 7.3 Instrumente der Qualitätsförderung

Für sektorenübergreifende QS-Verfahren sind in der Qesü-RL Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschrieben. Die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung dieser Maßnahmen obliegt bei länderbezogenen Verfahren den noch zu konstituierenden LAG.

Treten in den ausgewerteten Indikatoren rechnerische Auffälligkeiten bei Leistungserbringern auf, wird, entsprechend §17 Abs. 2 und 3 Qesü-RL, den Leistungserbringern zunächst die Gelegenheit gegeben, zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen Stellung zu nehmen (Stellungnahmeverfahren). Neben dem Einholen von schriftlichen Stellungnahmen können insbesondere Begehungen oder Gespräche durchgeführt werden (strukturiertes Dialog). Können die rechnerischen Auffälligkeiten nicht ausreichend geklärt werden, dann beschließt die LAG geeignete Maßnahmen einzuleiten und schließt eine entsprechende Vereinbarung mit dem Leistungserbringer ab. Als mögliche Maßnahmen werden in der Qesü-RL folgende Beispiele aufgeführt:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- Teilnahme am Qualitätszirkel
- Implementierung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Audits
- Durchführung von Peer Reviews
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Wird das vereinbarte Ziel von dem Leistungserbringer nicht erreicht, entscheidet die LAG ob die Vereinbarung korrigiert werden soll oder die für die Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen informiert werden sollen und entsprechende Empfehlungen erhalten.

### 7.3.1 Stellungnahmeverfahren

Aufgrund des vielfältigen Unterstützungsbedarfs, sowohl aus dem medizinischen, dem psychologischen als auch aus dem sozialen Bereich, werden Patienten von unterschiedlichen Leistungserbringern versorgt. Die Prozess- und Ergebnisverantwortung für Qualitätsindikatoren kann daher nicht immer eindeutig einem Leistungserbringer zugeordnet werden. Daher empfiehlt das AQUA-Institut zur Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten bei einigen Indikatoren nicht nur eine Stellungnahme der Einrichtung einzuholen, sondern zusätzlich Strukturen der regionalen Versorgung in die Klärung von rechnerischen Auffälligkeiten einzubeziehen. Die Qualitätsindikatoren können daher im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in zwei Indikatorengruppen eingeteilt werden:

- Indikatoren, bei denen das Stellungnahmeverfahren ausschließlich die Einrichtung einbezieht (Indikatoren der Tabelle 34)
- Indikatoren, bei denen das Stellungnahmeverfahren die Einrichtung und die regionale Versorgung einbezieht (Indikatoren der Tabelle 35)

#### Stellungnahmeverfahren – ausschließlicher Einbezug der Einrichtung

Treten rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren der Tabelle 34 auf, empfiehlt das AQUA-Institut entsprechend § 17 Abs. 2 Qesü-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, in dem zunächst den Einrichtungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben wird. Inwieweit über eine schriftliche Stellungnahme hinaus weitere Möglichkeiten, wie Gespräche oder Begehungen genutzt werden, obliegt den Fachkommissionen der LAG.

Tabelle 34: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung bezieht

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
22_a	Dokumentation des Körpergewichts
34b	Behandlungsvereinbarungen
35	Körperliche Übergriffe
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
50c	Deeskalationstraining – stationär
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
70_a	Einbezug von Angehörigen
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
85	Muttersprachliche Kommunikation
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige

## Stellungnahmeverfahren – Einbezug der Einrichtung und der Strukturen der regionalen Versorgung

Treten rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren der Tabelle 35 auf, empfiehlt das AQUA-Institut entsprechend § 17 Abs. 2 Qesü-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, in dem zunächst den Einrichtungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben wird. Zur ausreichenden Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten empfiehlt das AQUA-Institut darüber hinaus auch eine Einschätzung von den Leistungserbringern der Region einzuholen. Hierfür sollten die rechnerisch auffälligen Indikatoren beispielsweise zunächst im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder alternativ im Rahmen von Qualitätszirkeln diskutiert und mögliche Ursachen für die rechnerische Auffälligkeit geklärt werden. Die Erkenntnisse dieser Diskussion sollten der LAG zur Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten in der schriftlichen Stellungnahme mitgeliefert werden. Inwieweit weitere Möglichkeiten, wie Gespräche oder Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens genutzt werden, obliegt den Fachkommissionen der LAG.

*Tabelle 35: Indikatoren, bei denen sich das Stellungnahmeverfahren auf die Einrichtung und die regionale Versorgung bezieht*

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
59	Kontrolluntersuchungen
62	Unterbringungen
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Dieses QS-Verfahren ist geeignet, den Einstieg in eine regionale Qualitätssicherung zu realisieren, da hier bereits geeignete regionale Strukturen in Form von Gemeindepsychiatrischen Verbänden vorhanden sind und ein regionaler Versorgungsansatz in Leitlinien gefordert wird (DGPPN 2011). Da gegenwärtig noch nicht alle Voraussetzungen für eine regionsbezogene Erhebung und Rückspiegelung der Indikatoren geschaffen sind, ist die Rückmeldung der regionalen Versorgung zu rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen ein wichtiger erster Schritt in eine Qualitätssicherung auf regionaler Ebene. Hiermit können die Strukturen und Besonderheiten einer Region in die Bewertung der Indikatorergebnisse einbezogen werden. So kann auch aufgezeigt werden, dass der einzelne Leistungserbringer ggf. nicht allein die Indikatorergebnisse zu verantworten hat, sondern häufig weitere Leistungserbringer und regionale Gegebenheiten daran einen entscheidenden Anteil haben können.

Weitere Potenziale für die Qualitätssicherung und -förderung mittels dieses Vorgehens sind die Unterstützung und Förderung von:

- gemeinsamen Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose
- gemeinsames Bewusstsein für die Versorgungsqualität in der Region
- Zusammenarbeit der Leistungserbringer einer Region
- Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsförderung auf regionaler Ebene
- Weiterentwicklung der regionalen Versorgung

Die Panelexperten haben betont, dass Qualitätszirkel im ambulanten Bereich anerkannt seien und bisher sehr gute Erfahrungen mit ihnen gemacht worden seien. Darüber hinaus führten die Experten während des Panelprozesses mehrfach an, dass seitens der Gemeindepsychiatrischen Verbände Interesse an den Ergebnissen der Qualitätssicherung besteht und Gemeindepsychiatrische Verbände ein geeigneter Ansprechpartner für die regionale Versorgung seien.

Die genauere Ausgestaltung dieses Prozesses sowie Fristen zur Umsetzung können beispielsweise im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden.

Tabelle 36 fasst die Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung und das für den Indikator vorgeschlagene Stellungsverfahren in einer Übersicht zusammen.

Tabelle 36: Übersicht zum vorgeschlagenen Stellungsverfahren

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Prozess-/Ergebnisverantwortung	Vorgeschlagenes Stellungsverfahren
<b>Koordination, Kooperation und Kontinuität</b>			
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung	ambulant und stationär	R
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	ambulant und stationär	R
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern	stationär	R
<b>Pharmakotherapie</b>			
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie	ambulant	R
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	ambulant	R
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung	ambulant	R
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	stationär	E
<b>Somatische Versorgung</b>			
22_a	Dokumentation des Körpergewichts	ambulant	E
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	ambulant	R
59	Kontrolluntersuchungen	ambulant	R
<b>Restriktive Maßnahmen</b>			
35	Körperliche Übergriffe	stationär	E
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten	stationär	E
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall	stationär	E
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen	stationär	E
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten	stationär	E
62	Unterbringungen	stationär	R
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen	stationär	E

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Prozess-/Ergebnisverantwortung	Vorgeschlagenes Stellungnahmeverfahren
<b>Psychotherapie</b>			
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant	ambulant	R
<b>Empowerment und Angehörigenpartizipation</b>			
34	Behandlungsvereinbarungen	stationär	E
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme	stationär	E
70_a	Einbezug von Angehörigen	ambulant	E
85	Muttersprachliche Kommunikation	stationär	E
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung	stationär	E
104	Gesprächsangebote für Angehörige	stationär	E
<b>Struktur</b>			
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	stationär	E
50c	Deeskalationstraining – stationär	stationär	E
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	stationär	E

R = Stellungnahmeverfahren unter Einbezug der Einrichtung und der Strukturen der regionalen Versorgung

E = Stellungnahmeverfahren unter Einbezug der Einrichtung

### 7.3.2 Weitere Empfehlungen

Das AQUA-Institut empfiehlt, Patienten- und Angehörigenvertreter stärker in die Qualitätssicherungsmaßnahmen einzubeziehen, vor allem vor dem Hintergrund, dass die Entwicklung einer Patienten- und ggf. Angehörigenbefragung noch aussteht. Bei der Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen sollte geprüft werden inwieweit Patienten- und Angehörigenvertreter über das Mitberatungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten maßgeblichen Organisationen (§ 140f Abs. 1 und 2 SGB V) berücksichtigt werden können. Möglichkeiten hierfür wären z.B.:

- Zusammensetzung der Fachkommission um Angehörigenvertreter erweitern
- Zusammensetzung der Fachkommission um weitere Patientenvertreter erweitern
- Patienten- und Angehörigenvertreter in die Qualitätssicherungsmaßnahmen einbeziehen

Können die Auffälligkeiten nicht ausreichend geklärt werden, beschließt die LAG, die Notwendigkeit geeigneter Maßnahmen einzuleiten. Diese Maßnahmen werden in einer Vereinbarung mit der betreffenden Einrichtung festgehalten (§ 17 Abs. 3 Qesü-RL). Die im § 17 Abs. 3 Qesü-RL beispielhaft aufgeführten Maßnahmen wurden mit den Panelexperten diskutiert. Dabei haben die Experten vor allem die *Teilnahme am Qualitätszirkel* und die *Durchführung von Audits* hervorgehoben. Diese Maßnahmen seien Leistungserbringern vertraut und es konnten in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits viele gute Erfahrungen mit diesen Maßnahmen gesammelt werden.

## 7.4 Schritte bis zum Regelbetrieb

Das vorliegende QS-Verfahren sieht den Einsatz folgender Erhebungsinstrumente vor: Sozialdaten bei den Krankenkassen, fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen bei stationären Leistungserbringern sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bei ambulanten Leistungserbringern.

Im Folgenden werden die notwendigen bzw. empfohlenen Schritte bis zur Umsetzung des vorliegenden QS-Verfahrens in den Regelbetrieb erläutert.

### 7.4.1 Empfehlung zur erweiterten Machbarkeitsprüfung

Das geplante QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* ist das erste externe, gesetzlich verpflichtende QS-Verfahren, das die Qualität in der psychiatrischen Versorgung erfassen soll. Daher wird zunächst eine erweiterte Machbarkeitsprüfung empfohlen, mit dem Ziel, die Machbarkeit und Verständlichkeit der entwickelten QS-Dokumentationen zu prüfen.

Die konkreten Fragestellungen im Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung vor der Umsetzung eines Regelbetriebs können sehr unterschiedlich sein. Klärungsbedürftige Aspekte in Zusammenhang mit der QS-Dokumentation können z.B. sein:

- Kriterien der Dokumentationspflicht
- Verfügbarkeit der Daten
- Verständlichkeit der Datenfelder
- Verständlichkeit der Ausfüllhinweise
- Dokumentationsaufwand
- inhaltliche Überprüfung des Indikatorensets
- Proberechnung (soweit ohne PID-Verknüpfung möglich)
- Erkennen von Implementierungsbarrieren

In einer erweiterten Machbarkeitsprüfung für das geplante QS-Verfahren sollen insbesondere folgende Fragen geklärt werden:

- Liegen die Informationen zu den Datenfeldern folgender Erhebungsinstrumente in den Einrichtungen bzw. bei den Leistungserbringern vor:
  - stationäre fallbezogene QS-Dokumentation?
  - stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation?
  - ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation?
- Sind die Datenfelder und Ausfüllhinweise der stationären und ambulanten, fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen für die Leistungserbringer verständlich?

Die Prüfung der entwickelten QS-Dokumentation erfolgt mittels strukturierter Interviews, die von AQUA-Mitarbeitern mit freiwilligen Leistungserbringern geführt werden. Ziel ist es, sowohl ein Feedback zum Verfahren insgesamt als auch zur Verständlichkeit der Dokumentation von den Leistungserbringern einzuholen. Diese erhalten zur Vorbereitung den geplanten Dokumentationsbogen, inkl. der Ausfüllhinweise. Anhand eines allgemeinen Fragebogens werden verschiedene Aspekte der Umsetzbarkeit der Dokumentation systematisch geprüft.

Im strukturierten Interview kann zu den Datenfeldern der QS-Dokumentation beispielsweise erfragt werden:

- Sind die Daten bekannt und/oder werden sie in Ihrer medizinischen Dokumentation regelmäßig erhoben?
- Sind die Angaben (elektronisch oder in der Patientenakte) vorhanden?
- Wie hoch schätzen Sie die Zuverlässigkeit/Aussagekraft der Daten ein?
- Sind die Formulierungen der einzelnen Felder klar, verständlich und eindeutig?
- Sind die Ausfüllhinweise verständlich?
- Sind die Ausfüllhinweise ausreichend?

Zusätzlich können weitere allgemeine Informationen, die für das QS-Verfahren relevant sind, erfragt werden, z.B.:

- wer für die medizinische Dokumentation zuständig ist,
- wer für die Dokumentation der Abrechnung zuständig ist,
- wie die Auslösekriterien eingeschätzt werden,
- mit welcher Genauigkeit das entsprechende Patientenkollektiv erfasst wird,
- wie der Dokumentationsaufwand eingeschätzt wird,
- ob es Überschneidungen zu anderen, ggf. unberücksichtigten Dokumentationsanforderungen gibt sowie
- ob das Verfahren in der vorgeschlagenen Form grundsätzlich praktikabel ist.

Im Rahmen der qualitativen Protokollierung der Interviews werden identifizierte Probleme sowie Verbesserungs- und Ergänzungsvorschläge aufgenommen. Auf dieser Grundlage können bei Bedarf erforderliche Modifikationen (z.B. einzelner Indikatoren, Datenfelder, Ausfüllhinweise) vorgenommen werden.

Mit der erweiterten Machbarkeitsprüfung für die QS-Dokumentationen können Veränderungen an den Indikatoren bzw. den Datenfeldern der Indikatoren und ihren Ausfüllhinweisen einhergehen, sodass die Daten für die Einrichtung bzw. den Leistungserbringer verständlicher und besser erhebbar werden. Für die Durchführung einer erweiterten Machbarkeitsprüfung sind nach bisherigen Erfahrungen 9 Monate und 2 bis 3 Monate Vorlaufzeit einzuplanen.

Gleichzeitig können im Rahmen der erweiterten Machbarkeitsprüfung anonymisierte Echtdateien erhoben und – vorausgesetzt, es gibt eine ausreichende Zahl an geeigneten Teilnehmern – für Probeauswertungen derjenigen Indikatoren herangezogen werden, die sich allein auf QS-Daten der Leistungserbringer stützen.

Aufgrund der Erfahrungen in den beiden erweiterten Machbarkeitsprüfungen zu nosokomialen Infektionen empfiehlt das AQUA-Institut mindestens 10 stationäre Einrichtungen einzubeziehen, wobei darauf geachtet werden sollte, dass sowohl Fachkliniken als auch Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingeschlossen werden. Idealerweise können zudem mindestens 10 Psychiatrische Institutsambulanzen über diese Fachkliniken und -abteilungen rekrutiert werden. Dies würde den Aufwand in der erweiterten Machbarkeitsprüfung voraussichtlich senken. Für die ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sollten des Weiteren mindestens 10 vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen einbezogen werden. Bei der Auswahl der vertragsärztlichen Praxen sollte darauf geachtet werden, dass sowohl Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften als auch Praxen einzelner Fachärzte vertreten sind.

#### **7.4.2 Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Mit der *2. Fortschreibung gemäß §7 Abs. 4 der Vereinbarung nach §120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V zum 30.04.2012* wurde die Abrechnung der PIA überarbeitet (GKV-SV et al. 2012). Mit dieser Vereinbarung sind die Informationen, die in den Abrechnungsdaten von PIA ab dem 1. Januar 2013 enthalten sind, wesentlich verändert und vereinheitlicht worden. Daher konnten nicht alle Fragen anhand der für die Entwicklung des QS-Verfahrens zur Verfügung gestellten Routinedaten abschließend geklärt werden. Vor der Erstellung von themenspezifischen Bestimmungen sollte somit geklärt werden, ob alle für die Indikatorberechnungen relevanten Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen in einer für die Qualitätssicherung nutzbaren Form vorliegen.

#### **7.4.3 Themenspezifische Bestimmung**

Nach Abschluss der erweiterten Machbarkeitsprüfung erfolgt die Festlegung der themenspezifischen Bestimmungen durch den G-BA, dem zu diesem Zeitpunkt mit dem Bericht zur erweiterten Machbarkeitsprüfung alle dafür notwendigen Informationen vorliegen sollten.

#### **7.4.4 Spezifikationserstellung**

Gegenstand der informationstechnischen Aufbereitung – also der Spezifikationserstellung – ist die Übertragung der im Rahmen der Indikatorenentwicklung vorgeschlagenen Erhebungsinstrumente bzw. der für die Qualitätssicherung zu übermittelnden Informationen in eine Spezifikation, d.h. in eine Form, die verständlich und ein-

deutig für die Softwareentwickler ist, die die konkrete Software für die Leistungserbringer oder Krankenkassen erstellen. Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben, nach denen die Dokumentationspflicht eines QS-Verfahrens festgelegt wird bzw. die Selektion der benötigten Daten und der Export sowie die Übermittlung der Daten erfolgen soll. Weil im Prozess der Beschlussfassung durch den G-BA noch Abweichungen von den Empfehlungen des AQUA-Instituts auftreten können, ist die informationstechnische Aufbereitung der Datenerhebungen in Form von Spezifikationen erst dann vorgesehen, wenn die themenspezifischen Bestimmungen erstellt und beschlossen wurden.

Wesentliche Grundlagen zur Vorbereitung der Datenerhebungen bei den Krankenkassen sind in der allgemeinen Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 Abs. 1a SGB V dargelegt (AQUA 2013a). Zur Planung der Etablierung eines QS-Verfahrens sind insbesondere die Fristen zur Veröffentlichung dieser Vorgaben zu berücksichtigen. Um den Krankenkassen ausreichend Zeit für ggf. erforderliche Anpassungen zu geben, erfolgt für die strukturelle Änderungen an der Spezifikation die Veröffentlichung der Spezifikation spätestens bis zum 30. Juni des Vorjahres einer geplanten Datenerhebung auf der Internetseite des Instituts nach §137a SGB V. Eine Ergänzung bzw. Anpassung von Kodelisten (ICD-/OPS-/GOP-Kodes) ist bis zum 30. November möglich.

Hinsichtlich der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern ist zu berücksichtigen, dass, da es sich um das erste QS-Verfahren im psychiatrischen Bereich handelt und im Zuge der Umsetzung der Vorgaben voraussichtlich die Dienste neuer Softwareanbieter in Anspruch genommen werden müssen. Aus diesem Grund wird eine Umsetzung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Dokumentationen bis 31. März des dem Verfahrensbeginn vorausgehenden Kalenderjahres empfohlen.

#### **7.4.5 Möglicher zeitlicher Ablauf bis zum Regelbetrieb**

Bei einer zeitnahen Umsetzung der genannten Schritte könnte nach Erfahrungswerten des AQUA-Instituts nach Abnahme und der damit einhergehenden Veröffentlichung des Abschlussberichts die erweiterte Machbarkeitsprüfung im April 2016 beauftragt werden. Für die Bearbeitung dieses Auftrags müssen 9 Monate eingeplant werden (Januar 2017). Nach Prüfung des Abschlussberichts zur erweiterten Machbarkeitsprüfung und dessen Abnahme, können die themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden. Im Anschluss daran kann die Spezifikationen der Erhebungsinstrumente erarbeitet werden, sodass der G-BA die Empfehlungen zur Festlegung der Spezifikation Anfang 2018 beschließen kann. Mit der Veröffentlichung der Spezifikationen im Frühjahr 2018 wäre das Jahr 2019 das erste Jahr des Regelbetriebs für das geplante QS-Verfahren.

### **7.5 Dokumentation und Datentransfer**

Die Datenflüsse der sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind in der Anlage 1 zur Qesü-RL geregelt, deren allgemeine Vorgaben in den themenspezifischen Bestimmungen eines Verfahrens konkretisiert, ergänzt oder modifiziert werden können. In den folgenden Abschnitten ist die Einschätzung des AQUA-Instituts dazu wiedergegeben, auf welche Weise die unterschiedlichen Dokumentationen erfolgen und inwieweit die bestehenden Datenflüsse für ihre Übermittlung genutzt werden können.

#### **7.5.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (stationär)**

Im Rahmen der bereits eingeführten bzw. der voraussichtlich in näherer Zukunft einzuführenden Verfahren der esQS und der Qesü werden bereits jetzt fallbezogene QS-Dokumentationen durch Krankenhäuser vorgenommen und exportiert. Das vorliegende QS-Verfahren weist diesbezüglich keine Besonderheiten hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation auf, sodass die Integration in bestehende Datenflüsse empfohlen wird, auch wenn davon auszugehen ist, dass es Krankenhäuser gibt, die bislang nicht im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung dokumentationspflichtig waren.

#### **7.5.2 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär und ambulant)**

Für einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen ist bislang im Rahmen der Qesü-RL kein Datenfluss definiert worden. Das AQUA-Institut hat für diese Dokumentationen im Rahmen des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – Postoperative Wundinfektionen* die Auslösung der Dokumentationspflicht innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer sowie deren Integration in die Basisspezifikation empfohlen, sodass

sich keine abweichenden technischen Vorgaben und Umsetzungsoptionen für die Beteiligten ergeben. Dies würde voraussetzen, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt.

Alternative Auslösungs- und Erfassungswege, z.B. die Datenerfassung über ein Webportal oder Mischformen sind aus Sicht des AQUA-Instituts allerdings durchaus denkbar, solange sie konform mit den bestehenden (oder neu zu definierenden) Datenflüssen der Qesü-RL und der Basispezifikation sind, was beispielsweise die Aspekte automatische Verarbeitung, Datenprüfung, Fehlerkorrektur und Rückprotokollierung betrifft. Die Diskussion darüber, welche Optionen denkbar und gewünscht sind, wird mit dem G-BA zu führen sein.

### **7.5.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Für die Sozialdaten bei den Krankenkassen wurde der Qesü-RL ein weiterer Datenfluss hinzugefügt. Dieser entspricht in seinen Grundzügen dem Datenfluss der von den Leistungserbringern übermittelten Daten. Die Einbindung einer die patientenidentifizierenden Daten (PID) pseudonymisierenden Vertrauensstelle ist nur in Verfahren notwendig, welche PID bzw. die daraus erzeugten Pseudonyme zur Zusammenführung von Datensätzen benötigen. Bei Verfahren ohne PID erfolgt der Transport der QS-Daten direkt von der Datenannahmestelle für die Krankenkassen (DAS-KK) zur BAS.

Hinsichtlich der Sozialdaten sind gegenüber der allgemeinen Spezifikation der Sozialdaten keine Abweichungen vorhanden, sodass auch hier die vollständige Nutzung des bereits implementierten bzw. vorgesehenen Datenflusses möglich ist: Dabei werden die Daten durch die Krankenkassen entsprechend den Filtervorgaben selektiert, aufbereitet und an die DAS-KK exportiert. Diese pseudonymisiert die Leistungserbringer und leitet die Daten unter Umgehung der Vertrauensstelle (es werden keine PID gem. § 14 Abs. 2 Qesü-RL genutzt) an die BAS weiter.

### **7.5.4 Sollstatistik**

Hinsichtlich der Übermittlung der Angaben zur Sollstatistik (siehe Abschnitt 7.2.4) liegen keine Besonderheiten vor. Sie kann den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen.

### **7.5.5 Konformitätserklärung**

Die Übermittlung der Konformitätserklärungen der Leistungserbringer (siehe Abschnitt 7.2.4) kann, ebenso wie die Übermittlung der Aufstellung der gelieferten Datensätze der Krankenkassen und der dazugehörigen Erklärung, den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen. Es liegen keine Besonderheiten vor.

### **7.5.6 Weitere Aspekte zu Dokumentation und Datentransfer**

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist ein etabliertes Erhebungsinstrument in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird spätestens im kommenden Jahr (2016) erprobt und im Rahmen des Qesü-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* erstmals im Regelbetrieb umgesetzt werden.

Um eine hohe Dokumentationsqualität sicherzustellen, werden sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Sozialdatenerhebung viele Maßnahmen durchgeführt, so z.B. die Prüfung auf Plausibilität, um die Vollständigkeit von Datensätzen sicherzustellen und teilweise die Prüfung der Vollzähligkeit bei Datenerfassung und -export. Diese Maßnahmen können und sollen analog im sektorenübergreifenden QS-Verfahren zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* angewandt werden.

## Datenprüfung

Aufgrund der Anforderung der Qesü-RL, bereits vor Ort beim Leistungserbringer Datenprüfungen durchzuführen, wurde ein Prüfprogramm entwickelt und eingeführt. Dieses Prüfprogramm bezieht die Plausibilitätsregeln direkt aus der Spezifikationsdatenbank und testet die zu übermittelnden Datensätze vor deren Verschlüsselung. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich, gleiches gilt für die Prüfungen der Dateistruktur.

## Verschlüsselungsprogramme

Aufgrund der Anforderungen der Qesü-RL, mehrere Arten von Daten (im vorliegenden QS-Verfahren: QS-Daten und administrative Daten) gezielt an verschiedene Akteure im Gesamtprozess (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Bundesauswertungsstelle) zu übermitteln, wurde ein Verschlüsselungsprogramm entwickelt, das alle Datensicherheitsanforderungen erfüllt. Das AQUA-Institut stellt ein Ver- und Entschlüsselungspaket für die Anwendung entsprechend Qesü-RL zur Verfügung. Das Ver- und Entschlüsselungspaket besteht aus den Programmen TPacker für die Transportverschlüsselung und XPacker für die XML-Verschlüsselung. Eine interaktive Alternative zur Verwendung dieser Programme stellt der GPacker dar. Er integriert den XPacker und TPacker und ermöglicht mithilfe einer einfachen grafischen Oberfläche für die Endanwender die Verschlüsselung und Komprimierung von QS-Dateien. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich.

## Transportverschlüsselung bzw. sicherer Übertragungskanal

Abschließend wird für die Datenübermittlung noch eine Transportverschlüsselung benötigt, welche die gesamte Datei verschlüsselt und vor unberechtigten Zugriffen schützt. Die Transportverschlüsselung ist nur dann notwendig, wenn kein sicherer Übertragungskanal (z.B. VPN) genutzt wird, also insbesondere bei der Übermittlung der Datei als E-Mail-Anhang.

## 7.6 Weitere Empfehlungen

Unabhängig von den Empfehlungen zu den Indikatoren, zur Umsetzung der Indikatoren sowie zur erweiterten Machbarkeitsprüfung haben sich aus dem Entwicklungsprozess und den bisherigen Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung anderer QS-Verfahren weitere Empfehlungen ergeben.

### Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse

Die retrospektive Bereitstellung vieler für die Einrichtungsbefragung notwendiger Informationen ist für Leistungserbringer mit erheblichem Aufwand verbunden. Damit den Einrichtungen und Leistungserbringern eine begleitende bzw. prospektive Dokumentation der notwendigen Informationen möglich ist, sollten die Fragekataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erfassungsjahres kommuniziert werden.

### Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen

Grundsätzlich sollen in der gesetzlichen Qualitätssicherung Auswertungen auf Standortebene durchgeführt werden. Standortangaben liegen aber bislang in den Sozialdaten nicht vor, da hierfür die gesetzlichen Voraussetzungen noch fehlen.

### Risikoadjustierung

Für einige Qualitätsindikatoren steht die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen noch aus. Das AQUA-Institut empfiehlt Risikoadjustierungsmodelle ab dem ersten Jahr des Regelbetriebs zu entwickeln, da für Indikatoren, die mittels einer stationären fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden sollen, noch keine Daten vorliegen.

Informationen zu einigen Indikatoren, v.a. zu den Follow-up-Indikatoren, liegen erst zwei bzw. drei Jahre nach dem ersten Erfassungsjahr vor (vgl. Abschnitt 7.2.3). Die Risikoadjustierungsmodelle für diese Indikatoren können daher erst im dritten bzw. vierten Jahr des Regelbetriebs entwickelt werden.

Nachdem die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle abgeschlossen wurde, sollte geprüft werden, ob der Leistungs- und Medikationsfilter weiter spezifiziert werden kann. Eine genauere Spezifizierung des Leistungs-

und Medikationsfilters zu einem früheren Zeitpunkt würde die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen stark einschränken, da eventuell relevante Informationen oder bisher nicht berücksichtigte Risikofaktoren über den Filter ausgeschlossen würden.

Für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation muss geprüft werden, ob neben den Datenfeldern der QS-Dokumentation weitere Informationen, beispielsweise aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen, für die Risikoadjustierungsmodelle benötigt werden. Nach Abschluss der Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle sollte geprüft werden, ob weitere Datenfelder spezifiziert werden müssen.

### **Erprobung der Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Das AQUA-Institut empfiehlt eine Erprobung der Indikatoren, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Eine Erprobung sollte mindestens die Umsetzbarkeit des hier erstmals vorgeschlagenen Hauptarzt-Konstruktes adressieren. Das AQUA-Institut schlägt für eine solche Prüfung eine eigenständige Erprobung vor. Im größeren Rahmen einer erweiterten Machbarkeitsprüfung wäre dies nicht zielführend, weil Sozialdaten bei den Krankenkassen, die für eine erweiterte Machbarkeitsprüfung vorliegen würden, anonymisiert wären, so dass die Überprüfung des Konstrukts „Hauptarzt“ im Abgleich mit Leistungserbringern nicht erfolgen kann. Hierfür wären leistungserbringer- und patientenidentifizierende Daten notwendig. Vielmehr scheint ein Erprobungszeitraum inkl. Rückmeldeberichte und Qualitätsdialog geeigneter. Dieser Zeitraum könnte beispielsweise das erste Jahr des Regelbetriebs sein, bei dem Daten aller gesetzlichen Krankenkassen sowie Rückmeldeberichte und Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren einbezogen werden könnten.

### **Teilstationäre Einrichtungen**

Teilstationäre Einrichtungen sind ein wichtiger Leistungserbringer, um Patienten den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu erleichtern und sie können eine Alternative zur stationären Versorgung sein. Die Panelexperten empfehlen für eine Qualitätssicherung der teilstationären Einrichtungen eine Anpassung der stationären Indikatoren und eine von stationären Einrichtungen getrennte Auswertung sowie gesonderte Stellungnahmeverfahren zu rechnerischen Auffälligkeiten. Die zusätzliche Berücksichtigung des teilstationären Bereichs in dem entwickelten QS-Verfahren würde die hohe Komplexität des QS-Verfahrens weiter steigern. Daher empfiehlt das AQUA-Institut die Qualitätssicherung des teilstationären Bereichs im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens zu adressieren und dabei gezielt auf die spezifischen, in teilstationären Einrichtungen vorliegenden Qualitätspotenziale/-defizite einzugehen.

## 8 Prüfung zur ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Der Auftrag sieht vor, dass dem ersten Schritt der Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren einschließlich der notwendigen Dokumentation ein zweiter Prüfschritt folgen soll. In diesem zweiten Schritt sollen laut Auftrags-text folgende Fragen beantwortet werden:

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

Im Folgenden wird die Prüfung des zweiten Schrittes ausführlich dargestellt.

### 8.1 Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich

Unter Beachtung der bereits entwickelten Erhebungsinstrumente für den ambulanten Bereich (Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) bezieht sich die erste Frage auf den Mehrwert einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation in Bezug auf die im Rahmen der Themenschließung im Abschnitt 3.4 genannten Qualitätspotenziale.

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass mit Ausnahme der strukturbezogenen Potenziale zu allen im Abschnitt 3.4 beschriebenen Qualitätspotenzialen/-defiziten im ambulanten Bereich bereits Indikatoren im Indikatoren-set enthalten sind. Diese Indikatoren decken die Qualitätspotenziale/-defizite allerdings nicht vollständig ab, da diese – wie im Abschnitt 5.4 beschrieben – zumeist mehrere verschiedene Aspekte enthalten, die nicht mittels eines einzelnen Indikators abgebildet werden können bzw. zu deren Abbildung es auch unterschiedlicher Erhebungsinstrumente bedarf.

Wenn und soweit verschiedene Qualitätspotenziale/-defizite nicht oder nur eingeschränkt abgebildet werden können, so ist dies teilweise auch auf die allgemeinen Einschränkungen der zur Verfügung stehenden Instrumente zurückzuführen:

- Aus den bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten können zwar individuelle, patientenbezogene Informationen erhoben werden, allerdings sind diese beschränkt auf durchgeführte, abrechnungsrelevante Behandlungen im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Informationen über nicht abrechnungsrelevante Aspekte der Behandlung oder Teilaspekte von Behandlungen, die in Pauschalen enthalten sind oder Leistungen, die nicht Bestandteil der GKV sind, sind in den Sozialdaten ebenso wenig enthalten wie Detailinformationen über die Indikationsstellung oder warum beispielsweise bestimmte Behandlungen trotz möglicher Indikation nicht stattgefunden haben.
- In den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen werden Daten in Bezug auf einen Zeitraum (z.B. ein Jahr oder ein Quartal) aggregiert. Für diesen spezifizierten Zeitraum können Informationen in Bezug auf Strukturparameter einer Einrichtung sowie auf Prozessparameter dokumentiert werden, wenn sich Letztere begründet auf eine einheitlich definierte Zielpopulation beziehen lassen und dementsprechend aggregierte Aussagen über diese Population sinnvoll sind.

Im Vergleich mit den beiden genannten Erhebungsinstrumenten können mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation wesentlich umfangreichere Informationen gewonnen werden. Soweit die Zielpopulation eines QS-Verfahrens in Bezug auf Behandlungsprozesse eher individuelle, d.h. unterschiedliche und differenzierte Bedürfnisse aufweist, können diese nur mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden. Dies gilt analog für viele Aspekte der Ergebnisqualität, die nur patientenbezogen erhoben werden können. Überdies besteht bei einer fallbezogenen QS-Dokumentation prinzipiell die Möglichkeit, patientenindividuelle

Daten zu erheben. Dies meint sowohl Daten zu spezifischen Lebensumständen von Patienten (z.B. berufliche und soziale Situation) als auch über Behandlungen, die über den Regelungsbereich des SGB V hinausgehen.

Dementsprechend bietet das Erhebungsinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation grundsätzlich einen Mehrwert in Bezug auf die entwickelten Instrumente. Dies wurde bereits an mehreren Stellen des vorliegenden Berichtes thematisiert (vgl. Abschnitte 3.6, 5.2.1, 5.4)

Im Folgenden wird für jedes Qualitätspotenzial/-defizit des ambulanten Bereiches dargestellt, ob eine fallbezogene QS-Dokumentation als Erhebungsinstrument einen Zusatznutzen gegenüber den bereits entwickelten Instrumenten bietet.

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

Das Qualitätspotenzial „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ ist sehr umfangreich. Im Indikatorenset sind diesbezüglich für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren vorhanden:

- ID 01e: Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
- ID 05a: Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme

Dabei handelt es sich um einen Prozessindikator (ID 01e) und einen Ergebnisindikator (ID 05a). Beide Indikatoren werden über Sozialdaten erhoben. Erfasst werden damit die Behandlungskontinuität im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung sowie eine möglichst ambulante Behandlung von Patienten.

Die weiteren Qualitätspotenziale in diesem Bereich, insbesondere die Potenziale „Soziale Hilfen“ und „Ergänzende Therapien“ sind Aspekte, die in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlichen Ausprägungen erforderlich und nicht zu jedem Zeitpunkt und nicht bei jedem Patienten in gleicher Weise indiziert sind. Weiterhin beziehen sich die Qualitätspotenziale einerseits zum Teil auf Leistungen außerhalb des SGB V und sind andererseits abhängig von der Beschaffenheit der regionalen Versorgungsstruktur.

Diese Aspekte sollten dementsprechend patientenindividuell bzw. fallbezogen erhoben werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnte gezielt erfasst werden, ob Leistungen, die nicht zu jedem Zeitpunkt der Behandlung bei jedem Patienten indiziert sind, wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder soziale Hilfen, indiziert waren. Darüber hinaus kann beim ambulanten Leistungserbringer erfragt werden, ob ein Patient die indizierten Leistungen auch erhalten hat. Damit könnten u.a. auch Leistungen und Therapieformen einbezogen bzw. erfragt werden, die außerhalb des Regelungsbereiches des SGB V liegen. Ebenfalls denkbar sind fallspezifische Aspekte zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern, wie Hausärzte, sozialpsychiatrische Dienste und weitere regionale Versorger.

### **Pharmakotherapie**

Im Indikatorenset sind für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren für das Qualitätspotenzial vorhanden:

- ID 19: Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
- ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
- ID 21a: Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung

Das Qualitätspotenzial „Pharmakotherapie“ wird für den ambulanten Bereich im Indikatorenset über Sozialdaten erhoben. Die drei Prozessindikatoren erfassen fallbezogene Informationen zur Über- und Fehlversorgung und dienen der Patientensicherheit. Zusätzliche Informationen, wie beispielsweise zur Indikation von Pharmakotherapie, zur Therapieresistenz oder zu Nebenwirkungen sind in den Sozialdaten nicht enthalten und können auch mit einer einrichtungsbezogenen Dokumentation nicht gewonnen werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten zahlreiche weitere Informationen erhoben werden, die eine detailliertere Abbildung der Pharmakotherapie ermöglichen. Dies sind beispielsweise Informationen wie Ersterkrankung oder Therapieresistenz, zu denen es gesonderte Leitlinienempfehlungen gibt, die

aber auch zur Interpretation von Indikatorenergebnissen genutzt werden könnte. Weitere Aspekte der Pharmakotherapie, die über das reine Ordnungsverhalten hinausgehen, wie das regelmäßige systematische Erfassen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (äquivalent zu Indikator ID 77a) oder das Überprüfen der Pharmakotherapie hinsichtlich möglicher Umstellungen und Anpassungen, könnten mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden.

### **Somatische Versorgung**

Im Indikatorenset sind für den ambulanten Bereich folgende Indikatoren für das Qualitätspotenzial vorhanden:

- ID 22\_a: Dokumentation des Körpergewichts
- ID 31\_a: Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- ID 59: Kontrolluntersuchungen

Das Qualitätspotenzial „Somatische Versorgung“ wird für den ambulanten Bereich mittels drei Prozessindikatoren erhoben, die alle der Patientensicherheit dienen. Einer davon basiert auf Sozialdaten bei den Krankenkassen und zwei Indikatoren werden mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben. Wichtige Aspekte der somatischen Versorgung im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit können hier bisher nur als Teilfragen in den drei Indikatoren berücksichtigt werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten die mittels der einrichtungsbezogenen Erhebung gewonnenen Prozessparameter, fallbezogen und damit präziser und zum Teil auch vollständiger erhoben werden. Des Weiteren könnten fallbezogen gewonnene Informationen über die somatische Versorgung von Patienten dazu verwendet werden, einen konkreten Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen behandelnden Ärzten abzubilden. Andererseits lassen sich viele Untersuchungsprozesse über Sozialdaten abbilden, sodass das Potenzial einer fallbezogenen QS-Dokumentation hier nicht so groß ist wie bei den meisten anderen Qualitätspotenzialen.

### **Psychotherapie**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich folgender Indikator für das Qualitätspotenzial/-defizit vorhanden:

- ID 67b: Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ wird für den ambulanten Bereich im Indikatorenset mittels eines Indikators berücksichtigt, der einrichtungsbezogen erhoben wird und misst, inwieweit Patienten in der ambulanten Versorgung Psychotherapie angeboten wird.

Zwar wäre eine fallbezogenen Erhebung des Erhalts von Richtlinien-Psychotherapie und psychotherapeutischen Gesprächen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich, allerdings fehlen die hier besonders wichtigen Informationen zur Indikation von psychotherapeutischen Interventionen bzw. Richtlinien-Psychotherapie. Ohne diese patientenindividuelle Information kann die Qualität der Versorgung nicht eingeschätzt werden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation könnten neben dem Erhalt von psychotherapeutischen Interventionen auch spezifische Informationen zur Indikation, z.B. ob der Patient ersterkrank ist, in der Berechnung bzw. Interpretation des Indikators berücksichtigt werden. Auch kann erfasst werden, warum Patienten, trotz möglicher Indikation, psychotherapeutische Interventionen nicht erhalten haben, z.B. weil sie diese abgelehnt haben. Somit könnte das Qualitätspotenzial „Psychotherapie“ deutlich präziser abgebildet werden.

### **Empowerment und Angehörigenpartizipation**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich folgender Indikator für das Qualitätspotenzial/-defizit vorhanden:

- 70\_a: Einbezug von Angehörigen

Das Qualitätspotenzial „Empowerment und Angehörigenpartizipation“ wird für den ambulanten Bereich mittels eines einrichtungsbezogenen Indikators erhoben. Dieses Qualitätspotenzial ist idealerweise über Patienten- und Angehörigenbefragungen zu erheben.

Mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation ließen sich einige Aspekte allerdings differenzierter darstellen. Dies betrifft insbesondere die patientenindividuellen psychischen und sozialen Rahmenbedingungen, die großen Einfluss auf die Möglichkeiten von Psychoedukation, der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen, der gemeinsamen Entscheidungsfindung und den Einbezug (oder auch den Nicht-Einbezug) von Angehörigen haben.

### **Struktur**

Im Indikatorenset ist für den ambulanten Bereich kein Indikator für strukturbezogenen Qualitätspotenziale vorhanden. Relevante strukturelle Qualitätspotenziale/-defizite im ambulanten Bereich finden sich vor allem im regionalen Angebot von Leistungserbringern und Diensten. Beispielsweise fehlen in vielen Regionen Angebote wie Kriseninterventionsdienste oder aufsuchende Versorgung.

Mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation können unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen keine weiteren qualitätssicherungsrelevanten Aspekte erfasst werden. Wenn es eine für die regionale psychiatrische Versorgung verantwortliche, zentrale Einrichtung gäbe, der die Indikatorenergebnisse zurückgemeldet werden können, wäre dies ggf. anders zu beurteilen.

### **Patientenrelevante Endpunkte**

Patientenrelevante Endpunkte werden für den ambulanten Bereich im Indikatorenset durch keinen Indikator erhoben, da diese prinzipiell auf Patientenebene, d.h. fallbezogen erhoben werden müssen. Eine einrichtungsbezogene Erhebung wäre hierfür nur sehr bedingt geeignet. Auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind nur beschränkt Informationen zu patientenrelevanten Endpunkten vorhanden.

Mit einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation können einige wesentliche patientenrelevante Endpunkte, z.B. zur Integration des Patienten in den Arbeitsmarkt, zu seiner sozialen Lage oder zum Wohnstatus erfasst werden. Letztlich betrifft dies den gesamten Bereich, des patientenindividuellen Alltags und seiner Lebenswirklichkeit außerhalb der Behandlung. Zur Erhebung dieses Qualitätspotenzials sind Informationen aus einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation zumindest dann unverzichtbar, wenn keine Informationen aus Patienten- oder Angehörigenbefragungen zur Verfügung stehen

Auch wäre der Einsatz von noch festzulegenden Instrumenten zur Messung der alltäglichen oder der psychosozialen Funktionalität oder zur systematischen Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen denkbar. Letztlich ist es der kontinuierlich den Patienten betreuende und die Versorgung im ambulanten Bereich koordinierende Leistungserbringer, der über die meisten Informationen hinsichtlich des individuellen Krankheitsverlaufs sowie über die Funktionalität und die Selbstwirksamkeit seines Patienten verfügt.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation gegenüber den hier bereits entwickelten Erhebungsinstrumenten den Vorteil hat, dass mehr Aspekte der Qualitätspotenziale abgebildet werden können bzw. dass bereits abgebildete Potenziale präziser erfasst und die Ergebnisse besser interpretiert und dargestellt werden können.

Eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

- weist ein großes Potenzial zur Abbildung von Ergebnisqualität und patientenrelevanten Endpunkten auf. Zu nennen sind die allgemeine und die psychosoziale Funktionalität sowie insbesondere die soziale und berufliche Integration.
- bietet die Möglichkeit, Informationen über indikationsspezifische Prozesse wie den Erhalt oder auch die Ablehnung von zum Beispiel Psychotherapie oder Psychoedukation zu erhalten.
- ermöglicht es, die Qualitätspotenziale des Empowerment (z.B. der Psychoedukation oder der Teilnahme an Selbsthilfegruppen) und des Einbezugs von Angehörigen im Kontext der individuellen sozialen Situation des Patienten zu dokumentieren.

- kann in entsprechenden Indikatoren auch Leistungen berücksichtigen, die nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wie zum Beispiel einige Leistungen aus den Bereichen Rehabilitation, „Soziale Hilfen“ und „Ergänzende Therapien“.
- ermöglicht es, die regionale Versorgung zumindest indirekt zu berücksichtigen. Beispielsweise kann der Erhalt bestimmter Versorgungsleistungen in Abhängigkeit von unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen erfasst werden.
- kann dabei helfen, die über Sozialdaten oder die stationäre QS-Dokumentation gewonnenen Daten zu ergänzen bzw. eine bessere Interpretation dieser Daten zu ermöglichen.
- ist ein zentraler Baustein einer sektorenübergreifenden Betrachtung, wenn diese über abgerechnete Leistungen oder die stationäre Ausnahmesituation hinausgehen soll. Insbesondere mit Blick auf Kooperation und Koordination von Behandlungen, aber auch auf patientenrelevante Endpunkte, wie Hospitalisierung und Heimeinweisung, ist eine Zusammenführung von stationär und ambulant erhobenen fallbezogenen Daten unverzichtbar.

Diesen Vorteilen gegenüber steht ein erheblich erhöhter Dokumentationsaufwand im Vergleich zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder zur Erhebung von Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Bei einer zukünftigen Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren für eine ambulante fallbezogene Datenerhebung bei den Leistungserbringern sollten die hier diskutierten Qualitätspotenziale zwar berücksichtigt werden, aber es ist darauf hinzuweisen, dass eine Indikatorenentwicklung in einem eigenständigen und methodisch strukturierten Prozess stattfinden sollte, der auch die in den folgenden Abschnitten geschilderten Problematiken berücksichtigen sollte. Ein Ergebnis einer zukünftigen Entwicklung einer QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich kann sein, dass nicht zu allen hier aufgeführten Aspekten der Qualitätspotenziale Indikatoren entwickelt werden, da eine gesonderte Relevanz- und Praktikabilitäts-Bewertung durch Experten erfolgen sollte.

## 8.2 QS-Auslösung im ambulanten Bereich

Eine besondere Herausforderung für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation ist, dass es sich hier um ein diagnosebezogenes QS-Verfahren handelt, bei dem anstelle einer Intervention (z.B. einer Operation oder Therapie) eine Erkrankung betrachtet werden soll. Hierzu liegen bisher keine Erfahrungen aus vergleichbaren Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung im ambulanten Bereich vor.

Im Folgenden werden die für die Umsetzbarkeit einer ambulanten fallbezogenen QS-Auslösung relevanten Aspekte diskutiert. Hierbei wird darauf fokussiert, ob dokumentationspflichtige Fälle definiert werden können und inwieweit die definierten Kriterien zu einer hinreichend sensitiven und spezifischen Auslösung einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation geeignet sind.

### 8.2.1 Dokumentationspflichtige Fälle

Für das entwickelte QS-Verfahren sind die dokumentationspflichtigen Fälle volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen; also alle Patienten, die mindestens 18 Jahre sind und eine aktuelle F2-Diagnose haben. Für die Auslösung soll überdies geprüft werden, ob zusätzliche Eingrenzungen der Zielpopulation anhand von spezifischeren Diagnosen und weiteren Altersgrenzen möglich sind (vgl. Kapitel 9).

Voraussetzung für eine fallbezogene QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich ist zunächst die prinzipielle Möglichkeit, die für das QS-Verfahren definierte Zielpopulation automatisiert, d.h. innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer, auszulösen. Hierfür muss auf Daten oder Informationen zurückgegriffen werden, die grundsätzlich, in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt bei jedem Leistungserbringer vorliegen. Aus diesem Grund ist die Auslösung der Dokumentationspflicht in der externen Qualitätssicherung bisher

regelmäßig an Abrechnungsdaten geknüpft, weil es sich dabei um grundsätzlich vorliegende, einheitlich dokumentierte und verpflichtend zu übermittelnde Leistungsdaten handelt.<sup>31</sup>

Da es sich um ein diagnosebezogenes QS-Verfahren handelt, scheint die Definition der dokumentationspflichtigen Fälle anhand von Diagnosen geeignet. In den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen sowie der Psychiatrischen Institutsambulanzen sind Diagnosen vorhanden, da diese gem. §295 Absatz 1 SGB V verpflichtend im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen dokumentiert werden müssen. Da auch das Alter als systemisch vorliegende Angabe (Geburtsdatum) aus den Abrechnungsdaten entnommen und als Filterbedingung genutzt werden kann, lässt sich die oben definierte Zielpopulation des QS-Verfahrens in rein technischer Hinsicht problemlos auslösen. Dies gilt grundsätzlich analog für diagnose- und/oder altersspezifisch eingeschränkte Subpopulationen von Patienten mit einer F2-Diagnose (siehe hierzu Kapitel 9).

## 8.2.2 Sensitivität und Spezifität der QS-Auslösung von Patienten mit einer F2-Diagnose

Mit Blick auf die Bewertung von Aufwand und Nutzen eines QS-Verfahrens ist es von zentraler Bedeutung, dass die dokumentationspflichtigen Fälle mit hinreichender Sensitivität und Spezifität ausgelöst werden.

Im Gegensatz zum stationären Bereich ist die Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich keinen spezifischen Kodierrichtlinien unterworfen. Kodierrichtlinien für die Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich wurden entwickelt, erprobt und auf freiwilliger Basis im Jahr 2011 umgesetzt (IGES 2012; Walker et al. 2011). Mit dem GKV-VStG wurde dies zum 1. Januar 2012 wieder aufgehoben. Da also nach wie vor keine einheitlichen Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich vorliegen, wird auch die Validität der zu Abrechnungszwecken übermittelten Diagnosen angezweifelt. Mehrere Studien haben dies für einzelne Erkrankungen untersucht und versucht, die Problematik zu quantifizieren. Alle Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass es sowohl Unter- als auch Überdokumentation gibt. Je nach Erkrankung und methodischem Vorgehen kommen die Untersuchungen bezüglich der möglichen Gründe sowie des Umfangs von Über- und Underdokumentation zu unterschiedlichen Ergebnissen (Ozegowski 2013; IGES 2012; Walker et al. 2011; Erler et al. 2009). Einiges deutet darauf hin, dass das Ausmaß der Über- und Underdokumentation auch abhängig von der Komplexität des Krankheitsbildes bzw. von Komorbiditäten ist (Walker et al. 2011).

Da F2-Diagnosen bisher nicht Gegenstand derartiger Analysen gewesen sind, kann über die generelle Kodierqualität im ambulant-fachärztlichen Bereich keine Aussage gemacht werden. Auch Analysen des AQUA-Instituts mit Routinedaten können hier keine letztgültige Klarheit bringen.

Zunächst wurde anhand von Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse des Jahres 2012 geprüft, wieviele Patienten mit einer gesicherten F2-Diagnose im ambulanten Bereich auch eine Antipsychotikaverordnung erhalten haben. Antipsychotika werden (neben anderen Therapien) von den Leitlinien grundsätzlich als Langzeitbehandlung empfohlen (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011a; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005b). Nur im Einzelfall sollte davon abgewichen werden (NICE 2014; DGPPN 2006). Der Abgleich zwischen Diagnosen und Antipsychotikaverordnungen ergibt, dass 88,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose mindestens eine Antipsychotikaverordnung hatten. Dies scheint ein plausibler Wert. Eine gegenläufige Analyse war nicht möglich, da dem AQUA-Institut nur Daten zu Patienten mit einer F2-Diagnose vorlagen. Ein Abgleich mit Leistungen war ebenso nicht möglich, da keine krankheitsspezifische GOP für Patienten mit einer F2-Diagnose vorhanden ist. Auch eine Analyse anhand sich ausschließender Diagnosen war nicht möglich.

Vergleicht man alle Patienten mit einer F2-Diagnose des Jahres 2012, die sowohl einen Krankenhausaufenthalt als auch einen Facharztbesuch (inkl. PIA) hatten,<sup>32</sup> stellt man fest, dass 22 % der Patienten, die eine stationäre F2-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) erhalten haben, im ambulant-fachärztlichen Bereich keine F2-Diagnose erhielten. Dies entspricht einer berechneten Sensitivität von 78 %. Umgekehrt lag für 17,5 % der

<sup>31</sup> Dies setzt voraus, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt. Je gezielter eine Auslösung auf Basis von Abrechnungsdaten möglich ist, desto besser können Datenprüfroutinen (etwa eine Vollzähligkeitsprüfung) implementiert werden.

<sup>32</sup> Hier ist zu beachten, dass sich die folgenden Berechnungen ausschließlich auf jenen Anteil der Patienten beziehen, die im betrachteten Zeitraum sowohl im Krankenhaus als auch in ambulanter-fachärztlicher Behandlung waren. Dies entspricht einem Anteil von 11,4 % der Grundgesamtheit.

ambulant diagnostizierten Patienten mit einer F2-Diagnose keine stationäre F2-Diagnose vor (Haupt- oder Nebendiagnose), wenn die Patienten in dem betreffenden Jahr sowohl stationär als auch ambulant-fachärztlich behandelt wurden. Wenn man in Betracht zieht, dass es sich häufig um eine chronische Erkrankung handelt, weshalb hier unabhängig von der Chronologie der Diagnosen (ambulant vor stationär vs. stationär vor ambulant) eine hohe Übereinstimmung vorliegen sollte, dann scheint dieser Wert eher gegen eine gute Kodierqualität im ambulanten-fachärztlichen Bereich zu sprechen – wobei hier (ungeprüft) davon ausgegangen wird, dass die stationäre Diagnose der Goldstandard ist.

Bezieht man eine Chronologie der Quartale ein,<sup>33</sup> dann erhalten 27,9 % der Patienten, die stationär eine F2-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) erhalten haben, nachfolgend keine entsprechende Diagnose im ambulanten-fachärztlichen Bereich. Diese Werte sinken auf 24,7 %, wenn man sich nur auf stationäre Hauptdiagnosen bezieht. Auch die Vermutung, dass es sich hier eher um wenige Praxen handelt, die die rechnerischen Auffälligkeiten verursachen, lässt sich nicht bestätigen. Soweit es niedergelassene Fachärzte bzw. Praxen betrifft (exklusive PIA), haben 57,2 % der Praxen bei mindestens einem Patienten keine F2-Diagnose nach einem Krankenhausaufenthalt mit F2-Hauptdiagnose dokumentiert. Auch wenn es für alle Zahlen noch weitere plausible Einflussfaktoren geben könnte – weitere psychische und somatische Komorbiditäten, die ggf. die F2-Diagnose nachrangig werden lassen, stationäre Fehldiagnosen im Sinne des Upcoding sowie auch die Unvollständigkeit der hier verwendeten PIA-Daten, – so weisen diese Zahlen doch auf eine Unterdokumentation hin, weshalb man die Sensitivität der Auslösung kritisch beurteilen muss.

Auf der anderen Seite besteht theoretisch auch das Problem der Überdokumentation, weil die übermittelten Diagnosen aus dem ambulanten-fachärztlichen Bereich keinen Datumsbezug haben und möglicherweise anamnestische Dauerdiagnosen die Dokumentationspflicht auslösen, obwohl die Diagnosen nicht aktuell sind bzw. in keinem direkten Zusammenhang mit einer abgerechneten Behandlung (z.B. einer Quartals- oder Tagespauschale) stehen. Da es generell keine diagnosespezifischen Gebührenordnungspositionen für Patienten mit einer F2-Diagnose gibt, ist auch eine Identifikation von Fällen anhand von Gebührenordnungspositionen nicht möglich. Insofern besteht die Gefahr, dass mehr Fälle für die Qualitätssicherung ausgelöst werden als tatsächlich dokumentiert werden müssen. D.h.: Ob die Auslösung mit hinreichender Spezifität erfolgen kann, kann nicht endgültig beurteilt werden.

Allerdings ist für die letztgenannte Problematik deutlich darauf zu verweisen, dass die Dokumentation von aktuellen bzw. behandlungsrelevanten Diagnosen auch zum jetzigen Zeitpunkt, d.h. unabhängig von der Einführung der genannten Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich, verpflichtend ist. Dies ergibt sich aus §295 Absatz 1 Nr. 3 SGB V, der die Leistungserbringer verpflichtet, die Diagnosen „nach in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln“. In den entsprechenden Anweisungen des DIMDI heißt es diesbezüglich: „Auf den Abrechnungsunterlagen nach §295 SGB V müssen Sie sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Sie Leistungen abrechnen. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen Sie aus Gründen des Datenschutzes nicht übermitteln [...]“<sup>34</sup> (vgl. auch (Walker et al. 2011)).

Mit Blick auf diese Vorschriften sowie darauf, dass das QS-Verfahren psychiatrisch spezialisierte Ärzte betrifft, gibt es keinen Anlass davon auszugehen, dass es unter Aufwands Gesichtspunkten zu einer nicht hinnehmbaren Überdokumentation bzw. zu Fehlauflösungen kommt. Vielmehr könnte davon ausgegangen werden, dass eine allein diagnosebezogene Fallauslösung relativ schnell zur Verbesserung der Dokumentationsqualität beiträgt und die Durchsetzung der auch von der KBV geforderten „verbindlichen“ Umsetzung der Dokumentation von Behandlungsdiagnosen (Akutdiagnose und nicht anamnestische Dauerdiagnosen) sowie der Nicht-Übermittlung von anamnestischen Dauerdiagnosen in der Abrechnungssoftware der Praxen befördert wird (KBV 2015).

<sup>33</sup> Dem gerade Geschilderten liegt die Problematik zugrunde, dass zu den Diagnosen kein Datum angegeben ist, mit dem sicher auf den Zusammenhang zwischen einer Diagnose und einer Behandlung schließen lässt.

<sup>34</sup> <https://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/zusatz-03-anleitung-zur-verschluesselung.htm> (Zugriff am 22.11.2015)

### 8.2.3 Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen

Für die Entscheidung, ob das Instrument einer fallbezogenen QS-Dokumentation entwickelt werden sollte, ist die Problematik einer möglichen Unterdokumentation von Diagnosen relevanter als die der möglichen Überdokumentation. Hier handelt es sich um ein (mögliches) Problem, das den Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht gelöst werden kann und es ist auch nicht anzunehmen, dass ein implementiertes QS-Verfahren hier Anreize zur Verbesserung der Dokumentationsqualität setzen würde. Allerdings wäre auch hier die im Rahmen des Abrechnungsgeschehens eigentlich verpflichtend erforderliche Angabe von behandlungsrelevanten Diagnosen hilfreich, weil dadurch die Spezifität der Auslösung erheblich verbessert würde.

In den neusten, von der KBV formulierten, verpflichtenden Anforderungen an die ambulante Abrechnungssoftware ist der gesetzlich vorgeschriebene Weg zur korrekten Dokumentation auch programmatisch vorgegeben (KBV 2015). In diesen Vorgaben sind alle technisch-definitiven Vorkehrungen implementiert, damit Diagnosen grundsätzlich nach Akutdiagnosen, Dauerdiagnosen (behandlungsrelevante Dauerdiagnosen) und anamnestischen Dauerdiagnosen unterschieden und nur Akut- und Dauerdiagnosen im Zusammenhang mit der Abrechnung übermittelt werden. Dementsprechend sind auch Vorkehrungen implementiert, mit denen ein „Automatismus“ der Übernahme von anamnestischen Dauerdiagnosen (Diagnosen, zu denen im Quartal keine Leistung erbracht wurde) unterbunden wird. Gesetzt den Fall, dass die hier gesetzten „systemischen“ Anforderungen sukzessive in der Praxis durchgesetzt werden, könnte sich eine QS-Auslösung ausschließlich auf die gesicherten Behandlungsdiagnosen (Akut- und Dauerdiagnosen) beschränken und gezielt nur jene Fälle auslösen, die u.a. wegen einer F2-Diagnose behandelt wurden. Fälle, die ausschließlich aus anderen Gründen, z.B. einer Angststörung oder einer Depression, in dem Quartal behandelt wurden, würden nicht ausgelöst. Somit wäre eine hinreichend sensitive und spezifische alters- und diagnosebezogene QS-Auslösung möglich.

### 8.2.4 Umsetzbarkeit unter veränderten Bedingungen

Wenn man über die derzeitigen gegebenen Rahmenbedingungen hinaus denkt, dann wäre auch die Einführung neuer Abrechnungskodes ein gangbarer Weg einer hinreichend sensitiven und spezifischen Fallauslösung, wobei die Zielpopulation ggf. eingegrenzt werden muss, da gegenwärtig keine in einem anderen Abrechnungskode (z.B. in einer Pauschale) enthaltene Leistung vorhanden ist, die eine hinreichend sensitive und spezifische Auslösung ermöglicht.

Wenn man den chronischen Verlauf einer F2-Erkrankung als einen relevanten Aspekt erachtet, dann wäre eine entsprechend spezifische GOP für Patienten mit F2-Diagnosen (bzw. für alle psychiatrischen Diagnosegruppen) denkbar. Hierfür würde es nach Ansicht des AQUA-Instituts ausreichen, wenn beispielsweise die allgemeine Quartalspauschale (die in 93 % aller Fälle abgerechnet wird)<sup>35</sup> als spezifische Quartalspauschale für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose abgerechnet wird. Dem Vorteil dieser kosten- und aufwandsneutralen Maßnahme steht allerdings der Nachteil entgegen, dass die grundsätzliche Bedeutung der regelhaften, verpflichtenden Kodierung von Diagnosen hiermit nicht, wie bei einer Auslösung unter gegebenen Bedingungen, unterstützt wird.

Wenn man den Zweck dieses QS-Verfahrens eher in der Qualitätssicherung von frühzeitigen Maßnahmen sieht, dann könnte z.B. ein ganz neuer, abrechnungsrelevanter Code eingeführt werden, der bestimmte verpflichtende und einmalige Leistungen für Ersterkrankungen (z.B. eine umfassende Anamnese) vorsieht. Auch auf diese Weise könnte eine hinreichend sensitive und spezifische QS-Auslösung realisiert werden, die hier allerdings eben nur ersterkrankte Patienten auslöst.

Für beide Varianten wäre allerdings die Implementierung von neuen Codes notwendig, was nachzeitigem Erfahrungsstand auf zahlreiche Umsetzungsbarrieren stößt.

<sup>35</sup> Hochrechnung anhand von anonymisierten Routinedaten aus dem Jahr 2012.

## 8.2.5 Weitere erkrankungs- und versorgungsspezifische Überlegungen zur QS-Auslösung im ambulanten Bereich

Abseits der technischen Frage nach der Auslösung sowie der im vorherigen Abschnitt geschilderten Problematik einer gegenwärtig möglicherweise nicht hinreichend sensitiven Auslösung sollten bei der Entscheidung für oder gegen die Entwicklung einer fallbezogenen ambulanten QS-Dokumentation auch weitere, eher inhaltliche Aspekte beachtet werden, die im Zusammenhang mit den Qualitätspotenzialen und auch der Auslösung stehen.

F2-Erkrankungen sind potenziell chronische Erkrankungen, d.h. dass die zu betrachtende Versorgung wenige Monate, aber auch 20 Jahre und mehr andauern kann. Für eine fallbezogene QS-Auslösung bedeutet dies, dass sie nicht immer zu Beginn der Erkrankung erfolgen kann. Dies gilt umso mehr, wenn Diagnose, Indikationsstellung oder Therapie bei Leistungserbringern erfolgen, die nicht dokumentationspflichtig im Sinne dieses QS-Verfahrens sind (z.B. Hausärzte). Mit Blick auf die Identifizierung jener Patienten, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren oder schwersten Krankheitsverlauf haben (vgl. Kapitel 9), erhält die QS-Dokumentation im ambulanten Bereich eine latent präventive Ausrichtung. Deshalb wäre es wichtig, diese Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu identifizieren.

Weiterhin handelt es sich bei psychischen Erkrankungen um sehr individuelle Krankheitsverläufe, die in komplexen und regional sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -formen behandelt werden. Das bedeutet zunächst, dass nicht jede Versorgungsleistung zu jedem Zeitpunkt für jeden Patienten indiziert ist. Damit sind an eine ambulante, fallbezogene QS-Dokumentation besondere Anforderungen gestellt: sie soll so flexibel sein, dass unterschiedliche Bedarfe und langfristige Verläufe erfasst werden. Auch dies hängt indirekt mit dem Problem der QS-Auslösung zusammen, weil zu überlegen ist, ob man Patienten mit einer F2-Diagnose in Bezug auf (ggf. quartalsweise) Arztkontakte oder auf bestimmte Leistungen oder in bestimmten Zeiträumen (z.B. einmalige Dokumentationspflicht für jeden Patienten mit einer F2-Diagnose) auslöst. Die im Abschnitt 8.1 dargestellten Qualitätspotenziale sind weder Leistungen, die bei jedem Arztkontakt erfolgen sollten, noch beziehen sie sich auf bestimmte Leistungen, die grundsätzlich immer und für jeden Patienten erbracht werden sollen. Sie beziehen sich vielmehr auf Leistungen und deren Ergebnisse, die im Laufe einer oft langandauernden Versorgung regelmäßig erbracht werden sollen. Dies lässt sich idealerweise über eine QS-Dokumentation erreichen, über die Leistungen und Ereignisse erhoben werden, die einen bestimmten, längeren Zeitraum umfassen. Gerade die für diesen Fall adäquate einmalige, z.B. jährliche Auslösung dürfte angesichts der quartalsweisen Abrechnung unter den gegebenen Bedingungen die vergleichbar problematischste sein.

Ebenso zu bedenken ist, dass ein Teil der Leistungen außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V erbracht wird, weshalb über die QS-Dokumentation nicht alle Leistungen erfasst werden können. Einige dieser Leistungen können mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation für den ambulanten Bereich erfragt werden (z.B. die Kooperation mit Leistungserbringern außerhalb des SGB V). Mögliche Indikatoren werden jedoch immer wieder auch regionale Besonderheiten berücksichtigen müssen.

## 8.3 Dokumentation und Datentransfer

Für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation empfiehlt das AQUA-Institut eine QS-Dokumentation innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer. Dies setzt voraus, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt.

### 8.3.1 Aufbau einer QS-Dokumentation

In Deutschland gibt es über 280 verschiedene Softwareanbieter für ambulante Leistungserbringer. Die Softwaresysteme der Leistungserbringer sind daher insgesamt heterogen aufgebaut. Da bei der Auslösung der Dokumentationspflicht nur auf Daten zurückgegriffen werden kann, die auch für die Abrechnung relevant sind, sollten in der Software bereits Möglichkeiten vorhanden sein, um auf die für die Auslösung der Dokumentationspflicht relevanten Kriterien zugreifen zu können.

Alternative Auslösungs- und Dokumentationswege sind aus Sicht des AQUA-Instituts angesichts der zu erwartenden Anzahl der zu dokumentierenden Fälle nicht praktikabel.

Unter den gegebenen Bedingungen, d.h. ohne Einführung neuer Kodes (vgl. Abschnitt 8.2.3), muss bedacht werden, dass eine QS-Auslösung beim Leistungserbringer ggf. bis zu viermal jährlich erfolgen müsste, da auch die Abrechnungsdaten quartalsweise übermittelt werden. Dies wäre mit erheblichem kaum zu rechtfertigendem Aufwand verbunden. Um bei einer solchen quartalsbezogenen QS-Auslösung eine möglichst aufwandsarme Dokumentation zu realisieren, könnte die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation so strukturiert werden, dass zunächst gezielt Filterfragen gestellt werden, anhand derer der Leistungserbringer angibt, ob in diesem Quartal bestimmte qualitätsrelevante Ereignisse oder Prozesse stattgefunden haben. Anschließend wären, gesteuert über Feldabhängigkeiten auf dem Dokumentationsbogen, nur für diese erbrachte Leistung weitere indikatorrelevante Informationen (Teildatensätze) zu dokumentieren. Allerdings müssten in jedem Quartal, in dem der Patient beim Leistungserbringer war, mindestens die Filterfragen beantwortet werden.

Bei Einführung neuer Kodes (vgl. Abschnitt 8.2.4), würde je nach Kode entweder vierteljährlich eine QS-Auslösung erfolgen (diagnosespezifische Quartalspauschale) oder einmalig bei Ersterkrankung. Bei letzterem Vorgehen könnte nur ein kleiner Abschnitt der Versorgung (Beginn der Behandlung) abgedeckt werden. Eine Versorgung, die über die Ersterkrankung hinausgeht, würde mit dieser einmaligen QS-Auslösung nicht erfasst werden können. Würde die QS-Auslösung anhand von noch einzuführenden diagnosespezifischen Quartalspauschalen (also bis zu viermal im Jahr) erfolgen, wäre der oben beschriebene Aufbau einer QS-Dokumentation zu empfehlen, um den Aufwand gering zu halten.

### **8.3.2 Datentransfer**

Der Datenfluss für eine ambulante fallbezogene QS-Dokumentation von Praxen und MZV bis zur Bundesauswertungsstelle ist in der Qesü-RL bereits beschrieben. Im Folgenden werden die relevanten Vorgaben aus der Richtlinie zu den Datenflüssen geschildert.

#### **Sollstatistik**

Hinsichtlich der Übermittlung der Angaben zur Sollstatistik (siehe Abschnitt 7.2.4) liegen keine Besonderheiten vor. Sie kann den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen.

#### **Konformitätserklärung**

Die Übermittlung der Konformitätserklärungen der Leistungserbringer (siehe Abschnitt 7.2.4) kann, ebenso wie die Übermittlung der Aufstellung der gelieferten Datensätze der Krankenkassen und der dazugehörigen Erklärung, den bestehenden Datenflüssen der Qesü-RL folgen. Es liegen keine Besonderheiten vor.

#### **Datenprüfung**

Aufgrund der Anforderung der Qesü-RL, bereits vor Ort beim Leistungserbringer Datenprüfungen durchzuführen, wurde ein Prüfprogramm entwickelt und eingeführt. Dieses Prüfprogramm bezieht die Plausibilitätsregeln direkt aus der Spezifikationsdatenbank und testet die zu übermittelnden Datensätze vor deren Verschlüsselung. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich, gleiches gilt für die Prüfungen der Dateistruktur.

#### **Verschlüsselungsprogramme**

Aufgrund der Anforderungen der Qesü-RL, mehrere Arten von Daten (im vorliegenden QS-Verfahren: QS-Daten und administrative Daten) gezielt an verschiedene Akteure im Gesamtprozess (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Bundesauswertungsstelle) zu übermitteln, hat das AQUA-Institut ein Verschlüsselungsprogramm entwickelt, das alle Datensicherheitsanforderungen erfüllt. Das AQUA-Institut stellt ein Ver- und Entschlüsselungspaket für die Anwendung entsprechend der Qesü-RL zur Verfügung. Das Ver- und Entschlüsselungspaket besteht aus den Programmen TPacker für die Transportverschlüsselung und XPacker für die XML-Verschlüsselung. Eine interaktive Alternative zur Verwendung dieser Programme stellt der GPacker dar. Er integriert den XPacker und TPacker und ermöglicht mithilfe einer einfachen grafischen Oberfläche für die Endanwender die Verschlüsselung und Komprimierung von QS-Dateien. Die Verwendung im vorliegenden QS-Verfahren ist analog möglich.

### **Transportverschlüsselung bzw. sicherer Übertragungskanal**

Abschließend wird für die Datenübermittlung noch eine Transportverschlüsselung benötigt, welche die gesamte Datei verschlüsselt und vor unberechtigten Zugriffen schützt. Die Transportverschlüsselung ist nur dann notwendig, wenn kein sicherer Übertragungskanal (z.B. VPN) genutzt wird, also insbesondere bei der Übermittlung der Datei als E-Mail-Anhang.

## 9 Eingrenzung auf schwere und schwerste Verläufe

Im Rahmen des Auftrags sollte „die Eingrenzung der Patienten und Patientinnen aus der Diagnosegruppe F2 und die Möglichkeit einer näheren Falldefinition von schweren und schwersten Verläufen sowie die Entwicklung eines QS-Filters zum Fokussieren der Zielpopulation, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich“ (G-BA 2014) geprüft werden. Dieser Auftragsbestandteil schließt an die dritte Konkretisierung der Konzeptskizze vom 26. Juli 2013 an, für die verschiedene Probeberechnungen durchgeführt wurden. Ziel dieser Berechnungen war die Beantwortung der Frage, ob sich innerhalb der Population aller Patienten mit einer F2-Diagnose Subpopulationen definieren lassen, für die die Wahrscheinlichkeit eines schweren und schwersten Krankheitsverlaufs erhöht ist. Diese Eingrenzung soll so erfolgen, dass sie sowohl für eine ambulante als auch eine stationäre QS-Auslösung eingesetzt werden kann.

Da für die seinerzeitigen Berechnungen nur sehr unvollständige Daten vorlagen, wurden die Analysen und Berechnungen für den vorliegenden Bericht erweitert und erneut durchgeführt. Im Folgenden werden zunächst die Möglichkeiten einer Definition von schweren und schwersten Verläufen überprüft. Darauf aufbauend werden die Ergebnisse der anhand von Routinedaten durchgeführten Analysen dargestellt.

### 9.1 Methodischer Ausgangspunkt

Als Datengrundlage der vorliegenden Auswertung dienten anonymisierte Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2012, die alle volljährigen Versicherten beinhaltet, die im ambulanten Bereich (einschließlich PIA) mindestens eine gesicherte F2-Diagnose oder im stationären Bereich mindestens eine F2-Diagnose als Hauptdiagnose erhalten hatten.

#### 9.1.1 Definition schwerer und schwerster Verläufe

In der dritten Konkretisierung zur Konzeptskizze wurden stationäre Aufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose als „Endpunkt“ eines schweren und schwersten Verlaufs definiert. In den Vorarbeiten des AQUA-Instituts wurde daher für die Berechnungen der stationäre Aufenthalt als Endpunkt bzw. Zielkriterium eines schweren und schwersten Verlaufs angenommen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Definition schwerer und schwerster Verläufe hier ein Konstrukt ist, das auf der Grundlage von verfügbaren Informationen aus dem Datenbestand der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) entworfen wurde. Viele schwere und schwerste Verläufe lassen sich vom Versorgungssystem nicht erfassen (Suizide, Obdachlosigkeit, Forensik).

Um sich an das Patientenkollektiv anzunähern, das schwere und schwerste Verläufe hat und gesetzliche Leistungen der Krankenversicherungen in Anspruch nimmt, wurde in den Routinedaten geprüft, welche fall- bzw. patientenbezogenen Informationen Hinweise auf einen schweren oder schwersten Verlauf geben können. Hierbei wurden folgende Endpunkte als Kriterien eines schweren und schwersten Verlaufes betrachtet:

- **Vollstationäre Aufenthalte** mit Hauptdiagnose F2 oder Nebendiagnose F2 bei einem psychiatrischen Aufenthalt: Hierbei wurde angenommen, dass vorwiegend jene Patienten stationär versorgt werden, bei denen Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder bei denen die ambulante Versorgung nicht ausreichend ist (DGPPN 2006).
- **Voll- und teilstationäre Aufenthalte** mit Hauptdiagnose F2 oder Nebendiagnose F2 bei einem psychiatrischen Aufenthalt: Hierbei wurde angenommen, dass vorwiegend jene Patienten stationär versorgt werden, bei denen Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder bei denen die ambulante Versorgung nicht ausreichend ist (DGPPN 2006). Teilstationäre Einrichtungen stehen hier für eine Alternative zur stationären Behandlung (Marshall et al. 2011; Schene 2004; Marshall et al. 2001).

- **Verordnung von Clozapin** (ATC-Kode N05AH02) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen des Jahres 2012: Die Verordnung von Clozapin ist nur bei Therapieresistenz indiziert, sofern vorher mindestens zwei verschiedene Antipsychotika getestet wurden (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012b; Barnes et al. 2011b; CADTH 2011; MOH 2011; APA 2010; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; CAHTA 2006; DGPPN 2006; Addington et al. 2005a; RANZCP 2004).
- **Aufnahme in ein Pflegeheim:** Patienten, die in Pflegeheimen wohnen, sind in ihrer Alltagsfunktionalität so stark eingeschränkt, dass hier ein schwerer und schwerster Verlauf angenommen werden muss.

### 9.1.2 Berechnung von Subpopulationen

Die Berechnungen zur Bestimmung von Subpopulationen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Krankheitsverlauf haben, erfolgte getrennt für die ambulanten (Fachärzte und PIA) und die stationären Einrichtungen.

Als Grundgesamtheit für die Analysen zur Einschränkung auf schwere und schwerste Verläufe im ambulanten Bereich dienten alle Versicherten, die eine gesicherte F2-Diagnose von einem niedergelassenen nervenärztlichen oder psychiatrischen Facharzt (Ärzte der Fachgruppenkennungen 51 und 58) oder in einer PIA erhalten haben. Im stationären Bereich wurde – anders als im ambulanten Bereich – nicht auf Patientenebene, sondern auf Fallebene gerechnet, da hier eine mögliche QS-Auslösung immer fallbezogen erfolgt. Als Grundgesamtheit wurden demnach alle stationären Fälle mit einer F2-Hauptdiagnose berücksichtigt.

Zur Bestimmung von Subpopulationen wurden die vorstehend genannten Grundgesamtheiten im Folgenden durch weitere Kriterien eingeschränkt, mit dem Ziel, den Anteil von Personen zu erhöhen, bei denen schwere und schwerste Verläufe im Sinne der oben bestimmten Endpunkte vorliegen. Da diese Kriterien eingesetzt werden sollen, um dokumentationspflichtige Fälle für eine ambulante und stationäre QS-Dokumentation zu definieren, müssen diese Kriterien in den Abrechnungsdaten aller Leistungserbringer enthalten sein, d.h. es können nur Daten verwendet werden, die grundsätzlich, in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt beim Leistungserbringer vorliegen.

Grundsätzlich stehen für die Definition von dokumentationspflichtigen Fällen folgende Kriterien zur Verfügung:

- Geschlecht des Patienten
- Alter des Patienten
- Diagnosen

Die Grundgesamtheit anhand des Geschlechts einzuschränken, scheint inhaltlich nicht sinnvoll. Dementsprechend verbleiben für die Berechnungen Alter und Diagnosen als potenzielle Kriterien für die Definition von dokumentationspflichtigen Fällen, da sie in Arztpraxen, PIA und stationären Einrichtungen grundsätzlich in einer einheitlichen Form und zum richtigen Zeitpunkt vorliegen.

## 9.2 Ergebnisse für den ambulanten Bereich

Für die folgenden Berechnungen der Endpunkte wurde die eingangs beschriebene Grundgesamtheit des ambulanten Bereichs (gesicherte F2-Diagnose von niedergelassenen Fachärzten oder PIA) anhand von vier verschiedenen diagnose- und altersspezifischen Kriterien eingegrenzt:

- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen: Patienten, die im ambulanten Bereich (einschließlich PIA) mindestens eine gesicherte Demenzdiagnose (F00.-\* bis F03 nach ICD-10) erhalten haben. Den praktischen Erfahrungen der Panelexperten zufolge steht die Behandlung der Demenz meist im Vordergrund. Auch werden bei Patienten mit einer Demenzerkrankung F2-Diagnosen bei der Abrechnung angegeben, um Antipsychotika verordnen zu können.
- M2Q-Kriterium: F2-Diagnose muss im ambulanten Bereich in mindestens 2 Quartalen (M2Q) vorliegen (und Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung). Hiermit sollen Patienten ausgeschlossen werden, die nur vorübergehend erkrankt sind, hier also kein längerer Verlauf der Erkrankung vorliegt.<sup>36</sup>
- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung und Ausschluss bestimmter Altersklassen
- Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankung und Ausschluss bestimmter F2-Diagnosen<sup>37</sup>

Im Hinblick auf die Größe der Zielgruppe bzw. die damit einhergehende Anzahl an dokumentationspflichtigen Personen ist festzuhalten, dass das Kriterium M2Q und der Ausschluss von Patienten mit einer Demenzerkrankung zu einer Reduktion von ursprünglich 508.147 auf 431.616 Personen zur Folge hat. Dies entspricht einem Anteil von 15 % (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener risikorelevanter Einschränkungen

	F2 (M1Q)	F2 (M1Q), exkl. Demenz	F2 (M2Q), exkl. Demenz
Anzahl der bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	508.147	485.539	431.616
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	74.865 (14,7 %)	73.823 (15,2 %)	64.215 (14,9 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	79.375 (15,6 %)	78.319 (16,1 %)	68.165 (15,8 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	52.974 (10,4 %)	52.062 (10,7 %)	50.601 (11,7 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	54.768 (10,8 %)	44.049 (9,1 %)	40.446 (9,4 %)

<sup>36</sup> Das M2Q-Kriterium wurde in die Analyse aufgenommen, da es in der dritten Konkretisierung zur Konzeptskizze als ein Kriterium in die Analysen einbezogen wurde. Allerdings liegt die Information maximal bei ambulanten Leistungserbringern vor, nicht aber in stationären Einrichtungen.

<sup>37</sup> Für den Ausschluss von Patienten mit bestimmten F2-Diagnosen mussten den Patienten zuvor einzelne Diagnosen zugeordnet werden. Hierzu wurden zunächst alle im Jahr 2012 ambulant vergebenen F2-Diagnosen auf 3-stelliger Ebene der niedergelassenen nervenärztlichen und psychiatrischen Fachärzte und der PIA aufsummiert. Einem Patienten wurde diejenige Diagnose aus dem F2-Bereich zugeordnet, die er in jenem Jahr am häufigsten erhalten hat. Dabei zeigte sich, dass 4,6 % der Patienten zwei oder mehr Diagnosen gleich häufig erhielten. Bei 0,8 % dieser Patienten handelte es sich um solche Diagnosen, bei denen neben einer spezifischen F2-Diagnose (F20.- bis F28) eine unspezifische Diagnose (F29 nach ICD-10) vergeben wurde. Diesen Personen wurde jeweils die spezifische Diagnose zugeordnet. Die restlichen 3,8 % der Patienten mit mehreren gleich häufig gestellten spezifischen Diagnosen wurden von der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

### **Endpunkt: Vollstationäre Aufenthalte**

Ausgangswert für die Grundgesamtheit ist ein Anteil von 14,7 % aller Patienten mit gesicherter F2-Diagnose im ambulanten Bereich, die einen vollstationären Aufenthalt, d.h. einen schweren und schwersten Verlauf im Sinne dieses definierten Endpunktes, hatten (vgl. Tabelle 37).

Schließt man aus dieser Grundgesamtheit Personen mit einer Demenzerkrankung aus (vgl. Tabelle 37), erhöht sich der Anteil der Patienten mit einem vollstationären Aufenthalt leicht auf 15,2 %. Wird diese Population zusätzlich durch die Anwendung des M2Q-Kriteriums eingeschränkt, fällt der Anteil wieder auf 14,9 %. Das heißt, die Anwendung des M2Q-Kriteriums verringert für diese Subpopulation die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf.

Durch den Ausschluss bestimmter Altersgruppen (vgl. Tabelle 38) zeigen sich vergleichsweise deutliche Effekte: Schließt man – neben den Patienten mit Demenzerkrankung – ältere Patienten von der betrachteten Grundgesamtheit aus, so steigt der Anteil der Patienten mit einem schweren und schwersten Verlauf. Am deutlichsten ist dieser Effekt zu beobachten, wenn ausschließlich Personen unter 55 Jahren betrachtet werden.<sup>38</sup> Der Anteil der Personen mit schweren und schwersten Verläufen erhöht sich hier auf 18,5 %. Die Einschränkung auf jüngere Patienten (Alter unter 55 Jahre) würde allerdings ca. 40 % der Grundgesamtheit von einer Dokumentationspflicht ausschließen.

Der Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39) zeigt dagegen, dass sich die Wahrscheinlichkeiten für einen schweren und schwersten Verlauf nicht nennenswert verändern: Alle Werte bewegen sich mit einer Spannweite von 15,1 % bis 15,6 % um den Ausgangswert von 15,2 %. Der größte Effekt sowohl hinsichtlich der Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe als auch hinsichtlich einer Fallzahlreduzierung zeigt sich, wenn man Patienten mit der Diagnose F22.- (anhaltende wahnhafte Störungen) ausschließt. Dies scheint inhaltlich jedoch nicht sinnvoll zu sein, da gerade chronisch erkrankte Personen die Zielgruppe sind. Inhaltlich sinnvoller würde ein Ausschluss von Patienten mit einer F23-Diagnose (akute vorübergehende psychotische Störungen) erscheinen; dies hat aber keinen bzw. einen minimal gegenläufigen Effekt.

### **Endpunkt: Voll- und teilstationäre Aufenthalte**

Bezieht man neben den voll- auch den teilstationären Bereich ein, so sind die Ergebnisse ähnlich (vgl. Tabelle 37). Ausgangswert für die Grundgesamtheit ist ein Anteil von 15,6 % aller Patienten des ambulanten Bereichs mit gesicherter F2-Diagnose, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt, d.h. einen schweren und schwersten Verlauf, hatten. Schließt man Patienten mit Demenzerkrankungen aus, erhöht sich auch hier der Anteil der Patienten nur leicht (16,1 %), während die Anwendung des M2Q-Kriteriums diesen Anteil erneut leicht verringert (15,8 %).

Auch hier zeigt die Anwendung des Alterskriteriums (vgl. Tabelle 38) den deutlichsten Effekt: Schließt man Patienten über 54 Jahre aus, steigt der Anteil der Patienten mit einem schweren Verlauf auf 19,7 %.

Da der Endpunkt dem im vorigen Abschnitt genannten weitgehend entspricht und die Ergebnisse dementsprechend ähnlich sind, ähneln sich auch die Effekte bei Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39). Hier bewegen sich alle Werte mit einer Spannweite von 16,1 % bis 16,6 % (vgl. Tabelle 39) um den Ausgangswert von 16,1 % (vgl. Tabelle 37). Auch hier zeigt sich, dass der inhaltlich nicht sinnvolle Ausschluss von Patienten mit der Diagnose F22.- nach ICD-10 den anteilmäßig bedeutsamsten Effekt hat.

### **Endpunkt: Verordnung von Clozapin**

Für den Endpunkt Clozapin in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen zeigt sich in der ursprünglich betrachteten Grundgesamtheit eine Prävalenz von 10,4 %. Bei Ausschluss von an Demenz erkrankten Personen erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben leicht auf 10,7 %. Wird die Grundgesamtheit zusätzlich über das M2Q-Kriterium eingeschränkt, erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben nochmals auf 11,7 % (vgl. Tabelle 37).

<sup>38</sup> Eine weitere Einschränkung des Alters auf noch jüngere Altersgruppen wurde aufgrund des Durchschnittsalters der Grundgesamtheit von 52,6 Jahren nicht vorgenommen.

Ähnlich wie bei den oben dargestellten Ergebnissen zeigt sich auch hier, dass eine Eingrenzung auf jüngere Altersgruppen (vgl. Tabelle 38) den größten Effekt hat. Betrachtet man ausschließlich Personen unter 55 Jahren, erhöht sich der Anteil der Personen, die eine Clozapinverordnung erhalten haben auf 12,6 %.<sup>39</sup>

Der Ausschluss einzelner F2-Diagnosen (vgl. Tabelle 39) zeigt auch hier keine nennenswert erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere und schwerste Verläufe. Ausgehend von einem Anteil von 10,7 % bewegen sich die Effekte in der Spanne von 10,8 % bis 11,4 %. Der größte Effekt zeigt sich auch hier bei Ausschluss von Patienten mit einer F22-Diagnose (Anhaltende wahnhafte Störungen).

### Endpunkt: Aufnahme in ein Pflegeheim

Wird der schwere und schwerste Verlauf als eine Unterbringung im Heim definiert, so verzeichnen 10,8 % der Grundgesamtheit einen schweren und schwersten Verlauf. Nach Ausschluss der Patienten mit Demenzerkrankungen verringert sich der Anteil auf 9,1 % (vgl. Tabelle 37). Grund dafür ist der höhere Anteil von Patienten mit Demenzerkrankungen in Pflegeheimen. Schließt man diese also aus, dann werden aus der Grundgesamtheit überproportional viele Personen mit einem Heimaufenthalt ausgeschlossen.

Analog bzw. ungleich stärker fällt der Effekt bei Anwendung des Alterskriteriums (vgl. Tabelle 38) aus: Je jünger die betrachtete Population ist, desto geringer ist der Anteil an Patienten mit einer Unterbringung im Heim. Bei der jüngsten betrachteten Population (Alter zwischen 18 und 54 Jahren) beträgt der Anteil der in einem Heim untergebrachten Patienten „nur noch“ 4,2 %. Diese Reduzierung wird besonders deutlich, wenn man das Durchschnittsalter der in einem Heim untergebrachten Personen betrachtet: Mit einem durchschnittlichen Alter von 66 Jahren sind diese mehr als 10 Jahre älter als der Durchschnitt der Grundgesamtheit.

Wie schon bei den vorherigen Analysen zeigt ein Ausschluss bestimmter Diagnosen im Hinblick auf eine Fokussierung auf schwere und schwerste Verläufe keine nennenswerten Effekte (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 38: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen

	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-54 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-59 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-64 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-69 Jahre	F2 (M1Q), exkl. Demenz, 18-74 Jahre
Anzahl bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	294.523	352.855	397.585	424.440	453.047
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	54.354 (18,5 %)	61.803 (17,5 %)	66.711 (16,8 %)	69.444 (16,4 %)	71.948 (15,9 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	58.090 (19,7 %)	65.820 (18,7 %)	70.934 (17,8 %)	73.763 (17,4 %)	76.372 (16,9 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	37.176 (12,6 %)	43.063 (12,2 %)	46.972 (11,8 %)	48.868 (11,5 %)	50.700 (11,2 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.492 (4,2 %)	17.105 (4,8 %)	21.975 (5,5 %)	26.287 (6,2 %)	32.457 (7,2 %)

<sup>39</sup> Die oben genannten Hinweise auf das hohe Durchschnittsalter der Patienten gelten hier entsprechend und sind zu berücksichtigen.

Tabelle 39: Änderung der Größe der ambulant versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen

	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F21	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F22	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F23	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F24	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F28	F2 (M1Q), exkl. Demenz, ohne F29
Anzahl bei niedergelassenen Nervenärzten oder bei einer PIA versorgten Patienten	456.669	436.135	457.100	467.039	464.355	456.213
Davon vollstationär versorgt (Anteil in %)	70.557 (15,4 %)	68.252 (15,6 %)	69.243 (15,1 %)	71.027 (15,2 %)	70.936 (15,3 %)	70.272 (15,4 %)
Davon voll- oder teilstationär versorgt (Anteil in %)	74.891 (16,4 %)	72.361 (16,6 %)	73.402 (16,1 %)	75.356 (16,1 %)	75.253 (16,2 %)	74.556 (16,3 %)
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	50.249 (11,0 %)	49.720 (11,4 %)	50.329 (11,0 %)	50.494 (10,8 %)	50.423 (10,9 %)	49.947 (10,9 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	42.330 (9,3 %)	39.719 (9,1 %)	42.124 (9,2 %)	42.807 (9,2 %)	42.540 (9,2 %)	41.708 (9,1 %)

### 9.3 Ergebnisse für den stationären Bereich

Auch für die Berechnungen im stationären Bereich wurde die eingangs beschriebene Grundgesamtheit (F2-Hauptdiagnose) weiter eingegrenzt. Dabei wurden allerdings Patienten mit Demenzerkrankungen (die diese beispielsweise als Nebendiagnose erhalten haben) aus der Grundgesamtheit nicht ausgeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass bei einem Krankenhausaufenthalt mit einer F2-Hauptdiagnose die Behandlung der F2-Diagnose im Vordergrund steht.

Folglich kommen hier nur zwei Ausschlusskriterien zur Anwendung:

- Ausschluss bestimmter Altersklassen
- Ausschluss bestimmter F2-Diagnosen

Da die hier betrachtete Grundgesamtheit überdies durch einen stationären Aufenthalt definiert ist, wurden die Analysen nur in Bezug auf die Endpunkte Verordnung von Clozapin und Aufnahme in ein Pflegeheim durchgeführt.

#### Endpunkt: Verordnung von Clozapin

Wird ein schwerer oder schwerster Verlauf im Krankenhaus so definiert, dass zusätzlich ambulant Clozapinverordnungen über mindestens zwei aufeinanderfolgende Quartale vorliegen müssen, betrifft dies 12,0 % der Krankenhausfälle (vgl. Tabelle 40). Analog zu den oben dargestellten Ergebnissen, erhöht sich auch hier der Anteil von Fällen mit einem schweren und schwersten Verlauf, wenn ältere Personen ausgeschlossen werden. Das heißt, je jünger die betrachtete Population, desto höher ist der Anteil an Personen, die Clozapin erhalten. Allerdings ist der Effekt kaum nennenswert: Der Ausschluss von Patienten über 54 Jahren erhöht den Anteil auf 12,5 % und bleibt bei diesem Wert, auch wenn man Patienten bis zu einem Alter von 65 Jahren einschließt.

Auch der Effekt der Anwendung diagnosespezifischer Ausschlusskriterien ist kaum bedeutsam. Ausgehend von den 12,0 % der Fälle mit zwei Clozapinverordnungen, verändern sich die Werte gar nicht oder nur geringfügig (vgl. Tabelle 41). Allerdings erhöht sich hier tatsächlich der Wert am stärksten, wenn die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen ausgeschlossen werden (12,5 %), – wobei anzumerken ist, dass die Diagnosen F21, F24, F28 und F29 im stationären Bereich zusammengerechnet in weniger als 1 % der Fälle als Hauptdiagnose vergeben werden.

### Endpunkt: Aufnahme in ein Pflegeheim

Definiert man schwere und schwerste Verläufe bei stationären Fällen als gegeben, wenn zusätzlich eine Unterbringung in einem Pflegeheim vorliegt, so betrifft dies 8,5 % der Fälle (vgl. Tabelle 40). Auch hier sinkt der Anteil an Fällen mit einer Unterbringung im Heim, wenn man ältere Personen von der Grundgesamtheit ausschließt und auf jüngere Altersgruppen fokussiert.

Ein Ausschluss von bestimmten Diagnosen (vgl. Tabelle 41) zeigt einen minimal höheren Anteil von Fällen mit einer Unterbringung im Heim, wenn man Personen mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (Hauptdiagnose F23) von der betrachteten Grundgesamtheit ausschließt (8,5 % vs. 8,7 %).

Tabelle 40: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen

	F2	F2, 18-54 Jahre	F2, 18-59 Jahre	F2, 18-64 Jahre	F2, 18-69 Jahre	F2, 18-74 Jahre
Anzahl stationärer Fälle	141.511	104.445	117.964	127.127	132.183	136.864
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	17.011 (12,0 %)	13.010 (12,5 %)	14.779 (12,5 %)	15.878 (12,5 %)	16.423 (12,4 %)	16.792 (12,3 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.024 (8,5 %)	5.270 (5,0 %)	6.673 (5,7 %)	8.191 (6,4 %)	9.241 (7,0 %)	10.384 (7,6 %)

Tabelle 41: Änderung der Größe der stationär versorgten Zielgruppe unter Berücksichtigung verschiedener Diagnosen

	F2, ohne F21 <sup>1</sup>	F2, ohne F22	F2, ohne F23	F2, ohne F24 <sup>1</sup>	F2, ohne F28 <sup>1</sup>	F2, ohne F29 <sup>1</sup>
Anzahl stationärer Fälle	141.069	136.290	135.574	141.424	141.340	141.195
Davon mit Clozapinverordnungen (Anteil in %)	17.003 (12,1 %)	16.868 (12,4 %)	16.972 (12,5 %)	17.009 (12,0 %)	17.008 (12,0 %)	16.995 (12,0 %)
Davon Wohnen im Heim (Anteil in %)	12.004 (8,5 %)	11.596 (8,5 %)	11.821 (8,7 %)	12.017 (8,5 %)	12.004 (8,5 %)	12.006 (8,5 %)

<sup>1</sup> Die Diagnosen F21, F24, F28 und F29 machen zusammengerechnet weniger als 1 % aller vergebenen F2-Hauptdiagnosen aus.

## 9.4 Diskussion

Die Einschränkung bzw. die Fokussierung der Zielpopulation auf eine Subpopulation mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Krankheitsverlauf, der sich in stationären Aufenthalten, Heimeinweisung oder Therapieresistenz (Clozapinverordnung) manifestiert, kann sowohl unter dem Gesichtspunkt der Verringerung der Fallzahlen als auch inhaltlich diskutiert werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Verringerung von Fallzahlen kann zusammenfassend festgestellt werden, dass bei einem Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen und Patienten unter 55 Jahren der größte Effekt zu verzeichnen ist. Die Grundgesamtheit wird bei Anwendung dieser Definition um gut 40 % der Patienten (von 510.147 auf 294.523 Patienten) reduziert. Dem Vorteil einer geringeren Dokumentationslast steht dabei der Nachteil gegenüber, dass die Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren sinkt, weil dementsprechend auch die durchschnittlichen Fallzahlen je Leistungserbringer um diesen Wert fallen.

Auch wenn gezeigt werden konnte, dass die Fokussierung der Zielpopulation, egal über welche der genannten Kriterien sie vorgenommen wird, zu einer mehr oder weniger großen Reduktion der Fallzahlen führt, so ist insgesamt festzustellen, dass durch keine Definition das Ziel einer hinreichend sensitiven und spezifischen Identifizierung von schweren und schwersten Verläufen erreicht wird. Die folgende Beispielrechnung mag dies verdeutlichen: Die Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf – definiert als vollstationärer Aufenthalt – für die Altersgruppe der 18- bis 54-Jährigen unter Ausschluss von Patienten mit Demenzerkrankungen

kungen liegt bei 18,5 %. In der Altersgruppe über 55 Jahren liegt diese Wahrscheinlichkeit allerdings auch noch bei 10,2 %. Beschränkt man also die QS-Auslösung auf die jüngere Zielpopulation, schließt man einerseits 81,5 % Fälle ein, die keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf haben, während andererseits 10,2 % der Patienten nicht ausgelöst werden, obwohl sie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren und schwersten Verlauf haben. Dies entspricht einer Sensitivität von nur 73,6 % bei der QS-Auslösung von Fällen mit schweren und schwersten Verläufen. Die Spezifität, also die Nicht-Auslösung von potenziell weniger schweren Verläufen, liegt bei nur 41,7 %. Vor allem mit Blick auf diese Berechnungen zur Sensitivität und Spezifität der Auslösung von Patienten mit potenziell schweren und schwersten Verläufen ist auch die genannte beispielhafte Einschränkung kein geeignetes Definitionskriterium.

Hinzu kommt, dass es angesichts des potenziell chronischen Verlaufs der Krankheit in vielen Fällen zu einer ambulanten QS-Auslösung bei Patienten kommt, die ungeachtet ihres Alters bereits Kriterien für einen schweren oder schwersten Verlauf erfüllen. Die analoge Anwendung des Kriteriums stationärer Aufenthalt auf stationäre Patienten ist theoretisch möglich, praktisch aber gemäß der Intentionen, die Wahrscheinlichkeit von stationären Aufenthalten zu verringern, nicht logisch.

## 10 Fazit

Psychische Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, können einen chronischen Verlauf nehmen, bei dem soziale und kognitive Funktionseinschränkungen auftreten, die sich wiederum auf die soziale Teilhabe und die Lebensqualität auswirken. Patienten haben daher häufig komplexe Bedürfnisse bzw. Bedarfe sowohl an psychiatrischen als auch an anderen Hilfen. Dies bedeutet, dass eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten an einer qualitativ guten Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose beteiligt ist, die neben den medizinischen auch die sozialen Bedürfnisse der Patienten adressieren.

Bei der Entwicklung des QS-Verfahrens wurde versucht, diese Aspekte im Rahmen des Auftrags zu berücksichtigen. Ausgehend von weit über tausend recherchierten Indikatoren, ist es in einem umfangreichen und sehr aufwendigen Entwicklungsprozess gelungen, 27 Indikatoren sowie die entsprechenden Erhebungsinstrumente für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* zu entwickeln und mit einem interdisziplinär besetzten Expertenpanel zu konsentieren. Bei den entwickelten Indikatoren ist davon auszugehen, dass sie nicht nur unter klinischen Aspekten relevant und aussagekräftig sind, sondern sich auch tatsächlich im Rahmen der gegenwärtigen Möglichkeiten der gesetzlichen Qualitätssicherung erheben lassen werden.

Das zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset misst die Qualität der Versorgung mit Blick auf Qualitätspotenziale in der ambulanten und stationären Versorgung. Dabei werden sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung Qualitätspotenziale in den Bereichen Koordination, Kooperation und Kontinuität, Pharmakotherapie, somatische Versorgung sowie Empowerment und Angehörigenpartizipation adressiert. Für die ambulante Versorgung werden zusätzlich Aspekte zur psychotherapeutischen Behandlung erfasst. Ein größerer Teil der Indikatoren fokussiert schwere und schwerste Krankheitsverläufe im stationären Bereich, indem restriktive Maßnahmen erfasst werden, die zugleich auch zu den ethisch problematischsten Aspekten zu zählen sind.

Es kann festgehalten werden, dass im auftragsgemäß vorgegebenen Rahmen Indikatoren, Instrumente und die notwendigen Dokumentationen entwickelt wurden, die die für die Qualität der fachärztlichen und der stationär-pflegerischen Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose wichtigsten Bereiche betreffen.

Das entwickelte QS-Verfahren ist somit als ein guter Einstieg in eine flächendeckende sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Versorgung von psychischen Erkrankungen zu werten. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Verfahren in seiner jetzigen Form in der Lage sein wird, wichtige Impulse für die Verbesserung der Versorgung von psychischen Erkrankungen, zunächst für Patienten mit einer F2-Diagnose, zu geben. Folgende Elemente des entwickelten QS-Verfahrens können hierzu beitragen:

- Erstmals werden flächendeckende und vergleichbare Daten über erbrachte Leistungen der psychiatrischen Versorgung, einschließlich restriktiver Maßnahmen, vorliegen.
- Durch das Erfassen von Prozessen, z.B. dem Nachbesprechen von Zwangsmaßnahmen in der stationären Versorgung oder dem Durchführen von Kontrolluntersuchungen in der ambulanten Versorgung, wird die Relevanz dieser Prozesse hervorgehoben und die Leistungserbringer werden hierfür sensibilisiert.
- Erstmals erhalten ambulante und stationäre Leistungserbringer der fachärztlichen psychiatrischen Versorgung Rückmeldung über ihre Leistung im Vergleich zur Bundesebene.
- Die Indikatoren benennen eindeutige Verantwortlichkeiten für spezifische Aspekte der Versorgungsqualität. Dort, wo die Verantwortlichkeiten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich liegen können (z.B. „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“ oder „Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung“), werden die Ergebnisse in beide Sektoren zurückgespiegelt.
- Darüber hinaus bietet das QS-Verfahren Möglichkeiten, die sektorenübergreifende regionale Kooperation zu fördern. So wäre es möglich, die Instrumente zur Qualitätsförderung so auszuwählen, dass rechnerische Auffälligkeiten auch im regionalen Kontext geklärt werden könnten. Insofern sind Impulse für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und für ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein der Leistungserbringer einer Region für die Versorgung zu erwarten.

Bedauerlich ist, dass die externe Qualitätssicherung im Rahmen des SGB V sich nicht auf Leistungen aus darüber hinausgehenden Bereichen erstrecken kann, die für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose ebenfalls von besonderer Bedeutung sind, wie z.B. betreutes Wohnen, Tagesstätten oder SPD. Zu begrüßen und zu unterstützen ist der Wille des G-BA, perspektivisch auch eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung entwickeln zu lassen sowie der Prüfauftrag in Bezug auf Qualitätspotenziale im ambulanten Bereich, die sich nicht mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erheben lassen. Damit steht in Aussicht auch relevante Ergebnisparameter der langfristigen Versorgung chronischer Erkrankungen, wie Lebensqualität oder Funktionsniveau, erheben zu können. In gleicher Weise sollte ein Bericht von Ergebnisqualität auf regionaler Ebene angeregt werden, da auch hier wertvolle Hinweise über die sektorenübergreifende Versorgungsqualität gewonnen werden könnten. Mit dem entwickelten QS-Verfahren liegt ein Verfahren für die Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose vor, das relevante Qualitätspotenziale fokussiert, umsetzbar ist und von dem anzunehmen ist, dass es Impulse zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung geben kann.

# Glossar

Begriff	Beschreibung
Abrechnungsdaten	Daten, die von Leistungserbringern über von ihnen erbrachte Leistungen zum Zweck der Abrechnung mit den Kostenträgern dokumentiert und übermittelt wurden.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Auslösekriterien	Algorithmus zur Auslösung der Dokumentationspflicht (QS-Filter).
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Basisspezifikation	Gemeinsame Spezifikation für stationäre und sektorenübergreifende QS-Dokumentationen.
Berichtsjahr	Das Berichtsjahr bezeichnet das Jahr, in dem die Rückmeldeberichte für einen definierten Erfassungszeitraum erstellt und den Leistungserbringern bereitgestellt werden.
Bundesauswertung	Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung.
Bundesauswertungsstelle	Vom G-BA nach § 137a SGB V bestimmte Stelle zur Auswertung der QS-Daten auf Bundesebene.
Bundesqualitätsbericht	Jährlicher Bericht der Institution nach § 137a SGB V an den G-BA (§ 20 Qesü-RL). In diesem werden die Ergebnisse der Bundesauswertung sowie der Qualitätssicherungsberichte sowie die durch die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst.
Daten	
~annahmestellen	Stellen, an die die für die Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen bzw. verwendeten Daten übermittelt werden.
~bestand	Daten aus einem nach SGB V geregelten Abrechnungskontext, die nach § 299 Abs. 1 SGB V für die Qualitätssicherung genutzt werden können.
~feld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
~fluss	Übermittlung der Daten der QS-Verfahren in einem festgelegten Format und Inhalt, die vom Leistungserbringer über eine Datenannahmestelle, Vertrauensstelle (nur sektorenübergreifende PID-Verfahren) bis zur Datenauswertungsstelle gelangen. Die Datenflüsse sind grundsätzlich in der QSKH-RL und der Qesü-RL des G-BA festgelegt.
~quelle	hier: Der Ursprungsort, an dem Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erhoben werden können, z.B. medizinische Einrichtungen, Krankenkassen, Patienten usw. Für die Erhebung stehen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Verfügung.
~satz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
~sparsamkeit	Grundsatz, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur streng zweckbestimmt erfolgen darf und für jeden Zweck möglichst wenige personenbezogene Daten erhoben werden dürfen (§ 3a Bundesdatenschutzgesetz).

Begriff	Beschreibung
Diskriminationsfähigkeit	(Statistische) Unterscheidungsfähigkeit. Aussagekraft von Daten hinsichtlich tatsächlich bestehender Unterschiede.
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationspflicht	hier: Spezifische Angaben zu Patienten, Fällen oder Einrichtungen, die im Rahmen eines QS-Verfahrens von Leistungserbringern dokumentiert werden müssen.
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines Leistungsbereichs, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Endpunkte	Vorab definierte Ziele einer Behandlung.
patientenrelevante ~	Endpunkte einer Behandlung, die aus Sicht der Patienten wesentlich sind.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Erhebungsinstrument	Spezifizierung der Art und Weise der Erhebung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation)</li> <li>▪ Fragebögen zur Datenerhebung bei Patienten</li> <li>▪ Technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z.B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen)</li> </ul>
Evidenz	Im Zusammenhang mit der sogenannten evidenzbasierten Medizin: empirisch überprüft/beweisbar.
F2-Diagnose	Zusammenfassende Kurzbezeichnung für eine Diagnose aus der Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen).
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
G-Packer	Interaktive Nutzeroberfläche für XPacker und TPacker.
Gebührennummer	Leistungsziffer zur einheitlichen, patienten- und tagesbezogenen Dokumentation von abrechnungsrelevanten Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach PIA-Doku-Vereinbarung.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Begriff	Beschreibung
Hauptarzt	auch: Facharzt mit dem Schwerpunkt der psychiatrischen Betreuung. Der Hauptarzt ist derjenige Arzt oder diejenige PIA, bei dem der Patient innerhalb eines Jahres am häufigsten, gemessen an der Anzahl an Kontakten, war. War ein Patient bei zwei oder mehr Ärzten (oder PIA) gleich häufig, so wird der Patient all diesen Ärzten bzw. PIA zugeordnet. Die Daten des Patienten fließen in die Berechnung der Ergebnisse all dieser Ärzte bzw. PIA ein. Demzufolge kann ein Patient auch zwei oder mehr Hauptärzte haben.
Health Technology Assessment (HTA)	Systematische und mit hohen methodischen Standards durchgeführte, umfassende Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel sowie auch der organisatorischen Strukturen und des gesellschaftspolitischen Umfeldes, in denen sie eingesetzt werden.
IK-Nummer	Institutionskennzeichen. Wird gemäß §293 SGB V bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet.
Indexaufenthalt	Der für die QS-Dokumentation entscheidende stationäre Aufenthalt (zu unterscheiden von Folgeaufenthalt).
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d. h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Ergebnis~	Bildet die Qualität eines Behandlungsergebnisses ab bzw. bewertet diese. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis festgestellt wird.
Prozess~	Bildet die Qualität eines Versorgungsprozesses ab bzw. bewertet diese. Er erfasst für wichtige Behandlungsschritte (als Teile des Versorgungsprozesses), ob und in welcher Qualität diese durchgeführt werden.
Struktur~	Bildet die Qualität einer Versorgungsstruktur ab bzw. bewertet diese. Er bezieht sich auf sachliche Voraussetzungen der Leistungserbringung, die Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Dazu können bauliche Gegebenheiten genauso wie die apparative und personelle Ausstattung gehören.
Indikatorenregister	Durch das AQUA-Institut erstellte Liste von recherchierten und neu entwickelten Indikatoren eines (neuen) QS-Verfahrens. Die Indikatoren des Registers werden einem strukturierten Auswahl- und Bewertungsprozess (RAM-Prozess) zugeführt, an dessen Ende ein abgestimmtes Indikatorenset steht.
Indikatorenset	Gesamtheit der im Anschluss an den strukturierten Auswahl- und Bewertungsprozess (RAM-Prozess) konsentierten Indikatoren des Indikatorenregisters.
Instrument	siehe: Erhebungsinstrument. In einem weitergehenden Verständnis beschreibt ein Instrument im Bereich der Qualitätsförderung eine Methode bzw. ein Werkzeug, das mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt wird.
Interessenkonflikt	auch: Conflict of Interest. Bezeichnet das Risiko, dass ein professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird.
Kennzahl	siehe: Indikator
KM 6-Statistik	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung.

Begriff	Beschreibung
Konformitätserklärung	Schriftlich abzugebende Erklärung der Krankenhäuser, dass die elektronisch übermittelten Daten der Sollstatistik mit den Aufzeichnungen im Krankenhaus übereinstimmen.
Landesarbeitsgemeinschaft (LAG)	Auf Ebene der Bundesländer oder bundeslandübergreifend von der jeweiligen KV,KZV,LKG und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft, die bei länderbezogenen Verfahren unter anderem Auswertungen beauftragt, Auffälligkeiten bewertet und QS-Maßnahmen durchführt.
Lebensqualität	engl.: Quality of Life. Der Begriff umfasst hier ein „ganzheitliches“ Konzept menschlicher Befindlichkeit, das über die physische Gesundheit hinaus auch subjektive, soziale sowie weitere materielle und immaterielle Aspekte beinhaltet.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Leitlinie	hier: Medizinische Leitlinie. Systematisch entwickelte Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstands und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Machbarkeitsprüfung	Überprüfung, ob die entwickelte EDV- bzw. informationstechnische Aufbereitung der QS-Verfahren funktionsfähig und praktikabel ist.
Medline	Bibliografische Datenbank der National Library of Medicine.
Mortalität	Sterblichkeit(-srate). Die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine demografisch definierte Gruppe; meist auf einen Zeitraum bezogen.
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	Kodierungssystem für medizinische Leistungen bzw. verbindlicher Abrechnungsschlüssel zwischen medizinischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Gesetzliche Krankenkassen).
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung.
Panel	siehe: RAM-Panel
Panelverfahren	siehe: RAM-Prozess
Patient Reported Outcomes (PRO)	Sammelbegriff für die Einschätzung und Bewertung von medizinischen Behandlungserfolgen aus der Patientenperspektive. PRO werden direkt beim Patienten ermittelt (z.B. durch Fragebogen, Interview).
Patientenorientierung	Qualitätsdimension, in deren Zentrum die Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihre Einbeziehung in das Geschehen rund um seine Krankheit steht.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Patientenvertreter	hier: An der gesetzlichen Qualitätssicherung teilnehmende Personen, die von den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene im Sinne des § 140f SGB V benannt werden.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.

Begriff	Beschreibung
Psych-Entgeltsystem	Leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (kurz: PEPP) .
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association.
Prävalenz	eigentlich: Prävalenzratio. Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl der betrachteten Individuen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Zähler: Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken; Nenner: Anzahl aller untersuchten Individuen).
Praktikabilität/Umsetzbarkeit	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie Praktikabilität umfasst Gütekriterien zur praktischen Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Instrumente zur Abbildung des Qualitätsindikators.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsdimension	Bestimmter Aspekt innerhalb der Gesundheitsversorgung, auf den sich eine definierte Qualität bezieht, z.B. Patientensicherheit.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§ 135–139 SGB V.
externe stationäre ~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
sektorenübergreifende ~	Verfahren, die nicht nur auf einen spezifischen Sektor bezogen Anwendung finden, sondern sektorale Grenzen in den jeweiligen Anforderungen unbeachtet lassen (§ 137a SGB V; § 1 Qesü-RL). Erfasst sind damit insbesondere sektorenüberschreitende und sektorgleiche QS-Verfahren sowie sektorenüberschreitende Follow-up-Verfahren.
Qualitätssicherungsergebnisbericht	Jährlicher Bericht der Landesarbeitsgemeinschaften an die Institution nach § 137a SGB V (§ 19 Qesü-RL). In diesem werden eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, Häufigkeit und Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen und Angaben zur Dokumentationsqualität dargestellt.
Qualitätssicherungsmaßnahmen	Strukturierte, in Richtlinien geregelte Vorgehensweise, die Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unterstützt. Auslöser der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten für die Qualitätssicherung.
einrichtungsbezogene ~	hier: Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen pro Einrichtung.
fallbezogene ~	hier: Dokumentation von qualitätsrelevanten Informationen (z.B. Diagnosen und Prozeduren) pro Fall.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.

Begriff	Beschreibung
RAM-Panel	Expertengruppe, die in Anlehnung an die RAND Appropriateness Method (RAM) des internationalen Forschungsnetzwerks „Research and Development“ (RAND) Indikatoren auswählt und bewertet.
RAM-Prozess	Strukturiertes Auswahl- und Bewertungsverfahren von Indikatoren in Anlehnung an die RAND Appropriateness Method (RAM) des internationalen Forschungsnetzwerks „Research and Development“ (RAND).
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden.
Regelbetrieb	auch: Routinebetrieb oder Echtbetrieb. Verpflichtende und flächendeckende Umsetzung eines QS-Verfahrens.
Review	siehe: Übersichtsarbeit, systematische
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 Abs. 1a SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Morbi-RSA-Daten (§303a–e SGB V) und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors). Siehe auch: Datenarten.
Rückmeldebericht	Ein gemäß §18 Qesü-RL erstellter Bericht, der den Leistungserbringern einmal jährlich von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellt wird.
Scoping-Workshop	Hier: Ein dem eigentlichen Entwicklungsprozess von Indikatoren für ein QS-Verfahren vorgeschaltetes Expertentreffen.
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Selektivvertrag	hier: Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, z.B. einzelnen Ärzten. Selektivverträge werden auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind, sondern der einzelne Arzt direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung eingeht.
Shared-Decision-Making	auch: Partizipative oder gemeinsame Entscheidungsfindung. Konzept zur Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung über seine medizinische Behandlung.

Begriff	Beschreibung
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen Leistungsbereichen (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Sozialdaten	Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse (personenbezogene Daten), die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben gesammelt und gespeichert werden. Im vorliegenden Bericht handelt es sich ausschließlich um die bei den gesetzlichen Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten (auch: GKV-Routinedaten; siehe auch: „Routinedaten“).
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Spezifität	Eigenschaft eines Verfahrens, möglichst keine unzutreffenden (falsch-positiven) Ereignisse als richtige Ereignisse zu erfassen (d.h. möglichst wenig falsch positive Ereignisse).
Stellungnahmeverfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für die Berichte über die Entwicklung von Indikatoren, Instrumenten und der notwendigen Dokumentation sowie einiger anderer zu erbringende Leistungen ist ein schriftliches Stellungnahmeverfahren mit den dazu berechtigten Institutionen nach § 137a Abs. 3 SGB V (in der Fassung vom 1.1.2012) durchzuführen. Die Stellungnahmen zu den Entwicklungsberichten werden im AQUA-Institut ausgewertet und die Ergebnisse fließen in den Abschlussbericht an den G-BA ein.</li> <li>▪ Nach § 17 Abs. 2 Qesü-RL definierte Maßnahme gegenüber rechnerisch auffälligen Leistungserbringern.</li> </ul>
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
TPacker	Verschlüsselungsprogramm (Konsolenanwendung) für die Transportverschlüsselung von Daten (symmetrische Verschlüsselung)
Upcoding	„Fälschung“ von Diagnose-Dokumentationen, mit dem Zweck höhere finanzielle Zuweisungen (aus dem Fond zur Finanzierung des Risikostrukturausgleichs) zu erhalten.
Übersichtsarbeit, systematische	auch engl.: Systematic Review. Studie, die sämtliches in der Literatur verfügbare Wissen zu einem bestimmten Thema bündelt und bewertet.
Versorgungskette	Gesamtheit der Einrichtungen und Organisationen, die die Patienten von der Früherkennung bis zur Nachsorge mit ihren Produkten und Dienstleistungen versorgen.
Versorgungspfad	Visualisiert den idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge.

Begriff	Beschreibung
Vertrauensbereich	auch: Konfidenzintervall. Der Vertrauensbereich beschreibt ein Intervall um einen berechneten Ergebniswert, z.B. um das Gesamtergebnis eines Indikators. Vereinfacht ausgedrückt gibt der Vertrauensbereich den Bereich an, in dem der tatsächliche Wert eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler) mit einer bestimmten, zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit liegt.
Vertrauensstelle	Institution, die im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhobene patientenidentifizierende Daten pseudonymisiert. Näheres regeln die Qesü-RL (§ 11), QSKH-RL (Anl. 2, §4) sowie themenspezifische Bestimmungen.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollerhebung	Erfassung aller Elemente einer Grundgesamtheit.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Ableich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem Leistungsbereich (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).
XPacker	Verschlüsselungsprogramm (Konsolenanwendung) für die XML-Inhalte (asymmetrische Verschlüsselung).

# Literaturverzeichnis

ACHS (2011). Australasian Clinical Indicator Report: 2003-2010. 12. Auflage. Sydney: Australian Council on Healthcare Standards.

Adair, CE; McDougall, GM; Mitton, CR; Joyce, AS; Wild, TC; Gordon, A; Costigan, N; Kowalsky, L; Pasmenny, G; Beckie, A (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 56(9): 1061-1069.

Addington, D; Bouchard, R-H; Goldberg, J; Honer, B; Malla, A; Norman, R; Tempier, R; Berzins, S (2005a). Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 50(Suppl. 1): 1-57.

Addington, J; Amminger, GP; Barbato, A; Catts, S; Chen, E; Chhim, S; Chong, SA; Cullberg, J; Edwards, J; Grosso, L; Louza, M; Hambrecht, M; Keshavan, M; Johannessen, JO; Johnson, DL; Lewis, S; Lieberman, J; MacEwan, W; Malla, A; May, R; McGlashan, TH; McGorry, P; Merlo, MG; Nordentoft, M; Nightingale, S; Perkins, D; Thara, R; Yamamoto, K; Yung, A (2005b). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 187(SUPPL. 48): s120-s124.

Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; Diomidous, M; Kinnunen, J; Kózka, M; Lesaffre, E; McHugh, MD; Moreno-Casbas, MT; RAfferty, AM; Schwendimann, R; Scott, PA; Tishelman, C; van Achterberg, T; Sermeus, W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.

Amelung, V; Wolf, S (2010). Gesundheitssystem im Umbruch. Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung. *Urologe* 50: 1566-1572.

Angermeyer, MC; Matschinger, H (1996). Angehörige benötigen mehr Informationen und entlastende Angebote. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Berufsverbandes über die Belastungen und Bedürfnisse psychisch Kranker. *Psychozoz Umschau* 11(2): I-III.

AOLG (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektive. . Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

AQUA (2015). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2014a). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Technische Dokumentation. Stand: 31. März 2014. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2014b). Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung (Stand: 21. März 2014). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013a). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Projektabschlussbericht. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013b). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 3.0 (Stand: 15. Februar 2013). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

BARMER GEK (2013). Heil- und Hilfsmittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012.

Barnes, TR; Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology (2011a). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 25(5): 567-620.

Barnes, TRE; Paton, C (2011b). Antipsychotic polypharmacy in Schizophrenia: Benefits and risks. *CNS Drugs* 25(5): 383-399.

Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014). Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. *Psychiatr Prax* 41(8): 439-444.

Bäumli, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Engel, RR; Kessler, W (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 68(6): 854-61.

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Curr Opin Psychiatry* 27(3): 222-229.

Berger, M (Ed.) (2012). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 4. Auflage (in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane-Zentrum). München: Urban & Fischer Verlag.

Berger, M (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. *Nervenarzt* 75(2): 195–204.

Bergk, J; Einsiedler, B; Flammer, E; Steinert, T (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv* 62(11): 1310-1317.

Bio, DS; Gattaz, WF (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 126(1-3): 265-269.

Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.

BMJV (2015). Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1. Vom 16. Oktober 2014. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.

Boaz, TL; Becker, MA; Andel, R; Van Dorn, RA; Choi, J; Sikirica, M (2013). Risk Factors for Early Readmission to Acute Care for Persons With Schizophrenia Taking Antipsychotic Medications. *Psychiatr Serv* 64(12): 1225-1229.

Böcker, F; Jeschke, F; Brieger, P (2001). Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. *Psychiatr Prax* 28(8): 393-401.

Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007a). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.

Bowers, L; Banda, T; Nijman, H (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. *J Ner Ment Dis* 198(5): 315-328.

Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.

Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007b). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.

Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.

BPTK (2014). BPTK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.

Bradshaw, T; Lovell, K; Harris, N (2005). Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(6): 634-654.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Bottger, D; El, JJ; Losert, C; Kilian, R (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21(1): 63-72.

Brieger, P; Kling Lourenco, P; Steinert, T; Längle, G; Lemke, U; Herpertz, SC; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 85(5): 606-613.

Buchanan, R; Kreyenbuhl, J; Kelly, D; Noel, J; Boggs, D; Fischer, B; Himelhoch, S; Peterson, E; Aquino, P; Keller, W; Team, SPOR (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 36(1): 71-93.

Burns, T (2007). Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191(SUPPL. 50): s37-s41.

Burns, T; Knapp, M; Catty, J; Healey, A; Henderson, J; Watt, H; Wright, C (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 5(15): 1-139.

Burti, L; Amadeo, F; Ambrosi, M; Bonetto, C; Cristofalo, D; Ruggeri, M; Tansella, M (2005). Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service. *Community Ment Health J* 41(6): 705-720.

CADTH (2011). Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.

Caqueo-Urizar, A; Gutierrez-Maldonado, J; Miranda-Castillo, C (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 7: 84.

Casey, DA; Rodriguez, M; Northcott, C; Vickar, G; Shihabuddin, L (2011). Schizophrenia: Medical illness, mortality, and aging. *Int J Psychiatry Med* 41(3): 245-251.

Cheah, YC; Parker, G; Hadzi-Pavlovic, D; Gladstone, G; Eysers, K (1998). Development of a measure profiling problems and needs of psychiatric patients in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(7): 337-44.

Cook, JA; Blyler, CR; Burke-Miller, JK; McFarlane, WR; Leff, HS; Mueser, KT; Gold, PB; Goldberg, RW; Shafer, MS; Onken, SJ; Donegan, K; Carey, MA; Razzano, LA; Grey, DD; Pickett-Schenk, SA; Kaufmann, C (2008). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2(1): 37-46.

Crump, C; Winkleby, MA; Sundquist, K; Sundquist, J (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 170(3): 324-33.

Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.

Deutscher Bundestag (Ed.) (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie Enquete). Bonn.

- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.
- DIMDI (2014a). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DIMDI (2014b). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004). Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. *JAMA* 292(7): 847-851.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- DKG/GKV/PKV (2012). Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft. .  
[www.dkgev.de/media/file/11812.RS211-12\\_Anlage.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/11812.RS211-12_Anlage.pdf) (Zugriff am 8.12.2015).
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Druss, BG; von Esenwein, SA (2006). Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 28(2): 145-153.
- Duncan, E; Best, C; Hagen, S (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD007297.
- Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 9(42): 1-128.
- Erlar, A; Beyer, M; Muth, C; Gerlach, FM; Brennecke, R (2009). Garbage in - Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. *Gesundheitswesen* 71(12): 823-832.
- Foldemo, A; Ek, AC; Bogren, L (2004). Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(5): 381-385.
- G-BA (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- G-BA (2009a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dez 2008/22. Jan 2009, zuletzt geändert am 22. Mai 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss.

- G-BA (2009b). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 zuletzt geändert am 16.07.2015. Veröffentlicht im BAnz AT 15.10.2015 B2. In Kraft getreten am: 16.10.2015 Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Gaebel, W; Muijen, M; Baumann, AE; Bhugra, D; Wasserman, D; van der Gaag, RJ; Heun, R; Zielasek, J (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. *Eur Psychiatry* 29(2): 83-100.
- Garety, PA; Fowler, DG; Freeman, D; Bebbington, P; Dunn, G; Kuipers, E (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 192(6): 412-423.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- Gigantesco, A; Massimo, G (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 47(4): 363-372.
- GKV-SV; DKG (2012). 2. Fortschreibung gemäß §7 Abs. 4 der Vereinbarung nach §120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§117 bis 119 SGB V zum 30.04.2012 (in Verbindung mit der 11. Fortschreibung der Vereinbarung nach §301 SGB V). GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- GKV-SV; VPK; DKG (2015). Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2016 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2016 -PEPPV 2016). GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatr Serv* 56(4): 427-433.
- Haggerty, J; Reid, R; Freeman, G; Starfield, B; Adair, C; McKendry, R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327(7425): 1219-1221.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Bühner, M; Kissling, W (2009). Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatr Serv* 60(8): 1107-12.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012a). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13(5): 318-78.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012b). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Heilä, H; Haukka, J; Suvisaari, J; Lönnqvist, J (2005). Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychological Medicine* 35(5): 725-732.
- Hemkendreis, B (2011). Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psych Pflege* 17: 130-132.
- Hennekens, CH; Hennekens, AR; Hollar, D; Casey, DE (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 150(6): 1115-1121.
- Henry, C; Ghaemi, SN (2004). Insight in psychosis: A systematic review of treatment interventions. *Psychopathology* 37(4): 194-199.
- Hoang, U; Stewart, R; Goldacre, MJ (2011). Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: Retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ (Online)* 343(7824).

- Hoertel, N; Limosin, F; Leleu, H (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 29(6): 358-364.
- Hoye, A; Hansen, V; Koster Jacobsen, B (2012). Mortality in schizophrenia over 27 years 1980-2006. *European Psychiatry* 27(Suppl. 1 s).
- Huxley, NA; Rendall, M; Sederer, L (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 years. *J Ner and Ment Dis* 188(4): 187-201.
- IGES (2012). Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut GmbH.
- IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Jääskeläinen, E; Haapea, M; Rautio, N; Juola, P; Penttilä, M; Nordström, T; Rissanen, I; Husa, A; Keskinen, E; Marttila, R; Filatova, S; Paaso, T; Koivukangas, J; Moilanen, K; Isohanni, M; Miettunen, J (2015). Twenty Years of Schizophrenia Research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Schizophr Res Treatment* (epub): 524875.
- Jones, C; Hacker, D; Cormac, I; Meaden, A; Irving, CB (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD008712.
- Joska, J; Flisher, AJ (2005). The assessment of need for mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40(7): 529-539.
- Kallert, TW; Leisse, M; Winiecki, P (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health* 15(1): 29-42.
- KBV (2015). IT in der Arztpraxis. Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM. [KBV\_ITA\_VGEX\_Anforderungskatalog\_ICD-10]. Anforderungen an eine Software für Vertragspraxen zum Kodieren nach ICD-10-GM im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 295 SGB V. Verbindliche Ergänzung zum Anforderungskatalog KVDT. Version 2.25 (Stand: 09.11.2015). Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kilian, R; Bernert, S; Matschinger, H; Mory, C; Roick, C; Angermeyer, M (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatr Prax* 28(Suppl. 2): s79-s83.
- Kilian, R; Lauber, C; Kalkan, R; Dorn, W; Rossler, W; Wiersma, D; van Buschbach, JT; Fioritti, A; Tomov, T; Catty, J; Burns, T; Becker, T (2012). The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(9): 1381-1389.
- Kinoshita, Y; Furukawa, TA; Kinoshita, K; Honyashiki, M; Omori, IM; Marshall, M; Bond, GR; Huxley, P; Amano, N; Kingdon, D (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (9): CD008297.
- Knight, EL (2006). Self-help and serious mental illness. *MedGenMed* 8(1).
- Lahti, M; Tiuhonen, J; Wildgust, H; Beary, M; Hodgson, R; Kajantie, E; Osmond, C; Räikkönen, K; Eriksson, J (2012). Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 42(11): 2275-2285.
- Längle, G; Bayer, W; Köster, M; Salize, HJ; Höhl, W; Machleidt, W; Wiedl, KH; Buchkremer, G (2006). Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer maßnahmen? - Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. *Psychiatr Prax* 33(1): 34-41.
- Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.
- Laursen, TM (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 131(1-3): 101-4.

Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).

Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Vestergaard, M (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 25(2): 83-8.

Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.

Laux, G; Dietmaier, O (2012). *Praktische Psychopharmakotherapie*. 6., neu bearbeitete und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.

LBMRV (2009). Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug. Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen.

Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009a). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry* 14(4): 429-447.

Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.

Leucht, S; Komossa, K; Rummel-Kluge, C; Corves, C; Hunger, H; Schmid, F; Lobos, CA; Schwarz, S; Davis, JM (2009b). A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 166(2): 152-163.

Leucht, S; Tardy, M; Komossa, K; Heres, S; Kissling, W; Salanti, G; Davis, JM (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 379(9831): 2063-2071.

Liga Wohlfahrtspflege (2013). Jahresbericht 2012. Auswertung der freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.

Lobban, F; Postlethwaite, A; Glentworth, D; Pinfold, V; Wainwright, L; Dunn, G; Clancy, A; Haddock, G (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review* 33(3): 372-382.

Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40(1): 9-24.

Mahlke, C; Krämer, U; Kilian, R; Becker, T (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenheilkunde* 34(4): 235-239.

Marshall, M; Crowther, R; Almaraz-Serrano, A; Creed, F; Sledge, W; Kluiters, H; Roberts, C; Hill, E; Wiersma, D; Bond, GR; Huxley, P; Tyrer, P (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 5(21): 1-75.

Marshall, M; Crowther, R; Sledge, WH; Rathbone, J; Soares-Weiser, K (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) 12((Marshall M.) University of Manchester, The Lantern Centre, Vicarage Lane, Of Watling Street Road, Fulwood, Preston., Lancashire, UK.): CD004026.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.

McCabe, R; Saidi, M; Priebe, S (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 191(suppl. 50): s21-s28.

- Melchinger, H (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover (MHH).
- Millier, A; Clay, E; Charaf, I; Chauhan, D; Murthy, V; Toumi, M; Cadi-Soussi, N (2014). Patient Reported Outcomes Instruments in Schizophrenia: A Review of Psychometric Properties. *Open J Medical Psychology* 3: 141-156.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- MOH (2011). Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia. Singapur: Ministry of Health Singapore.
- MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- Mühlich-von Staden, C; Mühlich, W; Fink, P (2000). Räume, die mithelfen. Praxisbericht über eine psychiatrische Station mit veränderten räumlichen Strukturen. Köln: Rheinland-Verlag.
- Ng, B; Kumar, S; Ranclaud, M; Robinson, E (2001). Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52(4): 521-525.
- NHS; Centre for Reviews and Dissemination (2000). Effective Health Care. Psychosocial interventions for schizophrenia. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 6(3): 1-8.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nordentoft, M (2002). Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. *Nord J Psychiatry* 56(3): 175-179.
- Nordentoft, M; Mortensen, PB (2007). Hospital admission and suicide in schizophrenia. In: Suicide in schizophrenia. Tatarelli, R; Pompili, M; Girardi, P (Eds.). Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books: 61-76.
- Odes, H; Katz, N; Noter, E; Shamir, Y; Weizman, A; Valevski, A (2011). Level of Function at Discharge as a Predictor of Readmission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther* 65(3): 314-319.
- Ogilvie, AD; Morant, N; Goodwin, GM (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7 Suppl 1: 25-32.
- Ozegowski, S (2013). Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. *G+G Wissenschaft* 13(1): 23-34.
- Pfeiffer, PN; Heisler, M; Piette, JD; Rogers, MAM; Valenstein, M (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 33(1): 29-36.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pilling, S; Bebbington, P; Kuipers, E; Garety, P; Geddes, J; Orbach, G; Morgan, C (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32(5): 763-82.
- Pitschel-Walz, G; Bauml, J; Bender, W; Engel, RR; Wagner, M; Kissling, W (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of Schizophrenia: Results of the Munich psychosis information project study. *J Clin Psychiatry* 67(3): 443-452.

- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Qin, P; Nordentoft, M (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 62(4): 427-432.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- RCPsych (2011). Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare. Royal College of Psychiatrists.
- Rector, NA; Beck, AT (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 200(10): 832-839.
- Reininghaus, U; Priebe, S (2012). Measuring patient-reported outcomes in psychosis: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry* 201(4): 262-267.
- Richter, D; Eikelmann, E; Reker, T (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* 68: 704-707.
- Richter, D; Hoffmann, H (2014). Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 41(3): 128-134.
- Ringen, PA; Engh, JA; Birkenaes, AB; Dieset, I; Andreassen, OA (2014). Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes and interventions. *Frontiers in Psychiatry* 5(SEP).
- RKI (2010). Schizophrenie (Themenheft 50). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rössler, W; Melchinger, H; Schreckling, S (2012). Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert. *Psychiatr Prax* 39(3): 106-8.
- Rothenhäusler, H-B; Täschner, K-L (2012). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29). In: *Kompodium Praktische Psychiatrie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag: 277-295.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170.
- Rummel-Kluge, C; Pitschel-Walz, G; Bäuml, J; Kissling, W (2006). Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 32(4): 765-775.
- Saha, S; Chant, D; McGrath, J (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64(10): 1123-31.
- Salize, H; Rössler, W; Becker, T (2007). Mental Health Care in Germany: current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257(2): 92-103.
- Sarin, F; Wallin, L; Widerlöv, B (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 65(3): 162-174.
- Schene, AH (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Curr Opin Psychiatry* 17(4): 303-309.
- Schoepf, D; Potluri, R; Uppal, H; Natalwala, A; Narendran, P; Heun, R (2012). Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: Increased prevalence and major risk factor of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. *Eur Psychiatry* 27(1): 33-42.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

- Slade, M; Leese, M; Taylor, R; Thornicroft, G (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 100(2): 149-57.
- Spießl, H; Binder, H; Cording, C; Klein, HE; Hajak, G (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Dtsch Arztebl* 103(39): A2549 - A2552.
- Statistisches Bundesamt (2015). Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014a). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Gegenwärtige Praxis* (2012). *Nervenarzt* 85(5): 621-629.
- Steinert, T; Zinkler, M; Elsässer-Gaissmaier, HP; Starrach, A; Hoppstock, S; Flammer, E (2014b). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax* (e-first: DOI: 10.1055/s-0034-1370174).
- SVR (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Thornicroft, G (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 199(6): 441-2.
- Twamley, EW; Jeste, DV; Lehman, AF (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 191(8): 515-523.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Ungewitter, C; Böttger, D; Choucair, B; El-Jurdi, J; Gockel, T; Hausner, H; Kilian, R; Kowalenko, B; Losert, C; Ludwig, K; Steinkohl, V; Hegerl, U; Bramesfeld, A (2010). Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; Steinkohl, V; Bramesfeld, A (2013). Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-14.
- van der Schaaf, PS; Dusseldorp, E; Keuning, FM; Janssen, WA; Noorthoorn, EO (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 202: 142-149.
- Virtanen, M; Vahtera, J; Batty, GD; Tuisku, K; Pentti, J; Oksanen, T; Salo, P; Ahola, K; Kivimäki, M (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 198(2): 149-155.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Walker, J; Buchwald, V (2011). Plausibilität der Diagnosekodierung in der ambulanten Versorgung. Analyse auf Basis eines Ärztepannels. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011. BARMER GEK.

- Warnke, I; Nordt, C; Ajdacic-Gross, V; Haug, A; Salize, HJ; Rossler, W (2010). Clinical and social risk factors for the readmission of patients with schizophrenia to psychiatric inpatient care: A long-term analysis. *Neuropsychiatrie* 24(4): 243-251.
- Weinbrenner, S; Assion, HJ; Stargardt, T; Busse, R; Juckel, G; Gericke, CA (2009). Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis of data from a German health insurance fund. *Pharmacopsychiatry* 42(2): 66-71.
- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.
- WHO/Europe (2005). Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions. Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health.
- WiDO (2013). Heilmittelbericht 2013 - Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK
- Wiersma, D (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (429): 115-119.
- Wiersma, D; van den Brink, R; Wolters, K; McCabe, R; Bullenkamp, J; Hansson, L; Lauber, C; Martinez-Leal, R; Rössler, W; Salize, H; Björkman, T; Torres-Gonzales, F; Wright, DJ; Priebe, S (2009). Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(4): 317-324.
- Wittchen, HU; Jacobi, F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15(4): 357-376.
- Wykes, T; Steel, C; Everitt, B; Tarrier, N (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3): 523-537.
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar Madhvi, R (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (6): CD002831.
- Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.
- ZfP (2012). Forensik Fibel. Kleines ABC des Maßregelvollzugs. ZfP Südwürttemberg.
- Zimmermann, G; Favrod, J; Trieu, VH; Pomini, V (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 77(1): 1-9.